



CIRUGIA

**CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE
POSTRASPLANTADO DE CORAZON.**

AUTOR: Federico Duarte Domínguez

DIRECTORES: Antonio Ordoñez Fernández

Ángel Martínez Martínez

8 de Noviembre de 1996

D. ANTONIO ORDOÑEZ FERNANDEZ, Prof. Asociado del Dpto. de Cirugía
y D. ANGEL MARTINEZ MARTINEZ, Prof. Asociado del Dpto. de Medicina de
la Universidad de Sevilla:

CERTIFICAN:

Que D. FEDERICO DUARTE DOMINGUEZ ha realizado bajo nuestra
dirección la Tesis Doctoral, titulada "Calidad de vida en el paciente
postrasplantado de corazón", con la que se presenta al título de Doctor y que,
a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

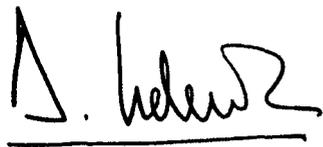
Lo que firmamos a instancias del interesado y para que surta los efectos
oportunos:

En Sevilla a 1 de Septiembre de 1996



Fdo.: Federico Duarte Domínguez

El Doctorando



Fdo.: Antonio Ordoñez Fdez.



Fdo.: Angel Martínez Martínez

✓

Los Directores

62

81

1-10-96

Steve Kaffke

A mis padres, por todo...

Al ser éste un trabajo multidisciplinario, en el que participan diversas especialidades médicas y no médicas, las menciones de agradecimiento son algo numerosas pero ineludibles.

Cuando le propuse al Dr. A.Ordoñez que fuera mi director de tesis, no sólo aceptó de forma inmediata, sino que me animó y ayudó a que no fuera un trabajo tedioso de difícil realización.

En todo momento ha dirigido este trabajo con infinito entusiasmo y paciencia. Queda para mi amigo Antonio Ordoñez la primera mención de agradecimiento.

Al Dr. Angel Martínez por facilitarme la posibilidad de encuestar a sus enfermos.

Marisa, magnífica psicóloga y amiga, ha guiado todas las interconexiones de medicina con psicología y su ayuda y colaboración han sido inestimables para la realización de ésta tesis. Sin su concurso se hubiera alargado el trabajo mucho más de lo deseado. Para ella no tengo palabras de agradecimiento.

Paco Gómez ha hecho todo el trabajo ingrato de la tesis, con su dominio de los ordenadores, con una entrega, dedicación y paciencia sin límites. Es un amigo.

A Fernando Soler le debo el tratamiento estadístico y más cosas...

También debo tener palabras de agradecimiento a Javier Pérez y a Ana Hernández.

Y, por último, y no por ello menos importante a las parejas de los que han colaborado conmigo, por dejarnos hacer...

INDICE.

I. INTRODUCCION.

I. 1. TRASPLANTE CARDIACO.

1. 1. Definición de Trasplante Cardíaco.....	8
1. 2. Historia del Trasplante Cardíaco.....	9
1. 3. Trasplante Cardíaco en España.....	12
1. 4. Indicaciones para el Trasplante Cardíaco.....	17
1. 5. Contraindicaciones para el Trasplante Cardíaco.....	19
1. 6. Selección de donantes.....	22
1. 7. Avances técnicos en el Trasplante Cardíaco.....	25
1. 8. Complicaciones del Trasplante Cardíaco.....	27
1. 8. 1. Complicaciones de rechazo al injerto.....	28
1. 8. 2. Complicaciones infecciosas.....	42
1. 9. Epidemiología del Trasplante Cardíaco.....	50

I. 2. CALIDAD DE VIDA.

2. 1. Concepto y perspectiva histórica de la Calidad de Vida.....	53
2. 2. Operacionalización del concepto.....	57
2. 3. Dimensiones en la medida de Calidad de Vida.....	58
2. 4. Valoración de Calidad de Vida en los cardiópatas.....	63
2. 5. Aspectos sociales de la Calidad de Vida.....	73
2. 6. Instrumentos de Calidad de Vida.....	74

II. MATERIAL Y METODO.

II. 1. MATERIAL.....	82
II. 2. METODO.....	92
2. 1. Validación del cuestionario.....	95
2. 2. Estructuración del cuestionario de Calidad de Vida.....	95
2. 3. Validación del cuestionario sobre Calidad de Vida.....	97

III. RESULTADOS.

1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

1. 1. Area de Salud.....	98
1. 2. Area de Sueño y Descanso.....	99
1. 3. Area de Comportamiento Emocional.....	100
1. 4. Area de Proyectos de Futuro.....	100
1. 5. Area de Movilidad.....	101
1. 6. Area de Relaciones Sociales.....	102
1. 7. Area de Comportamiento de Alerta.....	103
1. 8. Area de Comunicación.....	104
1. 9. Area de Tiempo de Ocio y trabajo.....	105
2. RESULTADOS GLOBALES DE LAS AREAS DE ESTUDIOS.....	106
3. ANALISIS CORRELACIONAL DE LA MUESTRA.....	118

4. ANALISIS CORRELACIONAL ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	118
5. CORRELACION ENTRE LAS DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA.....	121
5. 1. Area de Salud.....	123
5. 2. Area de Sueño y Descanso.....	124
5. 3. Area de Comportamiento Emocional.....	126
5. 4. Area de Movilidad.....	128
5. 5. Area de Relaciones Sociales.....	131
5. 6. Area de Tiempo de Ocio y Trabajo.....	134
5. 7. Area de Proyectos de Futuro.....	136
5. 8. Area de Comportamiento de Alerta.....	137
IV. DISCUSION.....	142
V. CONCLUSIONES.....	177
VI. BIBLIOGRAFIA.....	180

INTRODUCCIÓN

Cuando tengas que elegir dos caminos, pregúntate cual de ellos tiene corazón.

Quien elige el camino del corazón, no se equivoca nunca. POPOL-VUH

I. 1. TRASPLANTE CARDIACO.

1. 1. DEFINICION DE TRASPLANTE CARDIACO

Es la esperanza del enfermo cardíaco terminal para disfrutar de una segunda y probablemente última oportunidad. Consiste en la sustitución de un corazón gravemente enfermo por otro sano.

El trasplante cardíaco es una técnica, a la vez que espectacular, controvertida, por los problemas intrínsecos que plantea, sobre todo de carácter moral.

Hay trabajos en los que se demuestran cómo algunos enfermos en listas de espera de trasplantes, ante un agravamiento de su estado, desean la muerte de un tercero para poder sobrevivir, padeciendo posteriormente un sentimiento de culpabilidad.

En la literatura encontramos abundantes referencias sobre el corazón, no en el sentido orgánico, sino como manifestación de sentimientos: Amor, temores, pasión, duda, ansiedad... y en el lenguaje coloquial, en el que adquiere numerosas acepciones como: Abrir el corazón, encogerse el corazón, con el corazón en la mano, tener una corazonada...

También en la religión se hacen abundantes referencias al corazón como ofrenda más preciada. Así los Aztecas ofrecían para aplacar a los dioses, al menos una vez al día, durante todo el año, corazones aún palpitantes de los guerreros enemigos más valerosos¹.

Los trasplantes de órganos suponen un regalo de auténtica solidaridad, y han mostrado cómo la organización social, la psicológica y los avances técnicos, pueden trabajar en equipo. Los trasplantes de corazón han demostrado el valor de la medicina sobre la vida humana y cómo, mediante la aplicación de la ciencia, se construye progreso.

La técnica del trasplante cardíaco ha avanzado mucho y con ello la esperanza de vida de estos enfermos, pero hay que preguntarse si estos enfermos están readaptados social y profesionalmente. ¿Hacen una continuación de su vida anterior? ¿Qué calidad de vida tienen? ¿Son personas "normales"?

En este trabajo se pretende averiguar la calidad de vida de estos enfermos tras el trasplante y su readaptación tanto social como profesional.

1. 2. HISTORIA DEL TRASPLANTE CARDÍACO.-

Dos grupos de cirujanos trabajaron en el trasplante cardíaco experimental: J.Hardy y W.Webb en el Medical Centre de la Universidad de Mississippi. Y N.E. Shunway y R.Lower en la University School of Medicine de Stanford, California.

Hardy atendía a un enfermo de 64 años con arteriosclerosis generalizada, con una pierna amputada y con lesiones coronarias irrevascularizables en situación de Shock cardiogénico terminal. Era un candidato idóneo para trasplante cardíaco. Se presentó la ocasión de un posible donante con una lesión cerebral irreversible.- La muerte cerebral no estaba reconocida y era impensable utilizar un corazón que aún latía- por lo que compró cuatro chimpancés como segundo recurso.

El 23 de Enero de 1.964, se le implanta al enfermo el corazón de uno de los chimpancés. Dicho corazón era de un tamaño inferior al que precisaba el receptor por lo que a las dos horas de la intervención fallece.

Tras este fracaso, y al no ser el primero -fracasó de igual forma en un trasplante de pulmón- Hardy decide abandonar el proyecto de trasplantes.

El segundo grupo, con R.Lower a la cabeza, realiza en Virginia un trasplante cardíaco de humano a animal, al contrario que Hardy. Efectivamente, en 1.966 trasplantó el corazón de un humano en muerte clínica por lesión cerebral a un

babuíno. El trasplante cardíaco fue un éxito durante varias horas, pero por diversos motivos, entre ellos morales, se decidió finalmente sacrificar al animal.

La técnica quirúrgica para la realización del trasplante había sido desarrollada en Stanford por Shumway y Lower, a la espera del momento adecuado para ponerla en práctica.

Fue Christian Barnard, formado en Estados Unidos y Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular en Ciudad del Cabo, el que, tras una visita a Stanford, realiza el primer trasplante cardíaco humano en el mundo el día 3 de Diciembre de 1.967. El enfermo se llamaba Washansky de 48 años de edad. Sobrevivió 18 días, tras los cuales hizo un rechazo que no se pudo resolver.

Un niño de 17 días con un síndrome de Ebstein fue el primer trasplante cardíaco que se lleva a cabo en Estados Unidos, el día 6 de Diciembre de 1.967. La operación la realizó el Dr. Kantrowitz del Hospital Maimónides de Brooklyn. El niño sobrevivió siete horas.

Al mes, el doctor Barnard repite la experiencia, realizando un segundo trasplante que le sobrevive veinte meses, falleciendo al parecer, por un exceso de corticoides.

El cuarto trasplante se realiza en Stanford el 6 de enero de 1.968 siendo Shumway el médico responsable.

El "éxito" del Dr. Barnard en su segundo trasplante (veinte meses de supervivencia) hizo que se extendiera la técnica y en 1.972 (tres años más tarde) se realizaron 102 trasplantes cardíacos en cincuenta y dos hospitales de todo el mundo.

1. 3. TRASPLANTES CARDIACOS EN ESPAÑA.-

El 18 de Septiembre de 1.968 realiza el primer trasplante cardíaco en España el Dr. Martínez Bordiú.

La intervención se prolongó durante varias horas, se presentaron diversos problemas hemorrágicos y de drenaje de cavas que hicieron insalvable la situación, falleciendo el enfermo en el postoperatorio inmediato. La necropsia realizada al paciente no evidenció errores técnicos.

La noticia tuvo mucho eco en la prensa española con opiniones para todos los gustos, pero las más de la veces eran críticas de eminentes médicos en las que se llegaba a decir que los experimentos habría que hacerlos con perros y no con personas.

En 1.951 la Legislación Española autorizaba la extracción de piezas anatómicas del cadáver pero no estaba clara la autorización para la extracción de órganos. En el hospital San Carlos, al amparo de dicha ley se creó un banco de arterias de cadáveres para injertos.

En junio de 1.968, el catedrático de Etica, Padre José Todolí, se pronuncia sobre los trasplantes cardíacos: "Los trasplantes cardíacos pueden hacerse pero no en demasiado número hasta que avance la técnica".

Es el profesor Tamames quien realiza los primeros trasplantes cardíacos experimentales en España en el año 1.960. En un principio se implanta el corazón del donante en el cuello del animal receptor (técnica descrita por Mann), dejando el corazón propio del receptor en su cavidad. La supervivencia era de varios días.

Dos años más tarde comienzan los implantes ortotópicos, es decir, en la misma cavidad, sin embargo la supervivencia era sensiblemente inferior, de horas. En estos experimentos es cuando comienza a utilizarse la circulación extracorpórea.

En 1.969 en vista de los malos resultados obtenidos en los anteriores experimentos, comienza a descender el número de trasplantes cardíacos. Así en

1.968 se habían realizados 102 y al año siguiente 50, a partir de los años setenta tan solo se realizaron entre 20 y 40 trasplantes cardíacos anuales.

Los primeros problemas que se plantearon y que se consideraron responsables directos de los malos resultados obtenidos fueron el rechazo, por la ineficaz terapia inmunosupresora, y las infecciones, por el abuso de éstas.

Otro problema añadido era la detección precoz del rechazo al injerto. Esto lo resuelve Coves en 1.973, con la puesta en práctica de la biopsia endomiocárdica.

Como técnica terapéutica, los trasplantes cardíacos en humanos, prácticamente desaparecen, si bien algunos grupos, como el de Stanford, Virginia, Sudáfrica y París lo siguen realizando, pero sin tanto eco.

En España se implanta clínicamente en 1.984.

Efectivamente, el 8 de Mayo de ese año, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Juan Alarcón Torres, paciente de veintitrés años de edad, llevaba con indicación de trasplante dos meses y medio esperando un donante, presentándose éste con isogrupo sanguíneo, en el Centro Hospitalario de Bellvitge . Al donante se le practicaría una extracción multiorgánica, primera en

España, el trasplante cardíaco fue un éxito. El enfermo sobrevivió nueve meses falleciendo por un rechazo agudo. Es con esta intervención con la que se inicia el programa de trasplantes cardíacos. Al mes siguiente, debuta la Clínica de Navarra con el segundo y tercer trasplante cardíaco, ambos con éxito. El cuarto, repite el Hospital de San Pablo de Barcelona y, el quinto, y primero en un hospital público de la Seguridad Social, se realiza el 29 de Septiembre de 1.984, que once años más tarde aún sobrevive.

En 1.985 sólo en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid había cinco enfermos trasplantados de corazón, todos ellos con una supervivencia superior a los diez años. A partir de entonces el número de trasplantes cardíacos sufre una subida exponencial hasta nuestros días, en los que el número de trasplantes cardíacos realizados en nuestro país se sitúa por encima de los mil seiscientos.

En 1.981 se descubre la Ciclosporina A. Una nueva terapia inmunosupresora que marca un hito en la historia del trasplante cardíaco. Así se puede hablar de un antes y un después del descubrimiento de este agente. En un principio su uso estaba restringido al área experimental pero no clínico. Es en 1.984 cuando se dispone libremente de la Ciclosporina A en los Hospitales.

Ante la dificultad de obtener donantes locales, en número suficiente, se planteó la necesidad de poder utilizar donantes de diferentes puntos de la

geografía nacional, para lo cual se contactó con el Ejército del Aire, quien puso a disposición del programa de trasplantes cardíacos, un servicio aéreo para transporte de órganos, compuesto por helicópteros y reactores con un magnífico funcionamiento, con lo que se dispusieron de órganos para trasplante por todo el territorio nacional.

No solo fue aumentando el número de trasplantes cardíacos realizado en España sino que también aumentó el número de hospitales que los realizaban, con lo que se sumaron nuevos problemas al programa de trasplantes. Principalmente la espera a la que había que someterse para encontrar el donante idóneo.

En un principio los candidatos a trasplantes cardíacos eran enfermos en muy malas condiciones clínicas, algunos terminales. Para poder sobrevivir los días de espera, ante el deterioro de algunos enfermos, hubo que poner en práctica procedimientos de asistencia mecánica. Hoy los más utilizados son la bomba de contrapulsación aórtica y las bombas magnéticas.

Una vez repasada la historia de los trasplantes cardíacos en el mundo y concretamente en España, tenemos que plantear quién se puede beneficiar de esta técnica. Cuáles son los criterios que se siguen para ser incluidos en el programa de trasplantes y cuáles son las contraindicaciones.

Los criterios de inclusión y exclusión para el programa de trasplante cardíacos los marcan los distintos centros que realizan esta técnica, con algunas diferencias de unos a otros.

No cabe duda que los resultados a corto y largo plazo de un trasplante cardíaco dependen, entre otros aspectos, de la selección del receptor así como de la selección del donante.

Los resultados obtenidos en los trasplantes cardíacos, a través de su historia, han ido mejorando por lo que se han ampliado los criterios para ser un receptor válido para incluirlo en estos programas.

1. 4. INDICACIONES PARA EL TRASPLANTE CARDIACO.-

Muchas son las causas por las que se indica la necesidad de un trasplante cardíaco. Según el Registro Nacional de Trasplante Cardíacos², más del noventa por ciento de las indicaciones lo son por insuficiencia ventricular izquierda de distintas etiologías (Cardiopatía isquémicas, valvulopatías, miocardiopatías dilatadas) y el diez por ciento restante, lo son por otras causas, entre las que podemos citar: malformaciones congénitas, ventrículo izquierdo hipoplásico, ventrículo derecho con insuficiencia de la válvula A-V común, fibroelastosis, Síndrome de Ebstein, etc... .

Existen otras indicaciones para trasplante mas controvertidas como son los tumores malignos cardíacos, por posibles metástasis y la amiloidosis cardíaca.

Se ha publicado en España un artículo referente a dos pacientes con angiosarcoma primario cardíaco sin afectación extracardíaca aparente que se trasplantaron y que fallecieron posteriormente por metástasis del tumor³, y otro artículo en el que habla de la contraindicación de trasplante cardíaco por amiloidosis cardíaca⁴.

Una vez establecida la indicación para el trasplante, habrá que buscar el momento adecuado para realizarlo.

Los mejores resultados se obtienen si la insuficiencia cardíaca está controlada y no hay factores de riesgo o contraindicaciones. La tasa de supervivencia de este tipo de enfermos es del 80-90 por ciento al año, mientras que esta tasa disminuye si el paciente está en una situación de insuficiencia cardíaca inestable (70-80 por ciento)⁵.

Sin embargo estos pacientes inestables se benefician más del trasplante cardíaco que los estables, pues su esperanza de vida sin trasplante cardíaco es bajísima (10 por ciento). En los que tienen la insuficiencia cardíaca estabilizada, la supervivencia al año es similar con y sin trasplante cardíaco.

Así pues, vemos cómo hay dos tendencias en cuanto a qué enfermo hay que trasplantar primero. A los pacientes en los que la supervivencia en términos absolutos va a ser mayor, o a aquellos cuya mortalidad, sin hacer el trasplante cardíaco, es muy alta a corto plazo; y a los que el trasplante cardíaco reporta un mayor beneficio (inestables y críticos).

1. 5. CONTRAINDICACIONES PARA EL TRASPLANTE CARDIACO.-

Al principio de la instauración del programa de trasplantes cardíaco se tendía a incluir pacientes con mayor posibilidad de supervivencia postrasplante, por lo que la selección se realizaba con contraindicaciones absolutas muy rígidas.

Dichas contraindicaciones eran:

- Infección activa.
- Deterioro irreversible de la función renal y/o hepática.
- Caquexia con hepatomegalia y ascitis.
- Diabetes insulino dependiente.
- Infarto pulmonar en los dos meses previos.
- Resistencia arteriolas pulmonares >8 U. Wood.
- E.P.O.C. severa.

- Ulcus péptico activo.
- Tumores malignos.
- Adicción a drogas y alcohol.
- Trastornos psiquiátricos severos.
- Entorno familiar no adecuado.
- Enfermedad vascular periférica o cerebral severa.
- Edad superior a 55 años.

Dados los mejores resultados que se han producido con el paso del tiempo, dichas contraindicaciones se han ido suavizando. Así por ejemplo, la edad tope para un trasplante cardíaco, establecido en un principio en 55 años, en la actualidad está en torno en los 60 años e incluso más⁶. La infección activa era un riesgo por la inmunosupresión a la que se somete al enfermo, sin embargo se ha trasplantado a enfermos con infecciones en la semana anterior al trasplante, con buenos resultados⁷.

Hoy día no es una contraindicación para el trasplante un Mantoux positivo o serología positiva frente a citomegalovirus o toxoplasma ni antígenos Hbs positivo, sin embargo, si lo son los pacientes VIH positivos y portadores de infecciones fúngicas. Los diabéticos insulino dependientes sin afectación visceral obtienen buenos resultados⁸.

La drogadicción y los trastornos psiquiátricos severos siguen siendo una contraindicación absoluta. Problemas psicológicos y de depresión los suelen presentar los pacientes pretrasplantados por lo que necesitan gran apoyo psicológico, pero no son una contraindicación.

Por el carácter de irreversibilidad de la insuficiencia renal y hepática, ésta sigue siendo una contraindicación absoluta, aunque podrían intentarse trasplantes simultáneos, cardíacos y renales, utilizando el mismo donante.

Tumores malignos son una contraindicación absoluta aunque ha habido grupos que los han trasplantado con buenos resultados⁹. Ante la alta posibilidad de rechazo hiperagudo humoral, la incompatibilidad ABO o Crossmatch positivo es una contraindicación absoluta, sin embargo, de igual forma, se han descrito trasplantes cardíacos, de extrema urgencia, con Crossmatch positivos con resultados aceptables¹⁰.

En cuanto a la hipertensión pulmonar, cifras superiores a 8 Wood, en los primeros años era una contraindicación absoluta para el trasplante, pero hoy en día esto ha cambiado algo. En primer lugar las cifras se rebajaron de 8 a 6 unidades Wood, algunos grupos incluso rebajan esta cifra, con la intención de obtener mejores resultados. Resistencias arteriolares pulmonares superiores a 6 unidades Wood y/o gradiente transpulmonar de 15 mm HG o más, tras los test de

vasodilatadores (nitropusiato, prostaglandinas, etc...) son contraindicaciones absolutas para todos los grupos. Con estos pacientes hay otras alternativas:

- 1) Uso de corazones con el 25/30 por ciento de peso superior al del receptor.
- 2) Uso de vasodilatadores tipo prostaciclina.
- 3) Uso de asistencia circulatoria al ventrículo derecho transitoriamente
- 4) Trasplante heterotópico o trasplante corazón-pulmón.

La valoración de los receptores debe hacerse de forma individualizada, descartando la existencia de contraindicaciones absolutas o relativas, llamadas hoy factores de mal pronóstico, buscando el bienestar del enfermo y no la obtención de los mejores resultados.

Ante la falta de donantes hay que aplicar con rigor la selección de receptores, buscando quién podría obtener unos mayores beneficios postrasplante.

1. 6. SELECCION DE DONANTES.-

Es lógico pensar que con unos donantes adecuados, los resultados van a ser mejores. Lo ideal sería un donante menor de 35 años, sin enfermedad

coronaria, con una diferencia en el peso del corazón donante/receptor inferior al 20 por ciento, con poco tiempo de muerte cerebral, sin necesidad de apoyo inotrópico, sin traumatismo torácico y con tiempo de isquemia inferior a tres horas.

No obstante, ante la necesidad de donantes, se pueden obviar algunas de estas características ante la inestabilidad del receptor que pueda comprometer su vida.

El donante, es imprescindible que tenga el grupo ABO compatible, con un Crossmatch negativo. De igual forma no se recomienda que tenga una diferencia de peso del corazón donante con respecto al del receptor de un +/- 25 por ciento. Si el corazón del donante es de más del 25 por ciento inferior en peso, existen muchas posibilidades de rechazo agudo al injerto, sin embargo, en receptores con presiones pulmonares elevadas, se pueden recomendar corazones con un 25 por ciento mayor de peso.

La edad del donante, debe ser en hombres inferior a 35 años y en mujeres inferior de 40 años, aún así, y en caso de urgencia, se aceptan corazones de donantes mayores, sobre todo para enfermos con edad superior a los 55/60 años, descartando, eso sí, patología cardíaca del donante mediante EKG y ecocardiograma.

El tiempo de isquemia no debe en ningún caso ser superior a 4 horas ya que la mortalidad, por encima de este tiempo, se dispara¹¹.

La supervivencia postrasplante es mayor en pacientes que obtienen el órgano localmente con respecto a los obtenidos a distancia, según estudio realizado en la Universidad de Arizona¹².

En cuanto al apoyo inotrópico del corazón donante, en las horas previas del trasplante cardíaco, deben haberse utilizado dosis inferiores a 10/15 mcgr./kg/min. de Dopamina, o mejor no haber sido preciso su uso, ya que la función cardíaca se puede deteriorar de forma irreversible.

No se deben aceptar corazones que hayan sufrido arritmias ventriculares graves ni maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Ante la necesidad de órganos y la urgencia de cada caso, hacen que se puedan suavizar algunas de estas características para no rechazar algún donante, de por sí escasos. Diversos estudios tienen diferentes resultados al obviar algunas de estas contraindicaciones, no obstante, los factores en los que se debe ser más rígidos son el tiempo de isquemia(no superior a 4 horas) y los requerimientos de catecolaminas.

La mayor limitación para el programa de trasplante cardíaco es la carencia de donantes, por lo que, en primer lugar, para resolverlo, se deberían aumentar el número de donaciones, e investigar en los medios de preservación de órganos, que permitan tiempos de isquemia mayores sin daño para el órgano, y, de igual forma, avances en inmunología que potenciaran la realización de xenotrasplantes, es decir, la utilización de corazones de animales.

1. 7. AVANCES TECNICOS EN EL TRASPLANTE CARDIACO.-

Fue en 1.905 cuando Alexis Carrel realizó el primer trasplante cardíaco heterotópico en perros¹³.

No obstante, la técnica en humanos la describieron Shumway y Lower¹⁴ de la Escuela Universitaria de Medicina de Stanford en 1.961. La técnica consistía en la realización de dos anastomosis auriculares y dos arteriales. Esta técnica fue la empleada por el Dr. Barnard en Ciudad del Cabo¹⁵. Entre las ventajas que tiene podemos destacar su simplicidad, su tiempo quirúrgico corto y sus buenos resultados.

Posteriormente algunos autores han puesto de manifiesto la disfunción de las válvulas auriculoventriculares, siendo relativamente frecuente la aparición de insuficiencia tricuspídea¹⁶⁻¹⁷ y más raramente insuficiencia mitral¹⁸⁻¹⁹, por lo que

recobró un cierto interés la técnica utilizada por Goldberg²⁰ que consistía en la anastomosis directa de las venas cavas resecaando totalmente el casquete auricular derecho del receptor, pero con esta técnica, se observaba frecuentemente, estenosis de la vena cava inferior, por lo que se volvió a la técnica de Lower y Shumway, llamada técnica convencional. Esta es la que más se utiliza en todo el mundo en la actualidad.

Sin embargo, cuando se utiliza la técnica convencional se produce una contracción asincrónica de las aurículas derechas del donante y del receptor, probablemente por la dilatación de la aurícula derecha del receptor, lo que produce evidentes disfunciones de las válvulas auriculoventriculares, concretamente la tricúspide, menos frecuente la válvula mitral.

Las razones de estas insuficiencias valvulares puede explicarse por la hipertensión pulmonar y, por tanto, por la dilatación consecuente que se objetiva en el ventrículo derecho del receptor.

Para salvar esta complicación, se ha comprobado que habría que descender la hipertensión pulmonar y remodelar el ventrículo derecho²¹. Otros autores²² piensan que al cambiar un corazón muy dilatado, por otro normal (más pequeño) el nuevo cae posterior en la cavidad pericárdica, por lo que se rota hacia la derecha, justificando la aparición de una insuficiencia tricuspídea.

Para evitar esta rotación se adapta la cavidad pericárdica al corazón trasplantado²³.

La anastomosis de las cavas, también impide esta rotación patológica y por tanto, la insuficiencia tricuspídea. Es la llamada técnica radical²⁴.

En la técnica convencional de Shumway y Lower se ha observado una incidencia elevada de insuficiencia tricuspídea ligera-moderada (90 por ciento), sin embargo esta insuficiencia residual no ha tenido repercusión clínica ni hemodinámica, desapareciendo antes del primer año tras el trasplante²⁵.

En la técnica radical se observan menos alteraciones electrocardiográficas, menor tamaño de la aurícula izquierda, menor incidencia de trombosis auricular izquierda, hay menor incidencia de arritmias supraventriculares, menor aparición de insuficiencias valvulares y además aumenta la capacidad al ejercicio.

A pesar de esto las diferencias entre ambas técnicas (radical y convencional) son mínimas y sin repercusión clínica.

1. 8. COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE CARDIACO.-

Una vez realizado el trasplante de corazón a un receptor, son

fundamentalmente dos, las complicaciones más temidas por el clínico que se pueden presentar : el rechazo y las infecciones.

1. 8. 1. COMPLICACIONES DE RECHAZO AL INJERTO.-

El rechazo se puede definir como la consecuencia natural de la implantación de un órgano extraño dentro de otro organismo, al no ser reconocidos sus antígenos como propios por los componentes del sistema inmunitario del receptor. La detección de estos antígenos pone en marcha la respuesta inmune que ataca al órgano extraño, en este caso el corazón, y que puede observarse mediante el examen histológico del miocardio.

Histológicamente se caracteriza por la presencia de infiltrado linfocítico del miocardio con o sin necrosis miofibrilar (rechazo celular). También podemos hablar de rechazo cardíaco asociado a lesión vascular, mediado por una respuesta inmune humoral sin infiltrado en el intersticio. Este rechazo, con frecuencia es resistente al tratamiento convencional y puede provocar una disfunción hemodinámica con la consiguiente reducción de la supervivencia del paciente.

El diagnóstico precisa, por microscopía óptica, la presencia de vasculitis y con técnicas de inmunofluorescencia depósitos de inmunoglobulinas y

complemento. Ambas a través de muestras de tejido, obtenidas mediante biopsia endomiocárdica (BEM)²⁶.

Un avance importante, por la mejoría de resultados, en el control del rechazo, es su detección precoz y el comienzo del tratamiento antes de su manifestación clínica.

Se han propuesto métodos alternativos a la biopsia endomiocárdica, puesto que esta técnica, invasiva y molesta para el paciente, hay que realizarla en reiteradas ocasiones. Además el rechazo es un proceso localizado, no difuso, por lo que la biopsia endomiocárdica tiene limitaciones.

Entre las alternativas de que disponemos, las de mayor especificidad y sensibilidad y que mejor se correlacionan con la BEM son los estudios radioisotópicos con anticuerpos antimiosina²⁷, éstos detectan directamente el daño miocárdico producido por el rechazo, pudiendo ser útiles para el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Es una técnica cara.

El ecocardiograma y el estudio isotópico de función ventricular sistólica y diastólica, son mucho más baratos, pero la sensibilidad y especificidad son menores pues no detectan el rechazo, sino el efecto de éste sobre la función del injerto. La afectación inicial se produce en la función diastólica.

Dependiendo de la rapidez y severidad del daño, mediado por anticuerpos hace que podamos distinguir tres grados de rechazo: hiperagudo, agudo y crónico.

Rechazo hiperagudo.- Se habla de rechazo hiperagudo, cuando acontece dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio. Probablemente se debe a anticuerpos preformados frente a antígenos del sistema HLA del órgano trasplantado o a anticuerpos frente al sistema ABO. El rechazo hiperagudo ocurre con mayor frecuencia en pacientes previamente transfundidos, trasplantados de otros órganos o mujeres que han estado embarazadas.

Este rechazo se predice con la prueba cruzada o Cross-Match, consistente en la incubación de suero del receptor en presencia de complemento con linfocitos del posible donante. En caso de lisis celular del donante existe contraindicación para el trasplante.

Este procedimiento no se puede realizar en caso de trasplante cardíaco antes de la intervención, por la premura de tiempo, no podemos olvidar que el tiempo de isquemia de un corazón extraído a un donante, no debe ser superior a 4 horas. Por lo que el Cross-Match se hará a posteriori. En otros trasplantes, como el de riñón, en que se dispone de más tiempo, se puede hacer previamente.

Otra forma de prevenir el rechazo hiperagudo al injerto consiste en enfrentar el suero del receptor a un panel de linfocitos que representan a los antígenos HLA más frecuentes de la población general²⁸. Informa de la posible sensibilización a algunos antígenos del receptor. La bondad de esta técnica radica en que se puede realizar antes del trasplante.

Rechazo agudo.- Al principio de los trasplantes cardíacos se determinaban los anticuerpos circulantes para valorar la respuesta inmune del receptor. Se decía que, tras siete días de trasplantado un enfermo, se detectaban anticuerpos frente a la fibra miocárdica mediante inmunofluorescencia indirecta, y que existía una correlación entre títulos altos de estos anticuerpos y clínica sugestiva de rechazo²⁹.

A partir de estudios al microscopio óptico y de inmunofluorescencia podemos distinguir varios grados de rechazo agudo.

Cuando no hay rechazo microvascular, en el microscopio óptico no se evidencia edema ni necrosis de células endoteliales, trombosis o infiltrados inflamatorios en las paredes de los microvasos o hemorragias en el intersticio. En inmunofluorescencia el estudio es negativo cuando no hay expresión de antígenos por las células endoteliales, no hay acúmulo de inmunoglobulina ni complemento, ni escape de fibrina o albúmina que denotaría un aumento de la

permeabilidad de la pared endotelial.

Cuando es dudoso que exista rechazo microvascular, en el microscopio óptico se observa daño de células endoteliales - con o sin edemas - o hemorragias asociadas, no inflamación ni trombosis en la pared de los vasos sanguíneos. En inmunofluorescencia se pueden ver acúmulos de inmunoglobulinas o complemento, pero no de ambos. Puede haber aumento difuso de la permeabilidad vascular por la presencia de albúmina extravasada sin que existan inmunocomplejos. Esto acontece cuando se ha utilizado OKT3 para la inducción inmunosupresora, se sabe, que producen un aumento de la permeabilidad vascular y activación endotelial.

Cuando hay rechazo microvascular leve en microscopía óptica se observan signos de vasculitis. En la biopsia endomiocárdica se puede objetivar edema intersticial o hemorragia pero sin inflamación. La inmunofluorescencia demuestra inmunoglobulinas y complemento en capilares y vénulas.

El rechazo microvascular es moderado cuando en microscopía óptica se observa vasculitis y a veces arteriolitis. En ocasiones hay únicamente edema intersticial con acumulación de fibrina. En inmunofluorescencia hay grandes acúmulos de inmunoglobulinas y complemento en capilares y vénulas. Puede existir necrosis miocítica o infartos subendocárdicos por afectación de vasos de

mayor calibre no englobados en la biopsia. Normalmente hay compromiso hemodinámico.

Finalmente en el rechazo microvascular severo, en la biopsia endomiocárdica aparece un infiltrado linfocítico mixto con neutrófilos y eosinófilos. Hay necrosis miocítica y edema intersticial con vasculitis evidente. En inmunofluorescencia se observan depósitos de inmunoglobulinas, complemento y acúmulos de fibrina intersticial y vascular.

Según esto, y a modo de resumen, podemos clasificar el rechazo agudo cardíaco de la forma que sigue:

Grado 0 : Ausencia de rechazo.

Grado 1A : Infiltrado focal sin necrosis.

Grado 1B : Infiltrado difuso y escaso, sin necrosis.

Grado 2 : Un foco con infiltrado agresivo y/o daño celular focal.

Grado 3A : Infiltrados agresivos multifocales y/o daño celular.

Grado 3B : Proceso inflamatorio difuso con necrosis.

Grado 4 : Infiltrado agresivo difuso, con PMN y/o edema y/o hemorragia y/o vasculitis, con necrosis.

Estas alteraciones hemodinámicas parece que pueden ser debidas a la isquemia producida por depósitos de fibrina en la luz vascular o a fenómenos de

vasoespasmos por la inflamación endotelial.

En resumen, se habla de rechazo en injertos cuando se evidencia infiltración linfocítica y necrosis miofibrilar. Este tipo de rechazo es el denominado rechazo celular.

El segundo tipo de rechazo es el humoral, está caracterizado por un daño en el endotelio vascular sin infiltrado linfocítico, ni necrosis miocárdica. Al microscopio óptico habrá vasculitis y en inmunofluorescencia depósitos de inmunoglobulinas y complemento.

El rechazo humoral es menos frecuente en su presentación y se asocia a compromiso hemodinámico. Se habla de compromiso hemodinámico cuando aparece un tercer tono cardíaco con datos ecocardiográficos y necesidad de soporte inotrópico. Responde mal al tratamiento inmunosupresor, y por tanto conlleva a una mayor mortalidad. Este tipo de rechazo sólo se trata si aparece éste.

El tratamiento del rechazo agudo se hace de forma escalonada, con una primera batería de corticoides a altas dosis, plasmaféresis a un ritmo de 1 litro/hora en tres sesiones, con reposición de albúmina o PPL³⁰ y Ciclofosfamida, éste último actúa contra las células B, bloqueando la respuesta humoral.

Se aconseja igualmente, heparinizar al enfermo, ya que la heparina mantiene el estado de tromborresistencia de la pared vascular por unión al endotelio, con lo que se inhibe el reconocimiento alogénico de los receptores de superficie de las células endoteliales. Además, la heparina mejora el rechazo vascular mediante la inhibición de la proliferación de las células musculares lisas bloqueando la fase G1 del crecimiento celular³¹.

Es importante prevenir la aparición del rechazo para asegurarnos el éxito del trasplante cardíaco, para lo cual disponemos de fármacos inmunosupresores. El ajuste de la dosis de estos agentes y su posterior control son imprescindibles. Si las dosis empleadas son insuficientes, la inmunosupresión es incompleta y podrá aparecer rechazo al injerto y si, por el contrario, las dosis son excesivas, se facilitará el desarrollo de infecciones y tumores.

Las pautas inmunosupresoras deben ser valoradas de forma individual, ya que cada individuo responde de una forma particular a dicha terapia.

El rechazo se da con mayor frecuencia en los primeros meses tras el trasplante, luego va descendiendo aunque probablemente nunca desaparezca. Esto es debido a la tolerancia al injerto, por lo que las dosis de los agentes inmunosupresores serán en un principio altas, para ir reduciéndolas posteriormente.

De igual forma se tiende a utilizar mayor número de agentes a menores dosis, que pocas a dosis que puedan resultar tóxicas.

Prácticamente todos los equipos de trasplantes cardíacos utilizan la triple terapia: Ciclosporina, Azatioprina y Prednisona. Hay grupos que emplean un tratamiento de inducción, otros prefieren no administrarlo. Cuando se utiliza terapia de inducción, la retirada de los corticoides es precoz, sin embargo, si no se ha empleado tratamiento de inducción, la retirada de los corticoides es posterior a los seis meses postrasplante.

Para el tratamiento de inducción se emplean los mismos fármacos que durante la fase de mantenimiento sólo que a mayores dosis. Hay grupos que para la inducción utilizan preparados antilinfocíticos.

Algunos equipos mantienen la inmunosupresión crónica con Ciclosporina y Azatioprina retirando tardíamente los corticoides.

En caso de rechazo se trata con aumento de las dosis de corticoides y ciclosporinas, la Azatioprina se encuentra normalmente administrada a dosis máximas tolerada.

En caso de rechazos más severos se emplean preparados antilinfocíticos

(OKT3).

Vamos a citar las características de cada uno de los agentes inmunosupresores empleados comúnmente.

Ciclosporinas: Procede del hongo *Tolypodadium Inflatum*. Bloquea la activación de los linfocitos T a nivel de la interleukina 2.

La Ciclosporina es muy nefrotóxica. Algunos grupos la emplean en el perioperatorio. Otros, sin embargo prefieren retrasar su administración al postoperatorio, una vez que se han normalizado las funciones cardiovasculares y renales.

Este es el agente base para todo tratamiento inmunosupresor³². Desde su aparición han descendido espectacularmente las complicaciones por rechazo, pudiendo hablarse de un antes y un después de la utilización de la Ciclosporina.

Las dosis de este fármaco son muy individuales, precisan controles frecuentes para mantener los niveles plasmáticos adecuados. Su absorción depende del contenido graso de los alimentos ya que es un fármaco muy lipofílico.

Azatioprina: Disminuye el número de células mononucleares y granulocitos que actúan en un área de inflamación. Inhibe la proliferación de los promielocitos de la médula ósea, reduciendo el número de monocitos circulantes. Actúa fundamentalmente sobre las reacciones mediadas por linfocitos T³³.

Como efecto indeseable mencionar: leucopenia, anemia o trombocitopenia. Deben ajustarse las dosis en caso de aparición de estos efectos o ante la aparición inexplicable de pérdida de peso.

Corticoides: Inhibe la expresión de genes relacionados con la respuesta inmune, como la interleukina-1, interleukina-2 e interleukina-6³⁴.

Hay discordancia de los distintos grupos de trasplante con respecto a las dosis. Así, se ha visto que no habría cambios significativos en el tratamiento del rechazo a dosis de 250 mgr., 500 mgr y 1000mgr. por lo que pueden utilizarse las dosis inferiores para minimizar los efectos indeseables más susceptibles en pacientes diabéticos, pediátricos y de edad avanzada³⁵.

La retirada de corticoides durante la fase de mantenimiento - tras seis meses - disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida del trasplantado.

Yacoub³⁶, en 1985, introdujo una terapia de inmunosupresión sin corticoides.

Los estudios hechos al respecto no son concluyentes.

Según Miller y Cols³⁷ los corticoides pueden ser retirados sin problemas, en la mayoría de los enfermos del sexo masculino, si se comienza después de los seis meses del trasplante.

La retirada de corticoides no parece razonable y sí su mantenimiento a dosis mínimas al menos hasta que se definan unos marcadores predictivos para el éxito de su retirada³⁸.

Deflazacort: Es un esteroide sintético oral con menores efectos secundarios que la prednisona y la metilprednisolona a nivel del metabolismo de los lípidos, calcio y glucosa, debido a su menor liposolubilidad. Los estudios realizados sobre su efectividad demuestran ser similares a la prednisona³⁹⁻⁴⁰.

OKT3: Es un anticuerpo murino del tipo IgG 2A dirigido contra los complejos CD 3. Se une a los linfocitos T maduros.

Actúa en dos fases:

1ª) Tras pocos minutos de su administración se observa un importante descenso del número de linfocitos circulantes que expresan la molécula CD 3 por

citólisis en presencia de la fracción 9 del complemento y por opsonización por las células del sistema reticuloendotelial en presencia de la fracción 4 del complemento.

2ª) En una segunda fase se modula el complejo CD 3, reversible tras la suspensión del tratamiento.

El receptor produce anticuerpos contra el OKT3, por lo que puede resultar inefectiva su utilización. Estos anticuerpos aparecen a las dos semanas de comenzado el tratamiento. Así, en un primer ciclo el tratamiento sería efectivo, pero de tener que dar un segundo ciclo, su beneficio sería dudoso.

Hay estudios que demuestran la eficacia del OKT3 en el tratamiento del rechazo del injerto refractario a otros tratamientos⁴¹, en cambio, con respecto a la profilaxis, son dudosos sus resultados⁴².

Metotrexato.- Es un análogo del ácido fólico que inhibe de forma competitiva la dihidrofolato reductasa, interfiriendo la síntesis de purinas y de esta forma, también la síntesis de ADN.

También se utiliza en otras enfermedades (neoplasias, psoriasis, artritis reumatoide)⁴³ por su potente efecto citotóxico. Su utilidad en el trasplante, se

debe a su acción leucopenizante, aunque lo fundamental es su acción sobre la inmunidad humoral y celular. Tienen un bajo coste, fácil administración y no necesita un equipo sofisticado.

Constanzo-Nordin⁴⁴ y Olsen⁴⁵ utilizan este fármaco con una eficacia del 30 por ciento de pacientes que permanecen libres del rechazo tras el tratamiento con el metotrexato.

Hay otros tratamientos inmunosupresores no farmacológicos, como la fotoféresis, mediante la cual se reinfunden células monoclonales expuestas a la luz ultravioleta A ex vivo después del tratamiento in vivo con 8-metoxipsolareno. Se cree que el mecanismo por el que actúa está en relación a modificaciones de los mecanismos de presentación del antígeno o los receptores para citoquinas. Cuando se emplea en el tratamiento del rechazo moderado refractario a tratamiento convencional, sin compromiso hemodinámico, los resultados son buenos⁴⁶. Necesita para su uso una gran infraestructura, no disponible en todos los centros hospitalarios.

La plasmaféresis se utiliza para trasplantar a pacientes sensibilizados con un panel de anticuerpos citotóxicos muy positivo. Con ella se consigue una eliminación de anticuerpos del plasma. Las indicaciones de plasmaféresis en el trasplante cardíaco no están claras aunque su uso parece lógico en algunas

situaciones (disfunción del injerto y ante la existencia de anticuerpos de murina que impidan el tratamiento con anticuerpos monoclonales). Pueden revertir el rechazo humoral.

Reacción linfoide total.- En la Universidad de Stanford se desarrolló este tratamiento para la enfermedad de Hodgking, y se comprobó que estos enfermos conservaban durante mucho tiempo, una alteración de la inmunidad celular, por lo que comenzó a utilizarse para la inmunosupresión del trasplantado de corazón⁴⁷⁻⁴⁸. El protocolo de radiación utilizado es el descrito por Levin et al⁴⁹. El tratamiento debe interrumpirse cuando exista una infección intercurrente, neutropenia o trombocitopenia severa. Mientras dure este tratamiento, se suspende la azatioprina⁴⁹ y luego se reintroduce.

1. 8. 2. COMPLICACIONES INFECCIOSAS.-

Junto con el rechazo son las complicaciones más frecuentes y temidas del trasplante cardíaco. Siendo por estas causas el mayor porcentaje de fallecimientos tras el trasplante.

El receptor puede tener determinadas enfermedades de base, que tras el trasplante, pueden adquirir una especial relevancia, así como la toma de antimicrobianos y esteroides que van a facilitar la aparición de éstas, como por

ejemplo candidiasis sistémica.

Las localizaciones más frecuentes de las infecciones en los trasplantes cardíacos serán en el pulmón y en la cavidad torácica. Es el mismo injerto el que puede producir a veces estas infecciones.

Las infecciones en el trasplantado de corazón pueden dividirse según tres periodos:

1º) En el primer mes postrasplante, las más frecuentes son las infecciones nosocomiales en relación con la técnica quirúrgica (sangrado, anastomosis complicadas) y las manipulaciones hospitalarias (curas de heridas, sondaje vesical, catéteres, intubación orotraqueal, etc...). Los microorganismos serán fundamentalmente bacterias y los sitios de infección se encontrarán próximos al órgano trasplantado, incluso el mismo órgano. Más raramente ocurren infecciones que el receptor tenía anteriormente y no se habían detectado, incluso reactivación de éstas (infecciones mucocutáneas por herpes simple).

Son excepcionales las transmitidas por el injerto, como por ejemplo hepatitis.

No es frecuente que se produzcan infecciones por gérmenes oportunistas ya que, aunque las dosis de agentes inmunosupresores son altas al principio, no

ha transcurrido el tiempo suficiente como para que favorezcan el desarrollo de estos gérmenes.

2º) A partir del segundo mes y hasta el sexto, suelen aparecer infecciones más graves ya que el receptor ha sido tratado el tiempo suficiente con inmunosupresores como para que la inmunidad celular esté alterada. Las infecciones víricas son frecuentes (citomegalovirus), hongos (aspergillus), parásitos (neumocystis-carinii) y bacterias oportunistas. El órgano más afectado es el pulmón.

Un alto porcentaje de las infecciones ocurren en los primeros seis meses del postrasplante. A partir del sexto mes la mayoría de las infecciones que padecen los enfermos trasplantados son comunes a las de la población en general, viéndose agravadas por la inmunosupresión a la que se ven sometidos estos enfermos. Las más comunes son las infecciones respiratorias de tracto superior e inferior, urinarias y cutáneas. La mortalidad por este tipo de infecciones es muy escasa.

La incidencia de infecciones en un trasplante cardíaco está alrededor de un 45 por ciento, con una mortalidad entre el 8 y el 11 por ciento⁵⁰.

Entre las infecciones más frecuentes en el trasplantado cardíaco, podemos

encontrar las del tracto respiratorio inferior, que es la causa más importante de mortalidad, afecta al 20-40 por ciento de los trasplantados.

Como factores favorecedores se consideran la esternotomía media y el Bypass cardiopulmonar sobre la función respiratoria, así como la intubación prolongada y la existencia de edema intersticial previo al trasplante.

En los primeros meses postrasplante son más frecuentes las neumonías bacterianas. Los microorganismos responsables en mayor medida son: Bacilos Gramnegativos, estafilococos, estreptococo pneumoniae, haemophilus, pneumocystis-carinii, y citomegalovirus. Más raramente Legionella, Nocardia y Aspergillus. Clínica y radiológicamente se presentan igual que en la población en general.

Siempre habrá que descartar causas no infecciosas, como hemorragia pulmonar, neoplasias y tromboembolismo ante una imagen radiológica de sospecha.

Los agentes más frecuentes que se evidencian en radiología como nódulos pulmonares son el Aspergillus, Nocardia, Rhotococus y Citomegalovirus.

La mortalidad por neumonía en enfermos trasplantados es alta, por lo que

los procedimientos diagnósticos deben establecer, lo antes posible, su etiología para la instauración inmediata del tratamiento específico. Así, entre los empleados disponemos de la punción transtraqueal o transtorácica, lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial, además de hemocultivos y serología, que se deben hacer de forma rutinaria. La muestra para el diagnóstico etiológico no debe estar contaminada por la flora de la cavidad oral, por lo que el examen de esputo no nos será de utilidad.

Para hongos y citomegalovirus es necesaria una muestra de tejido.

Si en el plazo de una semana no se llega al diagnóstico etiológico se debe practicar la biopsia a cielo abierto ante las graves consecuencias que acarrearía la no filiación del proceso.

La infección de la herida quirúrgica en los trasplantados de corazón es importante por su localización próxima al mediastino. Los agentes causantes más frecuentes son el *Estafilococcus Aureus*, *Epidermidis*, *Cándida*, *Mycoplasma*...

La prevención de este tipo de infecciones es una técnica quirúrgica limpia y de una duración lo más corta posible.

Ante una fiebre no aclarada en un trasplante cardíaco debemos practicar

una ecografía y/o TAC y punción con aguja estéril de la herida quirúrgica. Una complicación seria en los trasplantes cardíacos es la mediastinitis. Los agentes responsables suelen ser Estafilococs y Enterobacterias.

El cuadro infeccioso puede debutar con leucocitosis y febrícula, más tarde aparecerá inflamación en la herida esternal, puede evidenciarse pus, que proviene del mediastino y se evacua por la propia herida. La TAC nos confirma el diagnóstico.

De igual forma son frecuentes las infecciones cutáneas, aunque de por sí no son graves, pueden ser manifestación de una infección sistémica. Al estar en tratamiento inmunosupresor, las infecciones cutáneas adquieren una extensión y gravedad superior a la normal. Los patógenos más frecuentes son Estafilococcus Aureus, Virus-Herpes Simple, Virus-Varicella Zoster, Papillomavirus, Hongos Dermatofitos y Levaduras. El Virus Herpes Simple 1 y 2 pueden causar lesiones mucocutáneas en las regiones oral y perineal, que ocasionalmente pueden ser precursoras de infecciones diseminadas.

El Herpes Zoster se presenta en el 7-18 por ciento de los trasplantados cardíacos. El virus de las verrugas humanas (Papillomavirus) aparece hasta el 44 por ciento de los trasplantados cardíacos. Sus localizaciones son genitales y extragenitales. Su importancia radica en el poder oncogénico de estos virus,

sobre todo tratándose de pacientes inmunodeprimidos.

Menos frecuentes son las infecciones del sistema nervioso central, pero que causan una importante morbimortalidad en estos enfermos. Las infecciones más comunes son la meningitis aguda, subaguda o crónica, meningoencefalitis y los abscesos cerebrales. Los agentes más comunes son: para la meningitis aguda la *Lysteria Monocytógenes*, para la subaguda y crónica *Cryptococcus Neoformans*, *Mycobacterias Tuberculosas*; para la encefalitis/meningoencefalitis la *Lysteria Monocytógenes*, *Toxoplasma Gondii*; y los agentes etiológicos de los abscesos cerebrales son el *Aspergillus*, *Nocardia Asteroides* y *Toxoplasma Gondii*.

En estos pacientes trasplantados, dentro de las manifestaciones de las meningitis agudas observamos la fiebre y las cefaleas, pero no es frecuente la rigidez de nuca, a diferencia de la población en general.

Al igual que ocurría en el rechazo, en las infecciones, el arma principal que tenemos es la prevención, por lo que posteriormente expondremos algunas pautas de actuación.

A la hora de realizar el trasplante cardíaco, parece sensato no realizarlo cuando, tanto en el receptor como en el donante, se tenga una sospecha de infección activa. Para descartarlo, se extraen cultivos del donante, hemocultivos,

tejido ganglionar y suero. También deben cultivarse los medios de transporte del órgano.

Al receptor se le practicará una batería serológica, examen de piezas dentales, tracto genitourinario, gastrointestinal... para buscar infecciones latentes que puedan reactivarse posteriormente (sistémicas o focales).

La serología que se realiza más frecuentemente en el estudio pretrasplante es: Citomegalovirus, Herpes Simple, Varicela Zoster, Epstein Barr, Hepatitis A - B y C , VIH y Toxoplasma.

Una serología positiva indica que el paciente ha tenido contacto con determinado microorganismo, y por tanto, puede padecer una infección que está latente. Si la serología es negativa indica que tiene riesgo el receptor de padecer una infección primaria.

Las vacunas que se aplican en monodosis se facilitarán antes del trasplante cardíaco, como la hepatitis B (cuando es seronegativo el receptor). Anualmente se vacunará contra la gripe y la vacuna antineumocócica de 23 serotipos.

Los derivados hemáticos, una vez estudiados, se perfunden a través de filtros leucocitarios, que reducen la tasa de infección por Citomegalovirus y otros

agentes.

En pacientes en los que se evidencian la prueba de la tuberculina positiva, radiología sugestiva o antecedentes, se les administrará, isoniacida durante un año.

Por la técnica quirúrgica, que ha de ser lo más rápida y limpia posible, se administran tres dosis de cefazolina.

El cuidado con la manipulación de catéteres, sondas, tubos endotraqueales..., es fundamental, así como su retirada lo más precoz posible.

Posteriormente a la intervención se realiza una descontaminación intestinal selectiva con una quinolona y un antifúngico durante el primer mes postrasplante.

La prevención de la neumonía por *neumocystis carinii* se realiza con cotrimoxazol a dosis bajas durante los seis primeros meses postrasplantes.

1. 9. EPIDEMIOLOGIA DEL TRASPLANTE CARDIACO.

Según el registro de la International Society for Heart and Lung

Transplantation (ISHLT), en su informe de 1.995, recoge un total de 30.297 trasplantes cardíacos y 1.706 trasplantes de corazón-pulmón. La tasa de intervenciones anuales está estabilizada en torno a 3.500 en todo el mundo.

Es difícil calcular el número de enfermos que padecen una insuficiencia cardíaca que podrían beneficiarse de un trasplante al desconocer la morbilidad y los resultados en el seguimiento de los enfermos. Si los resultados fueran aceptables, la cifra de candidatos a trasplantes cardíacos se dispararía.

Se calcula entre 20.000 y 40.000 ciudadanos americanos por debajo de los 70 años los que se podrían beneficiar anualmente de un trasplante de corazón.

En Enero de 1.995, 2.965 pacientes estaban en lista de espera para un trasplante de corazón en Estados Unidos, sin embargo, el número de intervenciones anuales en ese país no llega a las 2.000.

Por la falta de donantes y el elevado número de receptores, aproximadamente el 25 por ciento de los enfermos en lista de espera fallecen sin ser intervenidos.

En España se han realizado hasta Enero de 1.995 1.529 trasplantes

cardíacos. Nuestro país se sitúa a la cabeza en cuanto a donantes. El techo de trasplantes en España se sitúa alrededor de las 300 intervenciones anuales. Según estos datos ocupamos el cuarto puesto en el mundo en el desarrollo de esta actividad detrás de Estados Unidos, Francia y Alemania⁵¹.

La supervivencia al año es del 80 por ciento; a los 5 años del 60 por ciento y a los 12 años del 30 por ciento. En el estudio se incluyen 22.977 trasplantes⁵².

En España hay programas de trasplantes cardíacos en catorce centros sanitarios. Entre los más activos se encuentran la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, (en los últimos diez años se han realizado más de trescientos trasplantes) el hospital Gregorio Marañón y el Hospital Reina Sofía de Córdoba si bien, en el presente año se están doblando el número de intervenciones en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla con respecto al de Córdoba.(Diario ABC, 16/04/96, El Correo de Andalucía, 17/04/96).

I. 2. CALIDAD DE VIDA.-

2. 1. CONCEPTO Y PERSPECTIVA HISTORICA DE LA CALIDAD DE VIDA.-

Es en la segunda guerra mundial cuando nace el concepto de calidad de vida y se refiere al buen vivir⁵³.

En un principio aparece ligado a circunstancias socioeconómicas y manejado por los políticos como marcador de sus propuestas sociales evaluado como en términos de bienestar económico⁵⁴.

Este término se utilizaba en la industria asociado al control. La calidad se mide en términos dispersión/distancia y se crean unos límites que diferencian la calidad aceptable de aquella, que al ser detectada por el cliente, repercute de forma negativa en la empresa. Aunque con origen en la industria, el término calidad de vida, es de importancia relevante en el sector sanitario, por cuanto su objetivo es detectar la mala calidad; en el sector industrial para impedir que salga al mercado un producto defectuoso y en el ambiente clínico, para que el enfermo no arrastre efectos adversos en la evolución de su enfermedad.

A partir de los años setenta el concepto calidad de vida se asocia a estados de salud⁵⁵. Pero cuando verdaderamente irrumpe en el campo sanitario es en los últimos años y se utiliza como medida de la eficacia sanitaria y del nivel de salud de la población.

Son determinantes decisivos que configuran el bienestar humano, los bienes materiales junto con otros factores que no lo son, como la amistad, la cultura, la vida familiar, así como la salud. Los médicos, cuidadores y protectores de la salud de las personas, comprenden que todo no acaba con la prevención o curación de la enfermedad sino que es prioritaria la consecución del bienestar cotidiano.

En la literatura médica cada vez ha aparecido de forma más reiterada el concepto calidad de vida coincidiendo con el desarrollo de tratamientos no curativos, que consiguen, paliar, y aliviar síntomas, mejorar la función y evitar en lo posible la incapacidad. Todas estas medidas tienden a que se incremente el número de enfermos crónicos y tendríamos que plantearnos si viven, a partir de estos momentos, una vida verdaderamente digna de ser vivida. Es entonces cuando los profesionales de la salud comienzan a dar más importancia a la calidad que a la cantidad de vida⁵⁶.

La calidad de vida se puede observar desde un ámbito general en el que se incluye la calidad de vida de la población, de los pacientes hospitalizados, en el

anciano, en la pobreza y desde una perspectiva más específica como serían situaciones de calidad de vida en el afectado de cáncer, en hipertensos, en los sometidos a cirugía cardíaca, en enfermos mentales. Todo ello confirma la importancia e integración de este concepto en el campo de la salud, lo cual implica una nueva dimensión en la asistencia sanitaria. El médico, no sólo tendrá que conseguir un nivel en la atención del proceso clínico como algo desligado del individuo, sino como algo ligado a él, lo que impone una actuación íntegra. Esto conlleva una nueva orientación en los cuidados del enfermo como el examen de la relación del tratamiento, el alivio sintomático, el bienestar del enfermo y el grado de satisfacción e integración de éste en las distintas áreas social, familiar y profesional.

Las definiciones de calidad de vida son múltiples y la dificultad que plantea su definición, estriba en la escasa concreción de los parámetros que la definen y la valoración adecuada de los componentes subjetivos y objetivos de la misma. Así Dalkey y Rourke⁵⁷ la definen como un sentimiento personal de bienestar, de satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad.

La valoración global que el individuo hace de su propia vida está descrita por el bienestar subjetivo en términos de felicidad o satisfacción vital⁵⁸. La satisfacción implica una experiencia racional o cognitiva que puede definirse en términos de discrepancia definida entre aspiraciones y logros. La felicidad sugiere

una experiencia emocional positiva que incluye a la salud como su factor más importante⁵⁹.

Shin y Johnson⁶⁰ la definen como la posesión de los recursos que se necesitan para la satisfacción de las necesidades o deseos, participación en actividades que hagan posible el desarrollo personal y autoactualización y comparación satisfactoria de uno mismo con otros.

Chubon⁶¹ dice que es lo que nos hace sentir que la vida vale la pena vivirla.

Torrance⁶² define la calidad de vida como un concepto multidimensional que incluye todos aquellos factores que impactan sobre la vida del individuo.

Tras estas definiciones de diversos autores sobre calidad de vida vemos la dificultad que entraña su correcta definición, ya que entendemos que es un concepto amplio que integra sentimientos como la satisfacción personal, metas alcanzadas o recursos económicos y logros sociales.

No obstante hoy podríamos decir que la calidad de vida es la capacidad de una persona para realizar adecuada y satisfactoriamente su papel en las distintas áreas, familiar, laboral y social, no hablamos sólo de la reincorporación en estas áreas, sino que el paciente se encuentre útil y adaptado satisfactoriamente

consigo mismo. Pero la satisfacción que tiene cada individuo y la importancia que éste le dé, varía de una persona a otra y por tanto no influyen de igual forma sobre la calidad de vida⁶³.

2. 2. OPERACIONALIZACION DEL CONCEPTO.-

En el macroconcepto de calidad de vida, se integran factores que forman parte de él y que no deben confundirse con la propia definición. Entre estos factores se encuentran:

- Estados de salud: es la identificación de los signos objetivos de enfermedad y la percepción de síntomas por parte de los pacientes.

- Bienestar subjetivo: describe la valoración global que el individuo hace de su propia vida, en términos de felicidad o satisfacción vital.

- Satisfacción : puede definirse en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros. Implica una experiencia racional o cognitiva.

- Felicidad: incluye a la salud como su factor más importante. Es una experiencia emocional y positiva.

Todos estos factores deben de incluirse en uno sólo que es el concepto de calidad de vida. El concepto de calidad de vida debe incluir todos estos factores para su definición. La mayoría de los conceptos enunciados tienen unas características comunes:

-Hacen referencia a la relación del individuo con su propia vida.

-Un enfoque global donde se integran todos aquellos factores que dan un carácter completo al ser humano.

- Se tiene en cuenta especialmente la valoración subjetiva que el individuo hace de su propia vida. Así hay que distinguir la definición de calidad de vida que integran factores subjetivos y las que incorporan elementos objetivos.

- El fin prioritario para los cuidados de la salud y los programas sociales es la calidad de vida. Hay un acuerdo sobre la finalidad o utilidad de la medida de calidad de vida como variable que puede describir el impacto de una enfermedad en un paciente.

2. 3. DIMENSIONES EN LA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA ⁶⁴.-

La misma dificultad entraña definir la calidad de vida como su dimensión y

medida. El problema es definir lo que se va a medir.

Diversos factores como lo son el nivel cultural del paciente, sexo, la edad..., así como el tipo, duración, pronóstico y duración de la enfermedad⁶⁵, son influidos en la sensación subjetiva de cada paciente, con respecto a elementos integradores en la calidad de vida, como la satisfacción personal, bienestar, estados de salud,Así, para unos son los problemas físicos y funcionales los que más influyen en su calidad de vida y para otros son los problemas somáticos, psicológicos o de adaptación a su nuevo estado de enfermedad.

Hay acuerdo al admitir que la calidad de vida se puede describir en función de cuatro factores dominantes: función física, estado psicológico, sociabilidad y somatización por abundante literatura dedicada al análisis del estado funcional, psicosocial y sensaciones somáticas. El problema es conocer cuanto influye cada componente sobre la calidad de vida. Para algunos autores, los problemas físicos son los que más influyen sobre la calidad de vida⁶⁶, otros piensa que son los problemas somáticos y los psicológicos los que más afectan a la calidad de vida, pero ambos mantienen una estrecha relación con la falta de satisfacción por la vida⁶⁶.

La dificultad de especificar la dimensión de mayor peso en la calidad de vida tiene su correlato en los instrumentos que intentan medir la misma. No obstante,

hay autores como Spitzer et al⁶⁷ y Dracup y Raffin⁶⁸ que consideran que las características fundamentales que deben perseguir este tipo de instrumentos son:

1.- Debe ser un instrumento simple, fácil de entender, recordar, administrar y registrar.

2.- Debe incluir todo el intervalo y dimensiones de la calidad de vida.

3.- Su contenido debe ser compatible con la perspectiva de la comunidad y las dimensiones deben surgir de las opiniones de los pacientes, de la población sana y de los profesionales de la salud.

4.- Debe ser cuantitativa.

5.- Debe ser aplicable a la mayoría de situaciones y poco influenciado por factores tales como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad.

6.- Debe ser fácilmente aceptado por aquellos que evalúan y aquellos evaluados.

7.- Debe ser sensible a los cambios en la situación clínica de la persona evaluada.

8.- Debe ser discriminante entre grupos de personas con diferentes niveles apreciables de calidad de vida.

9.- Los resultados deben ser consistentes con otras medidas de salud, situación clínica o etapa vital.

10.- Debe ser formalmente validado antes de recomendarse para su uso general.

Además, los instrumentos de calidad de vida han de reunir ciertos criterios metodológicos⁶⁹; como son:

La factibilidad, determinada por tres criterios principales: aceptación por los jueces, facilidad de uso por los entrevistadores y su coste.

La comparabilidad de las tres técnicas si se producían los mismos valores o no, y si no se producían, ver si están relacionados de alguna forma sistemática que permita la construcción de curvas de conversión.

Validez-fiabilidad. Si las técnicas de medidas miden realmente lo que se quiere medir se dice que son válidas. Hay tres tipos de validez:

Validez de criterio, si la medida propuesta corresponde a la medida observable de un fenómeno más exacta.

Validez del instrumento es la habilidad de medir lo que se quiere medir.

Validez de contenido es la facultad de los items para representar adecuadamente el área que pretenden medir.

Validez de constructo es el tipo de validación más usado en ciencias sociales y de la conducta en general y en estudios de calidad de vida. La validez de constructo considera tres métodos diferentes: los test estadísticos de las dimensiones incluidas en la construcción; la covariación de estas dimensiones respecto a medidas independientes del mismo fenómeno; y la variación esperada de las mediciones de la calidad de vida respecto a criterios como edad, sexo,....

Por otro lado hay que considerar ciertos factores relevantes en la aplicación de los instrumentos seleccionados. Así en la práctica, debemos considerar las diferencias entre enfermos según edad y sexo, ya que por ejemplo las mujeres tienen resultados inferiores en cuanto a vitalidad y superiores en cuanto a ansiedad y depresión.

Otro factor es el grado de variación en la cuantificación de la calidad de vida

con distintos observadores, puede ser corregido utilizando un sólo entrevistador durante todo el ensayo.

2. 4. VALORACION DE CALIDAD DE VIDA EN LOS CARDIOPATAS.

En general parece evidente que la mejoría en los parámetros fisiológicos no produce resultados favorables, si no se produce una mejoría en el estado funcional y en aquellos factores que considera importantes el propio paciente.

En los enfermos cardiopatas se aconseja la utilización de medidas generales en donde se incluyan todos los aspectos de la calidad de vida que puedan afectarse por el tratamiento y la propia sintomatología de las cardiopatías. Así, parece que tienen prioridad factores como el autocuidado o la deambulaci3n, frente al desarrollo de las relaciones sociales.

Centrándonos en los pacientes con trasplante de corazón, previamente a dicho trasplante, la calidad de vida que tiene el paciente obviamente está muy limitada ya que funcionalmente está muy discapacitado, con un grado importante de insatisfacci3n y falta de integraci3n en las distintas áreas social, laboral - generalmente de baja- y familiar.

Su estado clínico es malo, generalmente tiene una disnea más o menos

importante a mínimos esfuerzos, con dolores precordiales frecuentes, cansancio, etc... y con grados diferentes de depresión, ya que se consideran inútiles y una carga para su familia.

Hay diversos estudios sobre el paciente pretrasplantado y los factores psicosociales que influyen en la evolución⁷⁰. En todos los grupos de trasplantes cardíacos hay un equipo psiquiátrico que evalúan al candidato al trasplante. Dichos estudios son necesarios para ser incluidos en estos programas, ya que no sólo se valoran los factores que constituyen una contraindicación absoluta o relativa para la intervención, sino que tienen un gran interés pronóstico con respecto a las posibles complicaciones psicológicas y médicas que pueden sufrir los enfermos durante el postoperatorio inmediato, permitiendo descubrir y abordar determinadas facetas del enfermo y con ello mejorar la calidad de vida de estos pacientes y los resultados del trasplante cardíaco⁷¹.

Las contraindicaciones psicológicas, al menos relativas, para la intervención, son antecedentes psiquiátricos, alcoholismo, drogadicción, bajo cociente intelectual y trastornos psiquiátricos mayores.

Los problemas psiquiátricos que afectan a los candidatos a trasplantes, según un estudio realizado por Wolfgang et al en 1.990⁷², fueron causados por el protocolo de trasplante más que existir previamente en los pacientes. Se ha

observado que las principales manifestaciones psicológicas que presentan los pretrasplantados son ansiedad y depresión⁷³, sobre todo en los períodos pretrasplante de evaluación del enfermo y, una vez aceptado, durante el tiempo de espera para recibir un corazón de un donante. Esto justifica la atención psiquiátrica que hay que darle tras el trasplante cardíaco al enfermo.

El apoyo que se le da, tanto física, como psicológicamente al trasplantado tras la intervención va a ser decisivo para la calidad de vida que va a desarrollar el individuo posteriormente.

Utilizando la clasificación de New York Heart Association, es mínima la correlación que existe entre datos clínicos con la alteración cardíaca y la percepción subjetiva que tienen los pacientes de su incapacidad. Pequeños cambios en aspectos de la función física o mental pueden tener grandes implicaciones para los pacientes con un estado funcional ya comprometido (ejemplo insuficiencia cardíaca crónica) especialmente en poder continuar con una vida independiente.

Así mismo, es importante la valoración de algunos aspectos de la función cognitiva (memoria, atención y aprendizaje) para determinar los efectos sobre la función cerebral de determinados tratamientos administrados a pacientes cardíacos.

Hay que valorar los efectos secundarios de determinados tratamientos de síndromes asintomáticos como la hipertensión arterial (impotencia, dolor de cabeza, mareos) sobre el bienestar subjetivo de los pacientes.

El reto de la cardiología es encontrar intervenciones terapéuticas que curen, prolonguen la vida, o mejoren la calidad de ésta, o al menos no la empeoren por las complicaciones o efectos secundarios que a veces conllevan. En este sentido ha habido un gran avance tecnológico en las intervenciones quirúrgicas y en la farmacología, pero también en otro tipo de tratamientos como puedan ser los programas de rehabilitación cardíaca.

Aún siendo la rehabilitación cardíaca una parte del tratamiento poco considerada por la cardiología, por los enfermos es de las más apreciadas porque saben que con una buena rehabilitación van a incrementar su capacidad funcional, su autosuficiencia y la adaptación más integral a la sociedad.

La rehabilitación cardíaca según la OMS está constituida por el conjunto de métodos que tienen por objeto devolver a los enfermos el máximo de posibilidades físicas y mentales permitiéndoles recuperar una vida normal social, familiar y profesional.

Para muchos rehabilitadores el fin primordial ha sido la movilización precoz

y el entrenamiento físico. No se consideraba modificable el área psicológica y los aspectos sociales de la rehabilitación, dejándolos a un lado como si no debieran formar parte en los programas de rehabilitación. Sin embargo hoy el principal objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa integración social del enfermo mejorando todos los aspectos físicos, psicológicos, vocacionales y sociales...

El programa de rehabilitación postrasplantes debe comprender las siguientes secuencias: intervención psicológica y social precoces, ejercicio físico programado y supervisado, evaluaciones funcionales sucesivas del paciente y estudios psicológicos y sociales a corto y largo plazo. Por tanto los objetivos de la rehabilitación podrían resumirse en movilización precoz, rehabilitación física propiamente dicha, integración social y prevención secundaria.

El trasplante cardíaco representa un impacto en la estabilidad psicológica del paciente, consistente sobre todo en una reacción de miedo y temor a su situación y, a veces, a la muerte, lo que ocasiona ansiedad, además aparece miedo a la invalidez y reacciones que llevan a la depresión. Esta situación o estado pueden revertir espontáneamente o con una intervención psicológica adecuada y precoz.

Los programas de rehabilitación pueden conseguir la normalización de estas

situaciones psicológicas anormales, en esto influyen la misma rehabilitación física, programas de relajación y la asistencia psicológica y social. Inmediatamente después del trasplante debe comenzarse a informar y educar al paciente.

El psicólogo o rehabilitador debe investigar en cada paciente aquellos factores o situaciones que puedan cronificarse o agravarse (ansiedad, depresión, pesimismo, hipocondria, falta de apoyo social, problemas laborales, desempleo, hiperprotección,...). Se realizará un estudio de pronóstico y de riesgo, desde el punto de vista psicosocial, agrupando a los enfermos en los que no presentan problemas de este tipo y los que si los presentan o puedan presentarlos, los cuales precisarán una intervención más estrecha y eficaz.

Hay diversas fuentes de estrés que deben intentar modificarse en sí mismas, como situaciones en el campo familiar (con cónyuges o con los hijos) laborales (insatisfacción, desempleo, baja) y social (aislamiento, hiperprotección, rechazo).

En los pacientes trasplantados hay que identificar estas fuentes de estrés y aconsejar de forma individual cómo reaccionar ante ellas⁷⁴⁻⁷⁵.

Hoy en día se piensa que la vuelta al trabajo no es el mayor objetivo social, hay pacientes que al incorporarse de nuevo al trabajo, si éste le satisface, le

ayudará a normalizar su situación, pero en algunos casos pueden llevar una existencia mas satisfactoria sin la reincorporación al trabajo.

El programa de rehabilitación física del postrasplantado incluye tres fases:

1.- Se lleva a cabo en el mismo servicio de cirugía, que lo va a intervenir, este debe empezar lo antes posible. Se comenzará con el trabajo respiratorio y muscular antes de la intervención. Estos pacientes tienen una marcada amiotrofia por lo que hay que movilizar, primero cada grupo muscular separadamente y luego, miembro a miembro. Hay que reeducar la respiración enseñando al enfermo a utilizar el abdomen, el diafragma y el tórax para evitar la hiperventilación.

Esta primera fase de rehabilitación se interrumpe con frecuencia por complicaciones de rechazo, infecciones... .

La duración de esta fase es de aproximadamente treinta días aunque indudablemente dependerá de la evolución y de las complicaciones que se presenten.

2.- Durante esta segunda fase el paciente realiza fisioterapia en grupos, terapia ocupacional y dietética. En fisioterapia se practica gimnasia global,

cicloergómetro, tapiz rodante y remo ergométrico. Se debe evitar la extenuación del enfermo intercalándose períodos de descanso y relajación muscular. La intensidad del trabajo efectuado viene limitada por la fatiga y la disnea y no por la frecuencia cardíaca, excepto casos especiales.

La terapia ocupacional es importante, ya que al estar el enfermo debilitado muscularmente, no sólo por la situación previa al trasplante de insuficiencia cardíaca, sino por el postoperatorio, necesitan recibir todo tipo de instrucciones sobre las actividades de la vida corriente.

Todo esto complementado con la enseñanza teórica y práctica de la dietética ya que todos estos pacientes están sometidos a un régimen estricto de alimentación. Hay que educar al paciente y a quienes le rodean.

3.- Ocorre una vez dado de alta hospitalaria, en su domicilio, y se le recomendarán los paseos andando y en bicicleta, también podrán hacer natación, golf,... . Durante el primer año postrasplante hay un importante avance en la capacidad física para estabilizarse posteriormente. Es en esta fase donde se lleva a cabo la vuelta a la vida laboral. La intervención psicológica, sea primaria o secundaria, se basa en la investigación de aspectos ya enunciados, que veremos a continuación y que constituyen los núcleos sobre los que giran todos los programas de rehabilitación.

La intervención psicológica en los pacientes trasplantados influye de manera decisiva en la calidad de vida desarrollada posteriormente por éstos. Los psicólogos colaboran en programas de rehabilitación y de evitación de factores de riesgo, como abandono del tabaco, alcohol, afrontamiento de problemas, realización de ejercicio físico⁷⁶ y ayudan al paciente a hacer frente a su nueva situación, cumplir las prescripciones médicas, reinserción social y laboral con autosatisfacción.

La eficacia de la intervención psicológica es incuestionable en lo que se refiere a calidad de vida pero no sólo a factores psicológicos, sino que también mejoran los factores físicos, así como la tasa diferencial de morbimortalidad de los grupos que se benefician de esta asistencia⁷⁷.

No hay estudios a este respecto, sobre enfermos trasplantados pero si sobre pacientes infartados. Grossarth-Maticeck⁷⁸ estudiaron cincuenta enfermos infartados con terapia psicológica frente a otros cincuenta, grupo control, sin este tipo de ayuda. A los trece años de seguimiento, vivían 45 personas del grupo experimental frente a 13 del grupo control.

Las técnicas terapéuticas más utilizadas en la intervención psicológica son: relajación, desensibilización, ejemplificación, sugestión, incremento de habilidades sociales, reestructuración cognitiva, retroalimentación, información

acerca de su enfermedad. Es decir, todas aquellas técnicas que puedan ayudar al control de la emoción y a la adquisición de hábitos saludables.

La intervención psicológica se basa fundamentalmente en el apoyo para encajar el impacto que produce su nueva situación de trasplantado.

Otra intervención psicológica es la modificación de conducta tipo A o patrón procoronario caracterizado por el sentido de urgencia, competitividad, afán de logro, hostilidad, agresividad, ira, relacionado con el aumento de descarga de la noradrenalina en patrón de conducta tipo B⁷⁹.

Al sujeto se le enseña a cambiar sus reacciones ante situaciones estresantes ya que éstas generalmente no podrán evitarse. Las técnicas más comunes para conseguirlo son la desvinculación, la redefinición, la distracción o la autorregulación como técnica del control del estrés⁷⁴⁻⁷⁵.

En cuanto a los programas educativos complementarios a estas intervenciones, habría que comentar que algunos estudios señalan que la información recibida por los enfermos trasplantados acerca de su enfermedad por médicos y psicólogos beneficia a personas con un nivel de educación alto, pero en los de niveles bajos, produce ansiedad⁸⁰.

2. 5. ASPECTOS SOCIALES.-

La definición de calidad de vida implica que el paciente, no sólo se haya reincorporado en el área familiar, laboral y social, sino que desempeña un papel en ellas de forma satisfactoria para sí mismo.

La rehabilitación cardíaca cada vez obtiene un mayor componente social. Primero nació como un método dirigido a mejorar la capacidad física mediante el entrenamiento, pero se vio que éste no era el fin en sí mismo sino la forma de conseguir una mejor readaptación social familiar y profesional para disfrutar un mayor nivel de calidad de vida.

La reincorporación al mercado laboral no sólo depende del enfermo, sino también de la situación de desempleo existente en un momento determinado. Los factores que matizan la vuelta al trabajo de un enfermo trasplantado podemos dividirlos en somáticos, psicológicos y sociales⁸¹⁻⁸². Los más importantes son el factor psicológico y social. Generalmente tras el trasplante cardíaco desaparece la clínica y la sintomatología invalidante que padecía el enfermo antes del trasplante, por lo que la no reincorporación al trabajo, no suele tener una causa física.

Entre los factores psicológicos podemos considerar los síntomas cardíacos

subjetivos, la sensación de incapacidad, ansiedad y depresión, pesimismo, preocupación por la salud y la excesiva protección familiar. Entre los factores sociales consideramos el período de baja laboral, edad, clase social baja, situación económica familiar, desempleo, aislamiento social y trabajos de esfuerzo. Los pacientes de clase social alta vuelven al trabajo con mayor facilidad que los de clase social baja⁸³.

La intervención psicológica dirigida a mejorar la reinserción social debe comenzar al mismo tiempo que la movilización precoz, ya que esto reduciría el grado de depresión⁸⁴.

2. 6. INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA.-

La medición de aspectos clínicos y de sintomatología no nos plantea problemas pues son fáciles de medir. La dificultad estriba en medir la calidad de vida en las áreas familiar, laboral y social de una forma lo más objetiva posible. Hay que cuantificar otras variables como su capacidad funcional (movilidad, independencia, actividades físicas y de entrenamiento, etc...), forma de realizar su trabajo y satisfacción en el mismo, participación en la vida familiar y social, actividad sexual, bienestar espiritual, situación económica⁸⁵.

Se han utilizado diversos cuestionarios para valorar la calidad de vida. Los

más utilizados han sido el Sickness Impact Profile⁸⁶⁻⁸⁷, el Mc Master Health Index Questionnaire⁸⁸ y el Quality of Well Being Scale⁸⁹ pero ninguno ha sido diseñado para enfermos cardíacos. Oldridge⁹⁰ diseñó un cuestionario para pacientes postinfartos en el que se ha basado, Velasco-Del Barrio⁹¹ para su validación para la población española y que nosotros utilizaremos en este trabajo. Posteriormente profundizaremos sobre él. Otro utilizado para cardíacos, es, el Nottingham Health Profile⁹² que, igualmente, está versionado en castellano⁹³⁻⁹⁴.

Antes de comentar los instrumentos que miden la calidad de vida en pacientes cardíacos, describiremos otros de carácter general en el ámbito de la salud/enfermedad.

Fanshel y Bush determinaron una tabla de puntuación para cada día que valorara la calidad de vida de un individuo. La suma de estos puntos dará lugar al llamado índice acumulado de salud. Así se describieron 11 estados de salud que abarcan desde el estadio 1, que sería el bienestar completo, hasta el 11 que sería el individuo muerto.

Otro indicador desarrollado es el AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad) donde la duración de la vida ganada por un tratamiento médico determinado es ajustada por pesos de utilidad, lo que refleja el valor relativo de un estado de salud comparado con otro.

En la actualidad se ha creado la necesidad de desarrollar métodos para cuantificar el cambio en el estado de salud como resultado de una actividad médica dada. Se han desarrollado tres enfoques principales:

- a) Implica el uso de escalas numéricas Ad hoc.
- b) Considera la adecuación entre lo que se paga y lo que se recibe.
- c) A través del uso de utilidades y AVAC.

El uso de las escalas numéricas Ad hoc mide al individuo en una serie de aspectos de su salud, asigna una puntuación numérica a cada medición y suma los puntos. Este índice lo utilizó Karnofsky en 1.949⁹⁵, Grogono y Woodgate en 1.971 y Spitzer en 1.981⁹⁶.

Mishan desarrolló la teoría "Pagar de buena gana" basada en la economía del bienestar. Refiere que las valoraciones de los individuos se reflejan en lo que ellos están dispuestos a pagar para recibir ciertos beneficios. Pagar no en el aspecto económico, sino en lo que están dispuestos a anteponer o sacrificar.

El tercer enfoque desarrollado por Torrance es a través del uso de utilidades y AVAC, emplea una escala cardinal en las que las diferencias individuales de la

escala pueden ser comparados de una manera significativa.

La diversidad de indicadores señalados ponen de manifiesto el problema para medir la calidad de vida debido principalmente a la imposibilidad de aglutinar en un instrumento único todas las definiciones que la componen. Existen múltiples pruebas objetivas que indican la calidad de vida, incluyendo las diferentes categorías funcionales del paciente.

Describiremos algunos ejemplos:

En 1.949 Karnofsky crea el primer índice funcional de calidad de vida que sólo mide la capacidad física⁹⁵.

En 1.976 Katz y Akpom describen el ADL (Activities Daily Living) Index que mide actividades de la vida diaria⁹⁷: bañarse, vestirse, alimentarse, etc...

En 1.981 Spitzer introduce un nuevo instrumento de medida de la calidad de vida (Quality of Life Index)⁹⁶ mide la actividad de la vida diaria, el estado subjetivo de salud, relaciones y apariencias, mediante pruebas con respuestas categóricas evaluables de 0 a 2 puntos en un total de 15 preguntas.

En 1.984 Schipper et al⁹⁸ describen el Funtional Living Index Cáncer

compuesto por 22 preguntas que se contestan sobre una escala lineal visual analógica dividida en siete intervalos iguales.

En 1.986 Gelber et al⁹⁹ desarrollan el índice TWIST y lo aplica a pacientes con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. Twist combina en un sólo índice el efecto antitumoral, la toxicidad del tratamiento y la calidad de vida. El índice se expresa en unidades de tiempo. Los efectos secundarios se puntúan como tiempo restado a la supervivencia.

En 1.988 Aaronson et al¹⁰⁰ miden la calidad de vida mediante un sistema denominado Quality of life Questionnaire con 36 preguntas generales y 9 específicas para la enfermedad. Engloba todos los factores que miden la calidad de vida: estado funcional, síntomas físicos, distrés psicológico, interacciones sociales, impacto económico-financiero, percepción subjetiva del estado de salud y percepción global de la calidad de vida. Las respuestas se puntúan en una escala de Licker que va desde el nada hasta el bastante.

Estos cuestionarios que miden la calidad de vida pueden ser aplicados de dos formas: autoaplicado (uno mismo) o heteroaplicado (una persona a otra).

Cuando el que realiza el cuestionario es el mismo encuestado tiene como problemas el que el paciente no sepa leer o escribir o bien no pueda hacerlo, por

lo que las instrucciones deberán ser muy explícitas para que la información sea completa. De igual forma dependerá los niveles de instrucción e inteligencia que tenga el encuestado. Otra desventaja que tiene este método es que podamos encontrarnos con datos no cumplimentados, no sabiendo si es por falta de comprensión, o por la negativa del encuestado a dar ese tipo de información.

No obstante, presentan otras muchas ventajas, como pueden ser: es reproducible, autorrellenable por el paciente, barato y no consume tiempo al entrevistador. Como desventajas excluye a enfermos según su nivel cultural, se pierde información, puede producir ansiedad y podemos encontrarnos contestaciones incorrectas. Este tipo de cuestionario se emplea para estudios multicéntricos en los que no es posible que un entrevistador realice todo el trabajo. A modo de ejemplo citaremos dos tipos de test que se realizan de esta forma: The Sickness Impact Profile y el Mc Master Health Index Questionnaire.

Cuando es un entrevistador el que realiza el cuestionario hay una menor restricción entre el que pregunta y lo que puede ser preguntado. El entrevistador puede usar medidas concretas de obtener respuestas detalladas.

La calidad de los datos obtenidos dependen del entrevistador. Este deberá asegurarse no influir en las respuestas del paciente. Si en lugar de un entrevistador, es necesario un equipo deberá realizarse sesiones de

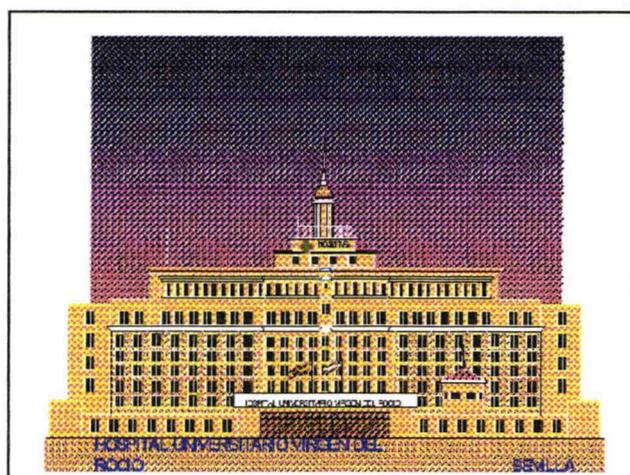
entrenamiento para puestas en común y evitar así ciertos sesgos. Entre las ventajas de este método destacamos: no excluye pacientes, las contestaciones correctas están aseguradas, obtienen información no contemplada y no pierde información. Entre las desventajas destacamos: la calidad del entrevistador que puede variar, información de complacencia, consume tiempo, poco reproducible y caro de realizar.

MATERIAL Y MÉTODO

II. 1. MATERIAL

La muestra se componía de veinte enfermos en total, de los cuales dieciocho eran hombres y dos eran mujeres, todos ellos trasplantados de corazón en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla por distintos motivos.

Las encuestas se llevaron a cabo cuando estos enfermos acudían al hospital para revisión de su estado (sobre todo toma de biopsias) en la Unidad de Trasplantes Cardíacos de la Cuarta Planta de Cardiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, un Hospital de tercer orden con mil ochocientas camas de hospitalización, con programa de trasplantes cardíacos acreditado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.



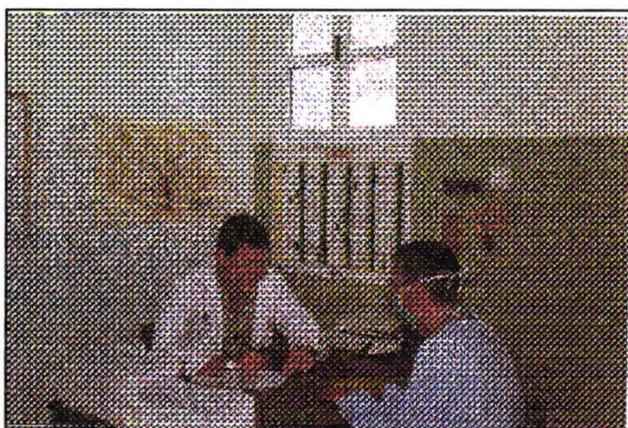
Para homogeneizar los resultados de la encuesta, y que no aparecieran sesgos que pudieran distorsionarlos, se prefirió no dejar a los enfermos realizarla solos, es decir, que ellos leyeran y contestaran el cuestionario, por lo que la encuesta se realizó mediante un entrevistador, médico, que formulaba las preguntas y el paciente que las

contestaba, con un ambiente muy distendido, repitiendo tantas veces como fueran necesarios los enunciados y las posibles respuestas.

Tan sólo un enfermo se negó a realizar el cuestionario, aduciendo encontrarse en mal estado de ánimo.

Los veinte encuestados, una vez informados de la finalidad y del tema del que trataba la entrevista, dieron su consentimiento para la realización de la misma, al igual que el Servicio de Cardiología, Sección de Trasplantes Cardíacos de dicho Hospital.

La hoja de recogida de datos constaba de dos partes bien diferenciadas.



Una primera que se refería a datos de identificación personal: Fecha de trasplante, edad, sexo, profesión, situación laboral, niveles de estudio y situación económica (ingresos mensuales). Una segunda parte se componía de cuarenta y cuatro preguntas que se contestaban con una escala del uno al cinco, siendo el cinco lo peor y uno lo mejor.

De tal forma que el cinco era "siempre presente", el cuatro era "casi siempre", tres "algunas veces", dos "muy pocas veces" y uno "nunca (anexo 1). Contestando a todas las preguntas con uno, el total sumaba cuarenta y cuatro y esto denotaba la mejor

calidad de vida. Si todas las cuestiones se contestaban con una puntuación de cinco, éstas sumaban doscientos veinte puntos y esto se interpretaba como la peor calidad de vida.

La entrevista, era lo más confidencial y personalizada posible, teniendo en cuenta que éstas se realizaban en el Box de la Unidad de Trasplante Cardíacos del Hospital, y que éste era compartido por otro enfermo de las mismas características.

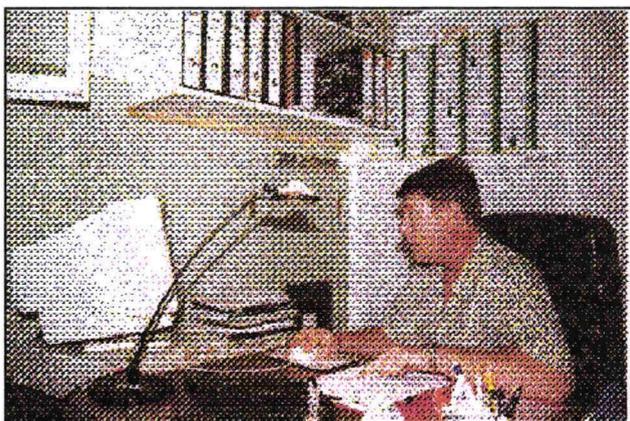
Siempre que se podía, permanecían en la habitación tan sólo el entrevistador y el encuestado, si bien en alguna ocasión, también se encontraba presente el compañero de habitación.

La duración de cada entrevista oscilaba entre los veinte y veinticinco minutos.

El trabajo se ha diseñado y realizado con tres ordenadores con las siguientes características técnicas:

- El primero de ellos era un ordenador clónico de la marca Olb Computer, con un microprocesador a 33 megahertzios y un disco duro de 620 megabites, con una memoria de trabajo de 8 megabites, monitor marca Trust superVGA, con impresora LaserJet 4L de Hewlett Packard.

- El segundo era un ordenador clásico de la marca Campus Ordenadores, 486 DX4, con un microprocesador a 100 megahertzios y un disco duro de 540 megabites, con una memoria de trabajo de 4 megabites, monitor marca CSA super VGA, con impresora de agujas Epson LQ-100.



- El tercero, usado exclusivamente para el diseño de los gráficos, era un ordenador 386 DX2 de la marca Olivetti, con un microprocesador a 33 megahertzios y un disco duro de 80 megabites, con una memoria de trabajo de 4 megabites, monitor de la misma marca comercial y una impresora color de la marca Hewlett Packard modelo 660-C.

El Software empleado en la realización de este trabajo es el siguiente:

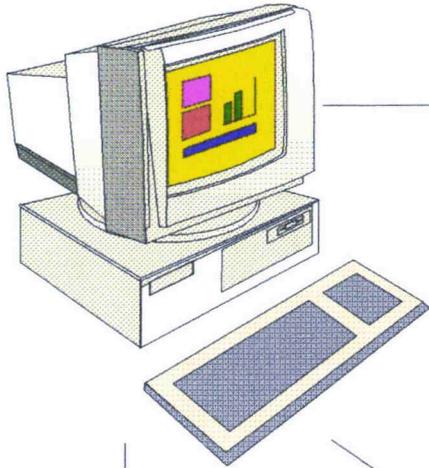
- Para la realización de la literatura se ha empleado el Word Perfect 6.0 de Microsoft.

- Para la recogida de datos de la encuesta se ha utilizado el Dbase III plus.

- Para la confección de los gráficos se ha utilizado el Harvard Grafics 3.0.

- Para el cálculo y procesamiento de los datos recogidos en las encuestas realizadas, se ha utilizado el Excel 5.0 de Microsoft.

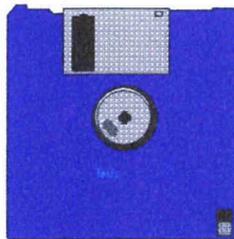
- Para el análisis de correlaciones estadísticas de los resultados obtenidos del cuestionario , se ha utilizado el programa estadístico SPSS/PC de Microsoft Software INC.



Ordenadorativo Club Computer
Microprocesador 486 a 33Mg.Hz.
Disco duro de 800 Megabytes
Memoria RAM de 8 Megabytes
Monitorama Trust SVOA

Ordenadorativo Campus Ordenador
Microprocesador Pentium a 100 Mg.Hz.
Disco duro de 540 megabytes.
Memoria RAM de 4 megabytes
Monitorama CSASVOA

Ordenadorativo Olivetti
Microprocesador 386DC2 a 33Mg.Hz.
Disco duro de 80 megabytes
Memoria RAM de 4 megabytes
Monitor Olivetti



Wintal Perfect 6.0

Disco III Plus

Harvard Graphics 3.0

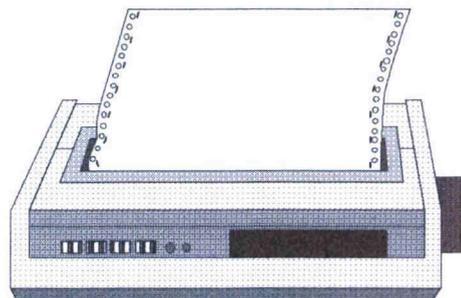
Excel 6.0

SPSS/PC

LaserJet 4L
Meca Hewlett Packard

Impresora matricial
Meca Epson LQ800

Impresora oficio de tinta
Hewlett Packard 88DC



ANEXO 1.-

CUESTIONARIO "CALIDAD DE VIDA" PACIENTE TRASPLANTADO

DATOS IDENTIFICACION: (N°)

Fecha TXC Fecha revisión

1.- Nombre y apellidos

2.- Edad sexo profesión

3.- Situación laboral :

activo baja pensionista desempleo

4.- Nivel de estudios :

Ninguno E.G.B. B.U.P. F.P. Medio Superiores

5.- Ingresos mensuales:

< 100.000 < 200.000 >200.000

CUESTIONARIO:

DESCRIBA COMO SE ENCUENTRA NORMALMENTE AHORA

5-Siempre presente 4-Casi siempre 3-Algunas veces 2-Muy pocas veces 1-Nunca

- 1.- Tengo dolor en el pecho
- 2.- Tengo fatiga o noto que respiro mal
- 3.- Me siento más cansado que antes
- 4.- Me cuesta levantarme por las mañanas
- 5.- Tomo demasiados medicamentos
- 6.- Me cuesta seguir el régimen de alimentación
- 7.- Echo de menos fumar
- 8.- Me siento inseguro acerca de cuanto ejercicio debería hacer
- 9.- Me apetece descansar durante la mayor parte del día
- 10.-Cuando me siento, doy más cabezadas que antes
- 11.-Duermo peor que antes
- 12.-Rio o lloro de repente, sin motivo
- 13.-Reacciono de forma nerviosa o inquieta
- 14.-Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo
- 15.-Siento miedo a morirme
- 16.-Soy una carga para mi familia y me siento inútil
- 17.-No hago planes para mi futuro
- 18.-He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco, etc...

-
- 19.-Me da miedo conducir el coche
 - 20.-Me quedo la mayoría del tiempo en casa
 - 21.-He reducido mis salidas lejos de casa.
 - 22.-Ahora camino distancias más cortas
 - 23.-No subo nunca escaleras
 - 24.-Ahora tengo menos relaciones con otras personas
 - 25.-Ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco
 - 26.-Reacciono desagradablemente con mi familia
 - 27.-Me aislo lo más que puedo de mi mujer y mis hijos
 - 28.-Encuentro exagerados los cuidados de la familia
 - 29.-Me siento abandonado por todos
 - 30.-El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas
 - 31.-El dinero es insuficiente para los gastos extras
 - 32.-Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o hacen
 - 33.-Tengo dificultades para razonar y resolver problemas
 - 34.-Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo donde he puesto algo, los nombres, etc...
 - 35.-Me encuentro menos afectivo o comunicativo
 - 36.-Tengo que esforzarme para mantener una conversación
 - 37.-Se me entiende con dificultad
 - 38.-Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes
 - 39.-Ahora me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas
 - 40.-Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme

41.-No trabajo en nada

42.-Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros

43.-Deseo un trabajo distinto al que tengo

44.-Deseo no volver a trabajar

II. 2. METODO

El cuestionario utilizado para la valoración de la calidad de vida post-trasplante, está estructurado a partir de algunos cuestionarios anglosajones existentes para enfermos cardíacos y que han validado para el castellano Velasco-Del Barrio.

Cada vez es mayor la supervivencia de los enfermos trasplantados de corazón. La medicina moderna tiene como fin primordial, no la supervivencia del enfermo sino el mantenimiento y en su caso mejora de la calidad de vida.

La evaluación de estos enfermos, debe hacerse, no sólo lo en su faceta clínica, de su estado de salud, sino en otras áreas igualmente importantes como son la familiar, social, económica, capacidad funcional, independencia física... etc.

Existen numerosos cuestionarios para valoración de la calidad de vida, sobre todo para estados de salud, pero generalmente se han hecho en enfermos crónicos (reumáticos, oncológicos...).

El cuestionario Velasco-Del Barrio, sondea tres áreas de estudio mediante las cuarenta y cuatro preguntas o items de que constan.

La primera de ellas es la capacidad funcional, que se refiere a la independencia que tiene el enfermo de los demás, a la capacidad de realizar actividades cotidianas, relaciones con otras personas, utilización del tiempo de ocio, actividades sexuales, laborales,...etc.

Una segunda área es la sintomatología que presenta el enfermo, así como la toma de medicamentos, ingresos hospitalarios, rechazos, infecciones... En definitiva la situación clínica del enfermo.

Y la tercera área que explora es mucho más difícil de valorar ya que es la más subjetiva. Son las percepciones del individuo, la autosatisfacción, dudas, miedos, depresiones...

La estructuración del cuestionario se hizo de la siguiente forma:

1º. Se escogieron algunos cuestionarios que se tomaron de base, con preguntas o cuestiones que otros autores considerasen importantes para la confección definitiva de este.

Se añadieron a estas preguntas otras que los investigadores creían que debían ser incluídas. Posteriormente, se hizo una selección de los items, para no hacer un cuestionario excesivamente largo y se repartió entre algunos enfermos

(aproximadamente cien) y se les dijo que puntuasen dichos items del uno al cinco (uno es nada, cinco es todo). Los pacientes podían incrementar el número de cuestiones que ellos creyeran importantes. Luego se decidiría su inclusión o no en el cuestionario definitivo.

Los items con mayor puntuación se escogían y se agrupaban por las distintas áreas de estudio, que hemos visto anteriormente, con los que se confeccionaba el cuestionario definitivo.

El número de cuestiones, no debe ser grande para no cansar al entrevistado y que el tiempo de realización no excediera de los veinte minutos.

Las respuestas a las cuestiones se deben realizar con una escala del uno al cinco. El uno siempre quiere decir lo mejor y el cinco lo peor. Las respuesta sí/no, restan fiabilidad al cuestionario.

Las áreas que estudia el cuestionario de calidad de vida de Velasco-Del Barrio, utilizado en este trabajo, son las siguientes: Salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación y tiempos de ocio y trabajo, es decir nueve áreas.

2. 1. VALIDACION DEL CUESTONARIO

Para la validación del cuestionario, su utilidad debe ser comparada con otros cuestionarios existentes ya validados.

Dicho cuestionario se dice que tiene validez, cuando al compararlo con otro cuestionario o cuestionario patrón, se obtengan los mismos resultados.

Para ver si es reproducible, se realizarán dos veces el mismo cuestionario con un intervalo de tiempo determinado, a la misma población comprobando previamente que no ha habido cambios sustanciales, y observando si son estadísticamente comparables los resultados.

La fiabilidad se verá analizando las correlaciones entre las cuestiones. Todos los items deben medir el mismo tema, en este caso, la calidad de vida.

2. 2. ESTRUCTURACION DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Fueron tres los cuestionarios de los que se sacaron setenta y cinco ítems para la construcción de nuestro cuestionario. Estos fueron:

Sickness Impact Profile.

Quality of life for Myocardial Infarction Questionnaire de Oldridge.

Quality of Well-Being Questionnaire de Kaplan.

Los setenta y cinco ítem se le entregaron a ciento cinco enfermos postinfartados. Siguiendo la estructuración antes expuesta, se seleccionaron los cuarenta y cuatro ítems que habían obtenido una mayor puntuación.

Estos cuarenta y cuatro ítems se agrupan en ocho áreas temáticas que son como siguen:

El Area de Salud la exploran las ocho primera preguntas del cuestionario.

El Area de Sueño y Descanso corresponden a las preguntas de la nueve a la once.

El Area de Comportamiento Emocional viene reflejado por las preguntas doce, trece y catorce.

Los Proyectos de Futuro se determinan en las respuestas a las preguntas quince, dieciseis y diecisiete.

Las preguntas que comprenden desde el número dieciocho al veintitrés, ambos inclusivos, sondean la Movilidad del Enfermo.

Las Relaciones Sociales, incluyendo la situación económica, se reflejan en las preguntas comprendidas entre la veinticuatro y treinta y uno.

Comportamiento de alerta de la treinta y dos a la treinta y cuatro.

Comunicación de la treinta y cinco a la treinta y ocho.

Tiempo de Ocio y Trabajo lo exploran las seis últimas preguntas, es decir, de la treinta y nueve a la cuarenta y cuatro.

Este cuestionario tiene como finalidad conocer cómo se siente el enfermo tras haberle sido realizado un trasplante cardíaco, por tanto, no existen contestaciones buenas o malas sino las que reflejen su estado real.

Como hemos mencionado anteriormente cada cuestión tiene cinco respuestas opcionales. La peor calidad de vida se reflejará con un máximo de doscientos veinte puntos (contestando todas las cuestiones con cinco puntos).

2. 3. VALIDACION DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA.

Se validó el cuestionario de Velasco-Del Barrio con el cuestionario patrón Q.L.M.I. de Oldridge.

El Q.L.M.I. de Oldridge está formado por veinticinco ítems y estudia cinco áreas:

- Restricciones
- Fatiga
- Función emocional
- Autoestima
- Confianza.

Las respuestas al cuestionario de Oldridge, abarcan una escala del uno al siete. Para facilitar la respuestas de los enfermos se igualó esta escala a la utilizada por Velasco-Del Barrio con cinco respuestas posibles.

Los cuestionarios se entregaron a un total de ciento noventa enfermos, en distintas ubicaciones (Consultas Externas de Cardiología, Rehabilitación,

Hospitalización).

Los cuestionarios se hicieron de forma individual y lo más privadamente posible, con lectura reiterada por parte del entrevistador cuando era necesarios con objeto que fuera lo más homogéneo posible. Ambos test se realizaron en aproximadamente treinta minutos.

Posteriormente se hicieron los análisis estadísticos para ver el nivel de correlación entre los dos cuestionarios utilizados. La correlación obtenida fue de 0,81, siendo significativa con una $P < 0,0001$. Esto indica que el cuestionario de Velasco-Del Barrio es tan válido como el de Oldridge para la medición de la calidad de vida.

Para medir la reproducibilidad, se entregó el cuestionario de Velasco-Del Barrio a los mismos ciento cinco enfermos, a la semana. Ninguno de ellos refería haber cambiado su situación. Los enfermos realizaron solos el cuestionario, sin entrevistador. La correlación en ambos pases fue del 0,75, por lo que este cuestionario también es reproducible.

La fiabilidad observada en el coeficiente alfa del total de los ítems es del 0,875 y el coeficiente de fiabilidad de unos ítems con otros es del 0,817. Por encima de 0,8 es una alta fiabilidad.

RESULTADOS

III. RESULTADOS

1. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.-

1. 1. AREA DE SALUD:

A pregunta nº 1: "Tengo dolor en el pecho", el 80% contestó "nunca", el 15% de los encuestados contestaron " muy pocas veces " y el 5% "algunas veces".

A la pregunta nº 2: "Tengo fatiga o noto que respiro mal", el 90% contestó "nunca", el 5% contestó "muy pocas veces" y el 5% "casi siempre".

A la pregunta nº 3: "Me siento más cansado que antes", el 90% contestó "nunca" y el 10% contestó "muy pocas veces".

A la pregunta nº 4: "Me cuesta levantarme por las mañanas", el 85% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces" , el 5% " casi siempre" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 5: "Tomo demasiados medicamentos", el 25% contestó "nunca", el 5% contestó "muy pocas veces", el 40% contestó "algunas veces", el 15% contestó "casi siempre" y el 15% contestó "siempre".

A la pregunta nº6: "Me cuesta seguir el régimen de alimentación", el 80% contestó "nunca", el 10% contestó "algunas veces" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 7: "Echo de menos fumar", el 65% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 8: "Me siento inseguro acerca de cuanto ejercicio debería hacer", el 70% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces" y el 5% "casi siempre".

1. 2. AREA DE SUEÑO Y DESCANSO:

A la pregunta nº 9: "Me apetece descansar durante la mayor parte del día", el 65% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 20% "algunas veces" y 5% "casi siempre".

A la pregunta nº 10: "Cuando me siento, doy más cabezadas que antes", el 70% contestó "nunca", 15% contestó "muy pocas veces" y el 15 "algunas veces".

A la pregunta nº 11: "Duermo peor que antes", el 70% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", 20% contestó "algunas veces" y el 5% "siempre".

1. 3. AREA DE COMPORTAMIENTO EMOCIONAL:

A la pregunta nº 12: "Río o lloro de repente, sin motivo", el 60% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 30% contestó "algunas veces", y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 13: "Reacciono de forma nerviosa o inquieta", el 40% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 20% "algunas veces", el 20% "casi siempre" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 14: "Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo", el 55% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 10% "algunas veces", el 15% "casi siempre" y el 5% "siempre".

1. 4. AREA DE PROYECTOS DE FUTURO:

A la pregunta nº 15: "Siento miedo a morirme", el 90% contestó "nunca", el 5% contestó "muy pocas veces" y el 5% "algunas veces".

A la pregunta nº 16: "Soy una carga para mi familia y me siento inútil", el 90% contestó "nunca", el 5% contestó "muy pocas veces" y el 5% "algunas veces".

A la pregunta nº 17: "No hago planes para mi futuro", el 35% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 30% "algunas veces", el 10% "casi siempre" y el 20% "siempre".

1. 5. AREA DE MOVILIDAD:

A la pregunta nº 18: "He dejado de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco, etc...", el 85% contestó "nunca", el 10% contestó "muy pocas veces" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 19 : "Me da miedo conducir el coche", el 65% contestó "nunca", el 5% "algunas veces" y el 30% contestó "siempre".

A la pregunta nº 20: "Me quedo la mayoría del tiempo en casa", el 35% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 20% "algunas veces", el 30% "casi siempre" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 21: "He reducido mis salidas lejos de casa", el 35% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces", el 15% "casi siempre" y el 20% "siempre".

A la pregunta nº 22: "Ahora camino distancias más cortas", el 50% contestó

"nunca", el 15% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces" y el 20% "casi siempre".

A la pregunta nº 23: "No subo nunca escaleras", el 30% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces" y el 40% "siempre".

1. 6. AREA DE RELACIONES SOCIALES:

A la pregunta nº 24: "Ahora tengo menos relaciones con otras personas", el 55% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces", el 5% "casi siempre" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 25: "Ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco", el 55% contestó "nunca", el 20% "algunas veces", el 20% "siempre" y el 5% no contesta.

A la pregunta nº 26: "Reacciono desagradablemente con mi familia", el 60% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces" y el 35% "algunas veces".

A la pregunta nº 27: "Me aislo lo más que puedo de mi mujer y mis hijos", el 85% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 5% "casi siempre" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 28: "Encuentro exagerados los cuidados de la familia", el 85% contestó "nunca", el 5% "algunas veces" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 29: "Me siento abandonado por todos", el 95% de los encuestados contestó "nunca" y el 5% "algunas veces".

A la pregunta nº 30: "El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas", el 35% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 10% "algunas veces", el 15% "casi siempre" y el 25% "siempre".

A la pregunta nº 31: "El dinero es insuficiente para los gastos extras", el 15% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 10% "algunas veces", el 10% "casi siempre" y el 60% "siempre".

1. 7. AREA DE COMPORTAMIENTO DE ALERTA:

A la pregunta nº 32: "Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o se hacen", el 45% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 35% "algunas veces" y el 10% "casi siempre".

A la pregunta nº 33: "Tengo dificultades para razonar y resolver problemas", el 85% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 5% "algunas veces" y el 5%

"casi siempre".

A la pregunta nº 34: "Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo dónde he puesto algo, los nombres, etc...", el 45% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 25% "algunas veces", el 10% "casi siempre" y el 15% "siempre".

1. 8. AREA DE COMUNICACION:

A la pregunta nº 35: "Me encuentro menos afectivo o comunicativo", el 85% contestó "nunca", el 10% "algunas veces" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 36: "Tengo que esforzarme para mantener una conversación", el 90% contestó "nunca", el 5% "algunas veces" y el 5% "siempre".

A la pregunta nº 37: "Se me entiende con dificultad", el 85% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 5% "algunas veces" y el 5% "casi siempre".

A la pregunta nº 38: "Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes", el 80% contestó "nunca", el 5% "muy pocas veces", el 10% "algunas veces" y el 5% "casi siempre".

1. 9. AREA DE TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO:

A la pregunta nº 39: "Ahora me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas", el 30% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 25% "algunas veces", el 20% "casi siempre" y el 10% "siempre".

A la pregunta nº 40: "Ahora me resulta más difícil divertirme o entretenerme", el 55% contestó "nunca", el 15% "muy pocas veces", el 15% "algunas veces" y el 15% "casi siempre".

A la pregunta nº 41: "No trabajo en nada", el 45% contestó "nunca", el 10% "muy pocas veces", el 10% "algunas veces" el 5% "casi siempre" y el 30% "siempre".

A la pregunta nº 42: "Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros", el 35% contestó "nunca", el 5% "algunas veces", el 25% "casi siempre" y el 35% "siempre".

A la pregunta nº 43: "Deseo un trabajo distinto al que tengo", el 65% contestó "nunca", el 15% "casi siempre" y el 20% "siempre".

A la pregunta nº 44: "Deseo no volver a trabajar", el 30% contestó "nunca",

el 20% "algunas veces", el 5% "casi siempre" y el 45% "siempre".

Una vez descritas todas y cada una de las respuestas a cada pregunta del cuestionario de calidad de vida Velasco-del Barrio, ahora pasamos a describir las contestaciones que dieron los enfermos considerando globalmente cada una de las ocho áreas que componen el cuestionario de calidad de vida.

2. RESULTADOS GLOBALES DE LAS AREAS DE ESTUDIO.-

Se consideran las respuestas afirmativas aquellas en que contestaron los enfermos "siempre" o "casi siempre", y, negativas, aquellas en que la respuesta fue "nunca", "muy pocas veces" y "algunas veces". Gráfico 1.

En el Area de Salud, compuesta por las ocho primeras preguntas y que sondea la sintomatología y la clínica que presenta el enfermo, el 60% de los enfermos contestaron "No" y el 40% "Si". Gráfico 2.

En el segundo área "Sueño y Descanso", compuesta por las preguntas 9-

10 y 11, el 90% contestó "No" y el 10% "Si". Gráfico 3

El tercer área "Comportamiento Emocional", compuesta por las preguntas

AREA DE SALUD

PREGUNTAS

- 1.- Tengo dolor en el pecho
- 2.- Tengo fatiga o noto que respiro mal
- 3.- Me siento más cansado que antes
- 4.- Me cuesta levantarme por las mañanas
- 5.- Tomo demasiados medicamentos
- 6.- Me cuesta seguir la dieta
- 7.- Echo de menos fumar
- 8.- Me siento inseguro acerca de cuanto ejercicio debería hacer

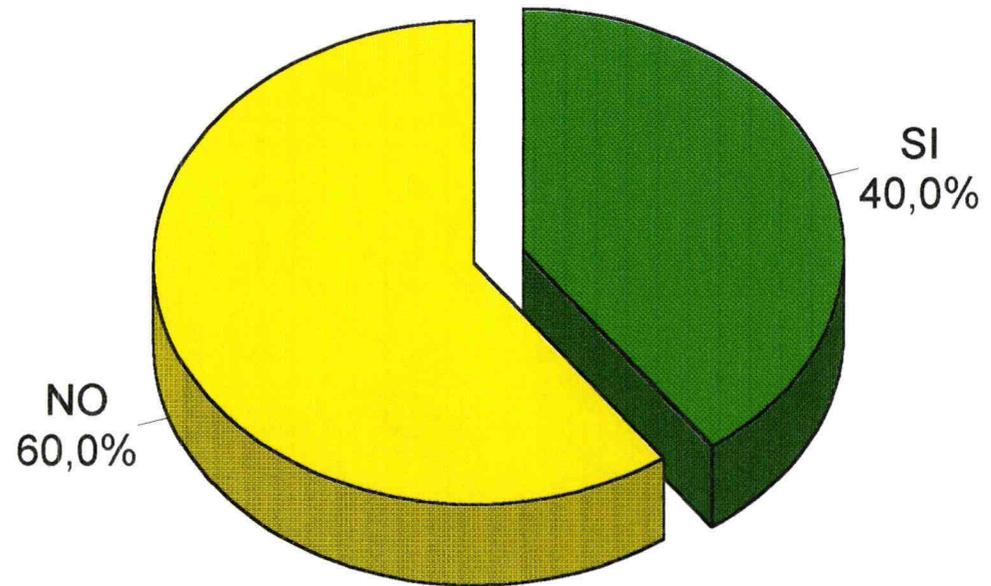


Grafico nº2: En este gráfico de tarta se representan los 8 ítems que integran el Area de Salud y su porcentaje de respuestas

Áreas del Cuestionario

Calidad de Vida

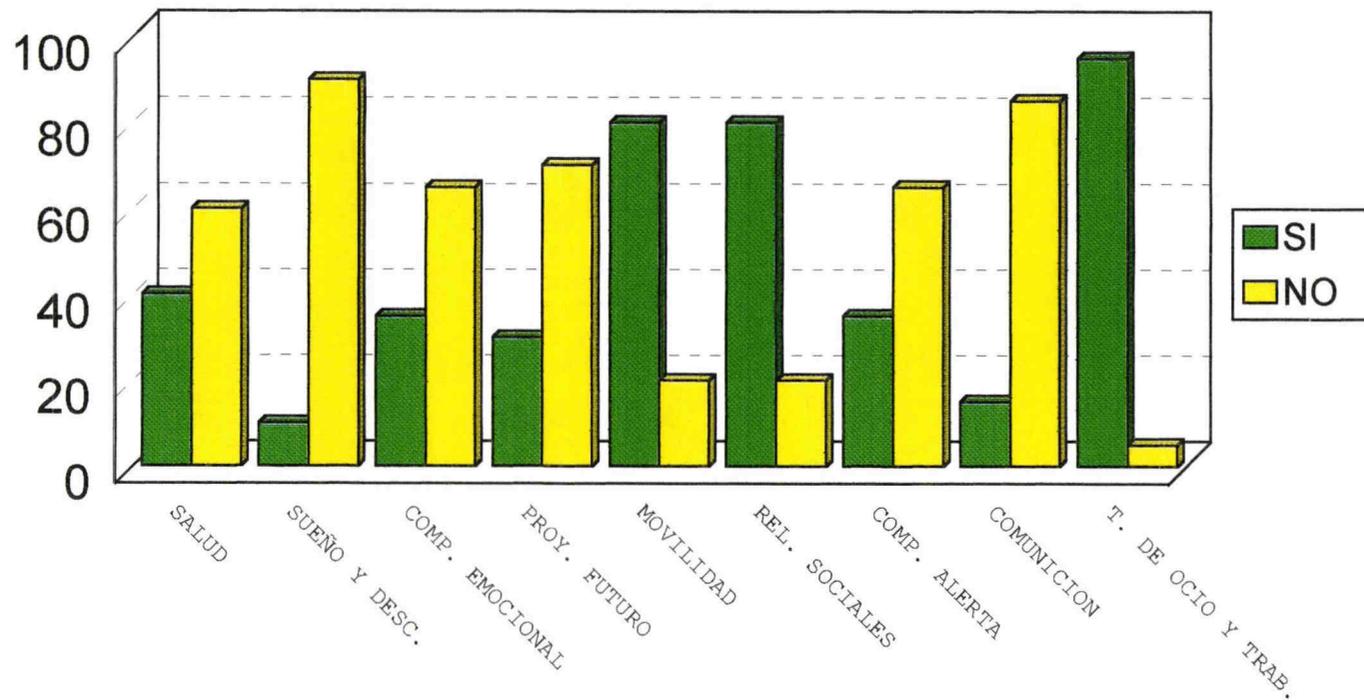


Gráfico nº1: Este gráfico de barras representa a todas las áreas del cuestionario de Calidad de Vida en el Paciente Cardíaco y su porcentaje de respuestas

12-14, el 65% contestó "No" e el 35% "Si". Gráfico 4.

El cuarto área "Proyectos de Futuro", compuesta por las preguntas 15-17, el 70% contestó "No" y el 30% "Si". Gráfico 5.

El quinto área "Movilidad", integrado por las preguntas 18-23, el 20% contestó "No" y el 80% "Si". Gráfico 6.

El sexto área "Relaciones Sociales", conformado por las preguntas 24-31, el 20% contestó "No" y el 80% "Si". Gráfico 7.

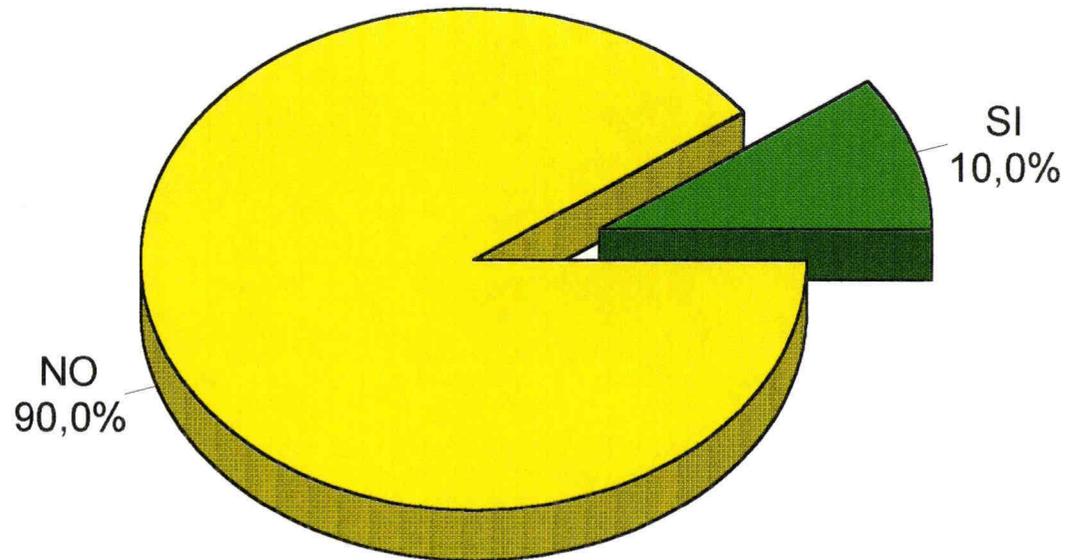
El séptimo área "Comportamiento de Alerta", con las preguntas 32-34, el 65% "No" y el 35% "Si". Gráfico 8.

El octavo área "Comunicación", formado por las preguntas 35-38, el 85% de los enfermos contestó "No" y el 15% "Si". Gráfico 9.

Con respecto al último área "Tiempo de Ocio y Trabajo", formado por las seis últimas preguntas, un 5% contestó "No" y un 95% "Si". Gráfico 10.

Una vez expuesto el análisis descriptivo de los resultados obtenidos del cuestionario de calidad de vida realizado a todos los pacientes postrasplantados

AREA "SUEÑO Y DESCANSO"



PREGUNTAS

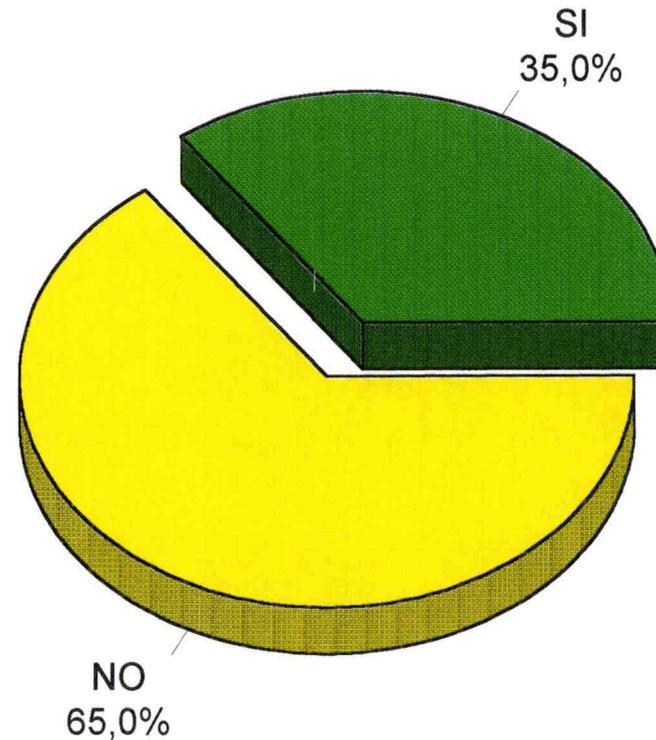
9.- Me apetece descansar durante la mayor parte del día.

10.- Cuando me siento doy mas cabezadas que antes.

11.- Duermo peor que antes.

Gráfico nº3: En este gráfico de tarta se representan los 3 ítems que integran el Area de Sueño y Descanso y su porcentaje de respuestas

AREA " COMPORTAMIENTO EMOCIONAL"

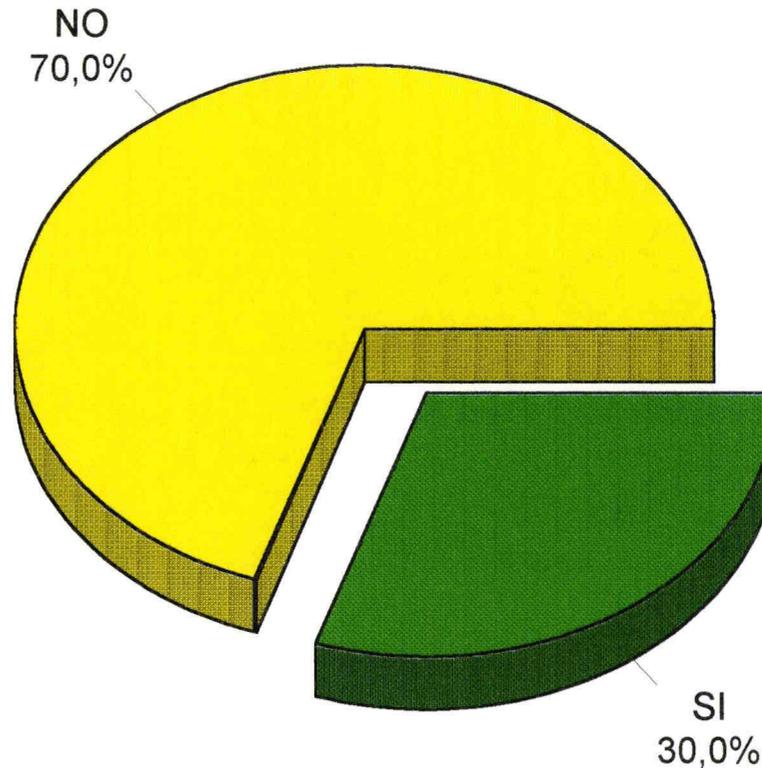


PREGUNTAS

- 12.- Rio o lloro de repente, sin motivo
- 13.- Reacciono de forma nerviosa o inquieta.
- 14.- Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo.

Gráfico nº4: En este grafico de tarta se representan los 3 ítems que integran el Area de Comportamiento Emocional y su porcentaje de respuestas.

AREA " PROYECTOS DE FUTURO "



PREGUNTAS

- 15.- Siento miedo a morirme.
- 16.- Soy una carga para mi familia y me siento inutil.
- 17.- No hago planes para mi futuro

Gráfico nº 5: En este grafico de tarta se representan los 3 ítems que integran el Area de Proyectos de futuro y su porcentaje de respuestas.

AREA "MOVILIDAD"

PREGUNTAS

- 18.- He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco, etc...
- 19.- Me da miedo conducir el coche
- 20.- Me quedo la mayoría del tiempo en casa.
- 21.- He reducido mis salidas lejos de casa.
- 22.- Ahora camino distancias mas cortas.
- 23.- No subo nunca escaleras.

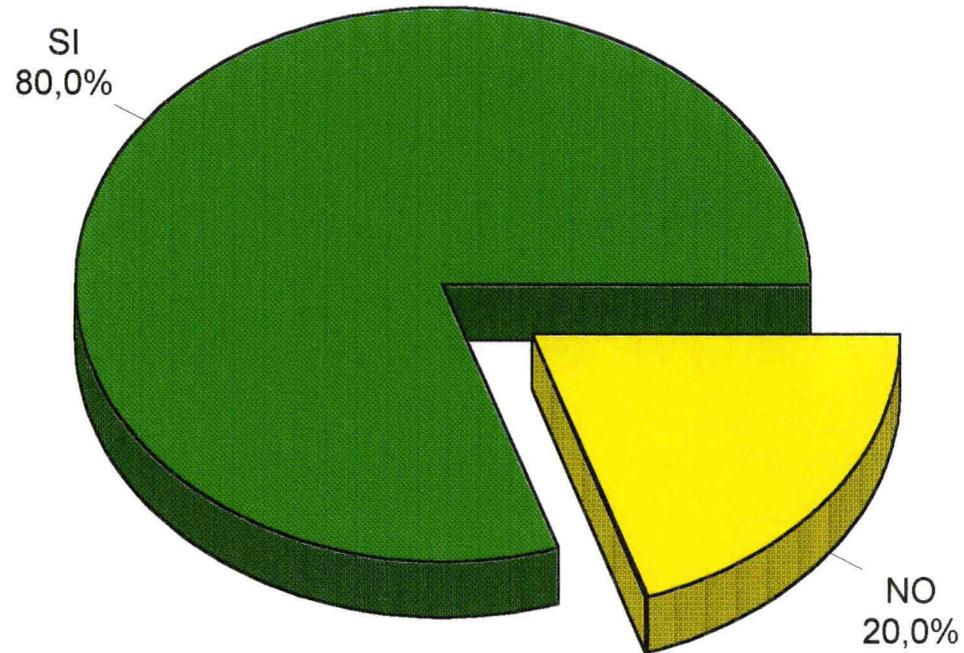


Grafico nº 6: En este grafico de tarta se representan los 6 ítems que integran el Area de Movilidad y su porcentajes de respuestas.

AREA "RELACIONES SOCIALES"

PREGUNTAS

- 24.- Ahora tengo menos relaciones con otras personas.
- 25.- Ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco.
- 26.- Reacciono desagradablemente con mi familia.
- 27.- Me aislo lo mas que puedo de mi mujer y mis hijos.
- 28.- Encuentro exagerados los cuidados de mi familia.
- 29.- Me siento abandonado por todos.
- 30.- El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas.
- 31.- El dinero es insuficiente para los gastos extras.

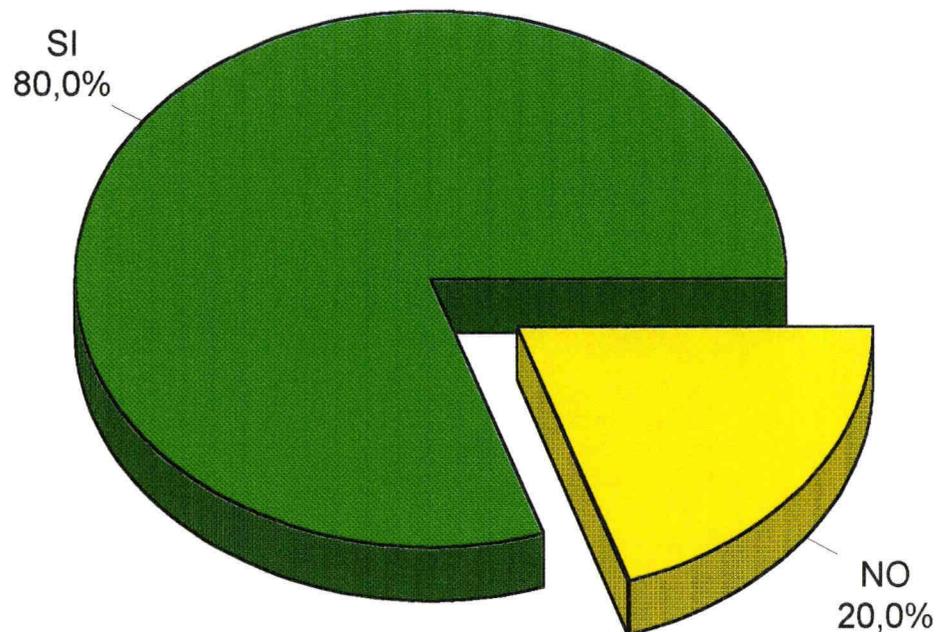
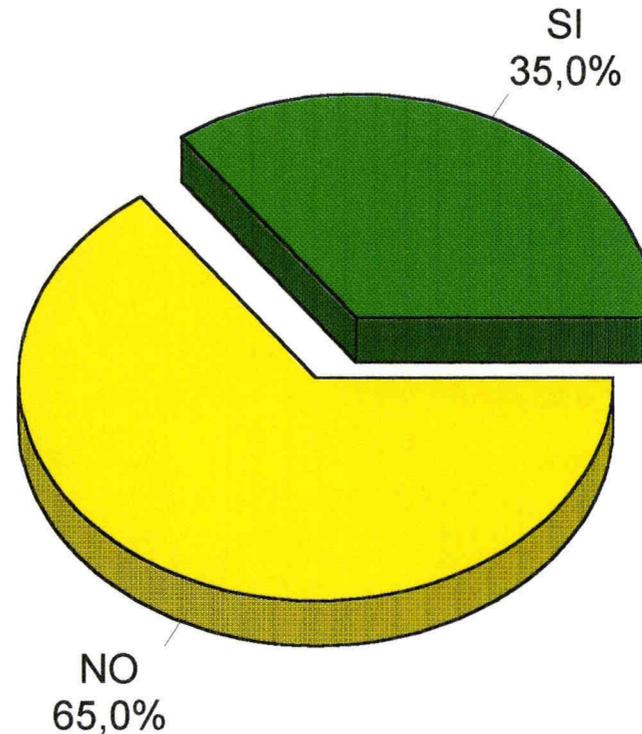


Gráfico nº 7: En este gráfico de tarta se representan los 8 ítems que integran el Area de Relaciones Sociales y su porcentaje de respuestas

AREA "COMPORTAMIENTO DE ALERTA"



PREGUNTAS

- 32.- Reacciono lentamente ante las cosas que se dicen o hacen
- 33.- Tengo dificultades para razonar y resolver problemas.
- 34.- Olvido muchas cosas recientes, por ej. donde he puesto algo, los nombres, etc...

Grafico nº 8: En este gráfico de tarta se representan los 3 ítems que integran el Area de Comportamiento de Alerta.

AREA "COMUNICACION"

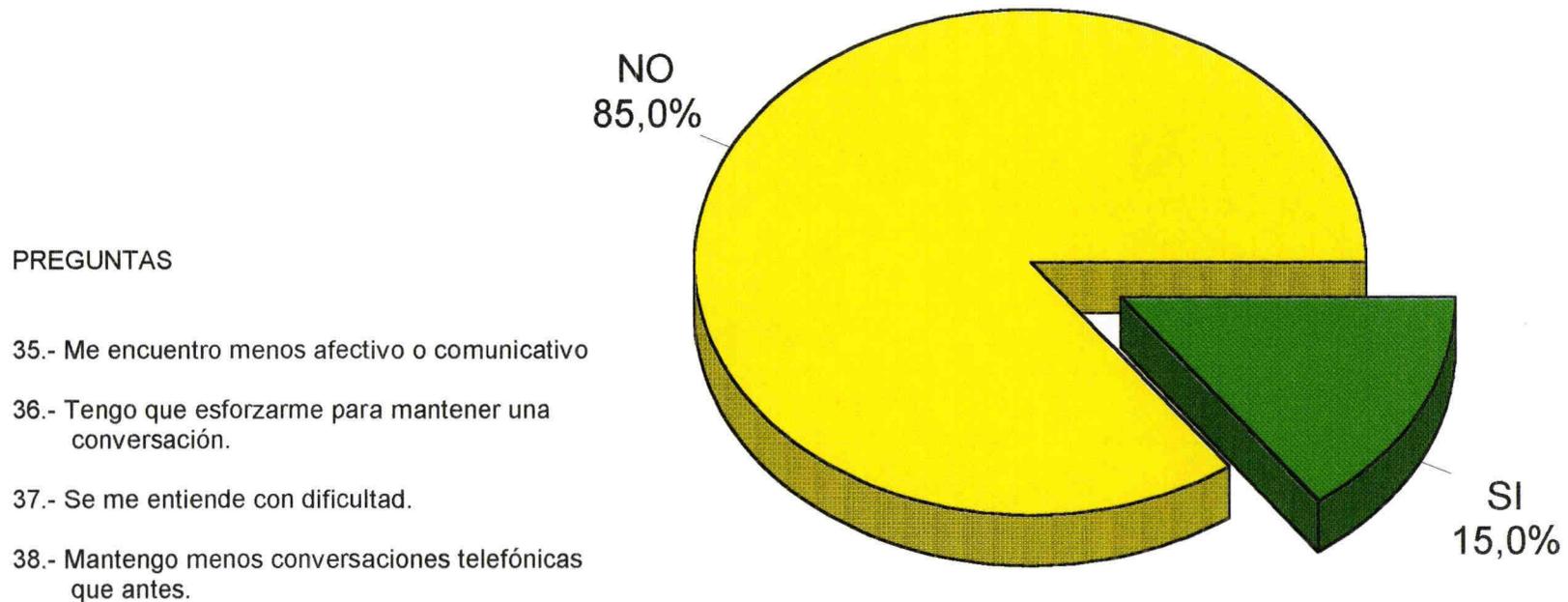


Gráfico nº 9: En este gráfico de tarta se representan los 4 ítems que integran el Area de Comunicación y su porcentaje de respuestas.

AREA "TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO"

PREGUNTAS

- 39.- Ahora me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas.
- 40.- Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme.
- 41.- No trabajo en nada.
- 42.- Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros.
- 43.- Deseo un trabajo distinto al que tengo.
- 44.- Deseo no volver a trabajar.

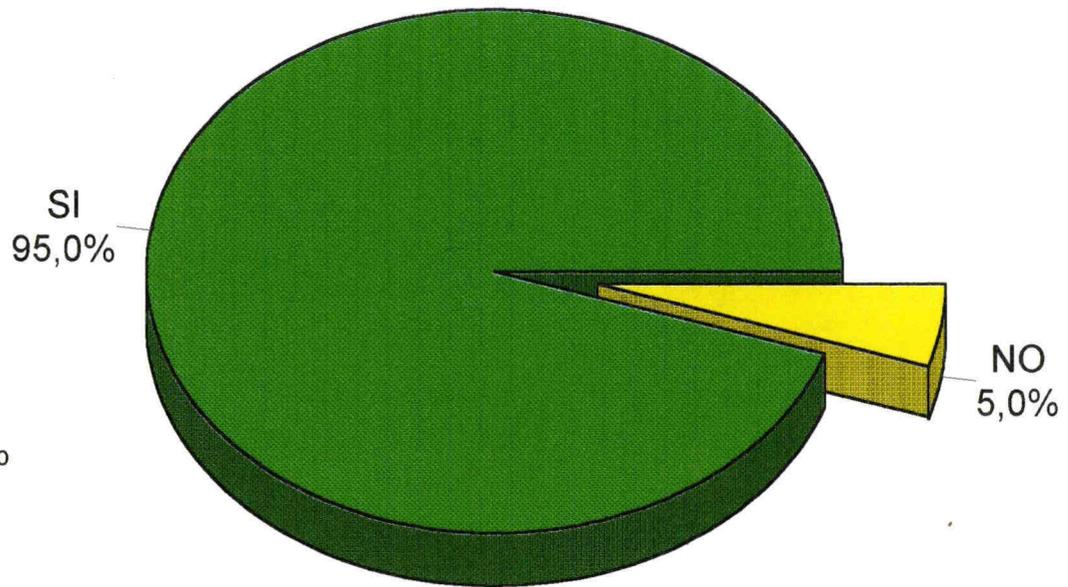


Grafico nº 10: En este grafico de tarta se representan lo 6 ítems que integran el Area de Tiempo de Ocio y Trabajo.

de corazón, pasamos a describir el análisis correlacional de la muestra.

3. ANALISIS CORRELACIONAL DE LA MUESTRA.-

En primer lugar analizaremos las correlaciones que hemos encontrado entre las variables sociodemográficas y los ítems del cuestionario sobre calidad de vida y posteriormente analizaremos la correlación encontrada entre los ítems del cuestionario de calidad de vida entre sí.

4. ANALISIS CORRELACIONAL ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA.

Las variables sociodemográficas en las que hemos encontrado correlación estadísticamente significativa con los diferentes ítems del cuestionario de calidad de vida son la edad, nivel de estudios e ingresos mensuales. (Tabla 1).

La edad se correlaciona con los siguientes ítems de las áreas que a continuación se detallan:

Hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes y la pregunta número dos del Area de Salud del

cuestionario sobre calidad de vida "Tengo fatiga o noto que respiro mal". El índice de correlación es de $-0,5546^*$, estadísticamente significativo de forma negativa, lo que quiere decir que la disnea la acusan más los pacientes jóvenes con respecto a los de mayor edad. (Tabla 1).

Igualmente la edad se correlaciona con el ítem número seis del Area de Salud del cuestionario sobre calidad de vida "Me cuesta seguir el régimen de alimentación". El índice es de $-0,6999^{**}$, siendo éste índice estadísticamente muy significativo. A los pacientes postrasplantados de menor edad les cuesta más trabajo seguir el régimen de alimentación. Según nuestros resultados los de mayor edad toleran mejor el régimen de alimentación. (Tabla 1).

La correlación de la edad con el ítem veintinueve del Area Relaciones Sociales del cuestionario calidad de vida "Me siento abandonado por todos", muestra un índice de correlación de $-0,6517^{**}$, estadísticamente muy significativo de forma negativa. Los más jóvenes refieren encontrarse más abandonados por todos que los de mayor edad. No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa de la edad con el resto de los ítems del cuestionario de calidad de vida. (Tabla 1).

Con respecto a la correlación entre nivel de estudios y los distintos ítems del cuestionario, tan sólo hemos encontrado una correlación estadísticamente

significativa con tres ítems: (Tabla 1).

a) Con el ítem número cinco del Area de Salud del cuestionario "Tomo demasiados medicamentos", el índice de correlación encontrado es de 0,5490*, estadísticamente significativo, lo que quiere decir que a mayor nivel de estudios refieren tomar demasiados medicamentos con respecto a los de nivel de estudios bajo o nulos, que no les parece que la medicación sea excesiva.

b) Con el ítem catorce del Area Comportamiento Emocional del cuestionario "Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo", el índice de correlación encontrado es de -0,5527*, estadísticamente significativo, es decir, a menor nivel de estudios los pacientes dicen reaccionar más de forma irritable o impaciente con ellos mismos .

c) Con el ítem diecinueve del Area de Movilidad del cuestionario "Me da miedo conducir mi coche" el índice de correlación es -0,5897* estadísticamente significativo de forma negativa. A menos nivel de estudios más miedo refieren a conducir en coche. Los pacientes con nivel de estudios superiores dicen no temer conducir el coche.

No hemos encontrado más correlaciones estadísticamente significativas entre el nivel de estudios cursado por los pacientes y el resto de los ítems del

cuestionario sobre calidad de vida.

Con los ingresos mensuales que tienen los pacientes postrasplantados tan sólo hemos encontrado correlación estadísticamente significativa con el ítem treinta y ocho del Area de Comunicación del cuestionario "Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes". El índice de correlación es de 0,5442* estadísticamente significativo. Los pacientes con ingresos mensuales superiores dicen mantener menos conversaciones telefónicas que antes con respecto a los que tienen ingresos mensuales más ajustados, que no refieren hablar menos por teléfono que antes del trasplante. (Tabla 1).

Con respecto a la antigüedad en el trasplante cardíaco, la profesión y la situación laboral como variables sociodemográficas, no hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa con ninguno de los ítems del cuestionario.

5. CORRELACION ENTRE LAS DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA.

Vamos a exponer las correlaciones estadísticamente significativas halladas entre los ítems del Area de Salud entre sí (Tabla 2).

**CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO Y
DISTINTAS VARIABLES**

		EDAD	NIVEL EST.	ING.MENS.
AREA DE SALUD	CV2	- 0,5546*		
	CV5		0,5490*	
	CV6	- 0,6999**		
COMPORT. EMOCIONAL	CV14		- 0,5527*	
MOVILIDAD	CV19		- 0,5897*	
RELACIONES SOCIALES	CV29	- 0,6517**		
COMUNICACION	CV38			0,5442*

En la primera columna, se observan los ítems de las áreas de Salud, Comportamiento Emocional, Movilidad, Relaciones Sociales y Comunicación. En la primera fila se observan los ítems de Edad, Niveles de Estudio e Ingresos Mensuales. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*) Significativo. (**) Muy Significativo.

TABLA 1

CORRELACIONES ENTRE LOS DISTINTOS ÍTEMS DEL AREA DE SALUD

	CV3	CV6	CV8
CV2	0,6389*	0,5526*	
CV4		0,6568*	0,5340*

TABLA 2

En la primera columna, se observan los ítems del Area de Salud. En la primera fila se observan los ítems del Area de Salud. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*) Significativo.

El ítem nº 2 "Tengo fatiga o noto que respiro mal" se correlaciona de forma estadísticamente significativa con los ítems nº 3 "Me siento más cansado que antes" y con el ítem nº 6 "Me cuesta seguir el régimen de alimentación" con unos índices de 0,6389* y 0,5526* respectivamente.

El ítem nº 4 "Me cuesta levantarme por las mañanas" se correlaciona de manera estadísticamente significativa con los ítems nº 6 "Me cuesta seguir el régimen de alimentación" con un índice de 0,6568* y con el ítem nº 8 "Me siento inseguro acerca de cuanto ejercicio debería hacer" con un índice de 0,5340*.

5. 1. Area de Salud (ítems 1-8) .-

El Area de Salud del cuestionario de calidad de vida (ítems 1-8) se correlaciona de forma estadísticamente significativa con el ítem 9 del Area de Sueño y Descanso "Me apetece descansar la mayor parte del día" con los siguientes ítems: (Tabla 3).

- El ítem 2 del cuestionario "Tengo fatiga o noto que respiro mal", con un índice de 0,6139* siendo éste estadísticamente significativo.

- El ítem 3 del cuestionario "Me siento más cansado que antes", con un índice de 0,5976*, estadísticamente significativo.

- El ítem 4 del cuestionario "Me cuesta levantarme por las mañanas", con un índice de 0,6466*, estadísticamente significativo.

- El ítem 8 del cuestionario "Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer", con un índice de 0,5495*, estadísticamente significativo.

5. 2. Area de Sueño y Descanso (ítems 9-11).-

Entre el Area de Sueño y Descanso (ítems del 9 al 11) y el Area de Comportamiento Emocional (ítems del 12 al 14) tan sólo hemos encontrado un ítem que se correlaciona, el ítem 9 del Area de Sueño y Descanso "Me apetece descansar durante la mayor parte del día" con el ítem 12 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Río o lloro de repente sin motivo" con un índice de 0,5195* estadísticamente significativo. (Tabla 4).

Entre el Area de Sueño y Descanso (ítems del 9 al 11) y el Area de

Relaciones Sociales (ítems del 24 al 31) hemos encontrado las siguientes correlaciones:

-El ítem 9 del Area Sueño y Descanso del cuestionario "Me apetece descansar durante la mayor parte del día" se correlaciona con el ítem 29 del Area

CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO

			AREA DE SALUD					
			CV 2	CV 3	CV 4	CV 6	CV 7	CV 8
SUEÑO Y DESCANSO	{	CV 9	0,6139 *	0,5976 *	0,6466 *			0,5495 *
COMPORT. EMOCIONAL	{	CV 12	0,5503 *	0,6220 *				
AREA DE MOVILIDAD	{	CV 18				0,5379 *		
RELACIONES SOCIALES	{	CV 27					0,5331 *	
		CV 28					0,5630 *	
		CV 29	0,9471 **	0,6882 **		0,6091 *		
OCIO Y TRABAJO	{	CV 39			0,5394 *			

En la primera columna, se observan los ítems de las Areas de Sueño y Descanso, Comportamiento Emocional, Movilidad, Relaciones Sociales y Tiempo de Ocio y Trabajo. En la primera fila se observan los ítems del Area de Salud. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*)Significativo. (**) Muy Significativo.

TABLA 3

de Relaciones Sociales "Me siento abandonado por todos" con un índice de 0,6766** siendo estadísticamente muy significativo. (Tabla 4).

De igual forma se correlaciona el ítem 11 del Area de Sueño y Descanso del cuestionario "Duermo peor que antes" con el ítem 27 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Me aislo lo más que puedo de mi mujer y mis hijos" con un índice de 0,7524** estadísticamente muy significativo. (Tabla 4).

El Area de Sueño y Descanso , según nuestros resultados, no se correlaciona de forma estadísticamente significativa, con los siguientes áreas del cuestionario: Area de Proyectos de Futuro (ítems 15 al 17), Area de Movilidad (ítems 18 al 23), Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32 al 34), Area de Comunicación (ítems 35 al 38) y Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39 al 44).

5. 3. Area de Comportamiento Emocional (ítems 12-14).-

Entre el Area de Comportamiento Emocional (ítems 12 al 14) y el Area de Movilidad (ítems 18 al 23) hemos encontrado correlación estadísticamente significativa con los siguientes ítems: (Tabla 4).

-El ítem 14 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario

"Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo" con el ítem 19 del Area de Movilidad del Cuestionario "Me da miedo conducir mi coche" con un índice de 0,7167** siendo éste estadísticamente muy significativo.

-El ítem 13 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Reacciono de forma nerviosa o inquieta" con el ítem 23 del Area de Movilidad "No subo nunca escaleras" con un índice de 0,5157* estadísticamente significativo.

Con el Area de Relaciones Sociales se correlacionan los siguientes ítems: (tabla 4).

-El ítem 12 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Río o lloro de repente sin motivo" con el ítem 29 del Area de Relaciones Sociales "Me siento abandonado por todos" con un índice de 0,6272* estadísticamente significativo.

-El ítem 14 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo" con el ítem 26 del Area de Relaciones Sociales "Reacciono de forma desagradable con mi familia" con un índice de 0,5292* estadísticamente significativo y con el ítem 29 del Area de Relaciones Sociales "Me siento abandonado por todos" con un índice de

0,5279* estadísticamente significativo.

El Area de Comportamiento Emocional no se correlaciona de forma estadísticamente significativa con los siguientes áreas: Area de Proyectos de Futuro (ítems 15 al 17), Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32 al 34), Area de Comunicación (ítems 35 al 38) y Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39 al 44).

-El ítem 12 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Río o lloro de repente sin motivo" se correlaciona con: (Tabla 3).

- El ítem 2 del Area de Salud del cuestionario "Tengo fatiga o noto que respiro mal" con un índice de 0,5503* estadísticamente significativo.

- El ítem 3 del Area de Salud del cuestionario "Me siento más cansado que antes" con un índice de 0,6220* estadísticamente significativo.

Entre estas dos áreas no hemos encontrado más correlaciones estadísticamente significativas.

5. 4. Area de Movilidad (ítems 18-23).-

Entre el Area de Movilidad (ítems del 18 al 23) y el Area de Salud (ítems del 1 al 8) tan sólo hemos encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre los ítems 18 del Area de Movilidad del cuestionario "He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa" con el ítem 6 del Area de Salud del cuestionario "Me cuesta seguir el régimen de alimentación" con un índice de 0,5379* estadísticamente significativo. (Tabla 3).

Entre el Area de Movilidad (ítems 18-23) y el área de Relaciones Sociales (ítems 24-31) hemos encontrado las siguientes correlaciones: El ítem 28 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Encuentro exagerados los cuidados de mi familia" con el ítem 18 del Area de Movilidad "He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco, etc..." y con el ítem 21 del mismo área "He reducido mis salidas lejos de casa" con unos índices de 0,5801* y de 0,5950* respectivamente, siendo ambos estadísticamente significativos.

Entre el Area de Movilidad (ítems 18 al 23) y el Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39 al 44) hemos encontrado las siguientes correlaciones: el ítem 20 del Area de Movilidad "Me quedo la mayoría del tiempo en casa" con el ítem 39 del Area de Tiempo de Ocio y Trabajo "Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas" con un índice de correlación de 0,5390* estadísticamente significativo; y el ítem 23 del Area de Movilidad "No subo nunca

CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO

		AREA DE SUEÑO Y DESCANSO		CORPORTAMIENTO EMOCIONAL		
		CV9	CV11	CV12	CV13	CV14
COMPORT. EMOCIONAL	}	CV12	0,5195*			
AREA DE MOVILIDAD	}	CV19		0,7524**		0,7167**
	}	CV23	0,6766**		0,6272*	0,5279*
RELACIONES SOCIALES	}	CV26			0,5157*	0,5292*
	}	CV27		0,7524**		0,7167**
	}	CV29	0,6766**		0,6272*	0,5279*

En la primera columna, se observan los ítems de las Areas de C. Emocional, Movilidad y Rel. Sociales. En la primera fila se observan los ítems de las Areas de Sueño y Descanso y Comp. Emocional. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*) Significativo. (**) Muy significativo.

TABLA 4

escaleras" con el ítem 40 del Area de Tiempo de Ocio y Trabajo "Ahora me resulta más difícil entretenerme o divertirme" con un índice de 0,5935* estadísticamente significativo. (Tabla 6).

No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre el Area de Movilidad y el Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32 al 34) y el Area de Comunicación (ítems 35 al 38).

5. 5. Area de Relaciones Sociales (ítems 24-31).-

Entre el Area de Relaciones Sociales (ítems 24 al 31) y el Area de Salud (ítems del 1 al 8) encontramos las siguientes correlaciones:

- El ítem 27 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Me aislo lo más que puedo de mi mujer y de mis hijos" con el ítem 7 del Area de Salud del cuestionario "Echo de menos fumar" con un índice de 0,5331* estadísticamente significativo. (Tabla 3).

- El ítem 28 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Encuentro exagerado los cuidados de mi familia" con el ítem 8 del Area de Salud del cuestionario "Me siento inseguro acerca de cuánto ejercicio debería hacer" con un índice de 0,5630* estadísticamente significativo. (Tabla 3).

CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO

		AREA DE MOVILIDAD			
		CV18	CV20	CV21	CV23
RELACIONES SOCIALES	CV28	0,5801*		5950*	
OCIO Y TRABAJO	CV39		0,5390*		
	CV40				5935*

En la primera columna, se observan los ítems de las Areas de Rel. Sociales y Ocio y Trabajo. En la primera fila se observan los ítems de las Areas de Movilidad. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*) Significativo.

TABLA 6

- El ítem 29 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Me siento abandonado por todos" con los siguientes ítems del Area de Salud: (Tabla 3).

-Item 2 del cuestionario "Tengo fatiga o noto que respiro mal" con un índice de 0,9471** estadísticamente muy significativo.

-Item 3 del cuestionario "Me siento más cansado que antes" con un índice de 0,6882** estadísticamente muy significativo.

-Item 6 del cuestionario "Me cuesta seguir el régimen de alimentación" con un índice de 0,6091* estadísticamente significativo.

Entre el Area de Relaciones Sociales (ítems 24 al 31) y el Area de Comunicación (ítems 35 al 38) hemos encontrado las siguientes correlaciones: el ítem 26 del Area de Relaciones Sociales "Reacciono desagradablemente con

mi familia" con el ítem 35 del Area de Comunicacion "Me encuentro menos afectivo o comunicativo" con un índice de 0,5204* estadísticamente significativo.

El ítem 28 del Area de Relaciones Sociales "Encuentro exagerados los cuidados de mi familia" se correlaciona con el ítem 39 del Area Tiempo de Ocio y Trabajo "Ahora me dedico más a pasatiempos que a actividades físicas" con un índice de 0,5327* estadísticamente significativo. (Tabla 7).

No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre las Areas de Relaciones Sociales y el Area de Comportamiento de Alerta.

Entre el Area de Relaciones Sociales (ítems 24 al 31) y el Area de Comunicación (ítems 35 al 38) hemos encontrado la siguiente correlación estadísticamente significativa: el ítem 26 del Area Relaciones Sociales "Reacciono desagradablemente con mi familia" se correlaciona con el ítem 35 del Area de Comunicacion del cuestionario "Me encuentro menos afectivo o comunicativo" con un índice de 0,5204* estadísticamente significativo. (Tabla 7).

Entre el Area de Relaciones Sociales (ítems 24 al 31) y el Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39 al 44) hemos encontrado las siguientes correlaciones: el ítem 28 del Area de Relaciones Sociales "Encuentro exagerados los cuidados de mi familia" se correlaciona con el ítem 40 del Area de Tiempo de Ocio y Trabajo "Ahora me resulta más difícil entretenerme o

divertirme" con un índice de 0,5327* estadísticamente significativo. (Tabla 7).

5. 6. Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39-44).-

Entre el Area de Salud (ítems 1 al 8) y el Area de Tiempo de Ocio y Trabajo

CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO

		REL. SOCIALES		COMP. DE ALERTA	
		CV26	CV28	CV33	CV34
COMUNICACION	CV35	0,5204*		0,6026*	
	CV36			0,5503*	0,5349*
OCIO Y TRABAJO	CV39		0,5327*		
	CV40		0,5327*		
	CV42				0,5741*

En la primera columna, se observan los ítems de las Areas de Comunicación y Tiempo de Ocio y Trabajo. En la primera fila se observan los ítems de las Areas de Relaciones Sociales y Comportamiento de Alerta . Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems.(*) Significativo.

TABLA 7

(ítems 39 al 44) tan sólo hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa entre el ítem 4 del Area de Salud "Me cuesta levantarme por las mañanas" y el ítem 39 del Area de Tiempo de Ocio y descanso del cuestionario "Ahora me dedico más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas" con un índice de 0,5394* estadísticamente significativo. (Tabla 3).

No hay correlación estadísticamente significativa entre el Area de salud y las Areas de Proyectos de Futuro, de Comportamiento de Alerta y de Comunicación.

5. 7. Area de Proyectos de Futuro (ítems 15-17).-

El Area Proyectos de Futuro se correlaciona de forma estadísticamente significativa con las siguientes áreas del cuestionario: (Tabla 5).

Con el Area de Movilidad (ítems 18-23) hemos encontrado la siguiente correlación:

-El ítem 15 del Area de Proyectos de Futuro del cuestionario "Siento miedo a morirme" se correlaciona con el ítem 18 del Area de Movilidad "He dejado de ocuparme de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco, etc..." con un índice de 0,9435** siendo estadísticamente muy significativo. (Tabla 5).

Con el Area de Relaciones Sociales (ítems 24-31) hemos encontrado la siguiente correlación:(Tabla 5).

-El ítem 15 del Area de Proyectos de Futuro "Siento miedo a morirme" con el ítem 28 del Area de Relaciones Sociales "Encuentro exagerados los cuidados de mi familia" con un índice de 0,5473* estadísticamente significativo, y de igual forma, éste último ítem se correlaciona también con el 16 del Area de Proyectos de Futuro "Soy una carga para mi familia y me siento inútil" con un índice de 0,5473* estadísticamente significativo. (Tabla 5).

Con el Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32-34) hemos encontrado las siguientes correlaciones:

-El ítem 16 del Area Proyectos de Futuro "Soy una carga para mi familia y me siento inútil" con el ítem 33 del Area de Comportamiento de Alerta "Tengo problemas para razonar y resolver problemas" con un índice de 0,6845** estadísticamente muy significativo. (Tabla 5).

No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre el Area Proyectos de Futuro y el Area Tiempo de Ocio y Trabajo.

5. 8. Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32-34) .-

CORRELACIONES ENTRE DISTINTAS AREAS DEL CUESTIONARIO

		AREA DE PROYECTO DE FUTURO	
		CV15	CV16
AREA DE MOVILIDAD	▶	CV18	0,9435**
RELACIONES SOCIALES	▶	CV28	0,5473*
COMPORT. ALERTA	▶	CV33	0,6845**
COMUNICACION	▶	CV35	0,6990**

En la primera columna, se observan los ítems de las Areas de Movilidad, Relaciones Sociales, Comportamiento Alerta. En la primera fila se observan los ítems del Area de Proyecto de futuro. Los números representan el índice de correlación de los distintos ítems. (*) Significativo. (**) Muy Significativo.

TABLA 5

Entre el Area de Comportamiento de Alerta (ítem 32 al 34) y el Area de Comunicación (ítem 35 al 38) hemos encontrado las siguientes correlaciones: el ítem 33 del Area de Comportamiento de Alerta "Tengo dificultades para razonar y resolver problemas" se correlaciona con el ítem 35 del Area de Comunicación del cuestionario "Me encuentro menos afectivo o comunicativo" con un índice de 0,6026* estadísticamente significativo, y con el ítem 36 del mismo Area "Tengo que esforzarme para mantener una conversación" con un índice de correlación de 0,5503* estadísticamente significativo. El ítem 34 del Area de Comportamiento de Alerta "Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo dónde he puesto algo, los nombres ...") se correlaciona con el ítem 36 del Area de Comunicación "Tengo que esforzarme para mantener una conversación" con un índice de 0,5349* estadísticamente significativo. (Tabla 7).

Entre el Area de Comportamiento de Alerta (ítems 32 al 34) y el Area de Tiempo de Ocio y Trabajo (ítems 39 al 44) hemos encontrado la siguiente correlación: el ítem 34 del Area de Comportamiento de Alerta "Olvido muchas cosas recientes, por ejemplo dónde he puesto algo, los nombres" con el ítem 42 del Area de Tiempo de Ocio y Trabajo "Ahora trabajo menos horas que antes o hago trabajos más ligeros" con un índice de 0,5741* estadísticamente significativo. (Tabla 7).

No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre las

áreas de Comunicación y la de Tiempo de Ocio y Trabajo del cuestionario.

DISCUSIÓN

IV. DISCUSION.-

La atención médica debe tender a conseguir un nivel en el proceso clínico ligado al individuo, lo que impone una actuación integral. Esto conlleva una nueva orientación en los cuidados de salud como el examen de la relación del tratamiento, el alivio de los síntomas, el bienestar del enfermo y el grado de satisfacción e integración de éste en las distintas áreas social, familiar y profesional.

Definiciones de "calidad de vida" como la de Shin y Johnson⁶⁰ : "Tenencia de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades o deseos, participar en actividades que hagan posible el desarrollo personal y autoactualizar y comparar de forma satisfactoria a uno mismo con otros".

Así como otra definición de calidad de vida que se refiere a un concepto multidimensional que integra todos aquellos factores que influyen sobre la vida del individuo.

En estas definiciones sobre calidad de vida vemos la dificultad que conlleva su correcta definición, ya que entendemos que es un concepto amplio que incorpora sentimientos como la satisfacción personal, metas alcanzadas o recursos económicos y logros sociales.

No obstante, hoy podríamos definir la calidad de vida como la capacidad de una persona para realizar de forma adecuada y satisfactoria su papel en las distintas áreas, familiar, laboral y social, no haciendo referencia sólo a la reincorporación en estas áreas, sino a que el paciente se encuentre útil y adaptado satisfactoriamente consigo mismo. Pero la satisfacción que tiene cada individuo y la importancia que éste le da, es algo personal y , por tanto, es variable por lo que no influyen de igual forma sobre la calidad de vida⁶³.

Para conseguir la apreciación que los pacientes trasplantados tienen sobre su " Calidad de Vida" se ha realizado esta Tesis con el objetivo de identificar sus problemas y darles solución en la medida de lo posible a los mismos. Los criterios de inclusión que se han utilizado en nuestro estudio fueron los mismos que los que se siguen en los distintos grupos para ser incluidos en el protocolo de trasplantes cardíacos: enfermedad cardíaca terminal, no padecer enfermedades concomitantes irreversibles, edad inferior a los 65 años, psicológicamente aptos y con pruebas funcionales compatibles con la intervención a la que se van a someter.

A estos enfermos se les realizaba un estudio clínico por parte de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del hospital y una entrevista psicológica por el Servicio de Psiquiatría del mismo antes del trasplante y, una vez recibida la aptitud de las diferentes pruebas, se incluía en la lista de espera

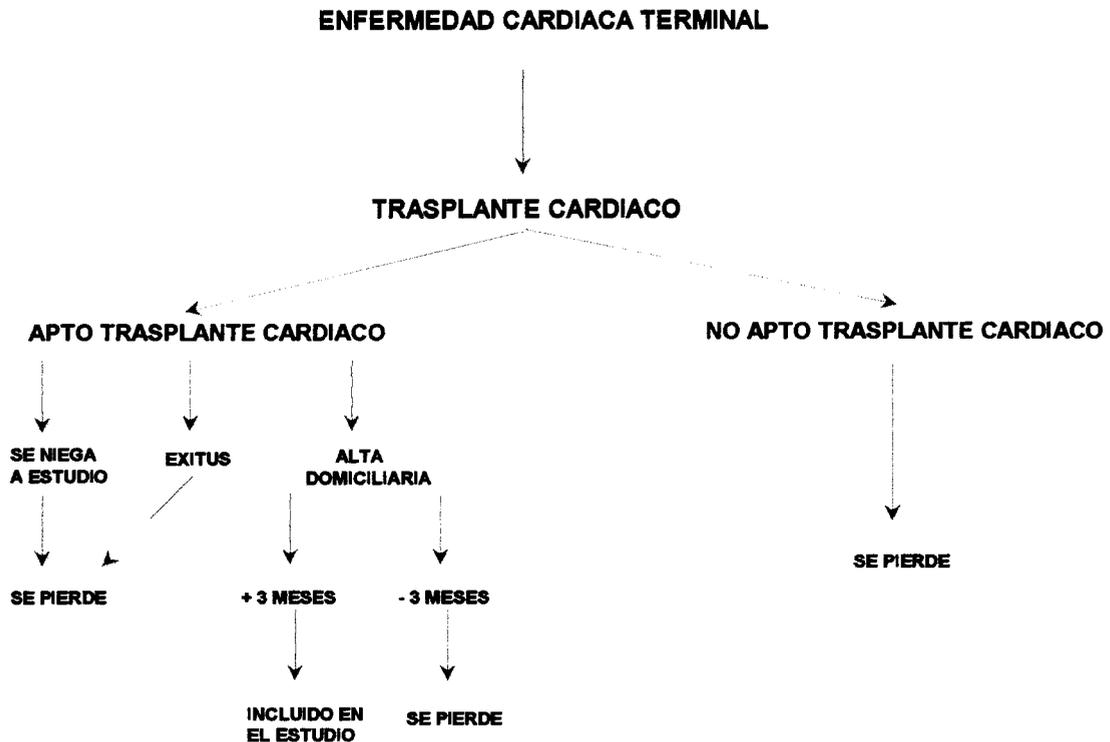
de Trasplantes Cardíacos, para que, cuando se dispusiera de un donante idóneo, fuese intervenido.

Nosotros hemos puesto como única condición añadida a las anteriormente mencionadas el estar el enfermo dado de alta hospitalaria, en su domicilio, tras la intervención durante, al menos, tres meses.

Consideramos que este tiempo transcurrido es suficiente para que desaparezcan las molestias y dolores postoperatorios propios de la intervención, ya que algunas preguntas del cuestionario inciden sobre la sintomatología clínica del enfermo, pilar básico de la calidad de vida, pudiendo interferir éstas, en las contestaciones dadas por los enfermos a dichas preguntas.

Por otro lado hemos considerado que a partir de los tres meses, el enfermo comienza a sentirse autosuficiente y a tomar conciencia de la realidad de su nueva situación, contestando las preguntas de una forma, a nuestro entender, más objetiva.

Los pacientes residían todos en Sevilla o provincia, cuyo centro de referencia para este tipo de intervenciones era el Hospital Universitario Virgen del Rocío, ya que, al tener que acudir al Servicio de Cardiología del mencionado hospital para revisiones periódicas, sobre todo toma de biopsias



Esquema 1: Vemos el protocolo seguido para la inclusión de los enfermos trasplantados de corazón en nuestro estudio. Las flechas verdes indican los no incluidos, las rojas indican el camino seguido para su inclusión.

endomiocárdicas, era más accesible para incluirlos en el estudio.

Algunos enfermos, de nuestro estudio, tenían ciertas dificultades para leer y/o escribir (30 %) por lo que se prefirió entrevistar a toda la muestra mediante un encuestador, médico, que aclarase todas las dudas que se le pudieran plantear al enfermo. Al utilizar el encuestador no nos veríamos obligados a excluir a los "incultos" del estudio, para que esto no supusiese un sesgo en los resultados que se obtuvieran del trabajo. No olvidemos que la principal ventaja de la utilización de un entrevistador es la menor restricción que existe entre el encuestador y lo que puede ser preguntado. Esto es de capital importancia en las mediciones de calidad de vida⁶⁹. De igual forma, ninguno de los enfermos de la muestra tenía patología concomitante que pudiera distorsionar los resultados.

Del análisis de los resultados, observamos que de los veinte enfermos de los que se compone la muestra estudiada, 18 eran hombres y 2 mujeres. Esto es lógico ya que el sexo masculino alcanza una prevalencia más alta de enfermedades cardiovasculares que el sexo femenino y por lo tanto, el porcentaje de pacientes masculinos habrá de ser mucho más elevado que el de femeninos a la hora de precisar ser incluidos en un programa de trasplantes cardíacos, la razón de esto puede estar relacionado con los estrógenos, que parecen ser los más directos responsables de estas diferencias¹⁰¹.

Entre las mujeres se encontraba la enferma más joven, con 13 años de edad. El mayor de todos los enfermos incluidos en el estudio era un hombre de 65 años. La edad media de todos los encuestados era de 48,5 años.

No es de extrañar que esas fueran las edades de la muestra, ya que el protocolo de trasplantes cardíacos, utilizados por la mayoría de los grupos, propone una edad máxima para ser incluido en el programa de 65 años, no existiendo edad mínima.

La edad, por nosotros encontrada en nuestros enfermos, era algo superior a la que tenía la muestra utilizada en el trabajo sobre factores psicológicos y calidad de vida en el trasplante cardíaco realizado por Francois M et al.¹⁰², que era de 37,9 la edad media, la edad mínima de 15 años, y una edad máxima de 56 años. Dicho trabajo se publicó en el año 1.990 con lo que no es raro, tengamos una edad media superior (48,5 años) con respecto a dicho trabajo (37,9 años) ya que se ha ampliado la edad en la que se acepta realizar un trasplante cardíaco a la vista de los resultados obtenidos. Del mismo modo, otro trabajo sobre el mismo tema, obtenía una edad tope máxima de 60 años, aunque, al haber en la muestra muchos enfermos jóvenes, la edad era inferior a la obtenida por nosotros (44,9 años)⁷².

Considerando el nivel de estudios alcanzado, dos enfermos habían cursado

estudios superiores con carreras universitarias acabadas, el 10% de todos los encuestados, uno había cursado carrera universitaria media, (5%), tres habían realizado estudios de formación profesional (15%), dos habían concluido el bachillerato hasta el tercero de B.U.P. (10%), seis de los encuestados tenían el bachiller elemental (hasta octavo de E.G.B.). 30% de la muestra estudiada y los seis restantes no habían realizado ningún tipo de estudios. (30%)

Este nivel cultural resultante, siguió la distribución teórica esperada, ya que el nivel de estudios que referían mayoritariamente los enfermos trasplantados de corazón incluidos en este trabajo era de estudios primarios o sin estudios (60%). Tenían estudios de bachiller elemental el 25 % de la muestra y el 15 % restante tenía estudios superiores o medios concluidos. Observando la edad media de la muestra (48,5 años) no es infrecuente encontrar en la población general que gran parte de la misma, no tuvo acceso en su momento a otra formación que no fueran las referidas.

La situación laboral en la que se encontraban los enfermos, tras el trasplante cardíaco eran las siguientes:

Dos estaban en activo, un hombre y una mujer (10%). El hombre era industrial autónomo y la mujer, aún se encontraba en edad escolar, cursando estudios de E.G.B. Del resto de la muestra seis se encontraban en situación de

baja laboral transitoria (30%) y los doce restantes eran pensionistas (60%).

Estos datos se explican teniendo en cuenta las edades de estos enfermos, relativamente altas y próximas a la edad de jubilación, teniendo en cuenta que aunque la edad media sea de 48,5 años, ésta es reducida de forma importante por el hecho de existir dos casos (10%) en los que la edad era de 13 y 18 años.

Los que estaban activos eran la mujer de 13 años que cursaba estudios y un hombre de 42 años, de profesión industrial.

Creemos de igual forma que el paro que asola España y, concretamente nuestra región, influye de manera significativa en la no reincorporación a la vida laboral. A este factor habría que sumarle el que a igualdad de aptitudes para desarrollar un trabajo, ¿quién contrataría a un enfermo trasplantado de corazón con el absentismo laboral que podría suponer?

El nivel económico de los enfermos incluidos en el estudio era igualmente variable.

Tres de los enfermos (15%) tenían nivel de ingresos superiores a las 200.000 pesetas mensuales.

Seis enfermos (30%) obtenían unos ingresos comprendidos entre las 100.000 y las 200.000 pesetas mensuales.

El resto de los enfermos disponían de menos de 100.000 pesetas mensuales.

Al estar en un país como el nuestro, en el que todos los españoles tienen derecho a una atención sanitaria gratuita, según la Constitución Española de 1.978, los enfermos para estar incluidos en el protocolo de trasplante cardíaco, no precisan tener un estatus económico alto, y por tanto la muestra, por nosotros recogida, se ajusta a la población general española en cuanto a nivel económico: 15% de nivel económico alto, 30% con nivel económico medio/alto y un 55% con un nivel económico medio/bajo.

Si la muestra se hubiera obtenido en otro país como Estados Unidos, en el que el sistema de salud es privado, probablemente la muestra recogida dispondría de unos ingresos económicos altos o muy altos, y los resultados hubieran presentado una notable distorsión.

La mayoría de los enfermos (60%) estudiados por nosotros, tenía un nivel de estudios bajo o nulo. Los bajos niveles de estudios incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares¹⁰³ y por tanto de necesitar ser incluidos

en programas de trasplante de corazón, parece que se debe a la menor información en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y un menor control médico. De igual forma también puede ser causa de este incremento en la incidencia de enfermedad cardíaca en niveles culturales bajos la relación entre el estrés y la capacidad de afrontamiento por parte de los sujetos que lo padecen. A mayor nivel de estudios, o una clase social superior, se incrementan los recursos del individuo¹⁰³.

En cuanto al tiempo que llevaban trasplantados los enfermos encuestados, el que menos tiempo llevaba era un hombre que hacía tan sólo tres meses que lo habían intervenido, sin embargo el que más tiempo llevaba en esta situación era otro hombre con cuatro años y ocho meses. Caso referenciado en la base de datos de la Unidad de Trasplantes Cardíacos del Hospital Universitario Virgen del Rocío, que constituye hoy día un éxito, al ser el primer trasplantado de corazón en Sevilla, y con una más que aceptable calidad de vida.

El tiempo medio que llevaban los enfermos trasplantados de corazón no llegaba a los dos años (un año diez meses y cuatro días). Tiempo a nuestro entender más que suficiente para que las contestaciones que reflejaban en nuestro cuestionario fuesen valorables y significativas y no influenciadas por distorsiones secundarias a lo novedoso y espectacular de su nuevo estado.

Un amplio número de estudios realizado sobre las repercusiones que las enfermedades cardiovasculares tendría sobre los pacientes, se ha encaminado a detectar la presencia o no de reacciones emocionales tras la cirugía cardíaca. Así hemos visto que la gran mayoría de autores coinciden en afirmar que son tres las reacciones emocionales más frecuentemente asociadas a las manifestaciones de la cardiopatía isquémica: ansiedad, depresión y negación¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁻¹⁰⁷, sin embargo no hay acuerdo a la hora de determinar la prevalencia de las mismas.

No hay muchos estudios sobre calidad de vida en pacientes trasplantados de corazón por el contrario que en otros estados de salud. Es por esto que hemos considerado interesante averiguar cómo se siente un paciente postrasplantado de corazón y en qué cambia su forma de vivir tras el impacto que supone el trasplante, y en definitiva, su calidad de vida.

Así, hemos utilizado para su valoración el cuestionario Velasco-Del Barrio sobre calidad de vida, que explora las distintas áreas que lo conforman: salud, comportamiento emocional, etc...

Este cuestionario, al igual que Patrick DL et al¹⁰⁸ tiene en cuenta no sólo el estado de salud, sino las actitudes físicas y psíquicas del enfermo y ciertas condiciones ambientales que permiten su desarrollo. Sin embargo estos mismos autores piensan que las actitudes psíquicas, como la autosatisfacción y la

percepción de la enfermedad, no corren paralelas a las condiciones físicas y ambientales por lo que deben de ser analizadas por separado¹⁰⁸.

La nueva situación en la que el enfermo trasplantado se ve inmerso, afecta, de alguna manera, a la imagen que de sí mismo el sujeto ha venido manteniendo hasta el momento.

Así, la toma de conciencia de la vulnerabilidad no sólo física, sino también emocional, influiría de manera incuestionable en la calidad de vida del enfermo y será modificada en función de la nueva visión que el sujeto tenga de sí mismo y de sus capacidades.

El trasplante cardíaco no sólo implica una modificación de hábitos y unas posibles limitaciones físicas, sino que puede incidir en la consideración global que el sujeto tenga de sí mismo, y esto, por afectar a un órgano que posee además unas connotaciones especiales. El corazón se percibe como motor de las actividades y principal implicado en las emociones personales. De esta forma, aunque el sujeto no perciba ninguna "tara" externa, si se siente especialmente vulnerable en su interior tendiendo a reducir sus sensaciones físicas y emocionales con la intención de no "sobrecargar" su corazón debilitado.

Por esto, nos planteamos conocer si tras el trasplante cardíaco el paciente

puede llevar una vida similar a la anterior o mejor, y cómo vive el enfermo, la nueva situación.

Pasamos a analizar los resultados más relevantes obtenidos en nuestro estudio sobre calidad de vida en el paciente postrasplantado de corazón:

La sintomatología que refiere el enfermo postrasplantado de corazón que puede recordarle la situación previa al trasplante y por tanto con los que están más sensibilizados son el dolor en el pecho, la disnea y el cansancio. Una amplia mayoría de los enfermos estudiados (entre el 80 y el 90 %) contestaron que nunca padecían estos síntomas y el 10-20% restante contestaban muy pocas o algunas veces, por lo que deducimos que tras el trasplante cardíaco la sintomatología clínica típica de las cardiopatías prácticamente desaparece.

El estado de salud es un pilar básico para el disfrute de una buena calidad de vida. Así Patrick y Bergner¹⁰⁹ dicen que las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, se emplearán en los próximos diez años para mejorar la calidad de la sanidad y para reducir las desigualdades en la salud. El dolor se considera como el enemigo fundamental de una buena calidad de vida¹¹⁰ por tanto, creemos, que al desaparecer esta clínica, el individuo ganará en calidad de vida y en autosatisfacción por el logro obtenido. Estos resultados coinciden con los publicados por Harvison A et al¹¹¹.

Las respuestas a la pregunta número 7 del Area de Salud del cuestionario "Echo de menos fumar" fueron muy repartidas, de tal forma que el 65 % decían no echarlo de menos nunca y el 35% sí lo echaban de menos en mayor o menor medida.

Hay que tener en cuenta que del 65 % que nunca echaba de menos fumar, algunos de ellos no habían fumado nunca, por lo que su respuesta era comprensible, sin embargo la mayoría de los antiguos fumadores, sí lo añoraban, teniendo en cuenta la publicidad que se le dá al tabaco y la gran aceptación que éste hábito tiene en la población en general, no resulta fácil olvidarlo, por lo que la respuesta dada no nos sorprende. En Andalucía, según estimaciones de la O.M.S. en 1990, el 45% de la población era fumador en contraposición del 55 % que no tenía este hábito, lo cual indica la dificultad de no echar de menos el mismo, pues en el ambiente que se pueda desenvolver un paciente, habrá siempre mayoría de fumadores, teniendo en cuenta que en estos porcentajes se incluye toda la población, incluidos niños.

En la pregunta número 15 del Area de Proyectos de Futuro del cuestionario "Siento miedo a morirme", llama la atención que el 90% de los encuestados refiere que nunca y el 10% restante alguna o muy pocas veces. El sentimiento de miedo a la muerte, creemos no lo tienen estos enfermos porque ya han "resucitado" tras el trasplante cardíaco al que han sido sometidos y el problema

creen haberlo superado. Antes del trasplante cardíaco sí que está presente este sentimiento, pero una vez intervenido, desaparece casi por completo. Según Dew M.A. et al⁷⁰ los sentimientos de ansiedad y miedo que padece el enfermo trasplantado de corazón van desapareciendo con el tiempo, aproximadamente a partir del año, siendo por tanto sus resultados similares a los obtenidos por nosotros.

A la pregunta número 25 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario sobre calidad de vida "ha descendido mi actividad sexual a causa del problema cardíaco" el 55% contestó que no y el 50% refirió haber disminuído su actividad sexual en mayor o menor medida. El 5% no contestó a la pregunta.

El 5% que no contestó, fue porque, al tener una corta edad, 13 años, no había experimentado ese tipo de relaciones, ni antes ni tras el trasplante.

Uno de los factores que influyen en la calidad de vida de una persona es la posibilidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias.

Nuestros resultados difieren de los obtenidos por distintos autores¹¹²⁻¹¹³⁻¹¹⁴, que consideran que el porcentaje de sujetos que ven afectado su comportamiento sexual, oscila entre el 80 y el 90%. De nuestro estudio se desprende un porcentaje sensiblemente inferior (el 50%). No obstante los factores que influyen

en la actividad sexual son diversos, los más frecuentes son de tipo psicológico: miedo, ansiedad y depresión. Posteriormente son secundarios a la medicación administrada y curiosamente el factor cardiológico figura en un tercer escalón de motivaciones¹¹⁵.

A la pregunta número 28 del Area de Relaciones Sociales del cuestionario "Encuentro exagerados los cuidados de la familia", el 90% contestó nunca o algunas veces y el 10% restante contestó siempre. y a la pregunta 29 del mismo Area "Me siento abandonado por todos", el 95% contestó nunca y el 5% restante algunas veces. Vemos como una amplísima mayoría de los enfermos encuestados no tienen el sentimiento de abandono familiar y por tanto no encuentran exagerados los cuidados que reciben de la misma. Pensamos que esto se debe al papel protagonista que asumen estos enfermos, al ser ésta (trasplante cardíaco) una técnica novedosa y relativamente poco divulgada, a la que tienen acceso, por diversos motivos, un número reducido de enfermos, así justifican el trato que reciben y a su vez se sienten protegidos por el núcleo familiar y de su entorno.

Estos enfermos, creen estar en un pequeño grupo de "privilegiados" a los que se les brinda una segunda oportunidad. Estas dos cuestiones junto con otras tres que ya vimos anteriormente son las que contestan con mayor unanimidad la población estudiada y por ello entendemos que son muy significativas.

El 70 % de los enfermos encuestados decía no "hacer nunca planes para su futuro" o "hacerlos muy pocas veces". Un 30% sí los hacían.

Los enfermos que no hacían planes para su futuro coincidían con llevar menos tiempo trasplantados que los pacientes que referían sí hacer planes. Nuestra opinión es que esto ocurre porque los enfermos trasplantados más recientemente, no tienen todavía seguridad en su nueva situación y sufren un alto grado de incertidumbre, acerca de las complicaciones que aún se podrían presentar, principalmente el rechazo al injerto.

El estudio realizado por Ordoñez et al⁷¹ coincide con nuestros resultados al aseverar que la "persistente y nefasta idea del rechazo impide inicialmente al paciente realizar planes a largo plazo sobre su vida". Sin embargo con el tiempo, los pacientes comienzan a plantearse su vida de otra manera, incluyendo la realización de planes futuros a más largo plazo.

En nuestro trabajo al 85% de la muestra no le "resultaba más difícil entretenerse o divertirse" y al 15% casi siempre les "resultaba más difícil entretenerse". Ordoñez et al⁷¹ en el trabajo mencionado anteriormente correlacionaba este resultado con la idoneidad del paciente para ser trasplantado, de tal forma que los trasplantados de corazón, buenos candidatos a priori, ocupaban su tiempo libre, del que disponían por su enfermedad, y eso, según

estos autores, era reflejo de una adaptación a la nueva situación. Nosotros estamos de acuerdo con sus resultados, si bien no hemos hallado correlación de esto con el tipo de paciente una vez trasplantado, de igual forma comparten nuestras conclusiones Barnard and Copelan¹¹⁶.

En cuanto a los ítems que exploran el trabajo y el ocio, área 9 del cuestionario de calidad de vida de Velasco-Del Barrio, utilizado por nosotros, prácticamente el 50% de los enfermos quería volver a trabajar mientras que el otro 50% no deseaba la reincorporación a la vida laboral.

La vuelta al trabajo es un índice muy importante de la adaptación social y, por tanto, de su calidad de vida, pero no el más importante¹¹⁷.

En el deseo de no volver a la vida laboral pensamos que influyen diversos factores como es la edad. A mayor edad, la vuelta al trabajo es menos deseada, si bien la edad de jubilación voluntaria en España tiene lugar a partir de los 60 años, con una retribución inferior a la obtenida tras la jubilación forzosa, que según la Ley General de la Seguridad Social se produce a los 65 años.

Por encima de los 50 años (50%) de los enfermos encuestados están acogidos a una situación de pensionistas por invalidez que continuarán posiblemente con la jubilación. El 50 % restante que sí le gustaría reincorporarse

al trabajo tiene edades inferiores a los 50 años, por lo que pensamos que creen tener aún una vida laboral larga y que "merece la pena" reemprender. Datos que concuerdan con Velasco⁸¹.

Velasco et al refieren en alguna de sus publicaciones que las causas para la no reincorporación al trabajo son la edad⁸¹ y el trabajo físicamente pesado⁸³.

En nuestro trabajo estamos de acuerdo con estos resultados al comprobar que, el 40% de nuestros enfermos que deseaban trabajar tenían puestos directivos e intelectuales, cuyos trabajos no suponían un esfuerzo físico importante.

La excesiva preocupación por su salud suele ser otra causa de la mala readaptación laboral¹¹⁸.

Los pacientes con nivel de estudios superiores y mayores ingresos económicos, se reincorporan con mayor facilidad a su trabajo que los de clase social baja⁸¹⁻⁸³, hechos que igualmente constatamos en nuestros resultados.

En el área de Sueño y descanso, el 90% de los encuestados contestó negativamente y el 10 % afirmativamente. (Gráfico nº 3).

El cansancio que los enfermos padecían antes de ser trasplantados era manifiesto y precisaban hacer una vida sedentaria para sobrecargar lo menos posible a un corazón frágil o insuficiente que tenían, sin embargo, al gozar de un nuevo órgano, su situación varía radicalmente y no haciendo una vida excesivamente activa por diferentes motivos, edad, situación laboral... no necesitan de tanto descanso, por lo que obviamente esta contestación refleja una mejoría en la calidad de vida del paciente.

El área que explora el comportamiento emocional, items del 12 al 14 del cuestionario, el 65 % de los enfermos contestó que no reaccionaban de forma anómala y el 35% que sí lo hacían (Gráfico nº 4). Esto concuerda con diferentes trabajos⁷²⁻¹¹⁹ en los que un porcentaje similar de enfermos postrasplantados de corazón padecían esos mismos síntomas.

"Reacciono de forma nerviosa o inquieta", "irritable o impaciente conmigo mismo", "río o lloro de repente sin motivo". Pensamos que este tipo de actuaciones son fruto de los altibajos emocionales que padecen estos enfermos en distintas etapas de su enfermedad, debido fundamentalmente al "miedo a lo desconocido".

En el Area de Movilidad, compuesto por los ítems números del 18 al 23 del cuestionario, el 80% de los encuestados contestó afirmativamente a las preguntas y el 20% negativamente (Gráfico nº 6). Los enfermos trasplantados de corazón

disminuyen sus salidas de casa, y se alejan menos de sus domicilios (viajes) en una gran mayoría, posiblemente por los mismos motivos que no hacían proyectos de futuro, por temor al rechazo, causa fundamental y más temidas de las complicaciones postrasplante.

Las relaciones sociales es un área del cuestionario en que el 80% de la muestra refería haberla disminuído, sin embargo el 20% refería lo contrario (Gráfico nº 7). En parte, parece lógico, que se disminuyan las relaciones sociales tras el trasplante cardíaco. Hay que tener en cuenta que durante la vida laboral las relaciones que se tienen son mucho más numerosas, por el obligado contacto con otras personas. El pensionista, jubilado o no activo laboralmente disminuye de forma significativa sus relaciones para con los demás, ciñéndose éstas al núcleo familiar y de amistades próximas.

En el II Congreso Nacional de Psicología Social celebrado en Alicante en 1.988, se presentó una ponencia en la que se decía que las áreas que más se modificaban en las enfermedades cardíacas agudas eran las de "ocio y trabajo", "movilidad" y "relaciones sociales", que coinciden plenamente con nuestros resultados. Al pasar el tiempo, estos resultados van mejorando, con lo que se incrementa la calidad de vida. Aunque esto podría interpretarse de forma contraria, es decir, aquél que tiene una buena calidad de vida fomentará y mejorará sus relaciones sociales.

No obstante hay comportamientos incorrectos de la familia ante la enfermedad¹¹⁹⁻¹²⁰.

El comportamiento de alerta, no disminuye de forma notoria en los trasplantados de corazón según los resultados de nuestro estudio, así el 85% no refiere tener mermada esta capacidad. Razonan de forma adecuada, y dicen enfrentarse bien a los problemas que se les plantean. (Gráfico nº 8).

La capacidad intelectual, mejora tras el trasplante cardíaco, probablemente por la mejoría conseguida en el gasto cardíaco, tras la intervención y, al ser preguntados con respecto a la situación anterior al trasplante, refieren una notoria mejoría en este parámetro. Tan sólo un 15% refería no haber mejorado su comportamiento de alerta, si bien es verdad, que estas "discapacidades" podían ser innatas en estos enfermos.

El Area de Tiempo de Ocio y Trabajo, último área del cuestionario, compuesto por las preguntas 39 a la 44 es el que refleja unos peores resultados en cuanto a medición a calidad de vida se refiere puesto que el 95% de la muestra puntúa a los distintos ítems por encima de 3 puntos, lo que quiere decir que a estos enfermos, "les cuesta más trabajo divertirse", "se dedican más a actividades pasivas, como pasatiempos" y no "les apetece la vuelta al trabajo". (Gráfico nº 10).

Parece lógico pensar que estos enfermos que han sufrido el impacto de un trasplante cardíaco, intenten llevar una vida más sedentaria, dedicándose más a pasatiempos que a actividades físicas. Al verse inmersos en una situación nueva para ellos, han de cambiar los hábitos de entretenimiento y esto no resulta igual de fácil para unos enfermos como para otros.

En cuanto a la vuelta al trabajo, los resultados de nuestro estudio frente a otros realizados en trasplantados de corazón son similares. Así el retorno a la vida laboral oscila entre un 30 y el 50% de los enfermos¹²¹, a pesar de la diferencia de año en la realización de ambos estudios, 1989 contra el nuestro de 1996.

En un estudio sobre la reincorporación al trabajo realizado por Maureira JJ., médico de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Instituto de Rehabilitación de Nancy, Francia, publicado en el libro: Rehabilitación del paciente cardíaco, página 165-173, arroja unos resultados similares y de 74 enfermos estudiados sólo 18 regresaron a su trabajo, algo menos de 25 %, pero si se tiene en cuenta los que estaban activos 6 meses antes del trasplante cardíaco (26 enfermos), los resultados serían de un 70%.

En nuestra serie tan sólo lo 3 enfermos estaban activos 6 meses antes del trasplante cardíaco, es decir el 15% de los enfermos, sin embargo del 50% que

deseaba volver a trabajar sólo el 15% lo habría conseguido.

El cuestionario sobre calidad de vida de Velasco-Del Barrio utilizado por nosotros da una puntuación máxima de 220 puntos queriendo decir ésta la peor calidad de vida y 44 puntos la mejor calidad de vida, contestando todos los ítems con un punto. Pues bien, tomando como una calidad de vida media los 100 puntos, en nuestra serie obtuvimos unos buenos resultados como podemos observar en la Tabla I. En ninguno de los encuestados se deducía que tuviera una mala calidad de vida, tan sólo tres de ellos (15%) tenían una puntuación superior a los 100 puntos. La puntuación media de todos los encuestados era de 86,3 puntos que podría traducirse en una aceptable/buena calidad de vida. El que menor puntuación tuvo, es decir el que mejor calidad de vida refería, era un hombre con 63 puntos (Tabla

Todos los ítems tenían una media en contestaciones inferior a los 4 puntos. Tan sólo un ítem tenía 4 puntos de media: "El dinero es insuficiente para los gastos extras". Por debajo de 2 puntos se contestaron 26 ítems y entre 2 y 3

puntos se contestaron 15, tan sólo lo 2 ítems se contestaron con una puntuación entre 3 y 4. (Tablas II, III y IV).

Como vimos anteriormente en la tabla II, el ítem que reflejó ,según la escala

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

CAS/VAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	SUMA						
M 1	1	4	2	4	5	5	1	3	4	1	1	5	5	5	1	1	5	1	5	4	4	1	5	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	1	5	111				
M 2	3	1	1	5	3	1	1	3	3	2	1	3	1	1	1	1	4	1	3	4	5	4	2	3	1	1	1	1	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	4	5	1	93				
H 1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	2	1	3	4	4	2	3	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	1	1	1	87				
H 2	1	1	1	1	4	1	5	1	1	3	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	5	1	5	4	1	4	1	1	5	1	3	96						
H 3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	4	2	1	1	4	1	5	5	4	4	1	5	1	1	1	1	1	1	4	1	2	5	1	5	4	1	4	4	4	2	4	1	1	99					
H 4	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	4	4	1	1	1	1	5	4	5	3	1	1	1	3	1	5	1	4	5	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	3	110				
H 5	2	1	1	1	3	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	5	1	5	3	1	5	3	3	4	3	1	3	5	3	4	5	5	3	1	1	1	1	4	1	5	1	3	102					
H 6	1	1	1	1	5	5	2	4	2	1	1	1	2	1	1	2	2	5	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	5	5	5	1	72				
H 7	2	1	1	1	5	1	1	2	1	1	2	2	1	2	3	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	2	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	83				
H 8	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	3	4	1	1	3	1	5	4	1	1	3	2	1	3	1	3	1	1	1	2	5	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	4	1	1	83			
H 9	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	3	1	5	3	3	1	5	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	74				
H 10	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	75			
H 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	97		
H 12	1	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1	1	3	1	1	3	3	1	5	2	5	3	1	1	1	4	4	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	91		
H 13	1	1	1	1	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	2	4	3	1	1	1	1	5	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	88	
H 14	1	1	2	1	3	1	2	1	2	1	3	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	2	5	1	5	1	1	1	1	3	5	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	72		
H 15	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	83	
H 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	4	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	71	
H 17	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	95	
H 18	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	4	4	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	5	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1736	
SUMA																																																			111
MAXIMO	3	4	2	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	111			
MINIMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	63	
MEDIA	1,3	1,2	1,1	1,4	2,9	1,8	1,8	1,6	1,6	1,5	1,7	1,9	2,5	2,0	1,2	1,2	2,8	1,3	2,3	2,8	2,7	2,1	3,1	2,0	2,5	1,8	1,4	1,5	1,1	2,8	4,0	2,1	1,3	2,5	1,4	1,3	1,3	1,4	2,7	1,9	2,7	3,3	2,3	3,4				86,8			

TABLA I.

Respuestas totales de los cuestionarios. En la 1ª Fila están los ítems, en la 1ª Columna están los pacientes; el resto de las celdillas son sus respuestas.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

CAS/VAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
M 1	1	4	2	4	5	5	1	3	4	1	1	5	5	5	1
M 2	3	1	1	5	3	1	1	3	3	2	1	3	1	1	1
H 1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
H 2	1	1	1	1	4	1	5	1	1	3	5	1	1	1	1
H 3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	4	2	1
H 4	1	1	1	1	3	1	1	3	3	1	1	1	4	4	1
H 5	2	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	1	3	1
H 6	1	1	1	1	5	5	2	4	2	1	1	1	2	1	1
H 7	2	1	1	1	5	1	1	2	1	1	2	2	1	2	3
H 8	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	3	4	1
H 9	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1
H 10	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1
H 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1
H 12	1	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	4	1	1
H 13	1	1	1	1	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1
H 14	1	1	2	1	3	1	2	1	2	2	1	3	1	1	2
H 15	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1
H 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1
H 17	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	3	3	1	1
H 18	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	4	4	1
SUMA															
MAXIMO	3	4	2	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	3
MINIMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MEDIA	1,3	1,2	1,1	1,4	2,9	1,6	1,8	1,6	1,6	1,5	1,7	1,9	2,5	2,0	1,2

TABLA II. En la 1ª columna vemos los 20 enfermos encuestados, y en la 1ª fila los 15 primeros items del cuestionario. Los números que figuran en el interior son las respuestas dadas.

utilizada, una peor calidad de vida, fué el ítem 31 "el dinero es insuficiente para los gastos extras". Por lo que entendemos que el dinero es un factor fundamental que modula la calidad de vida de los individuos, y la importancia que éstos le dan. Pensamos que a los problemas físicos que tienen estos individuos no quieren que se sumen problemas económicos. Con una economía saneada sería lógico pensar que la percepción que tienen los enfermos sobre las situaciones y las cuestiones planteadas serían más optimistas. Ya apuntaba Velasco et al, la importancia que tenía la situación económica en la medición de calidad de vida de los enfermos cardíacos.

Hemos hallado las correlaciones que existen entre las distintas áreas e ítems del cuestionario sobre calidad de vida, así como entre las variables sociodemográficas y las cuestiones planteadas. De éstas se desprenden los siguientes resultados.

La edad se correlaciona de forma estadísticamente significativa negativamente con el ítem 2 del cuestionario "Tengo fatiga o noto que respiro mal" (Tabla I). Los pacientes más jóvenes aquejaban más disnea, costarle más

trabajo seguir el régimen de alimentación y sentirse abandonados por todos. Pensamos que esta correlación es fruto de la ansiedad y depresiones que tienen estos enfermos al principio de ser portadores de un corazón trasplantado. Los

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

CAS/VAR	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
M 1	1	5	1	5	4	4	1	5	1		2	1	1	3	1
M 2	1	4	1	3	4	5	4	2	3	1	1	1	1	1	1
H 1	1	5	2	1	3	4	4	2	3	5	1	1	1	1	1
H 2	1	5	1	1	1	1	1	5	1	5	1	5	1	1	5
H 3	1	4	1	5	5	4	4	1	5	1	1	1	1	1	1
H 4	1	1	1	5	4	5	3	1	1	1	3	1	5	1	4
H 5	3	1	1	5	1	5	3	1	5	3	3	4	3	1	3
H 6	2	2	5	1	1	5	3	1	1	1	1	1	5	1	5
H 7	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	2	1	1	5
H 8	1	3	1	5	4	1	1	3	2	1	3	1	1	1	2
H 9	1	3	1	5	3	3	1	5	1	1	1	1	1	1	2
H 10	1	1	1	1	1	1	1	5	4	3	1	1	1	1	1
H 11	1	1	1	1	4	1	2	5	1	3	1	1	1	1	2
H 12	1	3	1	1	3	3	1	5	2	5	3	1	1	1	4
H 13	1	3	1	1	3	2	1	1	2	4	3	1	1	1	5
H 14	1	3	2	1	1	1	2	5	1	5	1	1	1	1	3
H 15	1	1	1	1	4	2	4	5	1	1	1	1	1	1	1
H 16	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	4
H 17	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1
H 18	1	5	1	1	2	1	1		1	1	3	1	1	1	5
SUMA															
MAXIMO	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	5	3	5
MINIMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MEDIA	1,2	2,8	1,3	2,3	2,6	2,7	2,1	3,1	2,0	2,5	1,8	1,4	1,5	1,1	2,8

TABLA III. En la 1ª columna vemos los 20 enfermos de la muestra y en la 1ª fila los items del 16-30. Los números que figuran en el interior de la tabla son las contestaciones dadas.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

CAS/VAR	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
M 1	1	3	1	3	1	1	1	1	4	1	5	1	1	5
M 2	3	4	1	1	1	1	1	1	5	1	1	4	5	1
H 1	3	1	1	1	1	1	1	3	4	1	3	3	1	5
H 2	5	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	1	1	1
H 3	4	1	2	5	1	5	4	1	4	1	1	5	1	3
H 4	5	3	1	1	3	1	1	4	4	4	2	4	1	1
H 5	5	3	4	5	5	3	1	1	1	4	1	5	1	3
H 6	5	1	1	3	1	1	1	1	1	3	5	5	5	5
H 7	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
H 8	5	3	1	1	1	1	1	1	3	2	3	4	1	1
H 9	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	5
H 10	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	5	4	1	5
H 11	5	2	1	5	1	1	2	1	2	1	2	5	1	3
H 12	4	4	1	3	1	1	3	1	1	2	5	4	4	5
H 13	5	1	1	2	1	1	1	1	5	2	5	5	1	5
H 14	5	2	1	3	1	1	1	1	3	3	1	5	5	3
H 15	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	5	5
H 16	5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1
H 17	1	3	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4
H 18	5	3	3	4	1	1	1	1	3	3	4	5	4	5
SUMA														
MAXIMO	5	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5
MINIMO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MEDIA	4,0	2,1	1,3	2,5	1,4	1,3	1,3	1,4	2,7	1,9	2,7	3,3	2,3	3,4

TABLA IV. En la 1ª columna vemos los 20 enfermos encuestados y en la 1ª fila los items 31-44. Los números que figuran en el interior de la tabla son las contestaciones dadas.

pacientes de mayor edad han aceptado esta situación y no refieren este tipo de síntomas.

De acuerdo con el trabajo de Dew MA et al⁷⁰ estos sentimientos van decreciendo a medida que pasa el tiempo, por lo que nuestro resultados son coincidentes en este aspecto.

No obstante cabría darle otra explicación a esta correlación. Al ser pacientes más jóvenes, las necesidades funcionales de estos enfermos son mayores, la vida que pretenden llevar, es una vida menos sedentaria respecto a los de mayor edad y por tanto la disnea, al igual que el seguimiento del régimen de alimentación, debe ser más acentuado en estos individuos.

Otros autores piensan que la correlación entre los datos clínicos (disnea, fatiga...) secundarios a alteraciones cardíacas y la percepción subjetiva que tienen los pacientes de su incapacidad, es escasa¹²² por lo tanto, los datos clínicos resultan una clasificación errónea en la calidad de vida. Aseveración con la que no estamos de acuerdo al haber, nosotros encontrado unas correlaciones del área de salud del cuestionario sobre calidad de vida empleado por nosotros, en el que se explora la sintomatología que refiere el enfermo, con distintas áreas del mismo cuestionario: Area de Sueño y Descanso, Area de Comportamiento Emocional, Area de Movilidad, Relaciones Sociales y Tiempo de Ocio y Trabajo

(Tabla nº 3), por lo que a nuestro entender la sintomatología clínica que puede referir el enfermo sí se correlaciona con la incapacidad que dicho enfermo cree tener y en definitiva en su calidad de vida.

Los de mayor edad, tenían más asumida su nueva situación, las depresiones y la ansiedad eran más infrecuentes y por tanto toleraban mejor el régimen de alimentación y casi ninguno refería sentirse abandonado. Por otra parte, el enfermo joven es más indisciplinado que el de mayor edad en términos generales, por lo que las imposiciones a las que se somete: alimentación, toma de medicamentos, hábitos, ... los toleran peor. En definitiva están menos integrados en su nueva situación.

El nivel de estudios tienen una correlación estadísticamente significativa con los ítems 5, 14 y 19, de las Areas de Salud, Comportamiento Emocional y Movilidad del cuestionario, respectivamente (Tabla nº 1). Nos parece que los enfermos con nivel cultural superior, comprenden mejor la necesidad que tienen de tomar la medicación, y les parece excesiva, pero necesaria. Los de nivel cultural inferior no piensan que son muchos medicamentos, aunque no comprenden la necesidad de todos y cada uno de ellos. En el estudio ya referido anteriormente publicado por Ordoñez et al⁷¹ en 1.995 refiere que los enfermos con bajo nivel cultural tienen más problemas para la aceptación de su enfermedad y para la adecuada toma de medicamentos, y presentan mayores alteraciones

psicopatológicas que los de nivel cultural superior, lo que coincide parcialmente con nuestros resultados. Así, hemos encontrado que los pacientes con nivel intelectual inferior reaccionan de forma irritable o impaciente con ellos mismos con una correlación estadísticamente significativa de $-0,5527$ (Tabla nº 1).

Con los ingresos mensuales que tiene el paciente tan sólo hemos encontrado correlación estadísticamente significativa con el ítem 38 del Area de Comunicación "Mantengo menos conversaciones telefónicas que antes" con un índice de $0,5442$ (tabla nº 1). Entendemos que los de nivel económico inferior precisan hablar más por teléfono por la necesidad de relacionarse con los demás. Al no tener suficientes ingresos económicos, no pueden tener una gran actividad social directa con los demás, viajar, etc... y utilizan más el teléfono para suplir estas carencias. Sin embargo los que obtienen unos ingresos mensuales superiores, salen más a la calle, gastan más dinero, viajan más y su necesidad de relacionarse mediante el teléfono es menor.

Hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa entre los ítems 2, 3 y 4 del Area de Salud y el ítem 9 del Area de Sueño y Descanso (Tabla nº 3). Es decir, la disnea, la astenia y el trabajo de levantarse por las mañanas, se correlacionan con la apetencia a descansar la mayor parte del día. Pensamos que si un individuo refiere esos síntomas, la necesidad de descanso será mayor.

Un individuo que diga presentar disnea y astenia, no puede llevar una vida excesivamente activa por lo que sus necesidades se encaminan al descanso frecuente para que no afloren o se acentúen estos síntomas. Igualmente, los ítems 2 y 3 del Area de Salud se correlacionan con el ítem 12 del Area de Comportamiento Emocional del cuestionario "Río o lloro de repente sin motivo" (Tabla nº 3). Cuando una persona está cansada y sufre ahogo, con frecuencia sufrirá de depresiones por la incapacidad que tiene y, aunque no encuentre unas motivaciones claras para esos cambios de humor y esa tristeza, pensamos que son perfectamente explicables y lógicas.

Obviamente, al enfermo que le apetece descansar durante la mayor parte del día, se siente inseguro a cerca de cuanto ejercicio debería de hacer, nosotros hemos encontrado entre estos dos ítems una correlación estadísticamente significativa de 0,5495 (Tabla nº 3). Un individuo que tiende al descanso continuo, tiene un motivo. Antes vimos cómo se correlacionaba el descanso con disnea, astenia... y por tanto no sabe, o no quiere intentar hacer un ejercicio que pudiese empeorarle los síntomas. Todo esto se resume en la inseguridad que el individuo tiene de sus posibilidades y en la manifestación de una sintomatología que probablemente no sea del todo objetiva, sino más bien consecuencia de la no aceptación de la enfermedad como vimos anteriormente, correlación con la que no están de acuerdo otros autores¹²². Estos no encontraban correlación entre la sintomatología que refería el enfermo y la inseguridad que éste manifiesta.

"Me siento abandonado por todos" (ítem 29 del Area de Relaciones Sociales) se correlaciona con los ítems 2, 3 y 6 del Area de Salud del cuestionario sobre calidad de vida (Tabla nº 3).

Vimos anteriormente que el sentimiento de abandono que sufre el enfermo, es un estado relativamente frecuente en los pacientes postrasplantados más jóvenes y se correlaciona con los síntomas que éstos referían con mayor intensidad: astenia, disnea y dificultad para seguir el régimen de alimentación. Lo que apoya nuestra opinión de que éstos son síntomas subjetivos unidos con el sentimiento de abandono, secundario a estados depresivos y/o de angustia que estos enfermos manifiestan.

De igual forma hemos encontrado correlación estadísticamente significativa entre el mencionado ítem 29 y los ítems 12 y 14 del Area de Comportamiento Emocional: "Río o lloro de repente sin motivo" y "Reacciono de forma irritable o impaciente conmigo mismo" (Tabla 4).

El comportamiento emocional de estos enfermos sufre diversas alteraciones en función del tiempo que llevan trasplantados. El sentimiento de abandono, correspondiente al Area de Relaciones Sociales se interrelaciona con los componentes emocionales de los enfermos. Pensamos que las emociones que

experimenta el individuo influyen en las relaciones que éste tenga con los demás, así unas emociones optimistas y estados de buen humor, fomentarán unas relaciones interpersonales adecuadas, conformando entre todos estos factores lo que queremos medir: la calidad de vida.

Los factores psicológicos tienen un papel estelar sobre lo que consideramos como calidad de vida¹²³⁻¹²⁴⁻¹²⁵. Los estados depresivos que se manifiestan como el sentimiento de abandono por todos, ya vimos que se correlacionaba con actitudes de autocompasión y de negación. Hay estudios que asocian los estados depresivos con enfermedades cardiovasculares¹²⁶.

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES.

1.- El estado de salud física influye de forma significativa en la apreciación de una buena calidad de vida.

2.- La mejora en la calidad de vida se incrementa con el paso del tiempo en el enfermo trasplantado de corazón.

3.- La readaptación a su nueva situación socio-laboral viene condicionada por el estatus previo del enfermo. Los intelectuales se reincorporarán mejor a las áreas socio-laborales, y los no intelectuales no se readapterán, o lo harán en menor medida.

4.- El enfermo trasplantado de corazón no tiene sensación de abandono ni familiar ni social.

5.- En la calidad de vida influye en gran medida las disponibilidades económicas de los enfermos.

6.- La capacidad intelectual del trasplantado de corazón mejora considerablemente tras la intervención.

7.- El apoyo psicológico tanto pre como postrasplante influyen de manera decisiva en la calidad de vida que desarrollará el individuo.

8.- Al ser el corazón un órgano noble, el paciente trasplantado se considera auténtico "protagonista" y "privilegiado" de su nueva situación, no encontrándose en ningún momento excluido de su entorno.

9.- Los trasplantados de corazón consideran un regalo el tiempo de vida que se le prolonga y, por tanto, no hacen en su gran mayoría proyectos de futuro, sino que viven día a día.

BIBLIOGRAFÍA

VI. BIBLIOGRAFIA.

1.- Harris M. Introducción a la Antropología General. Madrid 1.993. Ed. Alianza Editorial. (pag. 498).

2.- Anguita M, Arizón JM. Heart transplantation in Spain: The Spanish National Registry of Heart Transplantation (1.984-1.992). J. Heart lung Transplant 1.994; 13: 950-957.

3.- Crespo MG, Pulpón LA, Pradas G, Serrano S, Segovia J, Begazo I et al. Heart Transplantation for Cardiac Angiosarcoma: Should its indication be questioned ?. J Heart Lung Transplant 1.993; 12: 527-530.

4.- Deng M, Park JW, Roy R, Knieriem HJ, Reinland U, Heinrich KW, Heart Transplantation for Restrictive Cardiomyopathy: Development of Cardiac Amyloidosis in Preexisting Monoclonal Gammopathy. J Heart Lung Transplant 1.992; 11: 139-141.

5.- Stevenson LW. Heart Transplantation: When ? Controversies in Cardiologia 1.990; 2: 5-8.

6.- Olivari MT, Antolick A, Kaye P, Jamieson SW, Sing S. Heart

Transplantation in Elderly Patients. *J Heart Transplants* 1.988; 7: 258-264.

7.- Anguita M, Arizón JM, Vallés F, Torres F, López-Rubio F, Concha M. Results of Hearts Transplantation in recipients with active infection. *J Heart Lung Transplant* 1.993; 12: 808-809.

8.- Rhenman MJ, Rherman B, Icenogle T, Christensen R, Copelan J. Diabetes and Heart Transplantation. *J Heart Transplant* 1.988; 7: 356-358.

9.- Edwards BS, Hunt Sa, Fowler MB, Valantine HA, Stinson EB, Schraeder JS. Cardiac transplantation in patients with preexisting neoplastic diseases. *Am J Cardiol* 1.990; 65: 501-504.

10.- Ippoliti G, Martinelli L, Minzioni G et al. Emergency Heart retransplantation with a positive donor crossmatch. *J Heart transplant* 1.989; 8: 184-189.

11.- Kaye MP, Heart Registry report 1991. Eleventh Annual Meeting of the international Society for Heart transplantation. París, 1991.

12.- Emery RW, Cork RC, Levinson MM et al. The Cardiac donor: A six - year experience. *Ann thorac surg* 1986; 41: 356-362.

13.- Carrel A, Guthrie CC. The Transplantation of veins and organs. *Ann J Med* 1905; 1: 1101-1106.

14.- Lower RR, Shumway NE. Studies on orthotopic homotransplantation of the canine heart. *Surg Forum* 1961; 11: 18-19.

15.- Barnard CN. The operation. *S Afr Med J* 1967; 41: 1271-1275.

16.- Lewen MK, Bryg RJ; Miller LW, Williams GA, Labovitz AJ. Tricuspid regurgitation by doppler echocardiography after orthotopic cardiac transplantation. *Am J Cardiol* 1987; 59: 1371-1374.

17.- Haverich A, Albes JM, Fahrenkamp G, Schäfers HJ, Wahlers T, Heublein B,. Intraoperative echocardiography to detect and prevent tricuspid valve regurgitation after heart transplantation. *Eur J cardio-thorac Surg* 1.991; 5: 41-45.

18.- Stevenson LW, Dadourian BJ, Kobashigawa J, Child JS, Clark SH, Lakes H. Mitral regurgitation after cardiac transplantation. *Am J Cardiol* 1.987; 60: 119-122.

19.- Angermann CE, Spes CH, Tammen A, Stempfle HU, Schütz A, Kemkes BM et al. Anatomic characteristics and valvular function of the transplanted heart.

Transthoracic versus transesophageal echocardiographic findings. *J Heart transplant* 1.990; 9: 331-338.

20.- Goldberg M, Berman EF, Akman LC, Homologous transplantation of the canine heart. *J Int Coll Surg* 1.958; 30: 575-586.

21.- Bathia SK, Kirshenbaum JM, Shemin RJ, Cohn LH, Collins JJ, Jaing PJ et al. Time course of reduction of pulmonary hypertension and right ventricular remodeling after orthotopic heart transplantation. *Circulation* 1.987; 76: 819-826.

22.- Laske A, Carrel T, Niederhäuser V, Pasic M, Von Segesser LK, Jenni R et al. Modified operation technique for orthotopic heart transplantation. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1.995; 9: 120-126.

23.- Heublein B, Haverich A, Borst HG. Long-Term follow-up after orthotopic heart transplantation. *Thorac cardiovasc Surg* 1.990; 38: 285-290.

24.- Webb WR, Howard HS, Neely WA. Practical method of homologous cardiac transplantation. *J Thorac Surg* 1.959.; 37: 361-366.

25.- Revuelta JM, Bernal JM. Técnica quirúrgica en el trasplante de corazón ortotópico. *Rev. Esp. Cardiología* 1.995; 48: 29-32.

26.- Mason JW. Endomyocardial biopsy: The balance of success and failure. *Circulation* 1.985; 71: 185-188.

27.- Ballester M, Obrador D, Carrió J et al. Indium-111- Monoclonal antimyosin antibody studies after the first year of heart transplantation. Identification of risk groups for developing rejection during long-term follow-up and clinical implications. *Circulation* 1.990; 82: 2100-2108.

28.- Hammonnd EH. Pathology of cardiac vascular (Microvascular) rejection. En: Hammond EH, editor. *Pathology of solid organ transplantation (1ª Ed.)*. Philadelphia: WC Saunders Company, 1994; 6: 92-110.

29.- Weill R, Clarke DR, Iwaki Y, Porter KA, Koep LI, Paton BC et al. Hyperacute rejection of a transplanted human heart. *Transplantation* 1.981; 32: 71-72.

30.- Olsen SL, Wagoner LE, Hammond EH, Taylor DO, Yowell RL, Ensley RD et al. Vascular rejection in heart transplantation: Clinical circulation, treatment options, and future considerations. *J.Heart Lung transplant* 1.993; 121(supl):135-142.

31.- Labarrere CA, Pitts D, Hallbrooks H, Faulk WP. Natural anticoagulant

pathways in normal and trasplanted human heart. J Heart lung transplant 1.992; 11: 342-347.

32.- Kahan BD. Immunosuppressive therapy with cyclosporine for cardiac transplatation. Circulation 1.987; 75: 40-56.

33.- Chan G, Canafax D, Johnson C. The therapeutic use of azathioprine in renal transplantation. Pharmacotherapy 1.987; 7: 165.

34.- Wahlers T, Heublein B, Cramer J et al. Treatment of rejection after heart transplantation: What dosage of pulsed steroids is necessary ?.J Heart transplant 1.990; 9: 568-574.

35.- Goodwin J, Durgaprasadarao A, Sierakowski S. Mechanism of action of glucocorticosteroids. J Clin Invest 1.986; 77: 1244.

36.- Yacoub M, Alivizatos P, Radley-Smith R et al. Cardiac transplantation: Are steroids really necessary ?. J Am Coll cardiol 1.985; 5: 533.

37.- Miller LW, Wolford T, Mc Bride LR, Peigh P, Pennington DG. Successful withdrawal of corticosteroids injert transplantation. J Heart lung transplants 1.992; 11: 431-434.

38.- Keogh A, Mc Donald P, Harvison A, Richens D, Mindy J, Spratt P. Initial steroid-free versus steroid-bass maintenance therapy and steroid with-drawal after heart transplantation: Two views of the steroids question. *J Heart lung transplant* 1.992; 11: 421-427.

39.- Arizon JM, Anguita M Vallés F et al. Preliminary experience with deflazacort and new synthetic steroid with fewer undesirable side effects in heart transplant recipients. *J Heart lung transplant* 1.993; 12: 445-449.

40.- Arizon JM, Anguita M, Vallés F et al. A randomized study comparing deflazacort and prednisone in heart transplant recipients. *J Heart lung transplant* 1.993; 12: 864-868.

41.- Haverty TP, Sanders M, Sheahan M. OKT3 treatment of cardiac allograft rejection. *J Heart lung transplant* 1.993; 12: 591-598.

42.- Laske A, Gallino A, Schneider J, Baver EP, Carrel T, Pasic M et al. Prophylactic cytolytic therapy in heart transplantation monoclonal versus polyclonal antibody therapy. *J Heart lung transplant* 1.992; 11: 557-563.

43.- Olsen NJ, Murray L. Antiproliferative effects of methotrexate on peripheral mononuclear cells. *Arthritis Rheum* 1.989; 32: 378-385.

44.- Constanzo-Nordin MR, Grusk BB, Silver MA, Sobotka PA, Winters GL, O`Connell JB et al. Reversal of recalcitrant cardiac allograft rejection with methotrexate. *Circulation* 1.988; 78 (sup 13) 47-57.

45.- Olsen SN, O`Connell JB, Bristow MR, Renlund DG. Methotrexate as an adjunct in the treatment of persistent mild cardiac allograft rejection. *Transplantation* 1.988; 50: 773-775.

46.- Constanzo-Nordin MR, Cooper DKC, Yessup M, Renlund D, Robinson JA, Rose EA, Taskforce G: future development. *J Am Coll cardiol* 1.993; 22: 1-64.

47.- Constanzo-Nordin MR, Hubbell EA, O`Sullivan EJ et al. Successful treatment of heart transplant rejection with photopheresis. *Transplantation* 1.992; 53: 808-815.

48.- Hunt SA, Strober S, Hoppe RT, Stinson EB. Total lymphoid irradiation for treatment of intractable cardiac allograft rejection. *J Heart lung transplant* 1.991; 10: 211-216.

49.- Levin B, Bohannon L, Warvariv V, Bry W, Collins G. Total lymphoid irradiation (TLI) in the cyclosporine era-use of TLI in resistant cardiac allograft rejection. *Transplant Proc.* 1.989; 21: 1793-1795.

50.- Bouza E, Muñoz P. Complicaciones infecciosas de los pacientes sometidos a trasplante cardíaco. Revista Española de Cardiología 1.995. Volumen 48 (supl. 7): 96-107.

51.- Pulpon LA. Introducción al trasplante cardíaco. Rev. Esp. Cardiología 1.995; 48(sup. 7): 1.

52.- Figuera Aymerich D. Historia del trasplante cardíaco en España. Rev. Esp. Cardiol. 1.995; 48 (sup. 7): 7-10.

53.- Campbell A. The sense of well-being in America. Nueva York: Mc Graw Hill, 1.981.

54.- Portugal J. Calidad de vida, calidad de tratamiento. An Med Interna (Madrid) 1.987; 4: 425-426.

55.- Spitzer WO. State of science, 1.986: Quality of life and functional status as target variables for research. J Chronic Dis 1.987; 40: 465-471.

56.- Walden JA, Stevenson LW, Dracup K, Wilmarth J, Kowashigawa J, Moriguchi J. Heart transplantation may not improve quality of life for patients with stable heart failure. Heart Lung 1.988; 18: 497-505.

57.- Dalkey N, Rourke D. The delphi procedure and rating quality of life factors. Quality of life concept. Washington DC: environmental protection agency, 1.973.

58.- Diener E. Subjetive well-being. Psychol Bull 1.984; 95: 542-575

59.- Ruiz Ros V, Peris Pascual A, Llacer Escorihuela A. Peris Pascual MD. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de la calidad de vida en los afectados por problemas de salud. Med. Clin.(Barc.) 1.992; 98: 663-670.

60.- Shin DC, Johnson DM, Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Soc Indic Res 1.978; 5: 475-492.

61.- Chubon R. Development of a quality of life rating scales for use in health-care evaluations. Eval health 1.987; 10: 186-200.

62.- Torrance GW. Utility approach to measuring health-relate quality of life. J Chronic Dis 1987; 40: 593-600

63.- Ferrans C, Powers M. Quality of life index: development and psychometric properties. Adv Nurse Sci 1.985; 15-24.

64.- Fletcher A, Hunt B, Bulpitt C. Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *J Chronic Dis* 1.987; 40: 557-566.

65.- De Hals JC, Van Knippenberg FC. Quality of life instruments for cancer patients: Babel's Tower Revisted . *J Clinic Epidemiol* 1.989; 42: 1239-1241.

66.- Campbell A. Subjetive measures of well-being. *Am Psychol* 1.976; 3: 117-124.

67.- Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J et al. Measuring the quality of life of cancer patients. *J Chronic Dis* 1.981; 34: 585-597.

68.-Drakup K, Raffin T. Withholding and Withdrawing mechanical ventilation: assessing quality of life. *Am Rev Respir Dis* 1.989; 140 (suppl): 44-46.

69.- Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto-Espinar A. Calidad de vida. Algunas consideraciones metodológicas. *Medicina Integral* 1.993; 22: 88-94.

70.- Dew MA, Simmons RG, Roth LH, Schulberg HC, Thompson ME, Armitage JM, Griffith BP. Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychosocial medicine*, 1.994; 24: 929-945.

71.- Ordoñez A, Pérez J, Borrego JM, Hernández A, Valle J, Wamba F, Rodríguez MJ, Martínez A. Importancia de los factores psicopatológicos en los candidatos a trasplantes de corazón. *Psiquis* 1.995; 16: 218-231.

72.- Wolfgang F, Kuhn MD, Frances Brennan A, Patricia PhD, Laceyfield K, et al. Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *J of heart transplantation* 1.990; 9: 25-29.

73.- Paris W, MSW, Huchmore J, MD, PhD, Pribil A et al. Study of the relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *J Heart and lung transplantation* 1.994; 13: 424-430.

74.- Jacob RG, Chesney MA. Psychological and behaviorae methods to reduce cardiovascular disease. En : Matthews KA et al (eds). *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. Nueva York, Wiley, 1.986.

75.- Miller SM. The roll individual differences in the stress and stress managements. *Adv Behavior Res therapy* 1.989; 11: 223-234.

76.- Steptoe A. *Psychological factors in cardiovascular disorders*. Nueva York Academic Press, 1.981.

77.- Bennet P, Carroe D. Stress management approach to the prevention of coronary heart disease. Bri J of clin psychol 1.990; 29: 1-12.

78.- Grossarth- Maticeck R et al. Psychoterapy research in oncology in: Steptoe A, Matews A. Health care and human behavior. Nueva York Academic Press, 1.984.

79.- Friedman M et al. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients: Summary of the recurrent coronary prevention project. Am Heart J 1.986; 112: 653-665.

80.- Cromwel RL et al. Acute myocardial infarction: Reaction and recovery. San Luis, Mosby 1.977.

81.- Velasco JA, Tormo V, Ridocci F, Grima A. From Spain: Return to work after a comprehensive cardiac rehabilitation program. J Card Rehab 1.983; 3: 735-738.

82.- Wiklund J, Sanne H, Vedin A, Wilhelmsson C. Determinats of return to work one year after a first myocardial infarction. J Card Rehab 1.985; 5: 62-72.

83.- Velasco JA, Tormo V. Reincorporación al trabajo después de infarto de

miocardio. Med Clin 1.977; 69: 451-455.

84.- Harpur JE, Kellet RJ, Conner WT et al. Controlled trial of early mobilization and discharge from hospital in uncomplicated myocardial infarction. Lancet 1.971: ii: 1331-1334..

85.- Schipper H, Levitt M. Measuring quality of life: Risk and Benefits. Cancer treat rep 1.985; 69: 1115-1121.

86.- Ott CR, Sirvarajan ES, Newton KM et al. A controlled randomised study of early cardiac rehabilitation. The Sickness impact profile as an assessment tool. Heart Lung 1.983; 12: 162-170.

87.- Bergner M, Bobbitt RA, Carler WB, Gilson BS. The Sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. Med Care 1.981; 19: 787-805.

88.- Chambers LW, Mc Donald LA, Tugwell P, Buchanan WW, Kraag G. The Mac Master health index questionnaire as a measure of the quality of life for patients with rheumathoid disease. J Reumatol 1.982; 9: 780.

89.- Kaplan RM, Bush JV, Barry CC. Health status: Types of validity and the

index of well being. Health Serv Res 1.976; 11: 478-507

90.- Oldridge NB. Cardiac rehabilitation, self responsibility and quality of life. J Cardiopulm Rehab 1.986; 6: 153-156.

91.- Velasco JA, Del Barrio V, Mestre MV, Penas C, Ridocci F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfartos (Revista española de Cardiología) en prensa.

92.- Hunt SM, Mc Kenna SP, Mc Ewen JA. Quantitative approach to perceived health. J Epidemiol Community Health 1.980; 34: 281-285.

93.- Anto J, Alonso J. A health profile for use in Spain. Am J Public Health 1.986; 76: 711.

94.- Alonso JA, Anto JM. The spanish version of the Nottingham health profile: Translation and preliminary validity. Am J Public Health 1.990; 80: 704-708.

95.- Karfsnosky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of cancer. Cancer 1.984; 1: 634-656.

96.- Spitzer WO, Dobson AJ, Chesterman E et al. Measuring the quality of

life of cancer patients. *J Chronic Dis* 1.981; 34: 585-597.

97.- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe HW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function *JAMA* 1.963; 185: 914-919.

98.- Schipper H, Clinch J, Mc Murray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: the functional living index cancer. Development and validation. *J Clin Oncol* 1.984; 2: 472-483.

99.- Gelber RD, Goldhirsch A. Evaluating the benefits of therapies for breast cancer. En: Caballi F, ed. *Endocrine therapy of breast cancer*. Springer-Verlag, Berlin 1.987; 21-32.

100.- Aaronson NK, Bullinger M, Ahmedzai S. A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results Cancer Res* 1.988; 111: 231-249.

101.- Sullivan JL. The sex difference in ischemic heart disease. *Perspect Biol. Med.* 1983; 26: 657-671.

102.- Francois M, Mai, MD, F Neil, Mc Kenzie MD and Willian J. Kostuk MD.

Psychosocial Adjustment and Quality of life following Heart Transplantation. Can. J. Psychiatry Vol. 35. April 1990.

103.- Jenkins CD. Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary heart disease. N Engl. J Med 1976; 294: 182-190.

104.-Havik, O.E.; Maeland, J.G. 1988. Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. Journal of psychosomatics research, Vol 32, n°2: 145-157.

105.- Havik O.E.; Maeland J.G. 1990. Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. Journal of psychosomatics research, vol 34, n°3: 271-285.

106.- Eriksson,J. 1988. Psychosomatics aspects of coronary artery bypass graft surgery.A prospective study of 101 male patients. Acta psychiatrica scandinavica,vol 77. Supp.340.

107.- Mayou, R. 1991. Psychological consequences of a heart attack or cardiac surgery. Update,vol 42,n° 9:861-864.

108.- Patrick DL, Danis M, Southerland LI, Hong G. Quality of life following intensive care. I Gen Intern Med 1988; 3: 218-223.

109.- Patrick DI, Bergner M. Measurement of Health Status in the 1990. *Ann Rev Public Health*. 1990; 11:165-183.

110.- Alfonso Sánchez JL, Sanchís Noguera B, Prado del Baño MI. Valoración del estado de salud como calidad de vida. *Med. Integral* Julio 1991. Vol. 18 num. 3: 139-142.

111.- Harvison A, Jone BM, McBride M, Taylor F, Wright O, Chang WP. Rehabilitation heart transplantation: The Australian experience. *J Heart Trasplan* 1988; 5: 337-341.

112.- Maroto Montero JM. Rehabilitación del Paciente Coronario: Indicaciones, contraindicaciones, resultados y aspectos prácticos. En: Saenz de la Calzada C, Zarco P (eds). *Avances en Cardiopatía Isquémica*. Barcelona, Doyma, 1989.

113.- Hellerstein H K, Friedman F H. Sexual Activity and the Postcoronary Patient. *Arch Intern Med* 1970; 125: 987-999.

114.-Masini V. Attivita sessuale dopo infarto del miocardio. *G Ital Cardiol* 1980; 10: 241-245.

115.- Morales M D. y Moya J L : Rehabilitación Cardíaca durante la convalecencia: Rehabilitación del paciente cardíaco. Ed Doyma. Barcelona 1993 pág. 91-105.

116.- Barnard and Copelan. Psychiatric Aspects. Heart Transplantation. 1987; 15:235-241.

117.- Kellermann JJ, Halhuber MJ. Resumen y Recomendaciones. Rev. Esp. Cardiol. 1985; 38 (supl.3):56.

118.- Wiklund I, Sanne H, Elmfeldt D, Vedin A, Wilhelmsson C. Emotional reaction, health preoccupation an sexual activity two months after myocardial infarction. Scand J Rehab Med 1984; 16: 47-56.

119.- Mayou R, Williamson B, Foster A. Attitudes and advice after myocardial infarction. Br Med J 1976; 1: 1577-1579.

120.- Skelton M, Dominian J. Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. Br Med. J 1973; ii: 101-103.

121.- Despins PH, Michaud JL, Petit T et al. Resultats actuels de la transplantation cardiaque. Inform Cardiol 1989; 13: 545-548.

122.- Wiklund I, Lindwall K, Swedberg K, Zuplas R. Self-assessment of quality of life in severe heart failure. An instrument for clinical use. Scand J Psychol 1987; 28: 220-225.

123.- Del Barrio V. Aspectos psicológicos y rehabilitación del infarto de miocardio. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 1979.

124.- Wenger N, Mattson M, Furberg C, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Am J Cardiol 1984; 54: 908-913.

125.- Oldridge NB. Cardiac Rehabilitation, self-responsability and quality of life. J. Cardiopulm. Rehab. 1986; 6: 153-156.

126.- Booth Kewley S., Freeman HS. Psychological predictors of heart disease: a cuantitative review. Pshychol. Bull 1987; 101: 343-362.

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Reunido el Tribunal de Examen por los abajo firmantes
en el día de la fecha, se juzgó la Tesis Doctoral de
D. FEDERICO DUARTE DOMINGUEZ
titulada CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE
TRASPLANTADO DE CORAZÓN

acordó otorgarle la calificación de APTO CUM LAUDE

Oviedo, 04 de NOVIEMBRE de 1996

El Vocal,



El Presidente,



El Secretario,



El Doctorado,



El Vocal,



El Doctorado,

