

Calidad de vida y trasplante renal

Est. Gretchen García de Armas*
MSc María Elena Rodríguez Lafuente**
Est. Aelita Rodríguez Safiulina*
Dra. Berta González Muñoz***
Dr. Carlos Guerrero Díaz ****
Dr. Gerardo Borroto Díaz****

* Estudiantes de 5to año de Licenciatura en Psicología.

** Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. Servicio de Psicología.

*** Especialista de I Grado en Nefrología. Profesora Instructor. Servicio de Trasplante.

**** Especialistas de II Grado. Servicio de Nefrología.

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

E-mail: mariaelena.rdiguez@infomed.sld.cu

Resumen:

La trasplantología es un área importante de intervención del psicólogo en los últimos años, y su labor abarca todo el proceso, dentro de este la evaluación de la calidad de vida es un aspecto central para poder orientar intervenciones psicológicas. En el presente trabajo se realizó un estudio descriptivo transversal con un grupo de pacientes trasplantados renales con una evolución de hasta 2 años con el objetivo de evaluar su calidad de vida actual y sus vivencias de cambio con respecto a su estado pretrasplante. Las variables de estudio fueron edad, sexo, calidad de vida actual y tiempo de trasplantado. Se utilizó la entrevista semiestructurada y el Cuestionario de Salud SF-36. Se evidenció un buen nivel de calidad de vida percibida en relación con la salud, siendo las escalas de Rol Emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), y la de Función Social (grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual) las de mayor puntuación, tanto en mujeres como en hombres (aunque mayor en los hombres). Se mostraron diferencias por sexo, en las distintas escalas del cuestionario de salud SF – 36, observándose los valores más altos en los hombres. Se comprobó que los pacientes perciben mejoría en su estado de salud general según progresa el tiempo de trasplantados.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una epidemia, pues entre el 10 y 20 por ciento de la población la sufre en cualquier etapa evolutiva desde muy incipiente hasta la necesidad de diálisis, o el trasplante renal.

La prevalencia o frecuencia de la insuficiencia renal crónica en Cuba se comporta dentro de los rangos internacionales.

El trasplante renal, y no los métodos dialíticos, ha demostrado ser el tratamiento de elección, por su mayor relación costo-beneficio, por brindar mejor calidad de vida y por acompañarse de menor riesgo de mortalidad.

El implante de un riñón funcional, si bien logra restituir todas las funciones renales y romper la dependencia al riñón artificial, no está exento de complicaciones, además, el enfermo, para evitar la reacción inmunológica de rechazo se ve obligado durante todo el tiempo que conserve el injerto, a tomar medicamentos inmunosupresores que propician la aparición de trastornos biológicos, psíquicos, estéticos y limitan su actividad física e intelectual.

La evaluación de la calidad de vida en enfermos crónicos ocupa hoy un lugar central dentro de las ciencias de la salud.

En la actualidad existe un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más "personal", en el que se considera tanto los factores psicológicos, como los sociales, y la implicación que la presencia de la misma tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su "calidad de vida", el deterioro o pérdida de calidad de vida causado por la presencia de la enfermedad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y, lógicamente, donde cobra más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico.

La OMS define la calidad de vida como la percepción individual del estatus de vida, en el contexto de un sistema de valores culturales, en los cuales su vida, sus metas y sus expectativas son cumplidas. Este concepto está relacionado con el nivel individual de satisfacción en las diferentes esferas de la vida.

La valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognoscitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades entre otros aspectos psicosociales.

Un grupo de definiciones se refiere a la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, otras a una situación objetiva. Hay autores que valoran ambos componentes, incluyendo en su formulación teórica la definición de los elementos que la mayoría ha considerado relevantes: elementos subjetivos y objetivos. Al elemento subjetivo corresponden las definiciones unidimensionales o globales como bienestar y satisfacción, implicándose en ello la interacción del aparato cognitivo como la evaluación de la satisfacción personal, y el aparato afectivo dado por la apreciación de la "felicidad", más inestable e influenciado por los cambios de humor. (1, 2)

Una definición integradora del concepto calidad de vida plantea que: la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. (3)

La Calidad de Vida constituye la apreciación que el sujeto hace de su vida actual y de sus niveles de funcionamiento, evaluándolos como satisfactorios o no, y comparándolos con los que percibe como posibles o ideales. Esta apreciación se establece a partir de criterios tales como la estimación de:

- los niveles de funcionamiento físico y psicológico de la persona,
- la evaluación de sus roles sociales y las limitaciones de los mismos,

- la percepción que ésta lleva a cabo, de su salud general.

El término "calidad de vida" , y especialmente la "calidad de vida relacionada con la salud", pretende valorar aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social.

Al valorar la Calidad de Vida relacionada con la salud se deben tener en cuenta 2 aspectos: el carácter temporal y transitorio de la valoración (pues lo que se evalúa es la situación del paciente en un momento determinado) y el estado previo del paciente, antes de recibir el tratamiento cuya eficacia se está tratando de valorar, así como las expectativas creadas en el enfermo antes de aplicarlo; dado que todo tendrá una marcada influencia en la valoración subjetiva que él haga de su CV actual. (4)

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos se ha convertido en una variable de salida a medir en ensayos clínicos y en estudios epidemiológicos, que incluyen políticas de tamizaje en los programas de control de las enfermedades, así como en los procesos de tratamiento psicológico a estos pacientes. Esto permite esclarecer la necesidad de apoyo o soporte que requiere este tipo de paciente, en cualquier estadio de la enfermedad, llegando inclusive a incorporarse como medida en los estudios de sobrevida.

Por esto el objetivo que nos propusimos en este trabajo fue describir la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes trasplantados renales del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un grupo de pacientes trasplantados renales del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

Muestra

- La población estuvo constituida por los pacientes trasplantados de riñón que se atendieron en la consulta ambulatoria de Nefrología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" desde el mes de octubre hasta el mes de diciembre del año 2007. Pacientes adultos de ambos sexos que consintieron en participar voluntariamente en la investigación.
- Finalmente la muestra quedó constituida por 17 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Características sociodemográficas: edad, sexo.
- Tiempo de trasplantado.
- Calidad de vida relacionada con la salud actual.

Instrumentos.

- Cuestionario de salud SF-36
- Entrevista semiestructurada

El cuestionario SF 36, que empleamos para su estudio, evalúa 8 escalas referidas a:

- percepción de salud general (SG)
- funcionamiento físico (FF)
- rol físico (RF)
- rol emocional (RE)
- dolor corporal (DF)
- vitalidad (V)
- función social (FS)
- percepción de la salud mental (SM)

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

En la siguiente tabla se muestran las características de la muestra estudiada (17 pacientes) en cuanto a la edad, el sexo y el tiempo de trasplante.

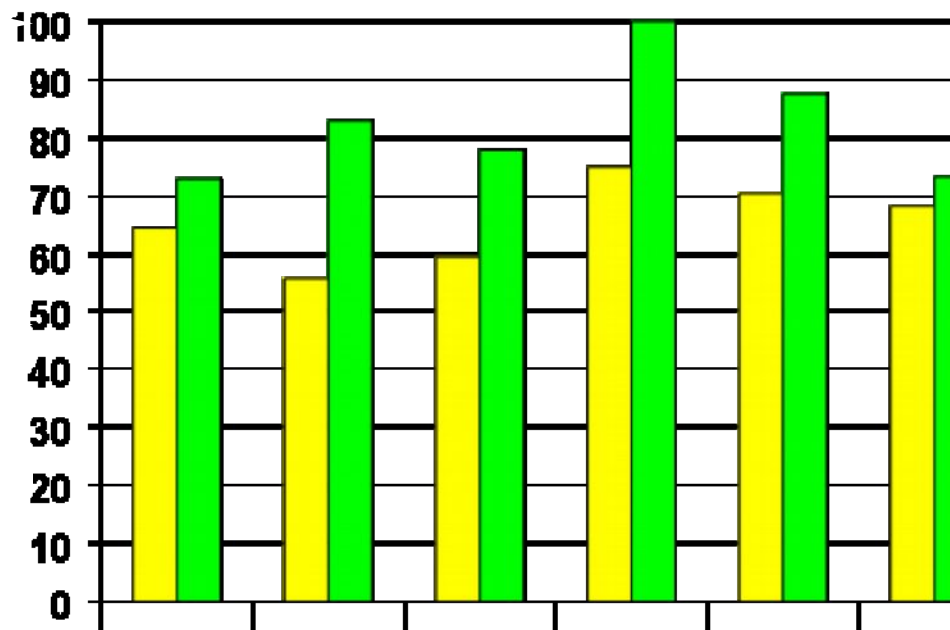
Sexo	Hombres	9	52,94 %
	Mujeres	8	47,06 %
Edad (años)	Mínimo	19 años	
	Máximo	72 años	
	Promedio	48 años	
Tiempo de trasplante	De 1 a 3 meses	2	11,76 %
	3 a 6 meses	4	23,53 %
	6 a 12 meses	1	5,88 %
	1 a 5 años	5	29,41 %
	Más de 5 años	5	29,41 %
	Promedio de trasplantado	4,32 años	

Como se aprecia la distribución entre hombres y mujeres fue bastante equilibrada. Con respecto a la edad, hubo una gran dispersión, aunque es de señalar que menor de 30 años solo fue una persona: una joven de 19 años y que el 58, 8 % de los casos tenían entre 40 y 59 años.

En el tiempo de trasplantado se pudo apreciar que en la muestra estudiada 3 pacientes pasaban de 10 años de evolución posterior al trasplante: 13, 14 y 16 años respectivamente.

El gráfico 1 muestra como perciben su calidad de vida relacionada con la salud hombres y mujeres de la muestra.

Gráfico 1 PROMEDIOS POR SEXOS



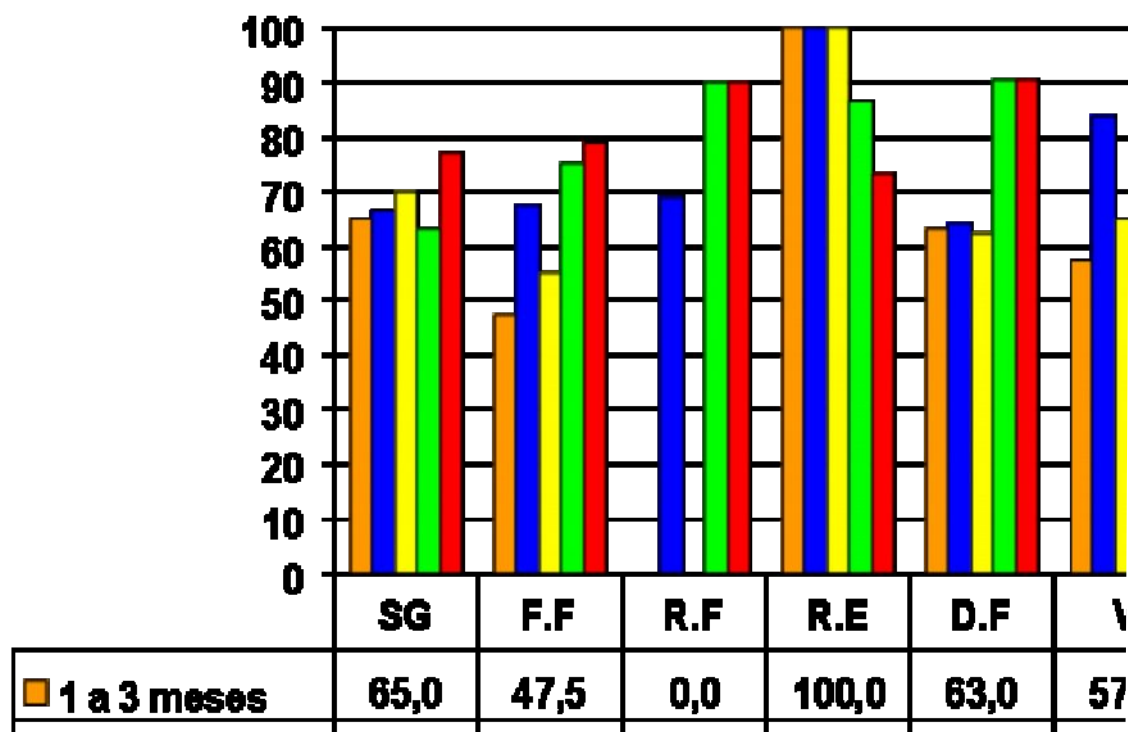
Es llamativo que los valores en las mujeres son inferiores a los de los hombres, destacándose las escalas de función física, rol físico y salud mental. Lo cual refleja que ellas refieren en un mayor porcentaje que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos; que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas, así como la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general dentro de ella.

Se destaca que los hombres tenían el máximo alto valor en la escala rol emocional o sea que consideraron que los problemas emocionales no afectaron su trabajo y otras actividades diarias, considerando que no existió reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo t/o otras actividades de su vida cotidiana por esta causa. Esto pudiera deberse a la concepción tradicional del rol masculino como fuerte y poco expresivo con respecto a las emociones y a su efecto, mientras que las mujeres están más adaptadas a reconocer en sí mismas manifestaciones emocionales negativas, aunque esta fue la escala más alta también en las mujeres. Esto pudiera estar reflejando la mejoría en los estados emocionales posterior al trasplante.

Estos datos se corresponden con los reportados por otros autores donde el sexo masculino ha sido relacionado con una mejor valoración de la calidad de vida en estos pacientes. (5, 6, 7); mientras que otros exponen datos contrarios apareciendo las mujeres con mejor valoración. (8)

En el siguiente gráfico se exponen los resultados del SF-36 por tiempo de trasplante donde es interesante observar que en sentido general hay una mejoría de la percepción de calidad de vida en el grupo que llevaba de 3 a 6 meses de trasplantados, la cual desciende posteriormente en el tiempo para incrementarse nuevamente después del año.

Gráfico 2 PROMEDIO POR TIEMPO DE TRASPLANTE



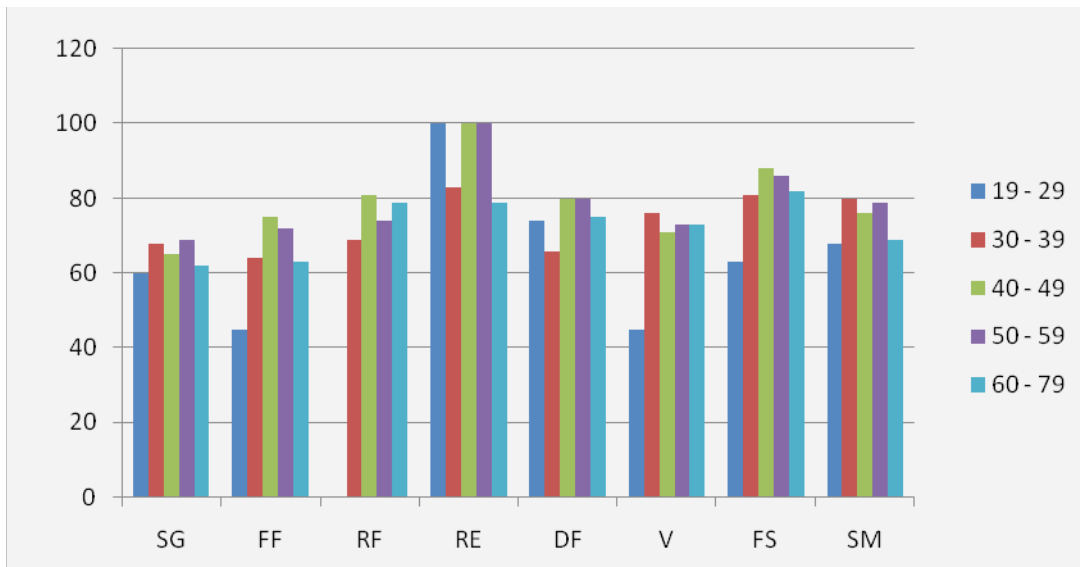
En este grupo de 6 a 12 meses se encontró una paciente con buena función del injerto pero complicaciones derivadas del acceso vascular que la limitaban sobremanera en las actividades físicas de su vida cotidiana y por tanto disminuían su calidad de vida con respecto a la función y al rol físico, aunque es de señalar su elevada percepción de calidad en el plano emocional, al estar muy satisfecha de haber logrado retrasplantarse con éxito.

En el gráfico anterior se muestra que las escalas rol emocional y salud mental se perciben desde el inicio de forma elevada, en las entrevistas los pacientes referían la satisfacción por haber logrado llegar al trasplante y que este funcionara a pesar de las complicaciones posible en cada caso. La función social o sea la recuperación de la vida social habitual es otro elemento que se destaca.

Sin embargo los estudios previos han informado que los puntajes del SF - 36 no cambian significativamente con el tiempo después del trasplante renal (9,10)

El Gráfico 3 muestra los promedios de cada escala del SF-36 por los grupos etáreos creados.

Gráfico 3 PROMEDIO POR EDAD



Se destaca que en casi todas las escalas el menor porcentaje se ubicó de 19 a 29 años, el cual estaba representado por una paciente que a su vez es la de menos tiempo de trasplantada, lo que puede explicar estos datos, así como la alta puntuación en rol emocional pues haber logrado este trasplante le reporta una alta satisfacción y un estado emocional muy positivo, a pesar de las limitaciones físicas y sociales que aun tenía. Esto se refleja en las escalas salud mental y general.

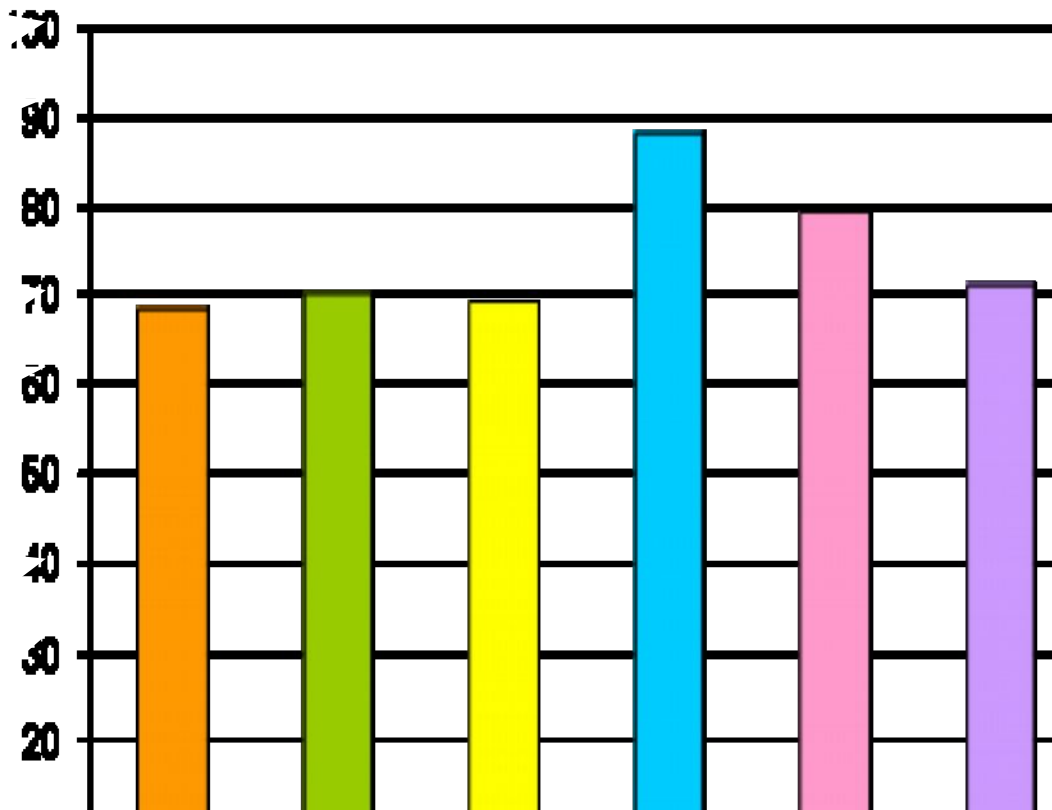
En el resto de los grupos no se evidencian grandes diferencias. Esto es importante pues 3 de los sujetos evaluados tienen más de 60 (de ellos 2 más de 65) años lo que se corresponde con lo encontrado por otros autores, quienes plantean que los enfermos de mayor edad, superior a los 65 años, tanto en hemodiálisis como después del trasplante, estiman mejor su calidad de vida, y que esto pudiera estar condicionado por una menor expectativa en sus metas y mayor tolerancia y espíritu de sacrificio logrado con el transcurrir de los años. (11, 12). No encontró diferencias asociadas a la edad. (13, 14)

No así lo reportado por Borroto y otros (8) que hallaron menor edad media en los pacientes que percibieron como buena su calidad de vida al compararla con la del grupo con respuestas negativas.

En un estudio de Cornella y colaboradores (15) se mostró que en receptores más viejos el estado psicológico no era tan bueno como la recuperación clínica - física después del trasplante renal, lo que no se evidenció en nuestra muestra.

En el siguiente gráfico se muestran los resultados generales de toda la muestra según las diferentes escalas evaluadas por el SF-36.

Gráfico 4 PROMEDIO POR ESCALAS



En sentido general, en la muestra estudiada, las escalas que reflejaron mayor calidad de vida relacionada con la salud fueron el rol emocional y la función social, aunque todas están por encima del 69 %, lo cual pone de manifiesto cuán alta es la percepción de mejoría en estos pacientes después del trasplante

En la literatura también se han reportado valores significativamente altos en las escalas del SF-36 de funcionamiento físico, funcionamiento social y percepción de salud general en pacientes trasplantados renales. (16)

Estudios muestran mayor calidad de vida en los pacientes trasplantados que en otros métodos (17,18)

CONCLUSIONES

Se evidenció una percepción elevada en las escalas de Rol Emocional (en mayor cuantía) y de Función Social, tanto en mujeres como en hombres (aunque mayor en los hombres).

Se mostraron diferencias por sexo, en las distintas escalas del cuestionario de salud SF – 36, observándose los valores más altos en los hombres. No hubo diferencias por edad.

Se comprobó que los pacientes perciben mejoría en su estado de salud general según progresa el tiempo de trasplantados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grau, J.A.; Victoria, C.; Hernández, E.: "Calidad de vida y Psicología de la Salud", en Psicología de Salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2005.
2. García-Viniegras C.R., Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos www.iscmh/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm (Consultado el 26/10/2008 7:40)
3. Cabrera M.E, Agostini M T, Victoria García-Viniegras C R. Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. 1998.
4. Magaz A. Estimación subjetiva de la calidad de vida. Integración con parámetros biológicos. *Rev Nef.* 2004;45:453-7
5. Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs* 2005;51(1):15-21
6. Zarifian A. Symptom Occurrence, Symptom Distress, and Quality Of Life in Renal Transplant Recipients. *Nephrology Nursing Journal*, November-December 2006; 33 (6)
7. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Transplantation Patients. *Transplantation Proceedings*, 2007; 39, 3047–3053
8. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Alfonso F, Guerrero C. [Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo.](#) *Rev Cubana Med* 2007;46(3)
9. [Karam VH, Gasquet I, Delvart V et al. Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation.](#) *Transplantation* 2003; 76: 1699.
10. [Fiebigler W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation.](#) *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:2
11. Humar A, Denny R, Matas AJ, Najarian JS. Graft and quality of life outcomes in older recipients of a kidney transplant. *Exp Clin Transplant.* 2003;1:69-72.
12. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Álvarez -Ude F, Álvarez-Navascues R, Álvarez-Grande J. Is the loss of health- related quality of life during renal replacemenet therapy lower in elderly patients than in yonger patients? *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:1675-80.
13. Khedmat H, Karami G R, Pourfarziani V, Assari S., Rezailashkajani M, Naghizadeh M.M. A Logistic Regression Model for Predicting Health-Related Quality of Life in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 2007; 39, 917–922
14. Noohi S, Karami G.R, Lorgard-Dezfuli-Nejad M, Najafi M, Saadat S.H. **Are All Domains of Quality of Life Poor Among Elderly Kidney Recipients?** *Transplantation Proceedings*, 2007; 39, 1079–1081
15. Cornella C, Brustia M, Lazzarich E, Cofano F, Ceruso A., M.C. Barbé M.C, Fenoglio R, Cella D, Stratta, P. **Quality of Life in Renal Transplant Patients Over 60 Years of Age.** *Transplantation Proceedings*, 2008; 40, 1865–1866
16. Overbeck I, Bartels M, Decker O, Harms J, Hauss J, Fangmann J. **Changes in Quality of Life After Renal Transplantation.** *Transplantation Proceedings*, 37, 1618–1621 (2005)
17. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijenbrok-Kal MH, Hunink M. Quality of Life Assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of Patients on Renal Replacement Therapy:A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health*, 2007; 10 (5)
18. Weisbord SD, Kimmel PI. Health-related quality of life in the era of erythropoietin. *Hemodialysis International* 2008; 12:6–15

