

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume **18**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2004**

Artículo:

Evaluación de la calidad de vida en
lesionados medulares

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Artículo original

Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares

Blanca Luz Jiménez Herrera,* Aurelio Tirzo Serrano Miranda,** Matilde Enríquez Sandoval***

Centro Nacional de Rehabilitación

RESUMEN. El objetivo fue evaluar la calidad de vida (CV) en personas con lesión medular. *Material y métodos.* Se aplicó el EUROQOL-5D a 27 pacientes con 2 años de tratamiento posterior a su lesión. Se evaluó movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y la escala visual análoga (EVA). El 88.9% fueron del sexo masculino y 11.1% femenino; edad promedio 38.7 años, mínima 15 y máxima 80, Ds 16.57. Solteros 48.1%; estudios de primaria 48.1%; empleados o trabajadores autónomos 51.9%. *Resultados.* Dimensiones principales: Movilidad: algunos problemas para caminar con asistencia 51.9%; Cuidado personal: algunos problemas para lavarse o vestirse 70.4%; Actividades cotidianas: algunos problemas para realizar actividades cotidianas 77.8%; Dolor/Malestar: dolor moderado o malestar 88.9%; Ansiedad/Depresión: presentaron ansiedad moderada o depresión 63%. Estado general de salud en los últimos doce meses, 70.4% reportaron que al día de la aplicación de la encuesta fue mejor. EVA: Clificación de 70 el 29.6%, y de 80 el 22.2%. Estado de salud: Toda la población en estudio estuvo por debajo de 21122, es decir de bueno a malo. Los resultados señalan que a pesar de ser un problema de salud severo, su CV mejora con el tratamiento, aunque en ciertas dimensiones es necesario modificar las estrategias de tratamiento. *Conclusión.* Evaluar la CV en personas con lesión medular permite valorar el impacto del tratamiento médico y revisar nuevas alternativas de tratamiento en función de los resultados obtenidos. La investigación nos establece la necesidad de realizar estudios comparativos con otros instrumentos para validar aún más la información obtenida, tanto a nivel nacional como internacional.

Palabras clave: calidad de vida, lesión medular.

SUMMARY. The objective was to evaluate the quality of life in people with spinal cord injury. *Method.* the Euroqol-5d was applied 27 patients with 2 years of later treatment to its injury, in which the mobility, personal care, was evaluated daily activities, pain/uneasiness and anxiety/depression, the similar visual scale was also applied. *Results.* 88.9% was of the masculine sex and 11.1% feminine, age average 38.7 years, minimum 15 and maxim 80, Ds 16.57, civil state: single 48.1% level of studies, primary 48.1% daily activity: employees or workers autonomous 51.9%. Main dimensions: mobility: some problems to walk with attendance 51.9%; personal care: some problems to be washed and to get dressed 70.4%, daily activities: some problems to carry out activities daily 77.8%, Pain/uneasiness: moderate pain or uneasiness 88.9% Anxiety/depression: they presented moderate anxiety or depression 63%. General state of health in the last 12 months 70.4% reported that to the day of the application of the survey it was better, EVA qualification 70, 29.6% and of 80, 22.2%. State of health: the whole population in study was that is to say below 21122 of good to bad. The results they point out that in spite of being a severe problem of health her quality of life you/he/she improves with the treatment in function of the results obtained in each dimension. *Conclusion.* Being necessary to carry out comparative studies with other instruments to validate the obtained information to level national and international.

Key words: quality of life, spinal cord injury.

* Servicio de Geriatría, Medicina de Rehabilitación.

** Servicio Epidemiología Sociomédica, Instituto Nacional de Ortopedia.

*** Directora de Enseñanza e Investigación del Centro Nacional de Rehabilitación.

Dirección para correspondencia:

Blanca Luz Jiménez Herrera. Av. México-Xochimilco No. 289
Col. Arenal Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14889,
Méjico D.F. Teléfono: 59991000 ext. 19009 o ext. 13131.

Introducción

La lesión medular (LM) se ha convertido en un problema de salud pública con afectación en la calidad de vida (CV)⁴ de quien la padece, ya que ocasiona discapacidad (D) de por vida. El estilo de vida, las condiciones socioeconómicas, el bajo nivel educativo y padecimientos neoplásicos o infecciosos han provocado que su tendencia aumente,⁵ por lo que se demanda de los gobiernos y de sus servicios de salud establecer programas eficientes y eficaces para mejorar su CV.¹⁰ El siglo XX caracterizado por avances científicos, además de la transición demográfica y epidemiológica, favoreció el aumento en su incidencia y en la esperanza de vida de estas personas,¹⁵ como lo demuestran las investigaciones internacionales de Schönheir²⁰, Price¹⁸, Hart¹³, Shigu²², Soopramanien²³, Waters³¹ y Jagdish,¹⁷ con predominio en el sexo masculino, > 30 años de edad y el traumatismo su causa principal. Algo similar ha ocurrido en México, donde Vázquez²⁹, Madrigal¹⁶, Donati⁸, Uribe²⁷ y Serrano²¹ reportan como causa principal el traumatismo, mayor incidencia en sexo masculino y principal grupo etáreo 20 a 40 años de edad.

Al estudiar la CV, Hornquist¹¹ menciona que las necesidades humanas son la base de ésta y la misma es el grado de satisfacción de necesidades físicas, psicológicas, sociales, de actividad laboral, de vida marital y estructural. Ziller³³ dice que la CV depende de la interpretación y percepción de los individuos, a lo que Rosenberg¹⁹ agrega el aspecto de medición, al establecer que la traducción psicométrica de la CV tiene componentes del estado emocional, de interacción social, económico, de salud y de capacidad física. Flanagan⁹ lo retoma y plantea que la CV tiene un cierto nivel de bienestar físico y material de seguridad y salud. Testa²⁶ agrega que la CV permite evaluar la los servicios de salud al medir la función del paciente en relación a su cuidado personal, además de dar información de los beneficios humanos y costos financieros de los programas de salud. Bowling³ al evaluar la CV considera las relaciones intrafamiliares, la salud propia y de familiares, finanzas y estándar de vida, medio ambiente, condiciones de trabajo, satisfacción laboral, disponibilidad de empleo, acceso al trabajo, capacidad para el trabajo, vida social, actividades recreativas, religión, educación, felicidad, bienestar, vida sexual. Wachtel,³⁰ estructura el Medical Outcomes Study o Forma Corta 36 (SF-36), que evalúa al ser humano integralmente, su habilidad funcional, estado de salud, síntomas, estado somático, bienestar social, soporte social, satisfacción de vida, estado de ánimo, independencia, control sobre la propia vida y habilidades de ajuste.

Otros como el Índice de la Calidad de Vida de Spitzer,²⁴ el Índice de Condición de la Salud de Chen,⁶ el Perfil del Efecto de la Enfermedad de Bergner,² evalúan (CV) de enfermedades en relación a las actividades cotidianas, de salud, movilidad, actividad física y actividad social a través del tiempo. Al considerar aspectos psico-

lógicos y sociales Derogatis⁷ elabora la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS), para pacientes o sus familiares.

En pacientes traumatizados, Vázquez²⁸ emplea tres escalas: La Injury Severity Score, la Acute Physiology and Chronic Health Evaluation y la Escala de Glasgow, lo que marca el inicio para valorar CV en este tipo de pacientes. Esto sirve a Tate,²⁵ que evalúa la CV en mujeres con discapacidad física o cáncer de cerebro; sus resultados registran que mujeres con condiciones traumáticas (lesión medular) reportan pobre funcionamiento físico y bienestar, mientras que mujeres con problema crónico (cáncer cerebral) reportan pobre estado de salud. Concluye que la CV como medida para el impacto de una enfermedad, es un buen predictivo para la función y bienestar físico; no obstante, función y habilidad física fueron mejores predictivos para CV y satisfacción de la vida. Además la LM tiene mayor impacto sobre el funcionamiento físico.

Lin¹⁴ mide CV en pacientes con LM y revisa posibles factores que la afectan; emplea el cuestionario de la Asociación de Lesionados Medulares de la República de China; los pacientes tenían edad promedio de 37.5 y duración media de la enfermedad de 6.8 a 7.8 años. En sus resultados los pacientes tuvieron moderada insatisfacción en los cinco dominios, excepto en el ajuste psicosocial donde fue mayor la insatisfacción; la CV de pacientes con tetraplejía completa y tetraplejía incompleta fue significativamente menor que aquéllos con paraplejía completa y paraplejía incompleta; en ambos, la severidad de la lesión y el estado de trabajo posterior a la lesión fueron los principales factores que afectaron su CV. Nini³² y Levi evaluaron CV en pacientes con LM traumática mediante el SF-36 Suizo; valoraron la salud, el estado funcional y el bienestar, el cuestionario califica de 0 a 100, donde 0 significa la peor calificación y 100 la mejor; en sus resultados la CV en el grupo de LM fue significativamente menor que en grupos normales; la diferencia principal fue en la subescala de función física. El efecto medio se observó en todas las demás escalas excepto en salud mental y viabilidad donde el efecto fue pequeño. También hubo diferencias en la edad de la lesión; entre menor edad, mayor calificación en el rango de función física y social. Los problemas que se asociaron a menor calificación fueron: dolor neurológico, espasticidad, vejiga neurogénica y problemas intestinales. Concluyen que la CV es una habilidad de adaptación a la nueva situación de la vida.

En España, Badia¹ usa el Índice Europeo de Calidad de Vida (EUROQOL-5D) que evalúa CV relacionada a la salud y la escala visual análoga (EVA) donde el paciente determina su estado de salud en relación a los últimos doce meses. Kennedy y Rogers¹² evaluaron CV en pacientes con LM posterior a los primeros seis meses después del traumatismo y con tratamiento de rehabilitación; sus resultados demuestran que no hubo diferencia significativa entre la importancia que los participantes atribuyeron a necesidades específicas a un mes y seis meses posteriores al trauma. No hubo diferencia signifi-

cativa entre la magnitud de estas necesidades encontradas a un mes y seis meses posteriores al trauma. Concluyen que la CV de personas con LM responde a la estabilidad durante el primer año siguiente del trauma.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida mediante el instrumento de EUROQOL-5D en personas con lesión medular, sometidas a tratamiento médico.

Material y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en pacientes que acudieron al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en 2003 a recibir tratamiento médico posterior a su LM los cuales en promedio tenían dos años con el padecimiento. De los 27 pacientes encuestados, 100% eran usuarios permanentes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. La mayoría del sexo masculino con 24 casos (88.9%) y 3 (11.1%) del sexo femenino. El promedio de edad fue 38.7 años con una mínima de 15 y una máxima de 80 años con desviación estándar de 16.5. En la distribución por grupo etáreo, el principal fue de 15 a 31 años con 14 casos (51.8%), seguido del de 32 a 48 años con 6 casos (22.2%), de 49 a 65 años con 5 casos (18.5%) y 2 casos (7.4%) de 67 a 80 años. Del estado civil, 13 casos (48.1%) eran solteros, casados 6 (22.2%), unión libre 5 (18.5%) y divorciados 3 (11.1%). Nivel de estudios, con primaria 13 casos (48.1%), educación secundaria 8 (29.6%), enseñanza universitaria 4 (14.8%), y sin estudios 2 (7.4%). En la actividad que describe mejor la situación actual del paciente, el mayor porcentaje lo presentaron empleados o trabajadores autónomos con 14 casos (51.9%), seguido de personas paradas (sin ninguna actividad) con 9 (33.3%), estudiantes 2 (7.4%), el resto fueron jubilados o amas de casa con 1 (3.7%) cada una. Del total de los pacientes, 17 casos (62.9%) eran parapléjicos y 10 (37.0%) cuadripléjicos.

A todos se les aplicó el EUROQOL-5D y el EVA en forma autoadministrada (el paciente determina su estado de salud el día en que se aplica la encuesta). Las variables sociodemográficas fueron: actividad cotidiana, edad, estado civil, nivel de estudios y sexo. Del EQ-5D se estudió el Sistema Descriptivo que evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades co-

tidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En cada dimensión se determinaron tres niveles: Nivel 1 (sin problemas), nivel 2 (algunos o moderados problemas) y nivel 3 (muchos problemas), que reflejan grados crecientes de gravedad. De aquí resultan 243 estados de salud teóricamente posibles. Cada estado se determinó por un número de 5 dígitos; el estado de salud 11111, representaba que la persona en aquel momento no tenía problemas en ninguna de las 5 dimensiones (salud perfecta) y en cambio una persona con calificación de 12233, significaba que no tenía problemas de movilidad, pero tenía algunos problemas para lavarse o vestirse y para realizar sus actividades cotidianas, así como mucho dolor y estar muy ansioso o deprimido. Por lo que los valores varían entre -1 y 1, asignando al estado de "salud perfecta" 11111 y "muerte" a los valores 1 y 0 respectivamente.

La otra parte aplicada, el EVA o termómetro midió la CV relacionada a la salud el día en que se aplicó la encuesta (es una autovaloración del estado de salud en la que el propio paciente la determina). Tiene una ponderación que va del 0 al 100 en la cual, la cifra de 100 se califica como el mejor estado de salud y la cifra de "0" representa el peor estado de salud que pueda imaginarse en el día en que se aplica la encuesta. La escala establece que a partir de la cifra de 50 a 0, el estado de salud se considera que va decreciendo.

Los datos obtenidos se vaciaron en Dbase y el análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS-v10. Se empleó estadística descriptiva y para establecer la asociación de variables cualitativas se empleó la Chi cuadrada, con un nivel de significancia de $p < .05$.

Resultados

DESEMPEÑO DE LA ENCUESTA. Las cinco dimensiones y niveles se distribuyeron por frecuencia: *Dimensión movilidad*, en primer término pacientes con algunos problemas para caminar con 14 casos (51.9%), seguido de los que tenían que estar en cama con 13 casos (48.1%). *Dimensión cuidado personal*, 19 casos (70.4%) presentaron algunos problemas para lavarse o vestirse, seguido de 5 casos (18.5%) que no tuvieron problemas con su cuidado personal y 3 casos (11.1%) que fueron incapaces de lavarse o vestirse. *Activida-*

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las dimensiones y niveles.

Dimensiones	Nivel 1 Sin problemas No. casos (%)	Nivel 2 Algunos o moderados problemas No. casos (%)	Nivel 3 Muchos problemas No. casos (%)
Niveles			
Movilidad	0	14 (51.9)	13 (48.1)
Cuidado personal	5 (18)	19 (70.4)	3 (11.1)
Actividad cotidiana	1 (3.7)	21 (77.8)	5 (18.5)
Dolor/malestar	3 (11.1)	24 (88.9)	0
Ansiedad/depresión	1 (3.7)	17 (63)	9 (33.3)

Tabla 2. Problemas declarados, según dimensiones en los diferentes grupos de edad.

Dimensión	Nivel	Grupos de edad (Años)				Total
		15 a 31	32 a 48	49 a 65	66 a 80	
Movilidad	1	0	0	0	0	0
	2	9	2	2	1	14
	3	5	4	3	1	13
Cuidados personales	1	4	1	0	0	5
	2	10	3	4	2	19
	3	0	2	1	0	3
Actividad cotidiana	1	0	1	0	0	1
	2	13	3	3	2	21
	3	1	2	2	0	5
Dolor	1	1	0	2	0	3
	2	13	6	3	2	24
	3	0	0	0	0	0
Ansiedad	1	1	0	0	0	1
	2	8	5	4	0	17
	3	5	1	1	2	9

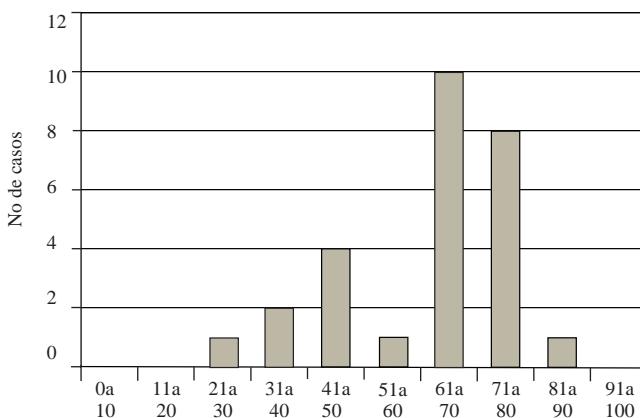
NIVEL: 1 Sin problemas; 2 Algunos o moderados problemas; 3 Incapaz o muchos problemas.

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes del estado de salud, el día de la encuesta en relación a los últimos doce meses.

Estado de salud	Frecuencia	Porcentaje
Mejor	19	70.4
Igual	7	25.9
Peor	1	3.7
Total	27	100

Tabla 4. Estado de salud mediante escala de equivalencia temporal.

Calificaciones	No. de casos	Porcentaje
11111 a 21121	0	0
21122 a 21222	4	14.8
22212 a 22223	10	37.0
31222 a 32223	8	29.6
32322 a 33323	5	18.5
Total	27	100

**Figura 1.** Calificaciones de escala visual analógica.

des cotidianas, en el nivel 2, con algunos problemas en sus actividades, estuvo el mayor número con 21 casos (77.8%), seguido de 5 casos (18.5%) que eran incapaces de realizar sus actividades; finalmente 1 caso (3.7%) reportó no tener problemas. *Dolor/malestar*, 24 casos (88.9%) reportaron dolor moderado o malestar y 3 casos (11.1%) no registraron dolor o malestar. *Ansiedad/depresión*, 17 casos (63%) presentaron ansiedad o depresión moderada, seguido de 9 casos (33.3%) muy ansiosos o deprimidos, y 1 caso (3.7%) no tenía ansiedad ni depresión (*Tabla 1*).

Como se puede observar en la *tabla 2*, la mayoría de los pacientes en relación a la edad, se ubicaron en el nivel 2 de todas las dimensiones, que representa algunos problemas para caminar, lavarse y vestirse, seguido de problemas para realizar sus actividades cotidianas, pacientes con moderado dolor, y moderadamente ansiosos o deprimidos. En relación a los diversos grupos etáreos, el que presentó más problemas fue el de 15 a 31 años de edad.

ESTADO GENERAL DE SALUD EL DÍA DE LA ENCUESTA. Se estableció al comparar el estado de salud del paciente el día de la encuesta en relación a los últimos doce meses, dando los siguientes resultados: 19 casos (70.4%) señalaron que éste era mejor, seguido de 7 (25.9%) que mencionaron que era igual y 1 (3.7%) mencionó que era peor (*Tabla 3*).

ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA). Las calificaciones mediante una distribución en rangos fueron las siguientes: De los 27 pacientes la mayoría 10 casos (37.0%) manifestó una calificación de 61 a 70, seguida de los que tuvieron calificación de 71 a 80 con 8 (29.6%); con calificación de 41 a 50 hubo 4 (14.8%), de 31 a 40 hubo 2 (7.4%), el resto fueron 1 (3.7%) para cada uno. Con calificación de 91 a 100 no hubo ningún caso (*Figura 1*).

ESTADO DE SALUD MEDIANTE EQUIVALENCIA TEMPORAL. De los 27 pacientes encuestados, los resultados del estado de salud mediante el EuroQol reportan los siguientes datos: ninguno de los pacientes estuvo en el rango de 11111 al 21121. El total de los pacientes estuvo en el rango de 21122 a 33323; de éstos, 5 pacientes (18.5%) manifestaron tener algunos problemas para caminar, lavarse o vestirse y realizar sus actividades, además de dolor y ansiedad moderadas; 4 pacientes (14.8%) reportaron tener que estar en cama, algunos problemas para lavarse o vestirse, así como para sus actividades cotidianas, dolor moderado o malestar y problemas de mucha ansiedad o depresión. Otros estados de salud fueron 3 casos (11.1%) que registraron algunos problemas para caminar, lavarse o vestirse, así como para realizar sus actividades; estos mismos reportaron no tener dolor, pero sí ansiedad moderada. Otro grupo de 3 casos (11.1%) reportó tener que estar en cama, algunos problemas para lavarse, realizar sus actividades, dolor y ansiedad moderadas. Un grupo constituido por 2 casos (7.4%) tuvo algunos problemas para caminar, ningún problema para su cuidado personal y algunos problemas para sus actividades, con dolor y ansiedad moderada. Otro de 2 casos (7.4%) presentó algunos problemas para caminar y algunos problemas para lavarse, para realizar sus actividades cotidianas, con dolor moderado y mucha ansiedad. Igualmente otro grupo con 2 casos (7.4%) reportó tener que estar en cama, ser incapaz de lavarse y realizar sus actividades, con dolor moderado y mucha ansiedad o depresión. El resto fueron 6 casos con un paciente cada uno (3.7%).

Al establecer una relación entre la escala de equivalencia temporal (ET) y la escala visual análoga EVA se pudo observar que cuando los pacientes registraban calificaciones relativamente altas en la escala de ET, la forma como se visualizaban en las entrevistas correspondía con lo reportado en el EVA, es decir una ET de 21222 a 22222 se relacionaba con un EVA de 70 a 80 (*Tabla 4*). Lo interpretamos como que los pacientes se sentían y veían bien el día en que se les aplicó el instrumento para medir su calidad de vida. Y en un sentido contrario, cuando los pacientes registraban muchos problemas en algunas de las dimensiones, como un ET de 31222 a 33323, se relacionaba con un EVA de 40 a un máximo de 70. Se registraron casos aislados que puede explicarse por el pequeño tamaño de la muestra.

Al analizar la asociación de las 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y edad) entre sí, encontramos asociación entre cuidado personal y actividad cotidiana ($p = .001$), donde de los 27 pacientes encuestados, 5 casos contestaron no tener problemas en su cuidado personal, correspondiendo 4 casos a la edad entre 15 a 31 años de edad. Hubo asociación entre movilidad y actividad cotidiana ($p = 0.02$), en la que 14 casos tuvieron algunos o moderados problemas de movilidad y de éstos, 13 casos presentaron algunos o moderados problemas en su actividad cotidiana.

No se encontró asociación de la edad con las 5 dimensiones de la equivalencia temporal.

Al buscar asociación de variables entre las 5 dimensiones de la equivalencia temporal y las variables sociodemográficas encontramos entre el sexo y la ansiedad ($p = .014$), en donde del total de los 27 pacientes encuestados, 24 casos fueron del sexo masculino y de estos 16 manifestaron tener algunos o moderados problemas de ansiedad. Estado civil y dolor ($p = .008$), 13 casos eran solteros y manifestaron dolor moderado. Nivel de estudios y actividad cotidiana ($p = .012$), 13 casos del total tenía nivel de estudios de primaria, de los cuales 12 casos presentaron moderados problemas en su actividad cotidiana. Ansiedad y situación actual ($p = .0001$), 14 casos eran empleados o trabajadores autónomos, de los cuales 12 casos presentaron moderados problemas de ansiedad.

En la asociación de las 5 dimensiones de la equivalencia temporal con el estado de salud el día de la encuesta, y en relación a sus últimos 12 meses se encontró entre ansiedad y la salud hoy ($p = .055$), 17 casos presentaron moderados problemas de ansiedad y de éstos 15 respondieron que su estado de salud es mejor hoy en comparación a los últimos 12 meses. Movilidad y la salud hoy ($p = .028$), 14 casos manifestaron tener algunos o moderados problemas de movilidad, de los que 13 respondieron que su estado de salud hoy es mejor.

Los datos analizados nos indican una baja asociación estadística entre las 5 dimensiones. Y del total de la población estudiada se dio un predominio del nivel 2 (algunos o moderados problemas) en todas las áreas evaluadas.

Discusión

Los resultados obtenidos coinciden con el hecho de que la LM es un padecimiento que se presenta a cualquier edad y en cualquier estado civil, lo que guarda relación con reportes como los de Cullis,⁵ Geisler¹⁰ y Lozano.¹⁵ Con predominio en el sexo masculino y en edad productiva (38.7 años de edad), que coincide con investigaciones extranjeras^{13,17,18,22,23,31} y nacionales.^{8,16,21,27,29}

Del nivel de estudios de la población evaluada, nuestros resultados guardan relación con reportes nacionales,^{8,16,21,27,29} al ser prioritaria en personas con estudios de primaria y de secundaria, lo que no coincide con países más industrializados y avanzados que el nuestro, donde su nivel de estudios es mayor.

Evaluar la CV en personas con LM permite obtener información de las áreas físicas, psicológicas y sociales, como lo marcan diversos autores,^{3,9,11,19,26,33} así como del impacto de una intervención en salud, tanto desde el punto de vista terapéutico, como de estudios de costo-utilidad.

Si bien los estudios en el mundo para evaluar la CV tienen la necesidad de perfeccionar los instrumentos por tener cierta subjetividad, también es cierto, y coincidimos con algunos autores,^{2,6,7,24,30} en que es necesario combinar diferentes instrumentos, así como aplicarlos antes y después de un tratamiento determinado.

Coincidimos que para evaluar la CV como lo hacen Wachtel,³⁰ Spitzer,²⁴ Chen⁶ y Derogatis,⁷ los instrumentos deben estudiar al ser humano en forma integral, por lo que deben contener aspectos sobre habilidad funcional, estado de salud, bienestar social, satisfacción de vida, estado de ánimo, independencia y habilidades de ajuste entre otras, por lo que para esta investigación se eligió el EURO-QOL, ya que considera cinco dimensiones para evaluar CV.

Coincidimos por los resultados obtenidos en la investigación con lo mencionado por Tate,²⁵ de que la CV como medida para el impacto de una enfermedad en un individuo es un valor predictivo para la función y bienestar físico, además de que la LM tiene un gran impacto sobre el funcionamiento físico. Compartimos lo dicho por Lin¹⁴ en cuanto a la edad, ya que los pacientes tenían una edad promedio de 36 a 38 años y en general tuvieron una moderada insatisfacción en las cinco dimensiones (cuidado personal, actividad cotidiana, dolor, movilidad y ansiedad), pero varios casos presentaron problemas importantes en las dimensiones de movilidad y ansiedad que fueron factores principales que afectaron su calidad de vida.

Coincidimos con lo reportado por Nini³² de que la dimensión más afectada es la física y de que la CV es una habilidad de adaptación a la nueva situación de su vida y que ésta será mejor en la medida de que se implementen mejores tratamientos psicológicos. Similar con lo expuesto por Kennedy,¹² de que la CV de una persona con LM responde a la estabilidad emocional posterior al trauma.

Si bien el instrumento empleado en esta investigación puede tener subjetividad, también es cierto que la información que se obtiene es muy útil para valorar cuál puede ser el nivel de CV de los pacientes, muy necesario al hacer estudios comparativos.

En la investigación se pudo constatar que a pesar de que los pacientes con LM cursan con serios problemas a nivel físico por los problemas de movilidad, la mayoría de ellos en todas las dimensiones se ubicó en el nivel 2 (algunos o moderados problemas), lo que equivaldría a establecer que su (CV) ha sido mejor a partir del tratamiento establecido. Otro aspecto importante es que sólo 33% de la población estudiada mencionó que tenía problemas de ansiedad o depresión, situación que resalta la importancia de evaluar el tratamiento médico empleado y de establecer mejores opciones de psicoterapia.

La asociación significativa entre el cuidado personal y actividad cotidiana, así como entre movilidad y actividad cotidiana, nos demuestra que para los pacientes con lesión medular la actividad cotidiana es fundamental en su calidad de vida. Además es el sexo masculino quien sufre más este padecimiento y quien más tiene moderados problemas de ansiedad, siendo asimismo un problema más de personas solteras y con bajo nivel educativo, lo que coincide con autores nacionales.^{8,16,21,27,29}

Los datos obtenidos de la asociación entre las cinco dimensiones permite establecer que ninguna de ellas tiene preponderancia sobre las otras y que cada una de ellas es independiente entre sí, por lo que en forma individual cada paciente tiene una calidad de vida en función de sus propias necesidades como lo citan autores internacionales.^{6,7,24,30}

Conclusiones

Con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas en estos pacientes con lesión medular podemos concluir y proponer la necesidad de establecer acciones de tipo preventivo-educativo dirigidas al estilo de vida y sobre todo encaminadas a disminuir la causa traumática. Lo anterior basado en nuestros resultados que nos reportan que es un padecimiento que se presenta más en el sexo masculino, en personas en edad productiva, solteras y con bajo nivel educativo, lo que tiene una gran repercusión socioeconómica tanto para el individuo, familia y para los servicios de salud. Al respecto si queremos evaluar el impacto económico de la enfermedad será necesario agregar algunos indicadores que posibiliten el realizar un análisis costo-utilidad del padecimiento en cuestión sobre todo por el incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de este padecimiento. Todo ello nos obliga a perfeccionar los instrumentos para evaluar la calidad de vida de estas personas.

El aplicar en forma combinada el instrumento Euroqol-5D y la escala visual análoga a pacientes con problema de lesión medular nos permite obtener datos acerca de su calidad de vida y de cómo ellos la perciben. Por los resultados obtenidos en relación al estado de salud podemos concluir que el tratamiento ha sido efectivo pues poco más de 70% dijo que éste era mejor, y sólo 3.7% mencionó que era peor. Asimismo como se reportó en el estudio, la dimensión de ansiedad/depresión presentó problemas por lo que habrá que evaluar el tipo de tratamiento psicoterapéutico a que son sometidos estos pacientes. Otro aspecto a considerar en forma importante es la dimensión de actividad cotidiana en la que es conveniente revalorar las estrategias empleadas a la fecha.

Otro aspecto a considerar es la necesidad de llevar a cabo estudios de tipo longitudinal, los cuales deben ser comparativos con otros instrumentos y aplicarse antes y después de un tratamiento médico para constatar y ser más veraces en cuanto a los cambios ocurridos por el tratamiento por lo que el EuroQol como instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud debe ser aplicado bajo estos lineamientos; asimismo el tamaño de la muestra debe ser más grande para evitar sesgos en la información.

Finalmente, podemos concluir en cuanto al tratamiento médico y los resultados obtenidos, que es necesario modificar algunas de las estrategias para mejorar

la calidad de vida en cuanto los aspectos psicológico y social de este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A: The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality Life Scale. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 Suppl 1: 79-85.
2. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS: The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19(8): 787-805.
3. Bowling A: What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1447-1462.
4. Collins W: Historical Introduction to Spinal Cord Injury: The Contributions of Allen, Riddoch, and Guttmann. Contemporary Management of Spinal Cord Injury Chapter 1, USA, Ed. American Association of Neurological Surgeons 1995: 1-8.
5. Cullis JG, West PA: Introducción a la Economía de la Salud, España, Ed. Descleé de Brouwer, 1984: 186-195.
6. Chen MM, Bush JW, Patrick DL: Social Indicators for Health Planning and Policy Analysis. *Policy Sci* 1975; 6: 71-89.
7. Derogatis LR. The Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986; 30(1): 77-91.
8. Donati: Estudio epidemiológico en las lesiones medulares traumáticas en México, de 1986 a 1987. Tesis del Hospital Infantil de México, 1988: 26-32.
9. Flanagan JC: Measurement of Quality of Life: Current state of the Art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63(2): 56-59.
10. Geisler F: Prevention of Spinal Cord Injury, Contemporary Management of Spinal Cord Injury Chapter 22, USA, Ed. American Association of Neurological Surgeons 1995: 260-267.
11. Hornquist JO: The Concept of Quality of Life. *Scand J Soc Med* 1995; 41(10): 1447-1462.
12. Kennedy P, Rogers B: Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months post-discharge. *Spinal Cord* 2000; 38(8): 498-503.
13. Kurtzke JF: Epidemiology of spinal cord injury. *Exp Neurol* 1975; 48(3 pt. 2): 163-236.
14. Lin KH, Chuang CC, Kao MJ, Lien IN, Tsauo JY: Quality of life of spinal cord injured patients in Taiwan: a subgroup study. *Spinal Cord* 1997; 35(12): 841-9.
15. Lozano R: El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. México Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud. 1997: 23-61.
16. Madrigal: Análisis estadístico de pacientes con lesión medular manejados en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro. Tesis del IMSS, 1987: 36-40
17. Maharaj JC: Epidemiology of spinal cord paralysis in Fiji: 1985-1994. *Spinal Cord* 1996; 34(9): 549-559.
18. Price C, Makintubbe S, Herndon W, Istre GR: Epidemiology of traumatic spinal cord injury and acute hospitalization and rehabilitation changes for spinal cord injuries in Oklahoma, 1988-1990. *Am J Epidemiol* 1994; 39(1): 37-47.
19. Rosenberg R: Quality of Life, Ethics, and Philosophy of Science. *Nordic J Psychiatr* 1992; 46: 75.
20. Schönerr A: Rehabilitation of patients with spinal cord lesions in The Netherlands: an epidemiological study. *Spinal Cord* 1996; 34(11): 679-83.
21. Serrano T: Epidemiología de la lesión medular adquirida en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de 1993 a 1998. Tesis UNAM 1999: 31-33.
22. Shigu H, Ikata T, Katoh S, Akatsu T: Spinal cord injuries in Japan: a nationwide epidemiological survey in 1990. *Paraplegia* 1994; 32(1): 3-8.
23. Soopramanien A: Epidemiology of spinal cord in Rumania. *Paraplegia* 1994; 32(11): 715-722.
24. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, Battista RN, Catchlove BR: Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981; 34(12): 585-597.
25. Tate DG, Riley BB, Perna R, Roller S: Quality of life issues among women physical disabilities or breast cancer. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; (12 Suppl): S18-25.
26. Testa MA: Assessment of Quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13): 835-840.
27. Uribe Ch: Experiencia en la unidad de lesionados medulares del Instituto Nacional de Ortopedia. *Rev Med Fis Rehab* 1994; 6: 8-10.
28. Vázquez Mata G, Rivera Fernández R, Pérez Aragón A, González Carmona A, Fernández Mondejar E, Navarrete Navarro P: Analysis of quality of life in polytraumatized patients two years after discharge from an intensive care unit. *J Trauma* 1996; 41(2): 326-332.
29. Vázquez C: Incidencia y manejo de pacientes con lesión medular traumática en México en 1983. Tesis del Hospital Infantil de México, 1983: 24-28.
30. Wachtel T, Piette J, Mor V, Stein M, Fleishman J, Carpenter C: Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the Medical Outcomes Study instrument. *Ann Intern Med* 1992; 116(2): 129-137.
31. Waters I, Rodney A: Rehabilitation of the patient with a spinal cord injury. *Clin Orthop North Am* 1995; 21(1): 117-22.
32. Westoren N, Levi R: Quality of Life and Traumatic Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79(11): 1433-1439.
33. Ziller RC: Self-Other Orientation and Quality of Life. *Soc Indic Res* 1974; 1: 279.

