

Artículo original

Calidad de vida de los pacientes con paraplejía secundaria a lesión vertebral traumática

Yadira Bahena-Salgado,* Bernal-Márquez JN**

Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas verdes

RESUMEN. Introducción. La calidad de vida del paciente parapléjico es compleja, interactuando la severidad de la lesión, nivel de independencia, recursos disponibles, aceptación de la lesión y actividades para promoción de la salud. Con el antecedente de lesión medular el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar condiciones secundarias que disminuyen su calidad de vida. **Objetivo.** Conocer la calidad de vida del paciente atendido en el HTOLV con diagnóstico de paraplejía traumática. **Material y métodos.** Se valoró a 23 pacientes parapléjicos mediante la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) y EuroQoL. **Resultados.** La edad promedio fue 42.2 años, predominantemente en hombres 78%. En la evaluación con FIM, el promedio de independencia fue 88% (65 a 97%). El índice de EuroQoL fue 0.4879 sobre una escala donde 0 es el peor estado y 1 es el mejor estado. Las complicaciones más frecuentes fueron: Infecciones urinarias, depresión, dolor y escaras. 57% de los pacientes permanecieron casados aun después de la lesión. 39% de los pacientes eran y han permanecido solteros. 82.61% de los pacientes se encuentra pensionado. **Conclusiones.** La calidad de vida del paciente parapléjico se encuentra por debajo del promedio de calidad de vida de las personas que no presentan una discapacidad.

Palabras clave: paraplejía, calidad de vida.

SUMMARY. Introduction. The quality of life of paraplegic patients is complex, given the interaction that takes place among various factors that include severity of the injury, the degree of independence, the available resources, the acceptance of the injury, and the health-promotion activities. A patient with a history of spinal cord injury is at risk of developing secondary conditions that impair quality of life. **Objective.** Determine the quality of life of patients seen at HTOLV with a diagnosis of traumatic paraplegia. **Material and methods.** Twenty-three paraplegic patients were assessed using the Functional Independence Measure (FIM) scale and the EuroQoL. **Results.** Mean age was 42.2 years; males were predominant and represented 78%. According to the FIM, mean independence was 88% (65 to 97%). The EuroQoL score was 0.4879 in a scale where 0 represents the worst status and 1 the best. The most frequent complications were: urinary tract infections, depression, pain, and pressure sores. Fifty-seven percent of patients remained married after the injury; 39% of patients were and have remained single, and 82.61% of patients receive a pension. **Conclusions.** The quality of life of paraplegic patients is below the mean quality of life of individuals without any disabilities.

Key words: paraplegia, quality of life.



* Médico residente de 4to. Año de Traumatología y Ortopedia, HTOLV.

** Médico Ortopedista, Asesor, HTOLV.

Dirección para correspondencia:

Dra. Yadira Bahena Salgado,
Laguna de Tamiahua Núm. 162-402-A Col. Anáhuac 11320
México D.F. 53 42 60 45
Basy100@prodigy.net.mx
Basyort@hotmail.com

Introducción

Se admite que anualmente en una población de un millón de habitantes, se producen 50 nuevos casos de lesión vertebral traumática. De ellos, 72% son individuos menores de 40 años.¹ Los informes más precisos indican una tasa anual de 30 a 35 por millón de personas, o sea cerca de 10,000 nuevas lesiones traumáticas por año.²

La lesión de la médula espinal con más frecuencia es traumática. La parálisis de las extremidades superiores e inferiores, llamada cuadriplejía, constituye 54% de los casos y la paraplejía constituye el 46% restante. El problema se observa más frecuentemente en varones en un 82% de los casos.³

La causa de lesión vertebral traumática reportada en el HTOLV es en primer lugar las caídas (50.5%), accidentes automovilísticos (34.5%) y en tercer lugar agresiones (15%). 58% de los pacientes presentaron lesión medular parcial o completa, siendo la sección medular completa (Frankel A) la lesión más frecuente en un 35%.⁴

Se sabe poco acerca de las actividades para la promoción más eficaz de la salud a largo plazo según las necesidades de las personas con lesión de la médula espinal. Las estadísticas de estas lesiones indican una población que aumenta cada año y que muestra un aumento en la supervivencia a largo plazo.⁵ La calidad de vida de los pacientes con lesión de la médula espinal es compleja, interactuando la severidad de la lesión, nivel de independencia, recursos disponibles, aceptación de la lesión y actividades para la promoción de la salud.

Con el antecedente de lesión medular el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar condiciones secundarias que incluyen: infecciones crónicas de vías urinarias, úlceras de decúbito, espasticidad, entre otras. Además, las condiciones sicosociales pueden incluir depresión y a largo plazo problemas relacionados con la pérdida del empleo, la pareja y el bienestar. La calidad de vida cambia precipitadamente después de una lesión traumática de la médula espinal.⁵

El dolor es un problema común después de la lesión traumática de la médula espinal. Su frecuencia se encuentra desde un 42% hasta un 69%,⁶ identificándose como una causa significativa de limitación de actividades del paciente y contribuyendo a una disminución en la calidad de vida. Algunos estudios han sugerido que el dolor crónico en estos pacientes puede estar más asociado a factores sicosociales que a factores fisiológicos. Los factores sicosociales asociados a dolor crónico en pacientes parapléjicos pueden incluir depresión, tensión emocional, y problemas de salud.⁷

Una condición secundaria a la lesión como la espasticidad es un factor que contribuye importantemente a la presentación de úlceras de presión.⁸ Estas lesiones retardan el tratamiento de rehabilitación y su reintegración a la comunidad, llegando a ser inclusive causa de muerte.

Otro cambio físico considerable que puede tener un impacto en la calidad de vida inmediata y futura de los pacientes con lesión raquímedular, es el deterioro de la función vesical e intestinal.⁹ Esta condición predispone desde el punto de vista médico y social a disminuir la calidad de vida, por el riesgo de infecciones urinarias, el estreñimiento, la impactación fecal, las úlceras de presión y otras. Desde el punto de vista social, la satisfacción personal es perceptiblemente más baja entre

aquellos pacientes dependientes del cuidado vesical e intestinal con respecto a aquellos pacientes que realizan estas funciones independientemente, con una ventaja en independencia física, movilidad y funcionamiento ocupacional. Los pacientes independientes refirieron una mejor salud física general que los pacientes dependientes.⁹

Se han desarrollado programas para mantener la salud de pacientes con lesión de médula espinal, estos programas se esfuerzan por mejorar a los participantes el bienestar físico, mental y emocional, conduciendo a una mejor calidad de vida.⁵ Una forma de apoyo a los pacientes con lesión de médula espinal es evitar las complicaciones secundarias y tomar el control de sus vidas y de su salud al participar en la promoción de actividades para la salud.⁵

Analizando los beneficios de la intervención temprana de la terapia ocupacional, se concluye que con un entrenamiento óptimo física y emocionalmente los pacientes con lesión medular pueden contar con mayor número de posibilidades para alcanzar una adaptación a su nuevo estado.¹⁰

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se ha popularizado en los últimos años para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas que van más allá de las medidas epidemiológicas tradicionales de mortalidad y morbilidad.¹¹

Objetivos

Conocer la calidad de vida del paciente parapléjico posterior a la lesión vertebral traumática.

Conocer la recuperación funcional de los pacientes parapléjicos y su adaptación a las actividades de la vida cotidiana.

Identificar la frecuencia de complicaciones de la lesión medular traumática en pacientes tratados en el HTOLV.

Conocer aspectos demográficos de los pacientes parapléjicos como estado civil previo y posterior a la lesión, ocupación, dependencia económica.

Material y métodos

Durante el período del 1 de julio del 2002 al 31 de julio del 2004, se atendió en el Servicio de Columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas verdes a 41 pacientes con diagnóstico de lesión vertebral traumática y paraplejía según el archivo clínico del Servicio de Columna. De éstos, se localizó a 23 pacientes que contaban con expediente completo, número telefónico y en los cuales se corroboró el diagnóstico de paraplejía posterior a lesión vertebral traumática. Se realizó una encuesta obteniendo la información requerida para una escala de valoración funcional internacional (FIM) (Tabla 1) y una escala de medición de calidad de vida (EuroQoL) (Tabla 2).¹²

Tabla 1. Medida de independencia funcional (FIM).

| | |
|-----------------------|---|
| Cuidado personal | Comer Aseo personal Baño Vestirse extremidades torácicas Vestirse extremidades pélvicas |
| Control de esfínteres | Manejo de vejiga Manejo de intestino |
| Transferencia | Cama, silla, silla de ruedas Inodoro Regadera |
| Locomoción | Caminar-silla de ruedas Escaleras |
| Comunicación | Comprensión Expresión |
| Desarrollo social | Interacción social Resolución de problemas Memoria |

Tabla 2. EuroQoL.

| | | |
|--------------|---|---|
| Con ayudante | Asistencia total | 1 |
| | Asistencia máxima (independencia 25%) | 2 |
| | Asistencia moderada (independencia 50%) | 3 |
| | Asistencia mínima (independencia 75%) | 4 |
| Sin ayudante | Sólo requiere supervisión | 5 |
| | No necesita ayudante pero requiere un equipo especial independiente | 6 |
| | | 7 |

Valoración funcional

Se valoró a los pacientes mediante la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) que es la escala estandarizada más utilizada después de una lesión raquímedular.¹⁰⁻¹⁵ Esta escala contempla actividades de la vida diaria, como el cuidado personal (alimentación, aseo personal, baño, vestirse), control de esfínteres (manejo de vejiga e intestino), locomoción (transferirse, subir al excusado, entrar a la regadera), comunicación (comprensión, expresión), desarrollo social (interacción, solución de problemas, memoria). En cada una de éstas se da un puntaje del 1 al 7 de acuerdo al grado de dependencia (*Tabla 1*).

Escala de medición de calidad de vida

Calidad de vida es definida como la percepción individual de la satisfacción experimentada por una persona con sus condiciones de vida de acuerdo a sus valores, cultura, aspiraciones y expectativas personales. En un concepto amplio es una manera compleja en la cual la persona relaciona su salud física, estado psicológico, nivel de independencia y relaciones sociales con su medio ambiente.¹²

La escala de EuroQoL relaciona la salud con la calidad de vida, la medición considera el impacto del funciona-

miento físico, social y emocional en la calidad de vida. Es un instrumento simple y reproducible que evalúa cómo un paciente clasifica diversos aspectos de su salud como movilidad, dolor, cuidado personal, actividades cotidianas y depresión como condicionantes de su calidad de vida. Y una escala analógico-visual en donde el mejor estado de salud es 10 y el peor estado está marcado por 0.^{12,14-16} Esta escala permite comparar la salud del paciente con otros pacientes, con personas sanas y con pacientes con un padecimiento diferente.

Es un estudio transversal, prolectivo, observacional, descriptivo. Los resultados se analizaron con medidas de estadística descriptiva.

Resultados

De los 41 pacientes atendidos en el Servicio de Columna del HTOLV durante el período del 1 de julio del 2002 al 31 de julio del 2004 se obtuvieron 31 expedientes completos, excluyéndose 6 pacientes por no localizarse vía telefónica y 2 pacientes que fallecieron posterior a su egreso hospitalario. Con una muestra de 23 pacientes, se encontró que la edad promedio fue de 42.2 años con un rango de edad de 21 a 76 años, el sexo predominante fue el masculino en 78%.

En la evaluación de la «Medida de Independencia Funcional», el porcentaje de funcionalidad promedio fue de 88% con un rango de 65 a 97% y una desviación estándar de 10.

Las actividades en las que se encontró mayor dependencia fueron dentro del cuidado personal la realización del baño diario (39%) y aseo personal (17%), en transferencia el entrar a la regadera (48%) y al inodoro (12%) y en locomoción el uso de escaleras (52%). Debido a la falta de adaptación estructural de espacios como baño y escaleras, los pacientes requieren con frecuencia de una persona que los ayude en esta actividad (*Tablas 3 y 4*).

En la valoración de calidad de vida relacionada con la dependencia mediante el EuroQoL se encontró que la valoración promedio del 100% de los pacientes se encuentra en un índice de 0.4879 sobre una escala donde 0 es el peor estado y 1 es el mejor estado. Con un rango de 0.1883 a 0.705. Con una desviación estándar de 0.18. La percepción de su estado de salud en la escala analógico-visual se encontró en el rango de calificación de 7 a 9 con un promedio de 8.9, desviación estándar de 1.4 (*Tabla 4*).

Las complicaciones más frecuentes en los pacientes parapléjicos de este estudio fueron: 1) Infecciones de vías urinarias 78.2%; 2) Depresión 69.5%, dolor 43.5% y escaras en 39.1%.

En datos demográficos, se encontró que el 61% de los pacientes permanecieron casados aun después de la lesión, sólo un paciente fue abandonado por su pareja posterior a la lesión, el 39% de los pacientes que se encontraban solteros han permanecido así posteriores a la lesión. Un 82.61% de los pacientes se encuentra pensionado,

Tabla 3. Resultados de la valoración funcional de acuerdo a dependencia e independencia.

| Actividad | Dependientes | Independientes |
|-----------------------|---------------------------------|----------------|
| Cuidado personal | Comer | 100% |
| | Aseo personal | 17% |
| | Baño | 39% |
| | Vestirse extremidades torácicas | 100% |
| Control de esfínteres | Vestirse extremidades pélvicas | 87% |
| | Manejo de vejiga | 74% |
| Transferencia | Manejo de intestino | 91% |
| | Cama, silla, silla de ruedas | 96% |
| Locomoción | Inodoro | 88% |
| | Regadera | 52% |
| | Caminar-silla de ruedas | 9% |
| Comunicación | Escaleras | 91% |
| | Comprensión | 100% |
| Desarrollo social | Expresión | 100% |
| | Interacción social | 100% |
| | Resolución de problemas | 13% |
| | Memoria | 87% |
| | | 100% |

Tabla 4. Movilidad.

- No tengo ningún problema para desplazarme
- Tengo algunos problemas para desplazarme
- Estoy confinado a una cama

Auto-cuidado (ejemplo; baño, higiene bucal, vestirse, peinarse)

- No tengo ningún problema con mi cuidado personal
- Tengo algunos problemas para asearme o vestirme
- No puedo asearme o vestirme

Actividades cotidianas (ejemplo; trabajo, estudio, quehacer doméstico, familia o pasatiempos)

- No tengo ningún problema con la ejecución de mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas con la ejecución de mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo ningún dolor o malestar
- Tengo dolor o malestar moderado
- Tengo dolor o malestar extremo

Ansiedad/Depresión

- No soy ansioso o presionado
- Soy moderado ansioso o presionado
- Soy extremadamente ansioso o presionado

Una escala (algo como un termómetro) en el cual el mejor estado es 10 y el peor estado es marcado por 0.



43.5% cuenta con un empleo informal ya sea como ayudante en un negocio familiar o con un negocio propio. Se encuentra desempleado el 17.4% de los pacientes valo-

rados en este estudio dependiendo económicamente de sus familiares.

Al relacionar los resultados de la valoración funcional con la calidad de vida, se observa que los pacientes cuentan con un porcentaje promedio de funcionalidad de 88% en cuanto a actividades de la vida cotidiana, sin embargo, el índice de calidad de vida cuyo valor es de 0.4879 se encuentra por debajo de la población general, observando que los aspectos deficientes en la calidad de vida de los pacientes son aquéllos relacionados con factores sicosociales y ocupacionales, además de la frecuencia de condiciones secundarias que podrían tener un mejor control médico.

Discusión

El número de pacientes es pequeño, sin embargo, los datos obtenidos reflejan la evolución médica y social de un paciente parapléjico en un entorno que no está adaptado para su discapacidad.

Se observó una disminución en la calidad de vida del paciente parapléjico, encontrando que el promedio del índice de calidad de vida se encuentra por debajo de la media del índice de calidad de vida utilizado. Es difícil comparar nuestros resultados con otros estudios, ya que existe una carencia de estudios longitudinales con este tipo de pacientes en la literatura. Uyl-de Groot y cols.¹⁴ aplican la escala de EuroQoL en pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple, reportando un índice de calidad de vida de 0.52, comparativamente, el uso de esta escala en pacientes parapléjicos en nuestro estudio reporta un índice de 0.4879 con un rango de 0.1883 a 0.705, lo cual sugiere que la calidad de vida de un paciente parapléjico se encuentra en el mismo nivel de calidad de vida que un paciente que se encuentra en tratamiento de cáncer.

En relación a la valoración de independencia funcional, los resultados obtenidos son semejantes a los referidos

por Cárdenas y cols,¹⁰ donde se reporta un porcentaje de funcionalidad de 81.7% para pacientes parapléjicos y en nuestro estudio encontramos un promedio de funcionalidad de 88% con un rango de 65 a 97%.

La incidencia por sexo y edad de los lesionados corresponden al sexo masculino y en edad productiva, lo que conlleva secuelas laborales, sociales y personales permanentes, algo que es congruente con los artículos revisados.^{3,5}

Según los datos que se agregaron a la encuesta con fines de conocer la evolución médica, se encontraron las complicaciones esperadas según la literatura nacional y mundial.^{2,6-9}

Al relacionar los resultados de la valoración funcional con la calidad de vida, se observa que los pacientes cuentan con un porcentaje promedio de funcionalidad de 88% en cuanto a actividades de la vida cotidiana, sin embargo, el índice de calidad de vida cuyo valor es de 0.4879 se encuentra por debajo de la población general, observando que los aspectos deficientes en la calidad de vida de los pacientes son aquéllos relacionados con factores sicosociales y ocupacionales, además de la frecuencia de condiciones secundarias que podrían tener un mejor control médico.

Conclusiones

1. La población más afectada es la que se encuentra en edad productiva, principalmente del sexo masculino, siendo el principal sustento y a veces el único en su núcleo familiar, lo que condiciona detrimento de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.
2. La calidad de vida del paciente parapléjico se encuentra por debajo del promedio de calidad de vida de las personas que no presentan una discapacidad.
3. El paciente parapléjico se encuentra viviendo en un entorno que no es el adecuado para su discapacidad, no contando con la infraestructura necesaria, el apoyo médico, social y cultural que ayude a resolver sus necesidades básicas.
4. El paciente discapacitado no cuenta con la información necesaria para adaptarse a una vida laboral satisfactoria.
5. Debido a la cantidad de pacientes tratados en esta unidad, es necesario establecer un grupo de apoyo constituido por personal médico, enfermeras, rehabilitadores y especialistas en terapia ocupacional, con el propósito de dar seguimiento al paciente parapléjico posterior a su egreso de una unidad hospitalaria.

6. El manejo realizado hasta el momento en búsqueda de una integración de estos pacientes aún es limitado y deberemos de buscar los medios para lograr que mejore la calidad de vida de los pacientes lesionados raquimedulares.

Bibliografía

1. Cruz GO, López FG: Tratamiento quirúrgico de las luxofracturas de la columna cervical inferior. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(2): 104-111.
2. Dufoo OM, Carranco TGA, García LO, López PJJ: Empleo del colchón de agua como medio preventivo para la formación de úlceras de presión en lesionados raquimedulares. *Rev Mex Ortop Traum* 1998; 12(6): 502-5.
3. Rothman S, Apple DF: Columna vertebral. Rehabilitación de las lesiones de la médula espinal. Cuarta edición, México, Mc Graw-Hill, 2000: Vol. I-1177-97.
4. Hurtado PA: Incidencia y etiología de las lesiones vertebrales traumáticas en el Servicio de Cirugía de Columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. Tesis de postgrado, 2003: 09.
5. Zemper ED, Tate DG, Roller S, Forchheimer M: Assessment of a Holistic Wellness program for persons with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehab* 2003; 82: 957-68.
6. Yap EC, Tow A, Menon EB, Chan KF, Kong KH: Pain during in-patient rehabilitation after traumatic spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research* 2003; 26(2): 137-40.
7. Rudy TE, Lieber SJ: Psychosocial predictors of physical performance in disabled individuals with chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2003; 19(1): 18-30.
8. Mess SA, Kim S, Davison S, Heckler F: Implantable baclofen pump as an adjuvant in treatment of pressure sores. *Annals of Plastic Surgery* 2003; 51(5): 465-7.
9. Hicken BL, Putzke JD: Bladder management and quality of life after spinal cord injury. *J Phys Med Rehabil* 2001; 80(12): 916-22.
10. Aguilar BC: Integración de la terapia ocupacional en la fase aguda del lesionado medular. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, Tesis profesional, 1994.
11. Durán AL, Gallegos CK: Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública Méx* 2004; 46: 306-15.
12. Bowling A: Measuring disease, a review of disease-specific quality of life measurement scales segunda edición, 2001: 6-13.
13. Cárdenas PLA: Tratamiento de las lesiones vertebrales traumáticas con compromiso neurológico en la zona de transición toracoabdominal con barras de Luque, sistema transpedicular, comparación funcional de la cifosis residual. Tesis de postgrado. 2005.
14. Uy-de Grott CA, Buijt I: Health related quality of life in patients with multiple myeloma undergoing a double transplantation. *European Journal of Hematology* 2005; 74(2): 136-43.
15. Frymoyer J, Christopher S: The adult spine: principles and practice Segunda edición. EU, 1997: 931-45.
16. <http://www.EuroQol.com>