

# Trasplante hepático y calidad de vida\*.

M<sup>a</sup> Ángeles Pérez San Gregorio (1), Agustín Martín Rodríguez (1), Elisabeth Domínguez Cabello (1), M<sup>a</sup> Dolores Maldonado y Aibar (2), José Pérez Bernal (3).

(1) Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

(2) Facultad de Medicina. Departamento de Bioquímica Médica y Biología Molecular. Universidad de Sevilla.

(3) Coordinación de Trasplantes. H.U. Virgen del Rocío de Sevilla.

## Introducción

El trasplante hepático ha evolucionado desde un tratamiento experimental hasta un tratamiento estándar para todos aquellos pacientes con enfermedades hepatobiliares progresivas e irreversibles. Aunque su éxito se ha medido por la supervivencia del paciente y del injerto, este tipo de intervenciones puede dar lugar a condiciones muy variadas; desde una recuperación de la "casi" normalidad, hasta diversas complicaciones psicológicas como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos sexuales, las fantasías sobre el donante y la insatisfacción con la imagen corporal (1). Consecuentemente, todo esto genera que pasado un tiempo de la intervención quirúrgica del implante, los pacientes estén más preocupados por su calidad de vida que por su longevidad. Es en este contexto donde adquiere una gran relevancia la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS); constructo multidimensional que incluye tres dominios básicos (funcionamiento físico, psicológico y social) que pueden verse afectados por la enfermedad y/o por un tratamiento (2).

La mayoría de los estudios existentes sobre este tema concluyen, en primer lugar, que el trasplante hepático conlleva una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, que se acerca pero no alcanza a la de la población general (3,4) y, en segundo lugar, que la calidad de vida no se estabiliza tras el trasplante, sino que se observan diferentes fases, unas mejores y otras peores; todo ello está en función de los intervalos temporales que se comparen, los cuales son diferentes en las diversas investigaciones (5,6). En esta línea, hay que señalar que algunos pacientes tienen problemas continuos de salud debido a los efectos secundarios de los tratamientos inmunosupresores (7).

Dada la relevancia de este tema, en la presente investigación nos planteamos como objetivo principal analizar la evolución de la CVRS en los trasplantados hepáticos, teniendo en cuenta cuatro momentos temporales diferentes: fase pre-trasplante (momento de inclusión del paciente en lista de espera para trasplante) y fase post-trasplante (a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto).

## Método

**a) Participantes:** seleccionamos un grupo de 27 pacientes (19 hombres y 8 mujeres con una edad media de 51.67 años) que recibieron un primer trasplante hepático en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla procedente de una persona fallecida. La etiología de la enfermedad fue cirrosis alcohólica (30.8%), virus de la hepatitis C (26.9%), hepatocarcinoma (15.3%), virus de la hepatitis B (3.8%) y otras (23.2%), y el tiempo en lista de espera fue una media de 225.08 días.

Como características generales consideradas en la selección de los pacientes se requerían cuatro criterios de inclusión: 1) que tuvieran una edad igual o superior a los 18 años en el momento de su inclusión en lista de espera para el trasplante, 2) que presentaran una capacidad cog-

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

nitiva suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios, 3) que estuvieran incluidos en lista de espera para recibir un primer trasplante hepático (se excluyeron los retrasplantados y los casos de urgencia cero), y 4) que prestaran el consentimiento informado por escrito para la participación en el estudio.

**b) Instrumentos:** evaluamos a los trasplantados mediante tres instrumentos: una "Entrevista estructurada", el "Cuestionario de Salud SF-36" (8) y el "Cuestionario de Salud Euroqol (EQ-5D)" (9).

**c) Procedimiento:** los trasplantados hepáticos fueron evaluados en cuatro fases diferentes: en el momento de su inclusión en lista de espera para trasplante y a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto. Primero, una vez que el paciente se hallaba incluido en lista de espera, tras ofrecerle información sobre la presente investigación y aclarar todas sus dudas, se solicitaba su colaboración voluntaria y prestaba su consentimiento informado por escrito. Segundo, se le administraba una entrevista estructurada, donde se recogían diversos datos sociodemográficos y clínicos. Y tercero, a través de dos cuestionarios y en los cuatro momentos temporales de esta investigación evaluábamos la CVRS.

## Resultados

En primer lugar, aplicamos un "análisis de varianza con medidas repetidas" para comparar las diferentes fases de este estudio, y hallamos diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones que evaluaban los dos cuestionarios empleados (figuras 1, 2 y 3). Es en la fase previa al implante (lista de espera) cuando los pacientes muestran un menor bienestar en las áreas física, psicológica y social, observándose una mejoría importante, con una tendencia a la estabilización, a partir de los tres meses de haber sido trasplantados.

En segundo lugar, para saber entre qué momentos temporales se hallaban las diferencias, realizamos "comparaciones a posteriori" (comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo). Además, para controlar la tasa de error, tanto los niveles críticos como los intervalos de confianza, se ajustaron mediante la "corrección de Bonferroni". En el caso del SF-36 (figura 1), cuando se compararon las fases pre-trasplante con los tres meses tras el implante, hubo una mejoría significativa en este segundo periodo en las ocho dimensiones evaluadas. Esta misma tendencia apreciamos cuando se compararon las fases pre-trasplante con los seis y los doce meses post-trasplante, excepto en las dimensiones "dolor corporal" y "problemas emocionales" en las que no hubo diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas por el SF-36 cuando se compararon las fases tres meses con los seis y los doce meses tras el implante, ni cuando se compararon entre sí estos dos últimos periodos temporales.

Respecto al Euroqol (EQ-5D) (figuras 2 y 3), cuando se compararon las fases pre-trasplante con los tres meses tras el implante, excepto en la dimensión "cuidado personal", en el resto hubo una mejoría significativa en este segundo periodo. Así mismo, apreciamos esta tendencia en todas las dimensiones cuando se compararon las fases pre-trasplante con los seis meses post-trasplante. Y en el caso de la comparación pre-trasplante con los doce meses tras el implante, la mejoría fue significativa en todas las dimensiones excepto en "ansiedad-depresión". Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas con el Euroqol cuando se compararon las fases tres meses con los seis y los doce meses tras el implante, ni cuando se compararon entre sí estos dos últimos periodos temporales.

## Discusión

Tras analizar los resultados, hallamos que los pacientes presentaban un menor bienestar físico, psicológico y social en la fase de lista de espera, probablemente debido a que en la etapa inmediatamente anterior al trasplante es cuando los pacientes suelen experimentar, en mayor o menor

grado, los síntomas propios de la cirrosis. Semejantes resultados fueron obtenidos en otro estudio, en el que se halló que los pacientes mostraron peor calidad de vida en la fase pre-trasplante, mejorando significativamente después del implante, sin importar el tiempo post-trasplante (10).

Cuando comparamos la fase pre-trasplante (cuando el paciente se hallaba en lista de espera) y post-trasplante (tres, seis y doce meses tras el implante) el paciente mostró una mejoría significativa que fue más acusada en los primeros momentos post-trasplante. Entre otras, las razones que podrían explicar su peor CVRS en la fase de lista de espera, hacen referencia a que este periodo está cargado de incertidumbre y se asocia a un alto grado de morbilidad y mortalidad, al sentimiento de pérdida de libertad por tener que estar localizados las veinticuatro horas del día, a que les es imposible hacer una estimación del tiempo que han de esperar para ser trasplantados, y al alto nivel de ansiedad que les genera el hecho de pensar que tienen que entrar en un quirófano para someterse a una intervención de alto riesgo. A esto hemos de añadir que tras el implante los pacientes disfrutaban de una mayor independencia física porque tienen un mejor estado de salud, lo cual les permite volver a sus actividades cotidianas y así integrarse en su espacio social, laboral y familiar, y todo esto repercute positivamente en su bienestar físico, psicológico y social en las diversas fases post-trasplante.

Si nos centramos en las dimensiones que mejoraron tras el implante, hemos de tener en cuenta que en comparación con la fase pre-trasplante, a medida que transcurre el tiempo existen menos áreas en las que los pacientes presentaron una mejoría significativa. En concreto, de las catorce dimensiones evaluadas en este estudio, los pacientes experimentaron al principio (tres meses post-trasplante) una mejoría en trece de ellas, posteriormente (seis meses post-trasplante) en doce, y finalmente (doce meses post-trasplante) en once. Esto significa que aunque la CVRS mejora tras el trasplante, en comparación con la fase pre-trasplante, cuando ha transcurrido un año de la intervención quirúrgica, hay tres dimensiones que permanecen estancadas: "dolor corporal", "problemas emocionales" y "ansiedad-depresión". Una posible explicación es que a veces los pacientes tienen unas expectativas demasiado optimistas respecto al trasplante (no esperan tener ninguna complicación médica ni psicológica), que inmediatamente después de recibirlo no se ven cubiertas, especialmente si tenemos en cuenta que todos los fármacos inmunosupresores se asocian a un listado de efectos adversos que limitan la mejoría que produce el trasplante: hirsutismo, gingivitis, diarrea, osteoporosis, nefrotoxicidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, etc. Todo esto genera en los trasplantados una gran decepción, incluso algunos consideran que han cambiado un estado de salud deteriorado por otro semejante; lo cual repercute negativamente en su estado anímico (5,6). En este contexto, hay que tener en cuenta que los trasplantados suelen recibir bastante información acerca del procedimiento quirúrgico y la preparación preoperatoria, pero poca en relación con los efectos adversos del tratamiento inmunosupresor (11).

Por otro lado, a partir de los tres meses se observa en todas las dimensiones evaluadas una tendencia a la estabilización, es decir mientras que existen diferencias significativas cuando se compara la fase pre-trasplante con las diferentes fases post-trasplante, estas diferencias no aparecen cuando se comparan los periodos tres-seis meses, tres-doce meses y seis-doce meses. Esto significa que en el caso de los trasplantados hepáticos, la CVRS se estabiliza a partir de los tres meses, es decir a partir de ese momento el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes ni mejora ni empeora, simplemente se mantiene estable. Podría decirse que a partir de los tres meses los pacientes se adaptan a todas las circunstancias que conlleva el trasplante: se habitúan a las prescripciones terapéuticas, se integran en el entorno sociolaboral, dejan de temer el rechazo del órgano, y hallan más apoyo por parte de la familia pues ésta se encuentra más recuperada psicológicamente del impacto emocional inicial que supone el trasplante.

Para finalizar, hemos de tener en cuenta que el trasplante hepático es un proceso complejo que requiere una intervención multidisciplinar para lograr la máxima CVRS en los pacientes, y es en la fase pre-trasplante, cuando el apoyo psicológico es especialmente necesario, ya que es cuando los pacientes muestran un mayor deterioro físico y psicológico.

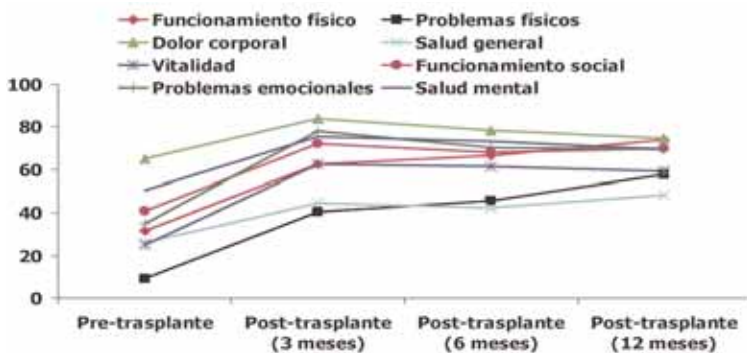


Figura 1. Evolución de la CVRS (SF-36) en los trasplantados hepáticos.

Nota. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100. A mayor puntuación mejor CVRS.

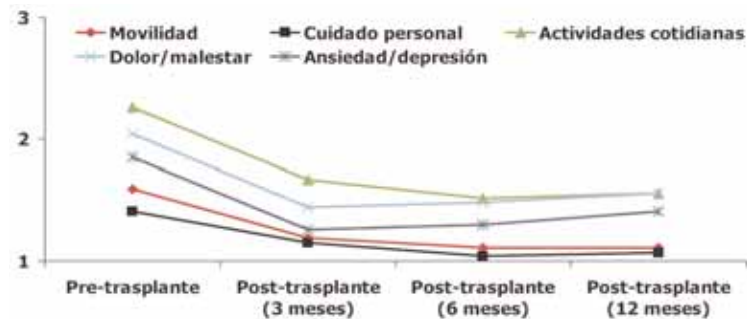


Figura 2. Evolución de la CVRS (EUROQOL-5D) en los trasplantados hepáticos.

Nota. Las puntuaciones oscilan entre 1 y 3. A mayor puntuación peor CVRS.

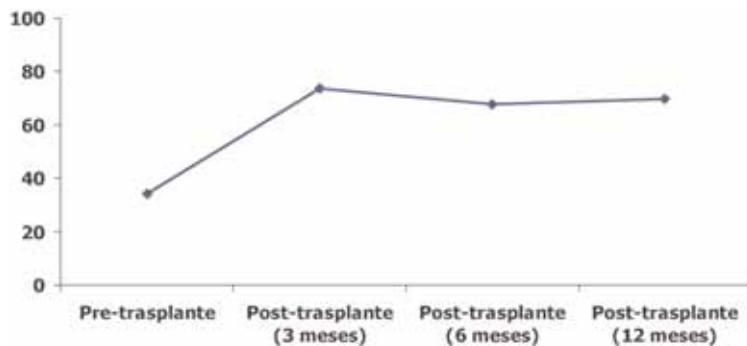


Figura 3. Evolución de la CVRS (dimensión salud actual del EUROQOL-5D) en los trasplantados hepáticos.

Nota. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100. A mayor puntuación mejor CVRS.

## Bibliografía

- Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol* 2005;5(1):99-114.
- 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.
- Galán A, Pérez MA, Martín A, Borda M. Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares. *Psicothema* 2008;20(2):266-272.
- Taylor R, Franck LS, Gibson F, Hawan D. A critical review of the health-related quality of life of children and adolescents after liver transplantation. *Liver Transplant* 2005;11(1):51-60.
- Dudley T, Chaplin D, Clifford C, Mutimer DJ. Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Qual Life Res* 2007;16:1299-1308.
- Ratcliffe J, Longworth L, Young T, Bryan S, Burroughs A, Buxton M. Assessing health-related quality of life pre- and post-liver transplantation: A prospective multicenter study. *Liver Transplant* 2002;8(3):263-270.
- Kluger C, Geiger S, Gottlieb J, Simon A, Haverich A, Dracup K. Symptom experience after solid organ transplantation. *J Psychosom Res* 2009;66:101-110.
- 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 (Barc)* 1995;104:771-776.
- Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del Euroqol: Descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999;112 (supl.1):79-86.
- Burgos VA, Amador A, Ballesteros BP. Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universitas Psychologica* 2007;6(2):383-397.
- Marcen R, Fernández AM. Calidad de vida e inmunosupresión. En: Ortega F, Rebollo P, coordinadores. *Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido*. Barcelona: Ediciones Mayo, SA, 2006; p. 83-87.