



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ”

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE

**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE
QUEMADO A UN AÑO DE EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MEDICO ESPECIALISTA**

EN

MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

DRA. YASMIN CASTILLO AQUINO



MÉXICO, D. F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres Juanita y Braulio

Por su amor incondicional, su apoyo en todo momento que lo he necesitado. A ustedes me debo. Esto es suyo. Que Dios los Bendiga.

A mi abuelita Beca.

Gracias por protegerme, por ser y estar mami. Te amo.

A Denise

Por que lo mejor que me pudo pasar es que seas mi hermana.

A Alejandro

Por todo el cariño y el apoyo que me has dado.

Los quiero con todo mi corazón.

A Guillermo

Por todo el amor que vive en mi por ti... Por lo que nos falta por vivir...

Por que eres lindo desde el pie hasta el alma porque eres bueno del alma hasta mi...

Gracias porque sin ti esto no fuera posible.

A Dennisse

Por ser como mi hermana, gracias por todo lo que hemos vivido.

A toda mi familia por su amor y apoyo incondicional a pesar de la distancia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por existir y permitirme llegar a este momento en mi vida, por darme tantas bendiciones día a día.

Al Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez:

Por el apoyo incondicional que hacia los médicos en formación como yo ha entregado.

A la Dra. Ma. Elena Mazadiego González:

Por su paciencia, su apoyo y tiempo en mi formación como especialista, así como en la realización de este trabajo de investigación.

A la Dra. Eva Pérez Chávez:

Por su interés, apoyo, consejos tan acertados en la realización de este trabajo pero sobre todo en la amistad que me ha brindado.

Al Dr. David Rojano Mejía:

Por su interés, dedicación y apoyo para contribuir en la realización de este proyecto. Gracias!

A todos los médicos y personal:

Dra. Sapiens, Dra. Montes, Dra. Maldonado, Dra. Rocío Hernández, Dra. Eva Pérez, Dra. Gloria Hernández, Dra. Clara Varela, Dra. Lupita Hernández, Dra. Andrade, Dr. David Escobar, Dra. Alejandra Torres, Dra. Rosalba Mosco, Dra. Almaro, Dr. Hernández, Dr. Castellanos, Dra. Hermelinda Hernández, Dra. Verónica Olguín, Dr. Pérez, Gracias por su tiempo y consejos para lograr esta meta.

A los terapeutas físicos, ocupacionales, enfermeras, personal administrativo y de biblioteca.

A Nelly porque sin ti no hubiera sobrevivido en esta ciudad. Te quiero con todo mi corazón.

A Irina Gracias por tu amistad la llevo conmigo a donde quiera que vaya.

A Ricardo gracias por ser tan buen compañero de guardia y amigo entrañable.

A Janeth Gracias por tu amistad.

A Dulce y Julio gracias por todo lo vivido los quiero!

A los R2 Juan, Ivan, Paola, Abril, Ana, Erica, Janelly, Irazu, éxito en todo.

A los R1 Alejandro, Claudia, Rosaura, Anel, Ruth, Bety, Merced, Saraí, German, Miguel, Blanca, Itzel, Abigail. Suerte y ánimo.

UN MENSAJE

*Siempre ten presente que.....
La piel se arruga,
el pelo se vuelve blanco,
los días se convierten en años.*

*Pero lo importante no cambia:
Tu fuerza y tu convicción no tienen edad.
Tu espíritu es el plumero de cualquier tela de araña.*

*Detrás de cada línea de llegada,
hay una de partida,
detrás de cada logro,
hay otro desafío.*

*Mientras estés vivo, siéntete vivo.
Si extrañas lo que hacías,
vuelve a hacerlo.
No vivas de fotos amarillas.
Sigue aunque todos esperen que abandones.
No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.*

*Haz que en vez de lastima,
te tengan respeto.
Cuando por los años no puedas correr, trota.
Cuando no puedas trotar, camina.
Cuando no puedas caminar, usa el bastón.
Pero, **NUNCA TE DETENGAS !!!***

autor: Madre Teresa de Calcuta

INDICE

CONTENIDO

- 1. Resumen**
- 2. Introducción**
- 3. Planteamiento de problema**
- 4. Antecedentes**
- 5. Justificación**
- 6. Pregunta de investigación**
- 7. Objetivos**
- 8. Metodología**
- 9. Descripción general del estudio**
- 10. Análisis estadístico**
- 11. Resultados**
- 12. Discusión**
- 13. Conclusiones**
- 14. Bibliografía**
- 15. Anexos**

1. RESUMEN

“Valoración de la calidad de vida en el paciente quemado a un año de evolución en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte”. Pérez CE, Rojano MD, Castillo AY.

Introducción: Las quemaduras son muy severas por las alteraciones que producen, repercuten en un alto costo y la prolongada estadía hospitalaria, que además alteran las áreas psicológica, social, cultural y ambiental del paciente, creando dificultad en la reintegración a la sociedad y actividad laboral. **Objetivo:** Determinar el nivel de la calidad de vida del paciente quemado posterior a un año de tratamiento rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de expedientes en la consulta externa de pacientes con quemaduras que recibieron tratamiento rehabilitatorio de enero del 2007 a enero del 2008, se aplicó un cuestionario genérico SF-36 y un específico BSHS-B para determinar la calidad de vida actual de estos pacientes así como la escala de Hamilton para establecer el grado de depresión y su relación con la calidad de vida. Comparándolo con un grupo de individuos sanos. **Tipo de estudio:** descriptivo, observacional, transversal de diseño ambidireccional **Resultados:** Se estudiaron 38 pacientes de los 45 localizados mediante la consulta externa los cuales cumplieron con los criterios propuestos para el presente estudio, en el grupo de pacientes con quemaduras predominó el sexo masculino (63%) con una media de edad de 36.7, el porcentaje de superficie corporal quemada correspondió a una media de 15.07, el sitio de quemadura más frecuente fue en miembros torácicos con 36%, 52% tuvieron una quemadura de tercer grado, el fuego directo fue la causa más frecuente con 39% al aplicarse la escala SF-36 en los individuos sanos los resultados englobaron una media de 86.32, la escala para valorar depresión expresó un estado sin depresión en dichos individuos, en los pacientes con quemaduras se hallaron 40% con depresión menor, 5% con depresión mayor y 3% con más que depresión mayor. Al aplicarse SF-36 en dichos pacientes se encontró una media de 56.27. En la escala BSHS-B se halló una media de 173.5. La prueba de Posthoc de Dunnett fue estadísticamente significativa para comparación SF-36 por sitio de quemadura así como para la subescala de rol emocional y sitio de quemadura con una media de 23 puntos con un intervalo de confianza de 5 a 42 y 54 puntos con intervalo de confianza de 11 a 97 respectivamente. El coeficiente de Spearman demostró una correlación negativa de -0.798 para la calidad de vida y el estado de depresión. Se encontró una correlación de Pearson negativa de -0.83 al realizar la comparación de las escalas SF-36 y BSHS-B. Mediante la prueba T para muestras independientes se demostró diferencia media de -30.05 estadísticamente significativa para la escala SF-36 total en los dos grupos. **Discusión:** Analizando los puntajes de las subescalas SF-36 la que contribuyó a peor estado de calidad de vida fue rol físico y rol emocional, en la escala BSHS-B el ítem que mayormente intervino en la calidad de vida fue el afecto seguido por las relaciones interpersonales, corroborándose con diversos estudios la interacción de la subescala de afecto y rol emocional en la calidad de vida. De acuerdo a la literatura reportada existen correlaciones entre el porcentaje de superficie corporal quemada con el nivel de calidad de vida lo cual se asemeja a lo encontrado en nuestro estudio. La calidad de vida se vio influida por los estados de depresión así como se menciona en múltiples países. **Conclusión:** En nuestro estudio mostró un deterioro mayor al 40% en el nivel de calidad de vida de nuestros pacientes que han sufrido quemaduras, las esferas más afectadas de acuerdo a la encuesta SF-36 fue el rol físico y emocional que se traduce en un bajo desempeño laboral y pobre participación social. Corroborada por la aplicación de la encuesta BSHS-B. Se observó que ante menor puntuación de la escala SF-36 existe un mayor estado de depresión. El porcentaje de superficie corporal quemada se asocia de forma significativa con el nivel de calidad de vida.

2. INTRODUCCION

Las quemaduras son lesiones muy severas independientemente de la región corporal afectada, su alto costo, la prolongada estadía hospitalaria produce alteraciones en los aspectos psicológico, social, cultural y ambiental del paciente, además de las graves secuelas, con una difícil reinserción de estos pacientes a la sociedad y actividad laboral.

En nuestro país no existe una estadística confiable de la magnitud de las quemaduras a pesar de ser un problema de salud, a partir de los años 50 en los Estados Unidos de Norteamérica se innovaron cambios en el manejo de estos pacientes, la aparición de potentes agentes antimicrobianos de uso tópico como la sulfadiacina de plata y el sulfamylon disminuyó la infección y la sepsis para finales de los años 60. En los años 70 se implementa la escisión temprana del tejido quemado, la cual permite eliminar el tejido quemado y brindar cobertura adecuada a estos pacientes. Desde 1980 se han desarrollado bancos de piel, la creación de potentes dermatomas, expansores de piel, apósitos sintéticos y biológicos, la aparición de los cultivos celulares, y una nutrición agresiva, lo que ha llevado a aumentar la sobrevida.

En el aspecto psicológico los pacientes con quemaduras presentan reacciones emocionales como: depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento, hostilidad, y pérdida de la autoestima. Desde el punto de vista social puede existir un complejo de inferioridad, alejamiento familiar, desprecio. Por lo anterior se requiere de una especial atención y de un equipo multidisciplinario.

La calidad de vida se ve deteriorada en estos pacientes por lo que desde 1970 se observa un creciente interés por su evaluación. En México son pocos los estudios que la miden, para la rehabilitación esto es importante porque nos conduce a dirigir el tratamiento en forma integral y mejorar las condiciones físicas y psíquicas con el objetivo de reincorporar a los pacientes a la sociedad. Razón por la cual es importante conocer cual es el nivel de calidad de vida en el paciente con quemaduras que ha recibido rehabilitación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte se atendieron 90 pacientes con secuelas de quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado con compromiso funcional en el año 2007, ingresando todos a tratamiento rehabilitatorio desconociendo la integración a su entorno biopsicosocial.

Hasta la fecha no se han realizado estudio en esta unidad que valore la calidad de vida en este tipo de pacientes ni antes ni después de su egreso. Es de nuestro interés conocer el impacto de los factores que influyen en la integración del entorno biopsicosocial y como es reafectada su calidad de vida en los pacientes quemados posterior a su egreso de la unidad de rehabilitación.

4. ANTECEDENTES

La mortalidad de estas lesiones ha disminuido dado el incremento de los centros especializados de quemados durante la última década (1). En México según datos de INEGI un 5.7% alrededor de 3 millones de habitantes ha necesitado atención médica por accidentes relacionados con quemaduras el Instituto Nacional del Quemado reporta que en el año 1995 se encuestaron 2000 personas de las cuales 800 respondieron que han sufrido algún tipo de quemadura durante su vida siendo el 2% de ellos hospitalizado, encontrando que por cada 100 habitantes 4 se queman cada año. (2,3,4)

Los médicos iniciaron el interés por las lesiones por quemaduras en 1607 con Wilhelm Fabrey, las primeras clasificaciones de quemaduras las consideraban de 3 grados, la primera descripción autorizada de las quemaduras fue realizada por Sonneburg y Tachmarke, quienes diferenciaron entre las que cicatrizaban desde los bordes y las que sanaban a partir de los elementos dérmicos restantes, en 1924 el National Research Council of Canadá introdujo los términos espesor parcial como aquella donde existía pérdida parcial de la epidermis y dermis con crecimiento restante de tejido a partir de las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos y la de espesor total se caracterizaba por la pérdida total de los elementos de la epidermis y dermis que originaban una cicatrización por migración a partir de los bordes de la herida.(4)

La mayoría de las quemaduras ocurren en el hogar (68%), le siguen en frecuencia las de las industrias (24%) y en otros sitios (8%). Suelen afectar en un 71 % a las

extremidades superiores, 52% a la cabeza y cuello, la naturaleza erecta del hombre y los intentos por extinguir el fuego o quitarse las ropas ardiendo pueden explicar la predilección de estas áreas anatómicas, en especial cuando se producen por fuego. (5)

En la valoración de un paciente quemado es primordial la estimación de la extensión de las lesiones, esta se expresa como porcentaje del área de superficie corporal lesionada en relación con el área corporal total. En los adultos se realiza mediante la regla de los nueves (Pulaski y Tennson 1947) es un método muy conveniente y clínicamente práctico para determinar la extensión de las quemaduras dividiendo el cuerpo en múltiplos de nueve donde el tórax anterior tiene un valor de 18%, el posterior otro 18%, cada brazo un 9%, el área de los genitales 1% y los miembros pélvicos 18% cada uno(6,7)

Las heridas por quemaduras se caracterizan por distintos grados de deterioro celular estos mecanismos incluyen desnaturalización de proteínas celulares, inhibición de los mecanismos metabólicos celulares. Los factores que determinan la expresión de la lesión son: intensidad del calor al cual se exponen las células, la duración de la exposición y la conductancia del tejido afectado. Se clasifican en:

Quemaduras de 1er. Grado: comprometen solo la epidermis, existe enrojecimiento e hipersensibilidad.

Quemaduras de 2º. Grado: Compromete epidermis y parte de la dermis, aparece la flictena y edema. Puede ser superficial o profunda.

Quemaduras de 3er. Grado: destrucción de las 2 capas de la piel en forma completa, el aspecto es blanco o marrón y acartonado. Están destruidas las terminales sensitivas por lo cual hay analgesia. También se divide en superficial o profunda (6,7).

En cuanto a la rehabilitación en los pacientes quemados se inicia el día de la lesión y puede extenderse por años. Para el rehabilitador es importante conocer la profundidad de la lesión, sitio de edema, dominancia, tipo de empleo, como ocurrió, relación con el trabajo, valoración de movilidad activa, percepción corporal y el estado emocional, así como la adaptación posterior al trauma y los problemas psicológicos crónicos involucrados durante el desarrollo del estrés post-trauma, para planear el tratamiento inmediato y mejorar el nivel de calidad de vida del paciente (8,9,10).

Calidad de vida

El término calidad de vida fue introducido desde 1950 como lema político. Inicialmente la idea era para poblaciones enteras, pero durante los años setentas ocurrieron cambios y el término ya se utilizó de forma individual. (9)

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción en la escuela y el empleo, así como la situación económica, variando de persona a persona. Esto representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”. (9,10)

Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional y la segunda por una percepción subjetiva de la salud. Dentro de la parte objetiva se incluyen: casa, empleo, educación y estado civil; y el enfoque subjetivo incluye el estado psicológico y emocional del individuo. (9,10,11)

Existen escalas que ayudan a determinar la calidad de vida en forma indirecta que exploran diversas esferas antes mencionadas, la mayoría validadas y cuantificables para realizar análisis estadístico. (11) Dijkers y Leblebici describen la Short Form-36 que evalúa los siguientes aspectos: función física, rol físico laboral, dolor, salud general, vitalidad, rol social, emocional y salud mental, validada en población mexicana, La escala SF-36 es un cuestionario que comprende 8 sub escalas con 36 ítems, se califica del 0 al 100 donde 0 es el peor estado de salud y 100 es el estado óptimo de salud (12). Blades en 1982 describió una escala específica para pacientes quemados *Burn specific health scale BSHS1 con 114 ítems* que incluyen la valoración de actividades físicas, salud física, condición de la piel, imagen corporal, aspectos psicológicos, salud social y sexualidad, Kildal y Anderson describen las diferentes versiones de dicha escala, siendo la más útil clínicamente la BSHS-B corregida con 40 ítems para población estadounidense, Sanz la modificó y validó en población española, con un incremento a 68 ítems con un coeficiente de Kappa < 0.05 . En México existen pocos estudios que valoran los factores que pueden afectar la calidad de vida en estos pacientes. (14,15,16).

La evaluación genérica de la calidad de vida más usada es el SF-36, traducida en más de 50 países y forma parte del Proyecto internacional de Evaluación de la Calidad de Vida “Internacional Quality of Life Assessment” (IQOLA). La experiencia documentada del SF-36 se basa en aproximadamente 4000 publicaciones, y se ha utilizado en más de 2000 enfermedades.(17)

Estudios enfocados a pacientes con quemaduras está el de Leblebici y col quienes investigaron como la contractura articular afecta la calidad de vida.(9)

Cromes y col determinaron predictores funcionales y psicológicos en pacientes con quemaduras mayores, demostrando que el estrés emocional es el mejor predictor de calidad de vida que el porcentaje de quemaduras, el funcionamiento social y la independencia en actividades diarias. (11)

5. JUSTIFICACION

Las quemaduras son un problema de salud que contribuye a incrementar la población discapacitada, su incidencia se incrementa en los primeros años de la vida y en edad productiva, constituye un problema de gran impacto a nivel individual, familiar y social que limita las actividades de la vida diaria, siendo éstas lesiones mas frecuentes en el sexo masculino. (18,21)

El empleo se asocia a un alto grado de satisfacción en la calidad de vida, esta patología se asocia con ausencias largas en el trabajo que genera un costo excesivo para la comunidad, en los seguros de gastos médicos y en los gastos por la compañía, los síntomas comunes después de una quemadura son dolor, problemas sensoriales, prurito y perdida de fuerza. Se ha demostrado que esto provoca problemas de salud después de la quemadura y persiste por décadas, 13 al 23% de pacientes desarrollan depresión, y 13-45% estrés postraumático al ser egresados del hospital. Estudios previos han demostrado que estos pacientes pueden reintegrarse a su trabajo y cuando no se logra este fin se asocia con mayor dolor residual, autoprotección del segmento quemado y relaciones interpersonales pobres. (18)

El paciente con quemaduras sufre de manera súbita limitaciones en sus actividades de la vida diaria, pueden ser motoras, sensitivas, emocionales, funcionales y de su rol social, que causan un gran desequilibrio tanto para el paciente como para su familia. (15,16)

El objetivo principal del proceso de rehabilitación en estos pacientes es lograr la máxima independencia, lograr que pueda valerse por si mismo y por ende la reintegración a sus actividades individuales y de trabajo, recuperando seguridad y autoestima (20,21).

Por lo que es de suma importancia abordar la calidad de vida de las personas que sufrieron quemaduras a través de un enfoque interpretativo con base en la percepción de los sujetos y proporcionar un tratamiento integral. (22,23)

6. HIPOTESIS

La calidad de vida estará afectada en los pacientes quemados a un año de recibir tratamiento rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte.

7. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el nivel de la calidad de vida del paciente quemado posterior a un año de recibir tratamiento rehabilitatorio en la UMFRRN

Objetivos específicos:

- Identificar edad, tiempo de evolución, grado de quemadura y área corporal afectada.
- Determinar el nivel de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. (mediante la escala SF-36 y BSHS-B)
- Determinar la correlación entre la escala SF36 y BSHS-B en la valoración de la calidad de vida en el paciente quemado.
- Medir el nivel de calidad de vida en individuos sanos y compararla con la calidad de vida en pacientes quemados (mediante la escala SF-36).

8. METODOLOGIA

Estudio ambidireccional de tipo descriptivo, observacional, transversal.

El estudio se llevo a cabo en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte (UMFRRN), DF, IMSS Unidad Medica de tercer nivel. Se formo un grupo aleatorizado (Grupo A) de individuos sanos acompañantes de pacientes entrevistados en el área de la consulta externa de valoración inicial de la Unidad y un grupo B de pacientes con secuelas de quemaduras que acudieron a tratamiento rehabilitatorio en la UMFRRN de 1 de enero del 2007 a 1 de enero del 2008, localizados a través de expedientes, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 15 años, que acudieran a la cita programada en la Unidad, aceptaran el consentimiento informado, se eliminaron a los pacientes que no se pudieron localizar , que no acudieran a la cita programada y aquellos que no concluyeran el 100% de las respuestas de las encuestas.

A cada uno de los grupos se les explicó de forma clara el estudio y posterior a firmar el consentimiento informado se les aplicò en un ambiente cómodo sin distracciones la escala SF-36 a ambos grupos y BSHS-B solo a los pacientes con secuelas de quemaduras.

9. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó con la formación de 2 grupos el grupo A distribuido de forma aleatoria, 23 individuos sanos acompañantes de pacientes que acudieron a la consulta de valoración inicial de la UMFRRN. Se les explico acerca del estudio y su finalidad, posterior a la firma del consentimiento informado contestaron las escalas SF-36 y Hamilton.

El grupo B formado por pacientes con secuelas de quemaduras que acudieron a tratamiento rehabilitatorio en la UMFRRN de 1 de enero del 2007 a 1 de enero del 2008, obtenidos de expedientes, se localizaron vía telefónica citándose a la consulta externa de la UMFRRN Consultorio 14 donde se les explico de forma clara el estudio, posterior a la firma de consentimiento informado y hoja de registro, se les aplicó las encuestas BSHS, SF-36 y Hamilton durante aproximadamente 1 hr 30 min.

El investigador responsable, recolecto los datos de los formatos ya requisitados para elaborar el análisis estadístico con medidas de tendencia central para los datos generales, y para los comparativos T de students para muestras independientes.

10. ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo elaborando una base de datos de todas las características y los resultados en las evaluaciones de los pacientes quemados y de los individuos vivos de la muestra en estudio para después procesarla por medio del programa estadístico SPSS versión 15.0.

Se utilizó prueba de test de students para la variable calidad de vida. Las correlaciones se realizaron con índice de spearman y pearson.

En todas las variables cuantitativas primero se llevarán a cabo las pruebas para identificar su distribución con el estadístico de Kolmogorov-smirnov, tomando en cuenta el sesgo y la curtosis.

Se realizó primero una estadística de tipo descriptivo estimándose medidas de tendencia central media y mediana en variables cuantitativas de acuerdo a su distribución simétrica o libre respectivamente. ANOVA de 1 factor aplicando la prueba POSTHOC DE DUNNETT para la comparación de medias.

Por último se coadyuvó el vaciado de resultados por medio de tablas y gráficas para facilitar la visualización de datos y la comparación y análisis de los resultados.

11. RESULTADOS

El grupo A se integro por 23 personas sanas, de los expedientes revisados se captaron 54 pacientes y localizados por vía telefónica 45 de los cuales 38 acudieron a la cita programada a la Unidad conformando el grupo B.

En el grupo A, 39% conformo al sexo femenino y 41% al masculino, el grupo B 36% correspondieron al sexo femenino y 63% al sexo masculino, la media de edad fue similar con 36.47 para el grupo A y 36.7 para el grupo B.

Con respecto a las características sociodemográficas en el grupo A el estado civil fue similar casado y soltero con 10(43%) cada uno y 3 (13%) viudos; para el grupo B 22(57%) pacientes refirieron estar casados, 5(13%) solteros, 9(23%) unión libre y 2(5%) viudos;

El nivel de escolaridad para el grupo A más frecuente fue de licenciatura correspondiendo a 73%, seguido del nivel de primaria completa 13%, bachillerato 9%, y secundaria completa con 4%. Para el grupo B el mas frecuente fue el de secundaria con 44% seguido de 15% para licenciatura, primaria incompleta y bachillerato con 13% cada uno, 10% secundaria incompleta y 2% solo sabia leer y escribir.

En cuanto a la ocupación en ambos grupos predominaron los empleados con 78% en el grupo A y 71% para el grupo B, en el grupo A el 17% correspondió a amas de casa y 5% pensionados, en el grupo B 21% amas de casa, 2% pensionados y 5 % desempleados. Grafico 1

Desde el punto de vista psicológico se utilizó la escala de Hamilton para valorar depresión donde el 100%(23) de los individuos sanos se reporto sin depresión, para el grupo B los hallazgos fueron los siguientes: 40% (15) pacientes con depresión menor, 16%(6) menos que depresión mayor, 5%(2) depresión mayor y 3%(1) mas que depresión mayor. Grafico 2

Para valorar la calidad de vida en los dos grupos, se realizó el cuestionario de salud SF-36 (Short from 36), la calificación global va de 0 a 100, donde 0 es el peor estado de calidad de vida y 100 es el estado optimo. Al aplicar el SF-36 en los individuos sanos (Grupo A) los resultados demuestran una media de 86.32 con un rango mínimo de 72 y máximo de 97 puntos. En el grupo B los resultados demuestran una media de 56.27 con un rango mínimo de 27 y máximo de 80 puntos. Grafico 3 y 4.

Los hallazgos del análisis de las subescalas fueron para el grupo A: En función física todos los individuos obtuvieron una calificación por arriba de 50, 78% (18) con puntaje de 100, 9% (2) con 95, y una persona (4%) con puntaje de 80.

En cuanto al rol físico el 87%(20) obtuvieron 100 puntos y 13%(3) 75. Otra subescala es el rol emocional donde el 74%(17) consiguieron 100 puntos y 26%(6) 66. La función social la encontramos en 48%(11) con 100, 39%(9) con 87 y 13%(3) con 75 puntos. El dolor en los individuos sanos se tradujo en una puntuación por arriba de 50, con 30%(7) con la más alta calificación 100, 22%(5) 90, 8%(2) 80, 22%(5) 70, 13%(3) 60 puntos y 4%(1) con 50. Dentro de la vitalidad el puntaje fue 4%(1) con 55 puntos, 35%(8) 80, 13%(3) 75, 17%(4) 70, 13%(3) 60.

En salud mental encontramos 22%(5) 72, 17%(4) 90, 4%(1) 56 puntos, 9%(2) puntaje 76. Dentro de los puntajes de la subescala de salud general se registro 30%(7) 85, 13%(3) con rango de 60-75 y 9%(2) 60 puntos. El 4%(1) correspondió a 50, 69%(16) con puntaje en rango de 75-85 y 26%(6) 100 puntos.

Para el grupo B los resultados fueron los siguientes: en la subescala de rol emocional 22(58%) pacientes obtuvieron una calificación por debajo de 34 puntos lo que indicaría pobre calidad de vida, y 16(42%) pacientes con puntuación por arriba de 66 siendo esta moderada a optima calidad de vida.

En la subescala de función física 30(79%) pacientes obtuvieron calificación por arriba de 50 y solo 8(21%) pacientes por debajo de 49 puntos.

Al analizar rol físico encontramos 73% (28) con puntuación menor de 50, 26%(10) mayor de 75. Al evaluar dolor 29%(11) obtuvieron menor de 50 puntos, 71%(27) por arriba de 57 puntos. Dentro del ítem de salud general 55%(21) pacientes consiguieron menos de 50 puntos, 45%(17) mas de 55.

El 47% (18) de los pacientes, obtuvieron menos de 50 puntos, y 53%(20) mas de 55, en la subescala de vitalidad.

En el ítem de función social encontramos 34%(13) pacientes con puntaje menor de 50, y 66% (25) pacientes mayor de 62 en el puntaje. En salud mental se obtuvo puntaje mayor de 50 para 19 pacientes (50%) el resto obtuvo por debajo de 50.

Dentro de las características clínicas evaluadas encontramos que el tiempo de evolución, en el momento del estudio, fue de 16 a 18 meses en 12 (31%), y de 19 a 24 meses en 26(32%) pacientes. Grafico 5

El porcentaje de superficie corporal quemada correspondió a una media de 15.07, con un rango de 2 a 45, predominó en 7 pacientes el 1% de superficie corporal quemada. Siendo el sitio de quemadura mas frecuente miembros torácicos con 36% (14), una o ambas manos con 34%(13), 10% (4) en cara y 20% (7) miembros pélvicos. Del total de pacientes 52% correspondieron a tercer grado de quemadura, segundo grado profundo con 34% (13) pacientes y segundo grado superficial con 14% (5) pacientes. Grafico 6, 7 y 8

El fuego directo fue la causa mas frecuente con 39% (15), agua hirviendo en 11 pacientes que corresponden al 28%, 26% (10) quemaduras por electricidad y en 5% (2) químicos. Grafico 9.

Para el grupo B de pacientes con secuelas de quemadura se aplico la escala BSHS-B la calificación global va de 0 a 272, donde 0 es el estado optimo y 272 es el peor estado de calidad de vida. Los resultados demuestran una media de 173.5 con un rango mínimo de 60 y máximo de 238 puntos. Grafico 10.

La subescala de afecto obtuvo una media de 61.44 con un rango de 13-86 seguida por la de relaciones interpersonales con una media de 49.31 con rango de 16 a 72. Siendo el aspecto sexual la escala con menor puntaje con una media de 1.62 con rango de 0 a 6.

Se realizó una comparación de medias del total de calificación SF-36 por sitio de quemadura aplicando ANOVA de 1 factor aplicando la prueba POSTHOC DE DUNNETT la cual reportó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de manos y miembros inferiores con una media de 23 puntos con intervalo de confianza de 5 a 42 puntos. Se demostró una correlación negativa entre el nivel de calidad de vida y el porcentaje de superficie corporal quemado. Grafico 11.

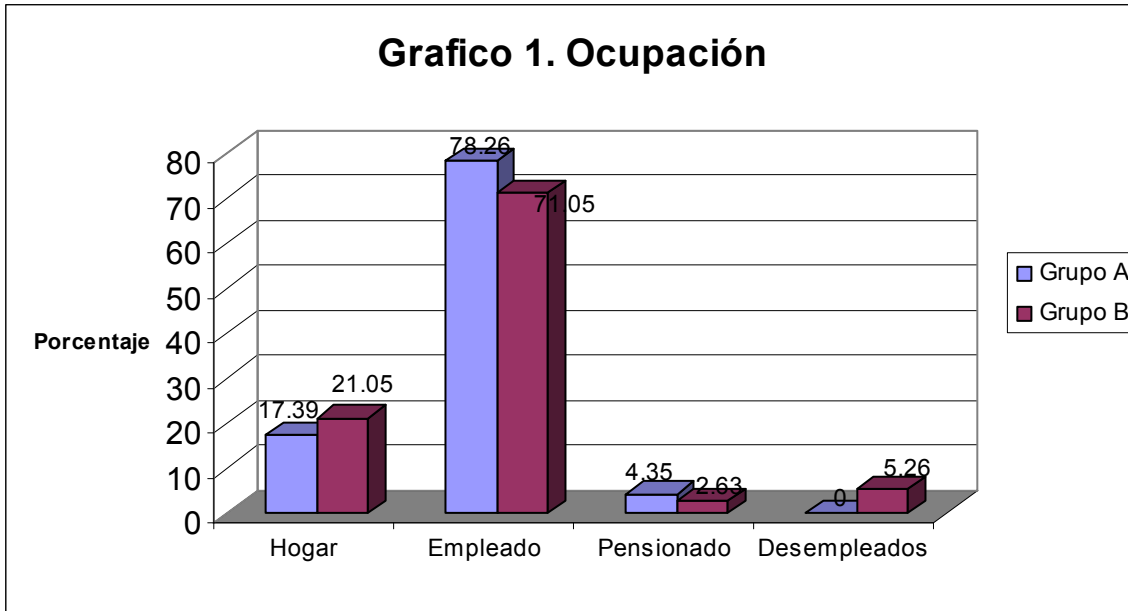
Los resultados también mostraron una diferencia estadísticamente significativa con una media de 54 puntos con intervalo de confianza de 11 a 97 puntos en la subescala de rol emocional y el sitio de quemadura utilizando ANOVA de 1 factor aplicando la prueba POSTHOC DE DUNNETT. La variación en las demás subescalas no fue significativa. Grafico 12

El análisis de los estados de depresión la realizamos con coeficiente de Spearman, el resultado mostró una correlación negativa de -0.798 la cual fue regularmente significativa.

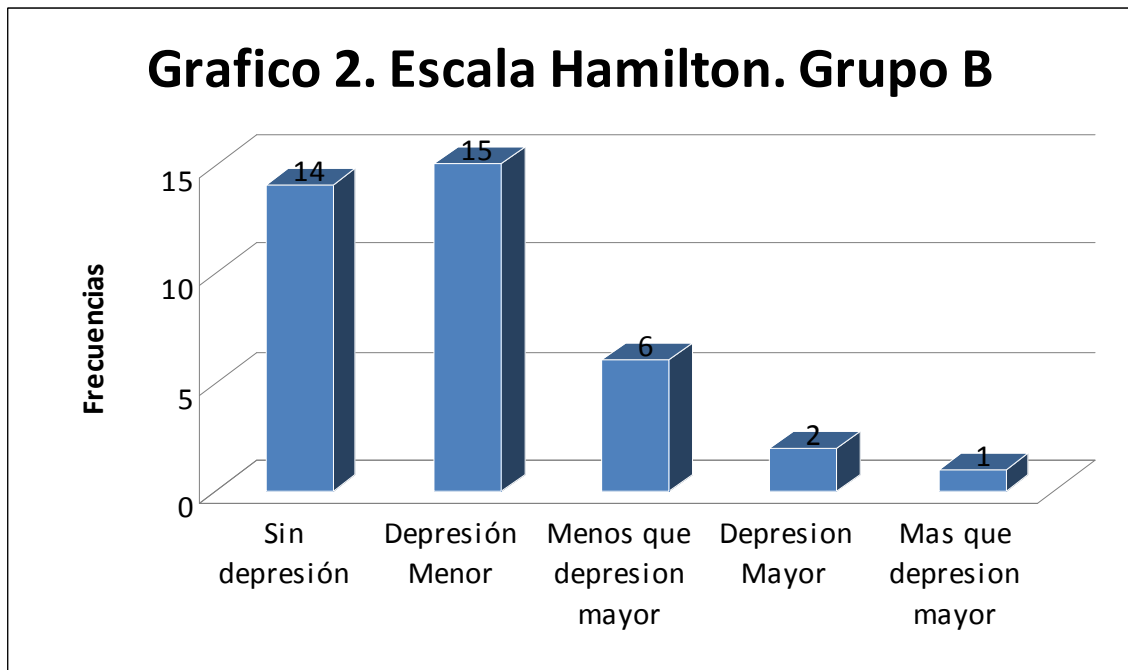
Se encontró una correlación de pearson negativa de -0.83 al realizar la comparación de las escalas SF-36 y BSHS-B en el segundo grupo. Grafico 13

Se analizó una prueba T para muestras independientes a la escala SF-36 puntaje total en los dos grupos encontrándose una diferencia media de -30.05 , estadísticamente significativa con un intervalo de confianza de -37.79 a -22.32.

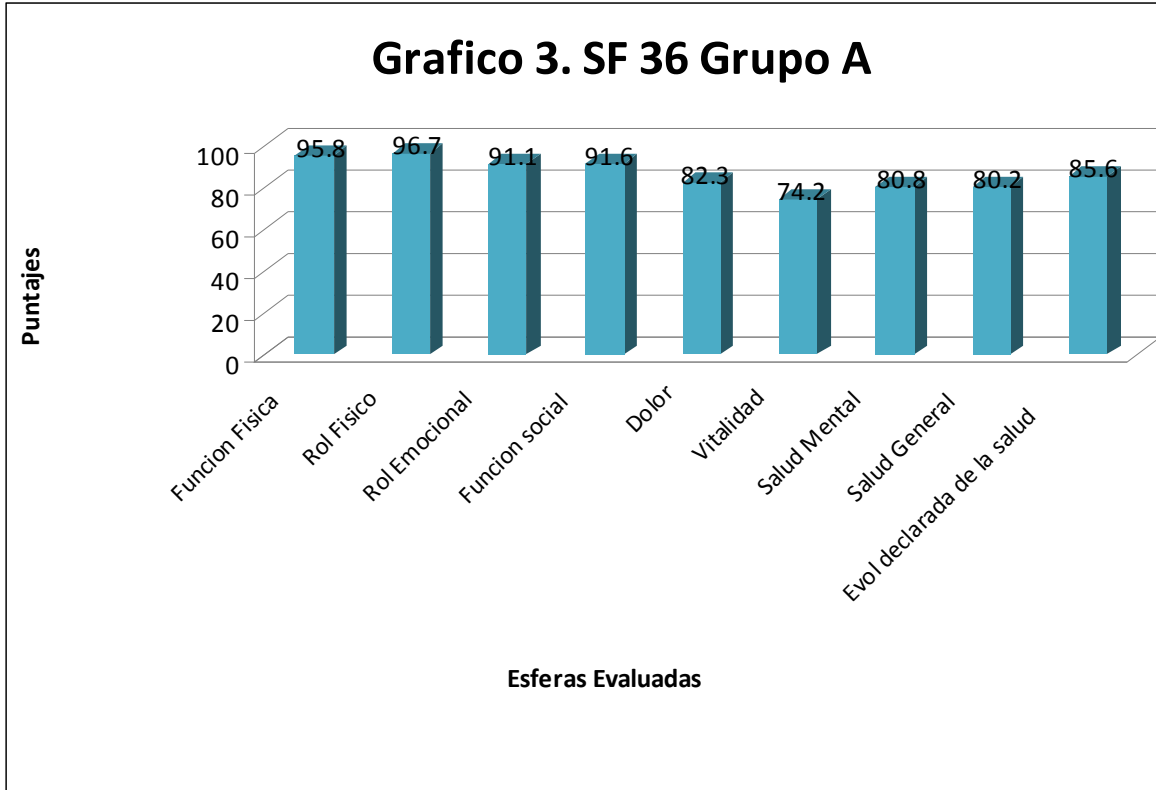
Grafico 14



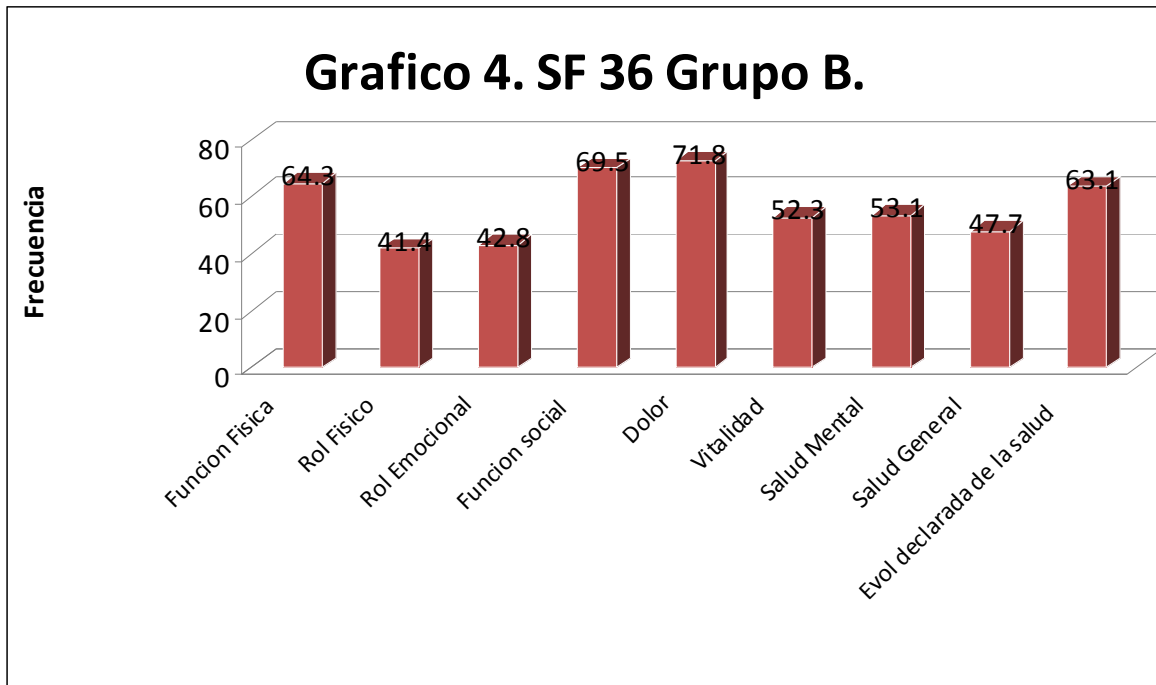
FUENTE: HCD/YCA/2008



FUENTE: HCD/YCA/2008

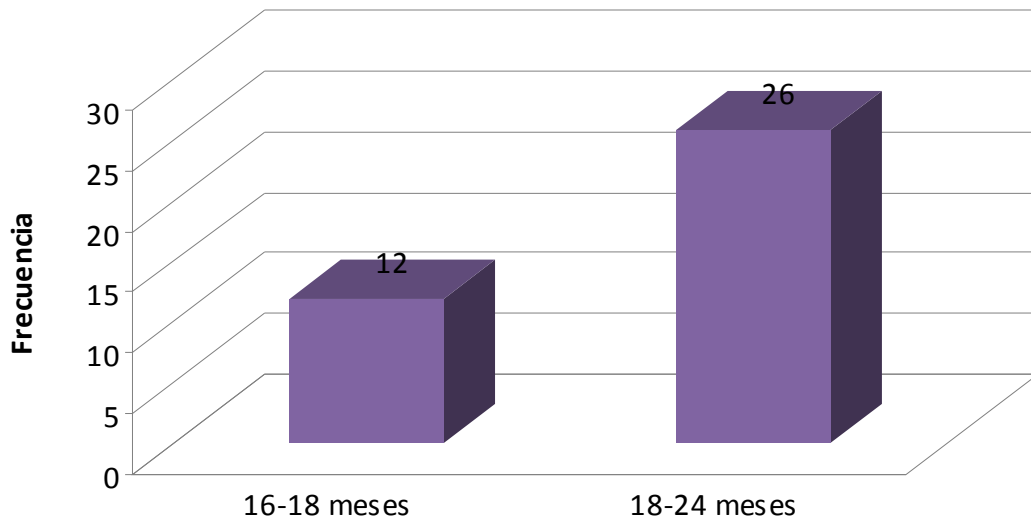


FUENTE: HCD/YCA/2008



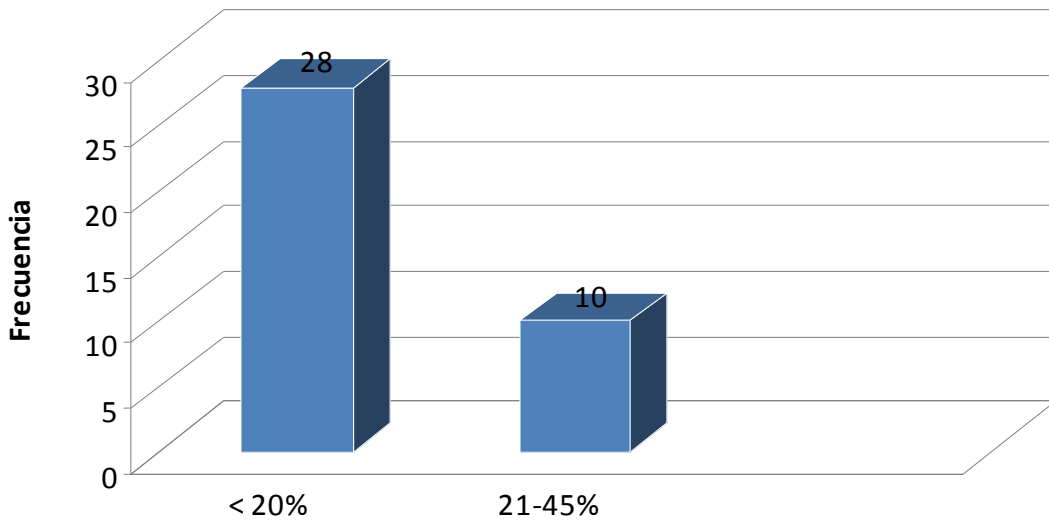
FUENTE: HCD/YCA/2008

Grafico 5. Grupo B. Tiempo de Evolución

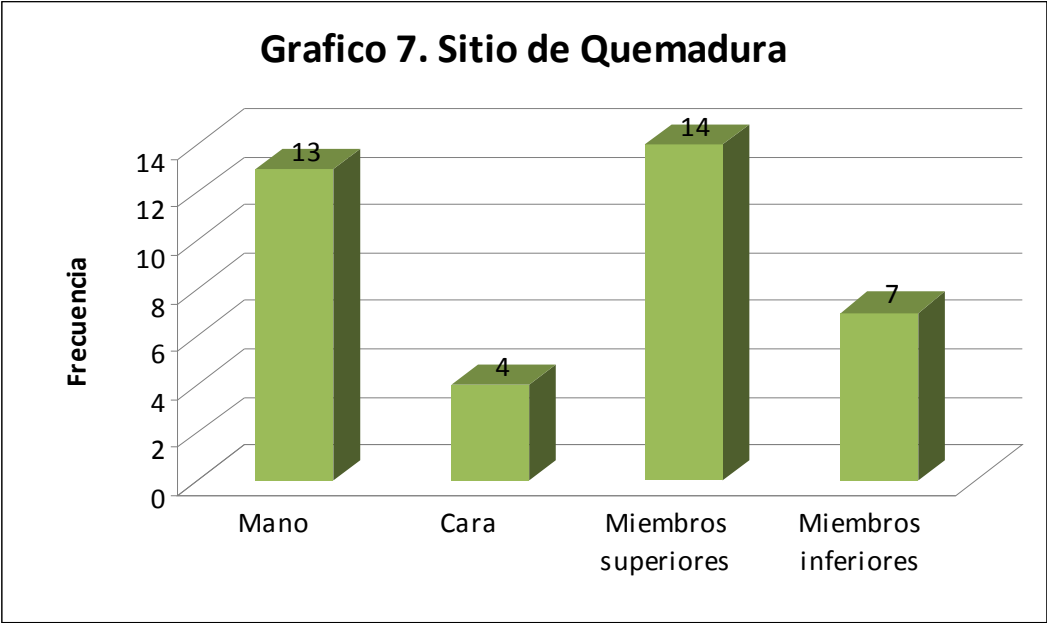


FUENTE: HCD/YCA/2008

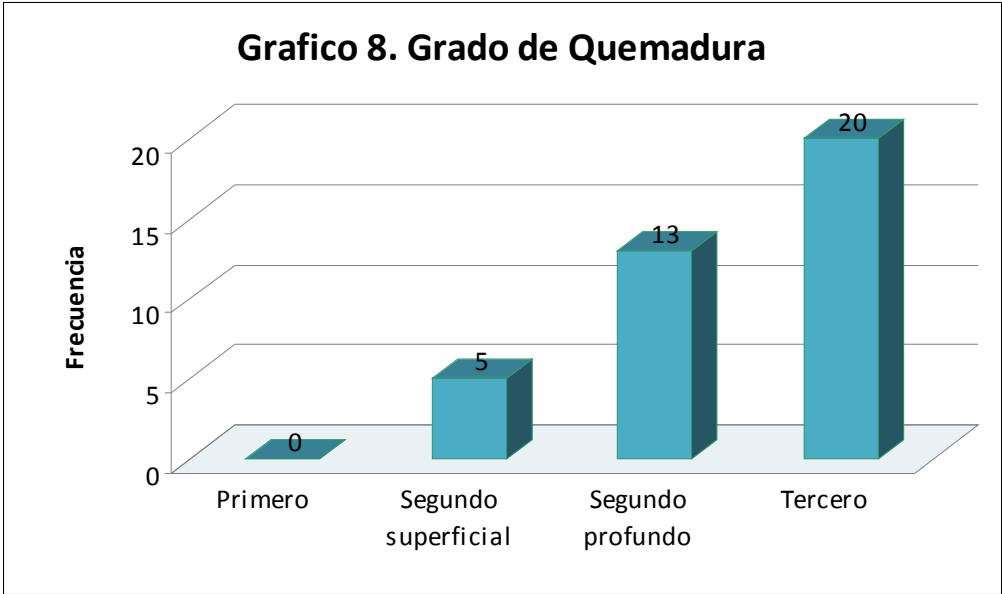
Grafico 6. Grupo B. Porcentaje de Quemadura



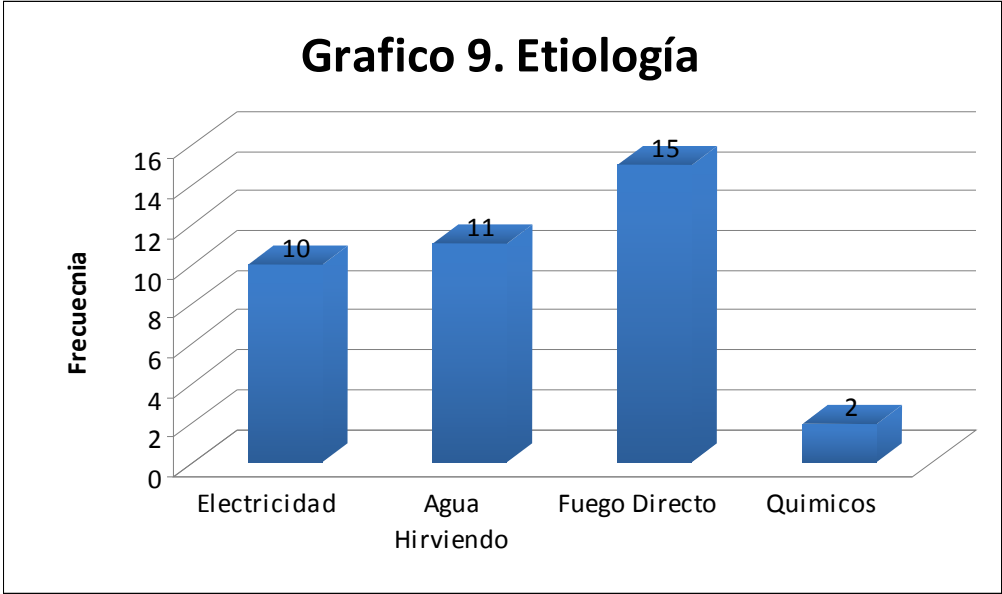
FUENTE: HCD/YCA/2008



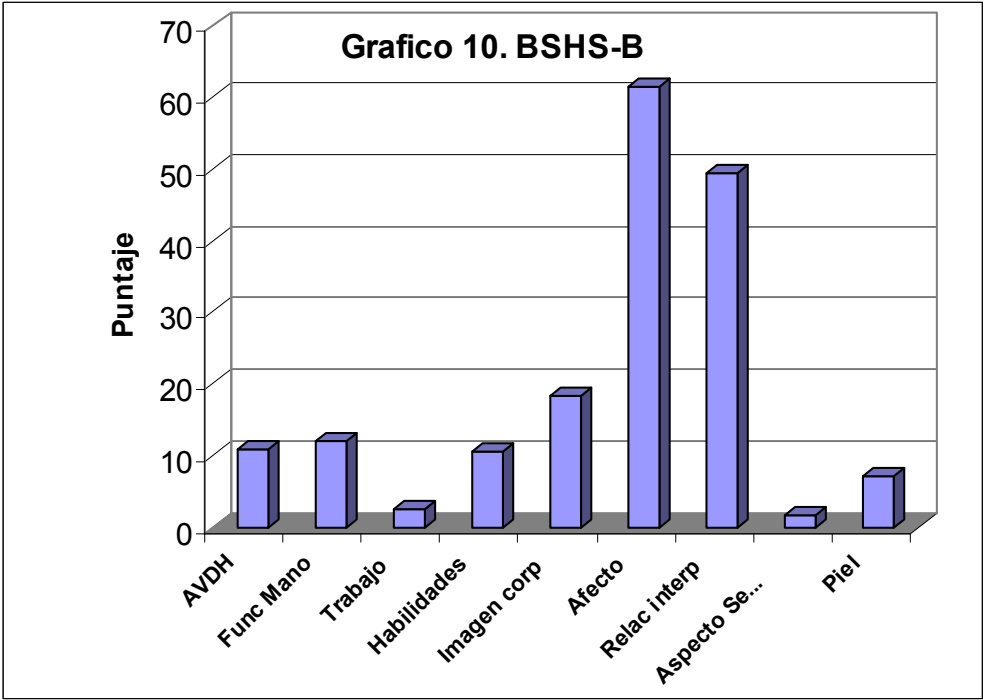
FUENTE: HCD/YCA/2008



FUENTE: HCD/YCA/2008

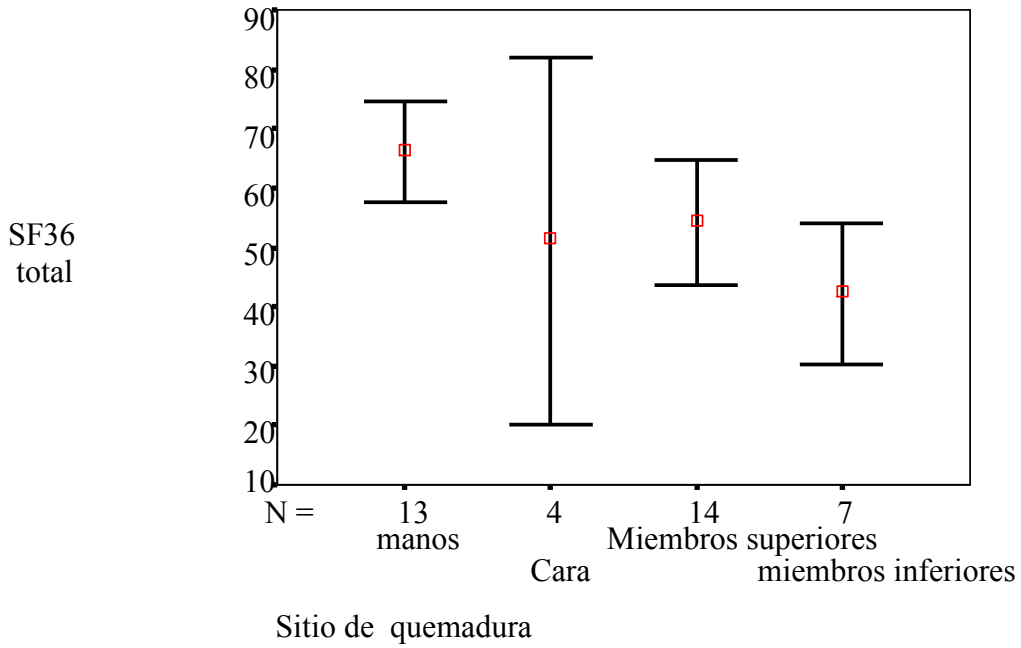


FUENTE: HCD/YCA/2008



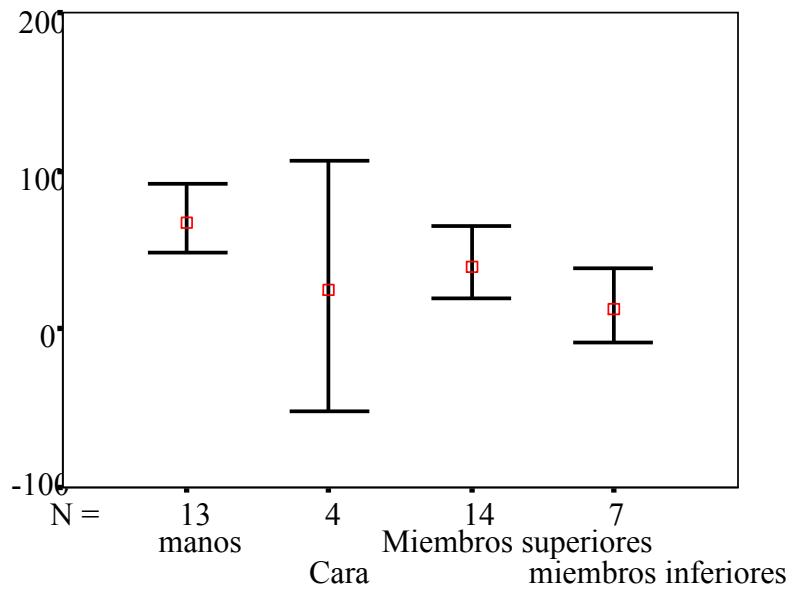
FUENTE: HCD/YCA/2008

Grafico 11. Correlación entre sitio de quemadura y Nivel de calidad de vida



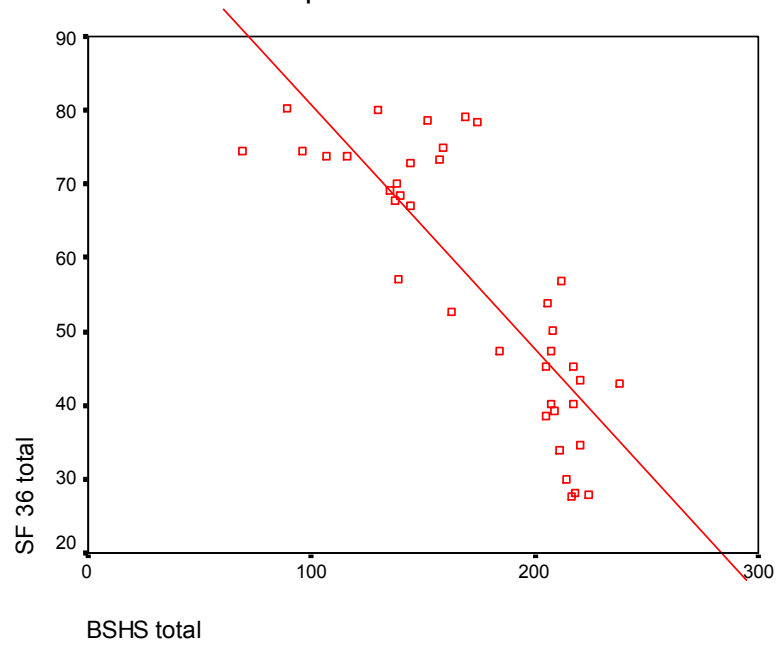
FUENTE: HCD/YCA/2008

Grafico 12. Correlación entre sitio de quemadura y Puntaje en el ítem de rol emocional SF36



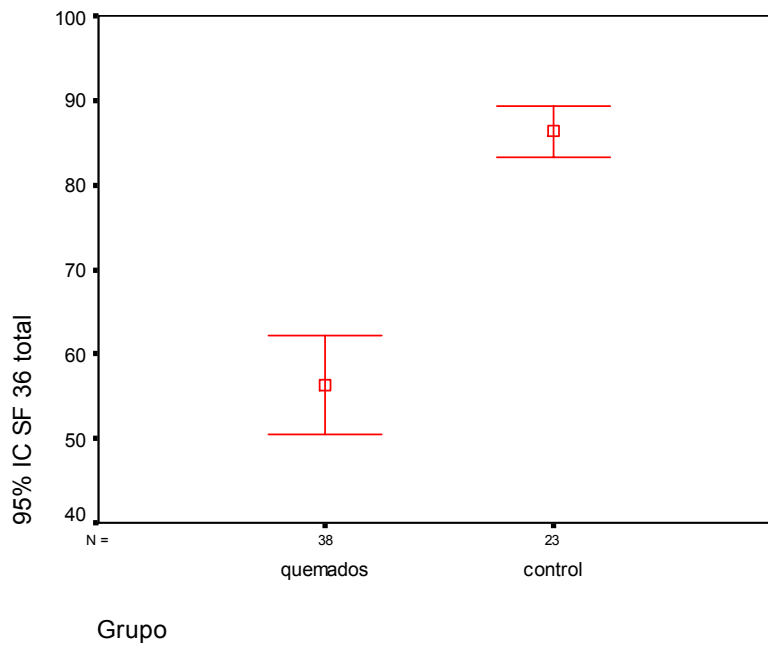
FUENTE: HCD/YCA/2008

Grafico 13. Correlación entre escalas de SF-36 y BSHS-B en el grupo de quemados.



FUENTE: HCD/YCA/2008

Grafico 14. Correlación entre la escala de SF-36 de los dos grupos.



FUENTE: HCD/YCA/2008

12. DISCUSION

En la presente investigación evaluamos 38 pacientes con quemaduras en diversas partes de la economía con periodo de evolución de 16 a 24 meses comparamos la calidad de vida con 23 individuos sanos.

Comúnmente existen estudios como el de Leblíci y col que abordan la calidad de vida en el paciente con quemaduras captados en tiempo de evolución mayor.

En la muestra estudiada predominó el sexo masculino y el promedio de edad se estimó en 36.7 años estos hallazgos concuerdan con lo expresado en la literatura por diversos autores donde la edad productiva y el sexo masculino son mayormente susceptibles de sufrir accidentes en el área de trabajo.

La etiología más frecuente que identificamos fue el de fuego directo con 39% seguido de 28% las quemaduras por agua hirviendo siendo esto similar a lo relatado por Leblíci y Col donde este tipo de etiología puede contribuir a mayores secuelas y por ende a menor nivel de calidad de vida.

La escala SF-36 es un instrumento de medición confiable en el paciente quemado ya que se encontró una correlación negativa con el BSHS-B siendo estos muy similares. La evaluación de dicha escala mostró una media de 56.27 lo cual se traduce en una pérdida de casi el 50% en el nivel de calidad de vida el ítem que arrojó mayor puntuación y por lo tanto contribuyó a la disminución en el nivel fue el rol físico con una media de 41.44 y la que tuvo mayor puntuación fue el dolor con una media de 71.88, diversos autores mencionan la relación del ítem de rol físico con la pérdida del nivel de calidad de vida.

No existen valores promedios de calidad de vida en estos pacientes en México pero todos los obtenidos son mayores a los normativos publicados en EUA y Suecia lugares donde se ha estudiado la calidad de vida de dicha población.

Dentro de la escala BSHS-B el ítem que contribuyó a un menor nivel de calidad de vida fue el afecto con una media de 61.44, el aspecto sexual fue la escala con menor puntaje con una media de 1.62 tomando en cuenta que no contamos dentro de nuestro grupo de estudio con pacientes con quemaduras en genitales, lo cual se asemeja a lo descrito por Brown.

La literatura de Calidad de vida en el pacientes con quemaduras reporta que hay correlaciones entre el porcentaje de superficie corporal quemado con el nivel de calidad de vida lo cual se asemeja con lo encontrado en nuestro estudio.

La calidad de vida se ve influida por los estados de depresión correlacionada mediante el coeficiente de Spearman siendo negativa -0.798 regularmente significativa.

13. CONCLUSIONES

1. En la investigación realizada observamos un predominio del sexo masculino con respecto al femenino, con mayor afección de quemaduras en el grupo de edad entre 30 y 40 años.
2. Las quemaduras afectan la capacidad funcional del individuo y la calidad de vida, en nuestro estudio se mostró un deterioro del 44% en el nivel de calidad de vida de los pacientes que han sufrido quemaduras en alguna parte de su cuerpo y mayor al 50% si el sitio afectado fue miembros pélvicos.
3. La calidad de vida evaluada mediante el cuestionario SF-36 comprende 8 subescalas de las cuales la más afectada fue el rol físico que traduce problemas con el trabajo u otras actividades de la vida diaria. Seguida por la subescala de rol emocional la que esta en relación con el estrés emocional, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado actividades laborales y de la vida diaria.
4. La calidad de vida evaluada con el cuestionario Burn Specific Health Scale (BSHS-B) la subescala que contribuye a mayor pérdida del nivel de calidad de vida fue el afecto lo cual traduce alteraciones emocionales que interfieren con sus actividades de la vida diaria. Seguida de relaciones interpersonales lo que se refiere al grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
5. Las dos escalas para medir el nivel de calidad de vida se correlacionaron de forma negativa lo que nos indica que tanto la escala de SF-36 genérica y

la escala específica BSHS-B son útiles para medir la calidad de vida en estos pacientes.

6. El nivel de calidad de vida medido con el cuestionario SF-36 en el grupo de individuos sanos se obtuvo con una diferencia significativa en relación con los pacientes quemados dicho grupo tuvo una pérdida del nivel de calidad de vida de solo 14%.
7. El estado de depresión se correlaciona de forma negativa con el nivel de calidad de vida en el grupo de pacientes quemados es decir a menor puntuación en el cuestionario de salud SF-36 mayor estado de depresión.
8. El porcentaje de superficie corporal quemada se asocia de forma significativa con el nivel de calidad de vida encontrándose menor nivel en los pacientes con quemaduras de miembros pélvicos y mayor nivel en los que sufrieron quemaduras de manos.
9. Con la finalidad de favorecer el proceso de rehabilitación en estos pacientes es conveniente valorar el estado de depresión y proporcionar terapia de apoyo durante su proceso rehabilitatorio.
10. Es necesario efectuar estudio de seguimiento en los pacientes que sufren quemaduras desde su hospitalización, durante el proceso de rehabilitación y posterior a este.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Rosenberg R. Health related quality of life between naturalism and hermeneutic. Soc Sc Med 1995; 41(10):1411-5
2. Romero L. Quemaduras pediátricas: Retrospección para prevenir. Rev. Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina 2005;143: 1-5.
3. Chomali T. Quemaduras en adultos. Medwave-Cirugía Plástica 2001;12-18.
4. Betancourt MJ. Mortalidad infantil por quemaduras y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Rev. Med. IMSS 2004; 42(2):103-108.
5. Oguz M. The non-algorithmic nature of the hand burn contracturas. Rev. Burns 2007.33: 1046-1050.
6. Vargas-Shafter Grissel. Manejo y tratamiento del dolor en el paciente quemado pediátrico. *Rev. Ven. Anestesiología* 1999. 35-39.
7. H. Rodriguez Menés A. Rico Aguado V. del Pino Paredes. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 1988;14(4):7-11.
8. Dijkers M. Quality of life alter spinal cord injury. American Rehabilitation, 1996; 22(3): 18-24.
9. Leblebici et al Quality of life after burn injury: The impact of Joint Contracture. Journal of Burn Care & Research, 2006; 27(6): 864-868.

10. Van Zuijlen et. al. The prognostic factors regarding long-term functional outcome of full-thickness hand burns. *Burns*. 1999;25(15): 709-14.
11. Cromes G. Predictors of Quality of life as measured by the burn specific health scale in persons with major burn injury, 2002; 23(3): 229-34.
12. Alonso J, Prieto L., La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6
13. Vilagut G. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos, España Red-IRYSS. 2004;
14. Sanz J. Spanish version of the burn- specific health scale. *The Journal of trauma, injury infection and critical care*, 1998; 45(3): 581- 587.
15. Munster A. Measurements of quality of life: then and now. *Burns* 1999; 25:25-8.
16. Morten Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). *The Journal of TRAUMA injury, infection, and critical care*. 2001; 51(4):740-5.
17. The SF Community. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. <http://www.sf-36.com>
18. Hunt J. Occupation-Related Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 2000; 21(4): 327-332.

19. Taylor J. Serious Occupational Burn Injuries Treated at a Regional Burn Center. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 2002; 23 (4): 244-248.
20. Cuenca Pardo J, Alvarez-Diaz CJ. Cirugía precoz en las manos quemadas estudio comparativo. *Rev. Cir. Plast* 2002; 12:18-24.
21. Esselman PC, et al. Burn rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85:383-413.
22. Rossi LA, et al. The stigma of burns: perceptions of burned patients relatives when facing discharge from hospital. *Burns* 2005; 31(1): 37-44.
23. Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*. 2001; 27:235-41.
24. Rosenberg Quality of life of young adults who survived pediatric burns. *Journal of Burn care & Research*.2006;27(6):773-77.
25. Brewster Application of Rehabilitation Ethics to a Selected Burn Patient Population's perspective.*Rehabilitation Ethics and Burn Patients*.2006; 23(5): 766-71.
26. Sliwa Inpatient Rehabilitation Following Burn Injury: Patient Demographics and Functional Outcomes.*Arch phys Med Rehabil*. 2005; 86: 1920-3.
27. Sauza Quality of life of the Spanish burn patient. *Burns* 1999; 25(7): 593-8.

28. Brown Title Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. *Burns* 2006; 31(6) 692-5.

29. Konigova R. Factors influencing survival and quality of life in burns. *Acta chirurgiae Plasticae* 1996; 38(4):116-8.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE QUEMADO A UN AÑO DE EVOLUCIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE

ANEXO 1.

Escala de BSHS (Burn-Specific Health scale)

Calificación de la escala: en extremo, mucho, moderado, un poco, ninguno en absoluto.

68 ítems

¿Cuanta dificultad tiene para realizar solo las siguientes actividades?

1. Ducharse
2. Ir al lavabo
3. Vestirse
4. Comer
5. Acostarse y levantarse
6. Sentarse y levantarse de la silla
7. Hacer sus compras
8. Firmar con su nombre
9. Comer con cubiertos
10. Anudar cordones, lazos, etc.
11. Recoger monedas de una mesa
12. Hacer el trabajo normal de la casa
13. Participar en deportes como futbol, basketball

¿En que medida piensa que se aplican a usted las siguientes afirmaciones?

14. Los cambios en mi aspecto han interferido en mis relaciones familiares y sociales.
15. Quisiera olvidarme de que mi aspecto ha cambiado
16. Siento que los miembros de mi familia se encuentran incomodos conmigo
17. Siento que mis quemaduras resultad feas para los demas.
18. La gente actúa como si me ocurriese algo malo.

19. Creo que la gente siente miedo de tocarme
20. Me siento incomodo cerca de otras personas
21. Sufro pesadillas
22. Siento una especie de terror como si algo malo fuera a ocurrir.
23. Me siento incomodo cerca de otras personas.
24. Siento miedo sin motivo.
25. Estoy molesto porque no puedo hacer las cosas que hacia antes de la lesion.
26. Estoy desanimado
27. Me preocupan mis sentimientos de felicidad.
28. Siento que mi vida esta acabando
29. Mis emociones están a flor de piel.
30. Me siento triste .
31. Me siento desanimado respecto al futuro
32. Tengo arrebatos de mal genio que no puedo controlar
33. Me enfado o irrito con facilidad
34. Siento ganas de romper las cosas
35. Me siento con ganas de hacer las cosas
36. Tengo un buen cuidado de mi mismo
37. Me parece que tengo mas accidentes que la mayoría de la gente
38. Pienso que he tenido algún problema emocional
39. Tengo la culpa de lo que ocurre
40. Me siento cansado, agotado
41. Me resultan difíciles de superar los problemas serios de mi vida.
42. Me preocupan mis pensamientos desagradables
43. He perdido el interés en hacer cosas con mis amigos
44. Me disgusta estar con mis amigos

45. Me desagrada hacer visitas
46. He perdido de vista algunos de mis viejos amigos.
47. La lesión me ha alejado de mi familia
48. Desearía tener mas responsabilidad familiar
49. Desearía poder hacer mas cosas con mi familia de las que hago.
50. Me disgusta el modo en que mi familia actúa conmigo
51. Mi familia se sentiría mejor sin mi
52. Me resulta difícil encontrar a quien contarle mis problemas.
53. Me resulta difícil entretenerme en mi tiempo libre
54. Me siento frustrado porque no tengo el deseo sexual al que estaba acostumbrado
55. He perdido el interés por el sexo
56. No me gustan los abrazos ni los besos
57. Sigo las instrucciones del doctor
58. Me preocupo por mi salud
59. Mis quemaduras todavía están abiertas o se mantienen sin acabar de curar
60. Tengo prurito
61. Tengo dolor
62. Mis actividades físicas son muy limitadas
63. He perdido mi fuerza
64. Tengo energía
65. Me preocupa mi apariencia
66. Me preocupa el modo en que la gente reacciona conmigo
67. Tengo pensamientos o imágenes de mi accidente
68. Necesito mucho apoyo de los demás.

ANEXO 2. Escala SF- 36 Version 2.3

CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

Fecha _____ Iniciales del paciente _____
UNIDAD MED FIS Y REHABILITACION REGION NORTE, IMSS. DF.

INSTRUCCIONES

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:

- 1 • Excelente
- 2 • Muy buena
- 3 • Buena
- 4 • Regular
- 5 • Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 • Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 • Algo mejor ahora que hace un año
- 3 • Más o menos igual que hace un año
- 4 • Algo peor ahora que hace un año
- 5 • Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL:

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 • Sí, me limita mucho
- 2 • Sí, me limita un poco
- 3 • No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 • Sí, me limita mucho
- 2 • Sí, me limita un poco
- 3 • No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 • Sí, me limita mucho
- 2 • Sí, me limita un poco
- 3 • No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 • Sí, me limita mucho
- 2 • Sí, me limita un poco
- 3 • No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 • Sí, me limita mucho
 - 2 • Sí, me limita un poco
 - 3 • No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1 • Sí
 - 2 • No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó mas de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 • Sí
- 2 • No

17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 • Sí
- 2 • No

18. Durante las 4 últimas semanas ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 • Sí
- 2 • No

19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?.

- 1 • Sí
- 2 • No

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 • Nada
- 2 • Un poco
- 3 • Regular
- 4 • Bastante
- 5 • Mucho

21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 • No, ninguno
- 2 • Sí, muy poco
- 3 • Sí, un poco
- 4 • Sí, moderado

- 5 • Sí, mucho
- 6 • Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 • Nada
- 2 • Un poco
- 3 • Regular
- 4 • Bastante
- 5 • Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas Veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas Veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas Veces

- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces
- 5 • Sólo alguna vez
- 6 • Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 • Siempre
- 2 • Casi siempre
- 3 • Muchas veces
- 4 • Algunas veces

5 • Sólo alguna vez

6 • Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 • Siempre

2 • Casi siempre

3 • Algunas veces

4 • Sólo alguna vez

5 • Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 • Totalmente cierta

2 • Bastante cierta

3 • No lo sé

4 • Bastante falsa

5 • Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 • Totalmente cierta

2 • Bastante cierta

3 • No lo sé

4 • Bastante falsa

5 • Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 • Totalmente cierta

2 • Bastante cierta

3 • No lo sé

4 • Bastante falsa

5 • Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 • Totalmente cierta

2 • Bastante cierta

3 • No lo sé

4 • Bastante falsa

5 • Totalmente falsa

ANEXO 3. ESCALA DE HAMILTON

Marque el círculo al final de cada síntoma que represente lo que haya experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes:

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

- Ausente
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimientos de culpa:

- Ausente
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- Ausente
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- Ideas de suicidio o amenazas
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- No tiene dificultad
- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora

el conciliar el sueño

● Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

● No hay dificultad

● Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea

● Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

● No hay dificultad

● Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

● No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

● No hay dificultad

● Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

● Pérdida de interés en su actividad (dis. de la atención, indecisión y vacilación)

● Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o dis. de la productividad

● Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

● **Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**

■ Palabra y pensamiento normales

● Ligerero retraso en el habla

● Evidente retraso en el habla

● Dificultad para expresarse

● Incapacidad para expresarse

8. Agitación psicomotora:

- Ninguna
- Juega con sus dedos
- Juega con sus manos, cabello, etc.
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- Retuerce las manos se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

9. Ansiedad psíquica:

- No hay dificultad
- Tensión subjetiva e irritabilidad
- Preocupación por pequeñas cosas
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten

10. Ansiedad somática (*Signos físicos de ansiedad tales como:*

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- Ausente
- Ligera
- Moderada
- Severa
- Incapacitante

11. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- Ninguno
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

12. Síntomas somáticos generales:

- Ninguno

- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad (cansancio fácil).
- Cualquier síntoma bien definido

13. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- Ausente
- Débil
- Grave

14. Hipocondría:

- Ausente
- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- Preocupado por su salud
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

15. Pérdida de peso:

- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

16. Introspección (insight):

- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- No se da cuenta que está enfermo

ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA. (<http://www.cis.gob.mx/pdf/manuales>)

Lugar y Fecha _____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación clínica titulado: Valoración de la calidad de vida en el paciente quemado en la Unidad de Medicina Fisica y Rehabilitación Region Norte.

Registrado en el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC:

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de vida y los factores que influyen para la incorporación a su entorno biopsicosocial de los pacientes con quemaduras que han recibido tratamiento rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Fisica y Rehabilitación Region Norte, el nivel de calidad de vida encontrado se comparara con el nivel en individuos sanos. Se me ha explicado que mi participación consistirá: En contestar algunas escalas sobre datos generales, laborales y de mi estado de salud físico y mental, rol social y familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio..
El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda.

El investigador principal y colaborador se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio.

Entiendo que conservo el derecho de no completar el cuestionario en cualquier momento que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Tambien se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, firma y numero de matricula del investigador principal o colaborador

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas el estudio: con la Dra. Yasmin Castillo Aquino Telefono 57473500

Testigos:

_____.

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE 15 A 17 AÑOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____ participe en el protocolo de investigación titulado: **Valoración de la calidad de vida en el paciente quemado a un año de evolución en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Region Norte.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: evaluar la calidad de vida y los factores que influyen para la incorporación a su entorno biopsicosocial de los pacientes con quemaduras que han recibido tratamiento rehabilitatorio en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Region Norte, el nivel de calidad de vida encontrado se comparara con el nivel en individuos sanos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá: En contestar algunas escalas sobre datos generales, de mi enfermedad, de mi estado de salud físico y mental, rol social y familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Nombre, firma y numero de matricula del investigador principal o colaborador

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio comunicarse con la Dra. Yasmín Castillo A. Teléfono 57473500

Testigos:

ANEXO 6

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

GRUPO A

Nombre _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Edo Civil _____ Escolaridad _____

Ocupación _____

Rama del Seguro _____

Indice de depresión _____

Calificación SF- 36 _____

ANEXO 7

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

GRUPO B

Nombre _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____

Telefono: _____

Dirección: _____

Edo Civil _____

Escolaridad _____

Ocupacion _____

Tiempo de evolución _____

Rama del seguro _____

Diagnostico de ingreso _____

Diagnostico de egreso _____

Porcentaje de Superficie Corporal Quemado _____

Sitio Anatomico de Quemadura _____

Grado de Quemadura _____

Indice de depresión _____

Calificación SF- 36 _____

Calificación de escala BSHS _____