

MEC-QoL: Propuesta de una Escala de Calidad de Vida para Unidades de Memoria

MEC-QoL: a proposed Quality of Life Scale for Memory Units

Dr. Jorge González-Hernández¹, Dra. Teresita Ramos-Franco²

¹Neurólogo, UDA HUAP-PUC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Médico, alumna del Diplomado de Evaluación Neuropsicológica del Adulto, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

La Calidad de Vida (QoL) es un concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha postulado como objetivo terapéutico en diversas patologías, especialmente crónicas, dada su alineación con el concepto más global de salud como bienestar físico, psíquico y social y el interés de humanizar la práctica de la medicina. (World Health Organization 1996)

Esto cobra mayor relevancia en la medida que ciertas intervenciones terapéuticas, aún cuando mejoren algún índice específico de salud, por su costo, forma de implementación o efectos colaterales, podrían implicar un deterioro en la QoL de los pacientes.

La OMS define QoL como “la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en que viven y en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Describe además los principales ámbitos que debiera evaluar una escala de QoL: (World Health Organization 1996)

- Salud física
- Ámbito psicológico y cognitivo
- Grado de independencia
- Relaciones
- Medio ambiente
- Espiritualidad, religión y creencias personales

En las unidades de memoria, en que se atienden patologías crónicas como Deterioro Cognitivo Leve, Trastorno por Déficit Atencional o Demencias, la medición y mejoría de los índices de QoL debiera constituir uno de los objetivos terapéuticos. Sin embargo, la

mayoría de las escalas disponibles son largas y complejas, diseñadas para fines de investigación o desarrollo de políticas públicas y sin validación para la lengua española. (González 2005)

El objetivo de este trabajo fue diseñar y validar una escala simple y rápida de QoL, para pacientes no dementes que consulten en una unidad de memoria.

Material y método

En base a la experiencia del equipo de memoria del Centro Médico San Jorge de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se diseñó una escala que cumpliera con los siguientes requisitos:

- Breve
- Fácil de aplicar
- Que abarque los ámbitos de QoL más atingentes a la población diana.
- Que permita sospechar potenciales áreas de intervención (Ej. déficit atencional, trastornos del sueño, depresión, ansiedad o enfermedades físicas)

La Mini Escala Cognitiva de Calidad de Vida (MEC-QoL) se fue perfeccionando en la experiencia clínica, hasta quedar en 18 preguntas que el paciente contesta con las alternativas: nunca, rara vez, algunas veces, a menudo o muy a menudo. Para cada pregunta el puntaje va de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), de modo que el puntaje máximo de la escala es de 72 puntos, que correspondería a la peor QoL (a menor puntaje, mejor QoL). (anexo 1)

Los ámbitos OMS evaluados por la MEC-QoL son:

- Ámbito físico: dolor, energía, sueño, digestión, apetito
- Ámbito psicológico: felicidad, memoria, concentración, autoestima, ansiedad, capacidad de disfrutar
- Grado de independencia: eficiencia
- Relaciones sociales: paciencia, tolerancia, sexualidad
- Medio ambiente: economía, sensación de seguridad
- Espiritualidad y creencias personales: no evaluado

Para esta validación la MEC-QoL fue aplicada por un examinador, pero perfectamente podría validarse o perfeccionarse para auto-aplicación en el futuro.

Previo consentimiento informado, se aplicó la escala a una muestra de personas sin aparente enfermedad psiquiátrica o cognitiva, que corresponde al grupo control y se comparó con los registros de una muestra aleatoria de pacientes con Trastorno por Déficit Atencional Hiperactividad (TDAH), antes y después del tratamiento farmacológico.

Estudios previos han demostrado que los pacientes TDAH tienen peores índices de QoL y que esta mejora significativamente post tratamiento. (Agarwal 2012)

El tiempo medio de aplicación es de 5 minutos.

El proceso de los datos se realizó con el programa Epi Info versión 3.5.4, utilizando el test de Anova para diferencias de promedios y Chi cuadrado para variables discontinuas. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de “p” fue menor a 0.05. (Centers for Disease Control and Prevention 2013)

Resultados

Se analizó un total de 68 escalas: 12 controles, 28 TDAH pre-tratamiento y los mismos 28 post-tratamiento.

El 60% de la muestra fue de sexo femenino, sin diferencias significativas entre casos y controles.

La edad promedio de los controles fue de 33 y la de los TDAH de 30 años ($p = 0.37$).

La mayoría de los pacientes se trató con metilfenidato (13), atomoxetina (12) y sólo 3 con bupropión.

La tabla 1 muestra la diferencia de promedios (X) y desviaciones standard (sd) de la MEC-QoL para el grupo control y el TDAH antes y después del tratamiento, así como el detalle de los ámbitos de QoL evaluados.

El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta el control fue de 9.6 meses (sd=14.8). La mediana fue de 3 meses.

El puntaje total de la escala fue significativamente menor para el grupo control comparado con el TDAH sin tratamiento ($p=0.0000$) y también menor para el TDAH post tratamiento

($p=0.0000$). Estas diferencias también fueron estadísticamente significativas (a favor del tratamiento) para todos los ámbitos de la escala, excepto calidad de sueño, presencia de dolor, disminución del apetito, manejo del dinero y libido, en que no se alcanzó significancia.

Tabla 1: Promedios de puntaje en la MEC-QoL y sus distintos ámbitos en población control, TDAH sin tratamiento y TDAH en tratamiento farmacológico

Ámbitos QoL	Controles (X/sd)	TDAH	
		Sin tratamiento	En tratamiento
MEC-QoL (puntaje total)	19,4/8,7	37,1/7,1	25,5/8,8
Felicidad	1,5/0.8	2.4/1.1	1,3/0.8
Seguridad	1.3/0.9	2.6/1.2	1.8/1.0
Energía	1.1/0.9	2.5/1.3	1.8/1.2
Tolerancia	1.2/0.7	2.2/0.9	1.7/0.9
Autoestima	0.4/0.5	1.9/1.2	1.1/1.0
Capacidad de disfrutar	0.8/0.7	2.0/1.2	1.5/1.3
Calidad del sueño	1.3/1.1	1.9/1.5	1.5/1.3
Trastornos digestivos	1.0/1.1	2.2/1.4	1.5/1.2
Dolor de espalda o miembros	1.6/1.2	2.2/1.4	1.6/1.3
Cefalea	1.1/1.2	1.3/1.2	1.3/1.1
Aumento del apetito	1.1/1.2	2.3/1.5	1.1/0,8
Disminución del apetito	0.5/0.8	0.8/1.2	1.1/1.1
Problemas esfera sexual	1.2/1.1	1.2/1.2	1.0/1.0
Memoria	1.1/0.7	2.8/1.0	1.7/0.9
Manejo del dinero	0.8/0.5	1.4/1.2	1.0/1.2
Concentración	1.3/0.8	2.8/0.7	1.8/0.7
Eficiencia	0.8/0.6	2.9/0.7	1.9/0.8
Paciencia	0.6/0.5	2.4/1.3	1.0/1,1

El mejor puntaje de corte de la MEC-QoL fue de 25 puntos, bajo el cual se encuentra el 75% de los sujetos controles y sólo el 15% de los TDAH sin tratamiento.

Discusión

La MEC-QoL tuvo un comportamiento similar a otras escalas de QoL al ser utilizada en una población TDAH, previo y post tratamiento farmacológico, y al compararla con una muestra de controles sanos. Es decir, la QoL fue significativamente mejor en los controles

sanos que en los TDAH sin tratamiento farmacológico, situación que se revierte significativamente después del tratamiento. (Agarwal 2012)

La estructura de la MEC-QoL favorece el uso clínico rutinario por lo breve y fácil de aplicar. Permite además pesquisar síntomas de potenciales dianas de intervención frecuentes en unidades de memoria como: depresión, ansiedad, déficit atencional y trastornos del sueño, las cuales obviamente se deberán analizar con mayor detalle en una segunda etapa.

Respecto a los ámbitos de QoL en que no se observó diferencia significativa pre y post tratamiento, en algunos de ellos sí hubo una diferencia a favor del tratamiento, pero es posible que se requiera un mayor número de casos para demostrarlo. La libido es un ámbito que no se afecta mayormente en el TDAH, observándose incluso un aumento de parejas sexuales respecto a los controles (Flory 2006). La cefalea y la anorexia pueden constituir efectos colaterales de la medicación, de modo que tampoco es esperable una mejoría significativa en esos ámbitos. (Fredriksen 2013)

En este estudio se sugiere como puntaje de normalidad de la MEC-QoL menor a 25. Sin embargo, sólo se trata de un ensayo preliminar, cuyos resultados deberán corroborarse en futuros estudios.

Referencias

-Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, IsHak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innov Clin Neurosci*. 2012 May;9(5-6):10-21.

-Centers for Disease Control and Prevention 2013. Epi Info. 2013. <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo>

-Flory, K., Molina, B.S.G., Pelman, W.E., Gnagy, E., Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571-577.

-Fredriksen M, Halmøy A, Faraone SV, Haavik J. Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: a review of controlled and naturalistic studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Jun;23(6):508-27

-González J, Galdames D, Oporto S. Diagnostic profiles at a Center for Memory Disturbances. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 789-794.

-World Health Organization 1996. WHOQOL measuring quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Anexo 1: Mini Escala Cognitiva de Calidad de Vida (MEC-QoL)

¿Con qué frecuencia el último mes? (nunca, rara vez, algunas veces, a menudo, muy a menudo)

-Se ha sentido triste

-Se ha sentido excesivamente preocupado

-Se ha sentido irritable o mal genio

-Se ha sentido cansado, sin motivo

-Le ha costado disfrutar de las cosas

-Se ha sentido impaciente

-Se ha sentido inútil

-Le ha costado concentrarse

-Ha tenido problemas de memoria

-Se ha sentido ineficiente

-Ha tenido dificultades para dormir

-Ha estado excesivamente ansioso por comer

-Ha perdido el apetito

-Ha presentado problemas digestivos como diarrea, hinchazón o estitiquez

-Le ha dolido la espalda o extremidades

-Le ha dolido la cabeza

-Ha presentado problemas en la esfera sexual

-Se ha desordenado en el manejo del dinero