

## Calidad de vida en pacientes del Hospital Ángeles del Pedregal con trasplante hepático

Ariana Canche Arenas,\* Miguel Galindo Campos,\* Héctor Diliz Pérez,\*\* Federico Rodríguez Weber\*\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** el trasplante hepático debe observarse más allá de una perspectiva médica, para incluirse en un marco multidisciplinario desde un punto de vista biopsicosocial, que asume el concepto de calidad de vida relacionado con la calidad de vida física, mental y social, no sólo con la enfermedad.

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida de los pacientes atendidos en el Hospital Ángeles del Pedregal por trasplante hepático en los últimos 20 años.

**Material y método:** estudio descriptivo-correlacional efectuado para evaluar el grado, la magnitud y la dirección de la relación entre una o más variables y especificar las propiedades de los 25 pacientes que respondieron un cuestionario y las preguntas formuladas en una entrevista estructurada, previamente evaluada, que incluyó ítems en formato escala. La información se analizó con base en categorías definidas a partir de la fundamentación teórica y aplicación de pruebas estadísticas y de clasificación clínica.

**Resultados:** se demostró que el trasplante hepático mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de la enfermedad hepática, hecho que se correlaciona de forma importante con la independencia e incremento de la habilidad para el trabajo y, por consiguiente, con la integración del paciente a su núcleo familiar, laboral y social.

**Conclusiones:** los pacientes y sus familias consideran que el trasplante, al cambiar su estado de salud, constituyó una posibilidad de mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** trasplante hepático, calidad de vida, Hospital Ángeles del Pedregal

### ABSTRACT

**Background:** the liver transplantation should be observed beyond a medical perspective, to be included in a multi-disciplinary framework from a point of view biopsychosocial, who assumes the concept of quality of life associated with the quality of life physical, mental and social, not only with the disease.

**Objective:** To assess the quality of life of the patients in the Hospital Angels del Pedregal by liver transplantation in the last 20 years.

**Material and method:** descriptive study-correlation made to assess the extent, the magnitude and the direction of the relationship between one or more variables and specify the properties of the 25 patients who answered a questionnaire and the questions raised in an interview structured, previously assessed, which included items in format scale.

**Results:** it demonstrated that the liver transplantation considerably improves the quality of life for patients in the final stage of the liver disease, a fact that correlates significantly with the independence and increase the ability to work and, therefore, with the integration of the patient to their family, work and social.

**Key words:** Liver transplantation, quality life, Hospital Ángeles del Pedregal

\* Residente de Medicina Interna.

\*\* Medicina Interna, cirugía y trasplante hepático.

\*\*\* Medicina Interna. Profesor adjunto de la Residencia de Medicina Interna. Jefe de la División de Enseñanza Médica. Hospital Ángeles del Pedregal, Universidad La Salle, Mexico, DF.

Correspondencia: Dr. Federico Rodríguez Weber. Correo electrónico: fweber@saludangeles.com

Recibido: 20 de octubre, 2010. Aceptado: enero 2011.

Este artículo debe citarse como: Canche-Arenas A, Galindo-Campos M, Diliz-Pérez H, Rodríguez-Weber F. Calidad de vida en pacientes del Hospital Ángeles del Pedregal con trasplante hepático. Med Int Mex 2011;27(2):113-119.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.<sup>1</sup> Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. La vitalidad, el dolor y la discapacidad se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona.<sup>2</sup> Puesto que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas

con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. En este sentido, la calidad de vida no debe ser evaluada por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro.<sup>3</sup> Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida.<sup>4,5</sup>

Es necesario saber que el trasplante hepático debe ser observado más allá de una perspectiva médica, para ser incluido en un marco multidisciplinario desde un punto de vista biopsicosocial, que asume el concepto de calidad de vida relacionado con una calidad de vida física, mental y social, no sólo con la enfermedad.<sup>6</sup> El trasplante es uno de los más grandes avances de la Medicina, no sólo por el papel de la recuperación de la salud, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas o terminales por falla de algún órgano. Los avances y las mejoras en la técnica quirúrgica, la adecuada selección de candidatos y, principalmente, la nueva terapia inmunosupresora, contribuyeron considerablemente a aumentar las tasas de supervivencia actuales.<sup>7</sup> La incidencia de enfermedades hepáticas ha aumentado en México, especialmente las originadas por abuso de alcohol, como las hepatitis B y C y el cáncer hepatocelular. Los pacientes con hepatitis C y cirrosis relacionadas con el alcohol representan la mayoría de los casos de cirrosis hepática tipo C (CHC); sin embargo, la hepatitis B es la más común.<sup>8</sup>

El trasplante hepático surgió en el decenio de 1990 como un método viable para el tratamiento de la cirrosis hepática, a raíz de los malos resultados en el decenio previo.<sup>9</sup> Un histórico estudio del grupo de Milán informó la supervivencia a cuatro años de 85%, con una tasa de recurrencia de 8%. Esta experiencia fue posteriormente validada por otros grupos. Los criterios de Milán se utilizan ahora en todo el mundo para identificar pacientes con cirrosis hepática tipo C que tienen buen pronóstico después del trasplante hepático.<sup>10</sup>

La terapia definitiva de la enfermedad hepática es el trasplante. En el año 2006 se realizaron 6,650 trasplantes hepáticos solo en Estados Unidos y 115 en nuestro país.<sup>11</sup> Las mejoras en la técnica quirúrgica, pre y posoperatorio, las pautas de inmunosupresión, los antibióticos, la preservación de órganos, la asignación de pacientes, y la creciente demanda, han contribuido a la creciente impor-

tancia de incorporar una escala de correlación para validar la calidad de vida de estos pacientes, que puede influir en las decisiones de los pacientes seleccionados para trasplante de órganos.<sup>12</sup> El modelo de enfermedad hepática en fase terminal (MELD) fue originalmente diseñado para predecir la mortalidad a corto plazo para los pacientes a quienes se aplicó un sistema porto transyugular intra hepático pero no predecía los componentes psicosociales del paciente. Este sistema, comparado con el cuestionario de salud y calidad de vida, no predijo de manera definida el pronóstico de los pacientes postrasplante ni aumentó la supervivencia de los mismos posterior al trasplante.<sup>13</sup>

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.<sup>14</sup> En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones relacionadas con la mejoría o deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios que ayudan a cuantificar en forma efectiva el estado de salud del paciente de una forma más integral.<sup>15-20</sup>

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo-correlacional efectuado para evaluar el grado, la magnitud y la dirección de la relación entre una o más variables y especificar las propiedades de las personas. Esas variables corresponden al concepto de calidad de vida descrito, y se analizaron con variables socio demográficas y con el grado de Child-Pugh y Karnofsky antes y posterior al trasplante para evaluar integralmente los aspectos biopsicológicos en la calidad de vida de los pacientes. Fue un estudio por conveniencia no probabilístico.

La población se definió como el grupo de pacientes operados en el Hospital Ángeles del Pedregal en los últimos 20 años, adscritos al programa de trasplante hepático del mismo hospital. Todos los pacientes eran de nacionalidad mexicana. De los 25 potenciales participantes, 15 eran hombres y 10 mujeres, con límites de edad de 20 y 67 años. Todos aceptaron responder voluntariamente un cuestionario con consentimiento informado (los familiares de los pacientes que fallecieron también accedieron a dar respuesta al cuestionario). Con respecto al nivel educativo, 21 pacientes tenían grado de licenciatura, dos de preparatoria y dos de secundaria. En cuanto al nivel socioeconómico, 12 pacientes se ubicaron en el medio

alto, 13 en el nivel medio y ninguno en el nivel bajo. En cuanto al tiempo postrasplante 10 fallecieron (dos durante el perioperatorio, dos en la fase temprana postrasplante, dos en la etapa intermedia postrasplante, cuatro en la etapa tardía postrasplante, de éstos siete tenían un child C y Karnofsky menor a 30 pretrasplante, y otros tres tenían Child B y Karnofsky menor de 40 pretrasplante, con mal apego al tratamiento o recaída en tres casos por ingestión de alcohol después del trasplante). En la actualidad superviven 15 pacientes, llevan entre dos y diez años postrasplante hepático, con un Karnofsky superior a 60 y mejorando la categoría de Child Pugh de uno a dos grados, en el mejor de los casos. (Cuadro 1)

**Cuadro 1.** Datos descriptivos de la muestra según las variables

<i>Variable de los participantes</i>	<i>Número</i>	
Nivel educativo	Licenciatura	21
	Bachillerato	2
	Secundaria	2
Nivel socioeconómico	Alto	21
	Medio	13
	Bajo	0
Tiempo postrasplante	Fallecieron	10
	Vivos	15
Sexo	Hombres	15
	Mujeres	10

### Instrumento

Se utilizó una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas aplicada de forma individual (Anexo). Las preguntas seleccionadas se evaluaron según el análisis de Rodríguez y sus colaboradores (2003) en relación con la calidad de vida y la revisión de los principales autores que han escrito sobre el tema. Estas categorías se definieron de la siguiente manera y fueron decisivas para la formulación de preguntas:

- Área funcional: es la dimensión física en la que los pacientes reconocen una mejoría respecto a la situación previa, disminución de las restricciones físicas, recuperación de las capacidades y sensación de bienestar.<sup>18</sup> Y las preguntas correspondientes son: 1, 2, 3, 4 y 5.
- Funcionamiento social: realización de actividades sociales e influencia del trasplante en las mismas.<sup>19</sup> Corresponde a las preguntas: 6, 7, 8, 9, 10 y 12.

- Funcionamiento psicológico: reporte de bienestar o malestar psicológico asociado con situaciones vitales, en este caso la situación de enfermedad.<sup>20</sup> Las preguntas correspondientes son: 11, 13 y 14.
- Gravedad clínica: condiciones relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos, y en la que se busca clasificar al paciente mediante la escala de child Pugh y de Karnofsky antes y después del trasplante hepático. Las preguntas relacionadas son: 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21.

### Procedimiento

En la base de datos del archivo clínico del Hospital Ángeles se buscaron todos los registros para localizar a los participantes y sus familias. Se entró en contacto por vía telefónica con 25 personas y se hizo una cita en las instalaciones del hospital, con dos participantes. Hubo el inconveniente de no querer acudir a la cita para responder el cuestionario, por eso se efectuó la visita domiciliaria.

### RESULTADOS

Con la meta de establecer la asociación entre las variables de género y tiempo transcurrido de postrasplante y las categorías de análisis, para cada una de las preguntas cerradas se aplicó el estadístico de la ji al cuadrado con la prueba exacta de Fisher (Cuadro 2).

Respecto al género, en las siguientes preguntas se encontraron algunas tendencias. En la pregunta ¿Hasta qué punto sus problemas físicos han afectado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos y otras personas?, la ji al cuadrado tuvo un valor de 4.640 ( $p=0.071$ ), lo que indica una tendencia de asociación, no estadísticamente significativa, al nivel de confianza de 95%, pero sí de 98%. En la pregunta: ¿Cómo era su estado de salud antes de la enfermedad? la ji al cuadrado tuvo un valor de 8.602 ( $p=0.002$ ), lo que constituye una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de hombres y mujeres. La respuesta a la pregunta: ¿Qué tanto afectan los síntomas relacionados con el trasplante en su calidad de vida? la ji al cuadrado tuvo un valor de 6.105 ( $p=0.108$ ), lo que indica una tendencia de asociación. En cuanto al análisis estadístico efectuado al tomar como variable el tiempo postrasplante, también se utilizó la estadística paramétrica. En la pregunta: ¿Después del trasplante hasta qué punto sus problemas emocionales han

**Cuadro 2.** Prueba de Kruskal-Wallis

$\chi^2$	<i>Funcionamiento social</i>	<i>Funcionamiento psicologico</i>	<i>Gravedad de sintomas</i>
Género	0.495	0.001	0.440
Edad	0.572	0.001	2.040
Educativo	0.118	1.250	3.045
Socioeconómico	0.105	2.773	0.347
Tiempo postrasplante	0.284	2.360	0.286

afectado sus actividades sociales? la ji al cuadrado tuvo un valor de 3.586 ( $p=0.098$ ), lo que indica una tendencia de asociación, estadísticamente significativa, al nivel de confianza de 90%. Las respuestas a la pregunta: ¿Cómo califica su estado de ánimo después del trasplante?, la ji al cuadrado tuvo un valor de 4.366 ( $p=0.098$ ), lo que indica la tendencia de asociación entre el tiempo postrasplante y el estado de ánimo posterior a la cirugía. A la pregunta: ¿Cómo era su estado de salud antes del trasplante? la ji al cuadrado tuvo un valor de 6.104 ( $p=0.022$ ), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre el estado de salud antes y postrasplante. En las respuestas a la pregunta: ¿Qué tanto le afectan los cuidados relacionados con el trasplante?, la ji al cuadrado tuvo un valor de 6.623 ( $p=0.061$ ), lo que indica una tendencia de asociación entre el tiempo de trasplante y esta pregunta, mas no una diferencia estadísticamente significativa. En la pregunta: ¿qué tanto afectan los síntomas relacionados con los cuidados del trasplante su calidad de vida?, la ji al cuadrado tuvo un valor de 6.523 ( $p=0.061$ ), lo que indica una tendencia de asociación, estadísticamente significativa, de 90%.

Para el análisis por categoría, género, tiempo postrasplante, edad, nivel socioeconómico y nivel de educación, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis que permite ver la incidencia de uno o varios factores sobre una o más variables dependientes. En el Cuadro 3 se observa que al aplicar la prueba estadística mencionada, no hubo efectos significativos en las variables sociodemográficas y el tiempo postrasplante para cada una de las cuatro categorías. No obstante, vale la pena tener en cuenta la tendencia de relación entre el nivel socioeconómico y la categoría de funcionamiento psicológico. Para el análisis de resultados se diseñó una matriz donde se cruzaron los datos cuantitativos.

Los resultados demostraron que el trasplante de hígado mejora el estado funcional de la calidad de vida, independientemente de la causa que haya llevado al

paciente a la insuficiencia hepática. El trasplante mejoró su independencia, actividad laboral e integración psicosocial.

Por último, se realizó un análisis comparativo entre el grado de Karnofsky y el Child-Pugh antes y después del trasplante, donde se encontraron diferencias significativas de mejoría en la calidad de vida posterior al trasplante hepático. Respecto a los pacientes con Child 0 posterior al trasplante se tomó así por la muerte del paciente; fue significativo el hecho de que los 15 pacientes vivos hasta ahora corresponden a los pacientes trasplantados en los últimos 10 años que se correlaciona con la experiencia de 10 años de trasplante no sólo en el Hospital Ángeles del Pedregal sino en México. Todos los pacientes que fallecieron fueron los que peor clasificación de Child tenían antes del trasplante y la mayoría reincidió en la causa de la insuficiencia hepática (alcoholismo en siete de diez casos), o tuvieron mal apego al tratamiento. (Cuadro 3)

## CONCLUSIONES

Aunque haya efectos inherentes a la recuperación postrasplante, como: limitación de actividades físicas, fatiga, cansancio y decaimiento, los participantes no permiten que afecten su calidad de vida pues el paciente es quien debe tener autocontrol y manejar por sí mismo su tratamiento y evolución. Los resultados de esta investigación muestran que, en la categoría de status funcional, la calidad de vida en los pacientes con trasplante hepático, sin importar el tiempo postrasplante, se relaciona con la posibilidad de un buen estado de salud, poder desarrollarse como un ser integral en su área social, laboral y familiar, con tener independencia física, realizar actividades que permiten recrearse y ejercer una labor. Por esto, los pacientes y sus familias consideran que el trasplante, al cambiar su estado de salud, constituyó una posibilidad de mejorar su calidad de vida. Aunque hubo eventos inherentes a la recuperación posterior al trasplante, como limitación de actividades

**Cuadro 3.** Calidad de vida Karnofsky y Child. Pugh antes y después del trasplante.

<i>Paciente</i>	<i>Karnofsky pretrasplante</i>	<i>Karnofsky post trasplante</i>	<i>Child Pugh antes del trasplante</i>	<i>Child Pugh después del trasplante</i>
1	20	60	c	a
2	30	70	b	a
3	10	0	c	a
4	20	0	b	c
5	10	0	c	b
6	20	0	c	b
7	30	80	c	a
8	20	70	c	a
9	20	40	b	a
10	30	70	a	a
11	20	0	c	c
12	30	0	b	c
13	10	0	c	b
14	10	70	c	b
15	20	80	c	b
16	30	80	b	c
17	20	90	c	c
18	10	80	c	b
19	10	0	c	c
20	30	70	a	b
21	10	0	b	c
22	20	90	b	a
23	30	90	a	a
24	10	80	b	b
25	10	0	c	c

físicas, fatiga, cansancio y decaimiento, los pacientes no perciben que estos afecten su calidad de vida, debido a que con el paso del tiempo tales efectos disminuyen y las personas van ejerciendo control y conocimiento de su nueva condición. Por último, los resultados permiten formular algunas recomendaciones en el tema de la psicología de la salud y su relación con la calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>
- Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA* 1994;272:630-631.
- Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-625.
- Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629.
- Alsina A. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Cancer Control* 2010;17(2):83-86.
- Quality of life and clinical trials Editorial. *Lancet* 1995; 346:1-2.
- Bordallo H. Estudio de alteraciones psiquiátricas y de la calidad de vida en candidatos a trasplante hepático y sus modificaciones tras el mismo. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, 1994.
- Diestang JL, Iseelbacher KJ. Chronic hepatitis. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Houser SL. *Harrison Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill, 2009;1742-1752.
- Quality of life. *Lancet* 1991;338:350-351
- Johnson B. Assessment of quality of life in chronic diseases. *Acta Podiatry Scand* 1987;337(Suppl):164-169.
- Lock K. Health impact assessment. *BMJ* 2000;320:1395-1398.
- Murray CJL, Frenk NJ. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78:717-731.
- Castaldo ET, Feurer ID, Russell RT, Pinson CW. Correlation of health-related quality of life after liver transplant with the Model for End-Stage Liver Disease score. *Arch Surg* 2009;144(2):167-172.
- Tymstra TJ, Bucking J, Roorda J, Van den Heuvel WJA, Gips CH. The psycho-social impact of a liver transplantation. *J Lab Clin Med* 1984;103(5):776-782.
- Eid A, Steffen R, Porayko MK, Beers TR, et al. Beyond 1 year after liver transplantation. *Mayo Clin Proc* 1990;64(4):446-450.

16. Abreo C, Niño A, Rodríguez J, Girón F, y col. Trasplante: un regalo de vida. Manual de cuidados pos trasplante. Novartis.
17. Alarcón A. Aspectos psicosociales del paciente renal. La Silueta, 2004.
18. Moreno A, Méndez P, Mancillas MA, Gutiérrez R. Calidad de vida en ciudades mexicanas. Reforma 2001;8(2764):4A.
19. Seiler C, Muller M, Fisch H, Renner E. Quality of the liver Transplantation. Transplantation Proceedings 1998;30:4330-4333.
20. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-840.

## ANEXO

Cuestionario Psicología según Fernández et al. 2003 para calidad de vida.

### I. Ficha identificación:

Nombre  
Edad  
Género  
Nivel socioeconómico  
Fecha de trasplante  
Enfermedad (diagnóstico)  
Medicamentos actuales inmunosupresión  
Rechazos

### II. Entrevista

1. ¿Qué significa para usted calidad de vida?
2. ¿Cambió su vida o la de su familia con el trasplante?
3. Mencione tres aspectos de su vida que se vieron afectados por el trasplante
4. Mencione tres aspectos de su vida que mejoraron con el trasplante
5. ¿Cambió su estilo de vida o el de su familia después del trasplante?
6. ¿Cómo es su relación de familia después del trasplante?
7. ¿Qué tipo de apoyo tuvo cuando estaba enfermo?
8. Después del trasplante. ¿Qué apoyo ha tenido?
9. Estos apoyos ¿han tenido relación con su cambio en la calidad de vida?
10. Después del trasplante. ¿Hasta qué punto sus problemas físicos han afectado sus actividades sociales?
  - a. Excelente
  - b. Muy bueno
  - c. Bueno
  - d. Regular
  - e. Malo
  - f. Pésimo
11. Después del trasplante. ¿Hasta qué punto sus problemas emocionales han afectado sus actividades sociales?

- a. Excelente
- b. Muy bueno
- c. Bueno
- d. Regular
- e. Malo
- f. Pésimo

12. Después del trasplante. ¿Hasta qué punto sus problemas sociales han afectado sus actividades sociales?

- a. Excelente
- b. Muy bueno
- c. Bueno
- d. Regular
- e. Malo
- f. Pésimo

13. ¿Cómo califica su estado de ánimo después del trasplante? (familiar también responda)

- a. Excelente
- b. Muy bueno
- c. Bueno
- d. Regular
- e. Malo
- f. Pésimo

14. Califique su nivel actual de satisfacción y cumplimiento de los logros esperados con el trasplante hepático

- a. Excelentes
- b. Muy buenos
- c. Buenos
- d. Regulares
- e. Malos
- f. Pésimos

15. ¿Cómo era su estado de salud o el de su familiar antes de la enfermedad? ¿Por qué?

- a. Excelente
- b. Muy bueno
- c. Bueno
- d. Regular



- e. Malo
  - f. Pésimo
16. ¿Cómo era su estado de salud en el momento inmediatamente anterior al trasplante (cuando se encontraba cirrótico) ¿Por qué?
- a. Excelente
  - b. Muy bueno
  - c. Bueno
  - d. Regular
  - e. Malo
  - f. Pésimo
17. ¿Cómo califica su estado de salud en general o el de su familiar después del trasplante?
- a. Excelente
  - b. Muy bueno
  - c. Bueno
  - d. Regular
  - e. Malo
  - f. Pésimo
18. ¿Qué cuidados especiales tiene ahora que estén relacionados estrictamente con el trasplante? (medicamentos y regímenes establecidos por el médico)
19. ¿Qué síntomas relacionados con los cuidados del trasplante ha presentado con más frecuencia después del mismo?

20. ¿Qué clasificación según su estado clínico (child pugh) tuvo antes y después del trasplante y mencione si esta mejoro?
21. Grado en la escala de Karnofsky en este momento.

### ESCALA DE KARNOFSKY

- 100 Normal, sin signos o síntomas de la enfermedad.
- 90 Capaz de realizar sus actividades normalmente, signos y síntomas leves.
- 80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
- 70 Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal, o trabajo activo.
- 60 Requiere atención ocasional; sin embargo puede atender prácticamente todas sus necesidades.
- 50 Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
- 40 Encamado, necesita cuidado y atenciones especiales.
- 30 Invalidez severa está indicada la hospitalización.
- 20 Inválido grave, necesita hospitalización y tratamiento general de sostén.
- 10 Muy grave, rápida evolución de la enfermedad.
- 0 Muerte.