

Calidad de vida un año después del trasplante*.

Agustín Martín Rodríguez (1), M^a Ángeles Pérez San Gregorio (1), José Pérez Bernal (2).
Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos. Universidad de Sevilla (1).
Coordinación de Trasplantes. HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla (2).

Introducción

El trasplante de órganos se ha asociado a una mejora en la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas y/o terminales por el fracaso de alguno de sus órganos vitales (1-2). No obstante, los estudios realizados sobre la evolución de la calidad de vida tras el trasplante, en los que se comparan diferentes tipos de pacientes injertados, no son concluyentes. Así, por ejemplo, Valdés y Ortega (3), hallaron que a los tres meses tras el trasplante, los pacientes que mejor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) manifestaban fueron los trasplantados renales, seguidos por los de corazón, hígado y pulmón. Estos resultados variaron a los seis meses del trasplante, siendo los trasplantados de pulmón los de mayor CVRS en comparación con los trasplantados cardíacos, renales y hepáticos, no mostrando éstos últimos diferencias entre ellos. No obstante, esta mejoría en la CVRS puede que no sea completa o que no esté presente en algunos pacientes. En este contexto, en una investigación realizada con trasplantados hepáticos, se halló que el 60% consideraba que su vida no se había normalizado tras el trasplante debido, fundamentalmente, a la presencia de problemas físicos y psicosociales (4).

Dada la importancia que tiene establecer estas diferencias en la evolución de los pacientes y debido a la escasez de estudios en este ámbito, en el presente estudio analizamos si existen diferencias en la CVRS en función del tipo de órgano trasplantado (riñón o hígado) al año de haber recibido el injerto.

Método

- a) *Participantes:* seleccionamos dos grupos de pacientes (31 renales y 30 hepáticos) que habían sido sometidos a un trasplante, y en los que había transcurrido un año desde la intervención quirúrgica.

El grupo de trasplantados renales estaba constituido por 16 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 40,81 años. Respecto a la causa del trasplante renal fue glomerulonefritis (51,2%), poliquistosis renal (12,8%), neuropatía intersticial (10,3%), diabetes mellitus (2,6%), vascular (2,6%) y otras (20,5%), y el tiempo en lista de espera fue una media de 648,32 días.

El grupo de trasplantados hepáticos lo integraban 22 hombres y 8 mujeres, con una edad media de 51,93 años. En cuanto a la causa del trasplante cardíaco fue tífica (31,6%), virásica (28,9%), hepatitis C (7,9%) y otras (31,6%), y el tiempo en lista de espera fue una media de 190,82 días.

- b) *Instrumentos:* empleamos una "Entrevista Estructurada", que evaluaba datos sociodemográficos y clínicos, y los dos cuestionarios siguientes: a) "Cuestionario de Salud SF-36": versión española validada por Alonso, Prieto y Antó (5) del cuestionario original "SF-36 Health Survey" desarrollado por Ware y Sherbourne (6). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, aplicable tanto a los pacientes como a la población general sana. Está compuesta por 36 ítems, con varias alternativas de respuestas

* Esta investigación ha sido financiada por la Red Temática de Investigación en trasplante. RETIC FIS C03/03.

cada uno, que se agrupan en las siguientes dimensiones: "funcionamiento físico", "limitaciones en el rol por problemas físicos", "dolor corporal", "salud general", "vitalidad", "funcionamiento social", "limitaciones en el rol por problemas emocionales" y "salud mental". En cada dimensión se obtiene una puntuación que oscila entre 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud), y b) "EuroQol 5-D (EQ)": versión española validada por Rué y Badía (7) del cuestionario original "EuroQol" (8). Consta de un sistema descriptivo del estado de salud con cinco dimensiones: "movilidad", "cuidado personal", "actividades cotidianas", "dolor/malestar" y "ansiedad/depresión". Cada una de ellas tiene tres ítems, que definen tres niveles de gravedad; desde 1 (mejor calidad de vida) hasta 3 (peor calidad de vida). Además, contiene una escala visual analógica de autovaloración del estado de salud global en el día de hoy, y cuyas puntuaciones oscilan entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable).

- c) Procedimiento: se trata de un estudio "ex post facto", en el que los pacientes trasplantados fueron evaluados psicológicamente a los doce meses después de haber recibido el injerto. En primer lugar, cuando había transcurrido un año de la intervención quirúrgica del trasplante, tras ofrecerles información sobre la presente investigación y aclarar todas sus dudas, se les solicitaba su colaboración voluntaria y prestaban su consentimiento informado por escrito. En segundo lugar, se les administraba la Entrevista Estructurada y los dos cuestionarios que evaluaban la CVRS anteriormente descritos.

Se requirieron los siguientes criterios de inclusión: 1) edad igual o superior a los 18 años; 2) capacidad cognitiva suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios; 3) haber recibido un primer trasplante de un órgano sólido (riñón o hígado) procedente de una persona fallecida; y 4) firmar el consentimiento informado.

Resultados

Para comparar la CVRS entre los trasplantados renales y hepáticos a los doce meses después de haber recibido el injerto, se realizaron los siguientes análisis estadísticos. En primer lugar, aplicamos la prueba de normalidad ("Prueba de Kolmogorov-Smirnov"). Y en segundo lugar, en aquellas variables que seguían una distribución normal, aplicamos la "Prueba T para igualdad de medias", y en aquellas otras que no seguían una distribución normal la "Prueba U de Mann-Whitney". Por otro lado, para la variable nominal (género) utilizamos el estadístico "Chi-Cuadrado".

Respecto a las variables demográficas, el grupo de trasplantados renales tenía una edad significativamente menor que el de trasplantados hepáticos ($t = -4.140$; $p = .000$), y por lo que se refiere al género, la Chi-Cuadrado de Pearson (3.062 ; $p = .080$) indicó que no existían diferencias entre los grupos.

Respecto a la calidad de vida, cuando había transcurrido un año de la intervención quirúrgica del implante, entre los dos grupos de trasplantados se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes dimensiones: "funcionamiento físico", "dolor/malestar" y "actividades cotidianas" (tabla I). Concretamente, los trasplantados renales en comparación con los hepáticos, puntuaron más alto en la dimensión "funcionamiento físico", y más bajo en las dimensiones "dolor malestar" y "actividades cotidianas".

Discusión

Los resultados obtenidos nos muestran diferencias en la CVRS entre los trasplantados cuando ha transcurrido un año de la intervención, concretamente, hallamos que los pacientes que han recibido un trasplante hepático muestran una peor CVRS en comparación con los renales.

En general los estudios demuestran que tras el trasplante renal se produce una reducción o la desaparición de los síntomas de la enfermedad previa, y paulatinamente presentan un mejor fun-

cionamiento psicosocial (9). En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Pérez, Martín, Gallego y Santamaría (10), se halló que a partir del primer año de haber recibido el implante renal, la mayoría de los pacientes se adaptaban a las circunstancias que conllevaba el trasplante, es decir, se habituaban a las prescripciones médicas, se integraban en el entorno sociolaboral, y dejaban de temer al rechazo del órgano ya que apreciaban que su evolución física era favorable. Por otra parte, en los trasplantados hepáticos, los resultados de algunos estudios refieren que el estado de salud mental es similar a la población general, sin embargo, las áreas relacionadas con la salud física y el funcionamiento social presentan niveles inferiores (11-12). Así, en la presente investigación, los trasplantados hepáticos en comparación con los renales presentan un peor "funcionamiento físico" y muestran más "dolor/malestar", y tienen más problemas para realizar "actividades cotidianas" (trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, etc.). Además, los trasplantados renales saben que si sufren un rechazo pueden volver a diálisis hasta que logren otro riñón; circunstancia que no se da en los trasplantados hepáticos en los que el rechazo puede suponer el fallecimiento de estos pacientes.

Por otro parte, señalamos que una de las limitaciones de nuestro estudio es la diferencia en cuanto a la edad entre los dos grupos de trasplantados; lo cual debería tenerse en cuenta en futuras investigaciones. Sin embargo, cualquier estudio en el que se emplean muestras clínicas, se enfrenta a la imposibilidad de contar con grupos que permitan una comparación perfecta. En efecto, las patologías médicas llevan aparejados datos sociodemográficos específicos y parte de las diferencias entre un grupo de enfermos y otro responderá a éstas últimas variables.

En definitiva, el trasplante de órganos mejora la CVRS de los pacientes renales y hepáticos, porque disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad de origen, el número de ingresos hospitalarios, los problemas emocionales, etc. No obstante, a largo plazo tras el trasplante, esta mejoría es superior en los trasplantados renales que en los hepáticos.

Consideramos que este tipo de estudios resulta necesario, entre otras razones, para determinar la eficacia de la intervención médica, para mejorar las decisiones clínicas, para controlar la evolución del paciente en sus aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales, para comprender la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores principales, y para programar intervenciones psicosociales y de rehabilitación (13).

Tabla 1. Comparación de la CVRS (SF-36 y EUROQOL-5D) entre los trasplantados renales y hepáticos al año del implante.

SF-36	RENALES (n=31) Media (DT)	HEPATICOS (n=32) Media (DT)	Valor del estadístico de contraste	Significación
Funcionamiento físico	66.12 (15.90)	69.33 (24.30)	U= 265.000	.004**
Limitaciones en el rol por problemas físicos	50.67 (28.03)	51.91 (43.01)	t= 845	.367
Dolor corporal	63.22 (23.21)	72.91 (24.42)	U= 420.500	.375
Salud general	47.09 (20.32)	44.83 (27.40)	t= 396	.716
Vitalidad	67.41 (16.72)	57.66 (26.57)	t= 1.708	.094
Funcionamiento social	62.66 (21.08)	67.50 (32.76)	U= 343.500	.067
Limitaciones en el rol por problemas emocionales	69.26 (28.53)	66.94 (38.18)	U= 452.500	.849
Salud mental	77.35 (16.29)	70.40 (22.93)	U= 420.500	.517
EUROQOL-5D				
Movilidad	1.03 (.10)	1.10 (.30)	U= 433.500	.289
Cuidado personal	1.00 (.00)	1.10 (.30)	U= 418.500	.073
Actividades cotidianas	1.10 (.30)	1.62 (.86)	U= 267.500	.000**
Dolor/malestar	1.32 (.47)	1.56 (.49)	U= 336.000	.031*
Ansiedad/depresión	1.36 (.56)	1.47 (.62)	U= 425.000	.493
Salud actual	75.26 (11.94)	69.33 (23.53)	t= 582	.493

Nota: SF-36: A mayor puntuación mejor CVRS; EUROQOL-5D: En las cinco primeras dimensiones, a mayor puntuación peor CVRS. En la última dimensión, a mayor puntuación mejor CVRS. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Bibliografía

1. Engle J. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: What has been established and what we need for the future. *J Clin Psychol* 2001;57:521-549.
2. Lawrence SA, Zittel KM. Heart transplantation: A behavioural perspective. *J Hum Behav Soc Environ* 2006;3:61-79.
3. Valdes C, Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Nefrología* 2006;26:157-162.
4. Christensen AJ, Raichle K, Ehlers SL, Bertolatus JA. Effect of patient coping preferences. *Health Psychol* 2002;19:348-353.
5. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin-Barcelona* 1995;104 (20):771-776.
6. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992;30:473-483.
7. Rué M, Badia X. The spanish EuroQol tariff: Results from the Catalan Health Survey based on self-rating health. Proceedings of the EuroQol Plenary Meeting. Barcelona 3-6 October 1995. X. Badia, M. Herdman, A. Segura Eds; (Barcelona): Institut de Salut Pública de Catalunya 77-98. 1996.
8. Euroqol Group. Euroqol, a new facility for the measurement of Health Related Quality of Life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
9. Lazzaretti CT, Carvalho JG, Mulinari RA, Rasia JM. Kidney transplantation improves the multidimensional quality of life. *Transplant Proc* 2004;32:872-873.
10. Pérez MA, Martín A, Gallego A, Santamaría JL. Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológicas. *RPPC* 2000;5:71-87.
11. Pérez MA, Martín A, Asián E, Pérez J. Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:222-226.
12. Pérez MA, Martín A, Galán A, Blanco A. Calidad de vida en la salud: Algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Rev Col Psicol* 2005;14:64-72.
13. Moreno B, Kern E. Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: Una revisión de literatura. *Rev Col Psicol* 2005;14:46-52.