

DIFERENCIAS ENTRE EL TRASPLANTE RENAL Y OTROS TRATAMIENTOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA RESPECTO A LA CALIDAD DE VIDA

Cirera Segura F., Reina Neyra M, Martín Espejo JL, Franco Maldonado MG.

Hospital U. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permita seguir aquellas actividades que le son importantes y afectan a su bienestar dentro del concepto de calidad de vida tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud¹. La CVRS es un constructo multidimensional que incluye tres dominios básicos (funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y funcionamiento social) que pueden verse afectados por la enfermedad y/o por un tratamiento y está basado en la percepción subjetiva del paciente².

Desde la aparición de este término ha sido muy utilizado en las distintas áreas de la ciencia, siendo cada vez más aceptada la importancia de su medida para completar los resultados clínicos y bioquímicos, e integrarla en el modelo biomédico de salud³. Por estos motivos y porque diversos estudios han señalado una estrecha relación entre el estado de salud percibida y la mortalidad⁴⁻⁵, enfermería lo podría utilizar como herramienta para evaluar el impacto del trasplante renal sobre el paciente así como los efectos secundarios o indeseables de la terapia inmunosupresora, ya que la CVRS es un indicador de la calidad de los cuidados y de la valoración de resultados en pacientes crónicos y pluripatológicos³⁻⁶.

Para medir la CVRS existen diversos instrumentos. Uno de los más extendidos y utilizados por la comunidad científica es el SF-36⁷, ya que permite la comparación entre distintas poblaciones⁷⁻⁸, y permite valorar al paciente nefrológico tras el trasplante renal. Además permite identificar aquellas dimensiones de la salud que están más afectadas por la enfermedad, facilitando el diseño de las intervenciones de Enfermería más apropiadas para cada paciente.

OBJETIVOS

El presente trabajo trata de abordar los siguientes objetivos:

- Valorar la utilidad del cuestionario SF-36 para Enfermería cuando es aplicado a una muestra de pacientes trasplantados renales así como las características psicosométricas del cuestionario.
- Valorar la influencia de los datos demográficos y otras variables, sobre la CVRS en la muestra y compararlos con los valores correspondientes dados para la población general española.
- Valorar la repercusión de la inmunosupresión en la CVRS de los pacientes trasplantados.
- Valorar como afecta el trasplante renal la CVRS y compararla con el resto de los tratamientos para la enfermedad renal crónica (ERC).

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, con una duración de 6 meses, cuya muestra estaba constituida por 92 pacientes: 37 mujeres y 55 hombres, con ERC tras realizarles un trasplante renal en nuestro hospital. La edad media fue de $45,46 \pm 12,03$ años.

Los criterios de inclusión fueron: edad igual o superior a 18 años, participación voluntaria en el estudio, capacidad cognitiva suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios, y haber transcurrido un mínimo de tres meses tras el trasplante.

Para valorar la CVRS se utilizó el cuestionario de salud SF-36v2 cuya adaptación ha sido realizada para España por Alonso y cols.⁹, de SF-36 Health Survey¹⁰⁻¹¹.

Este cuestionario consta de 36 ítems de carácter genérico que informan tanto de estados positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando 8 dimensiones de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Se incluye un ítem que evalúa el cambio en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior (CS). En cada ítem la puntuación obtenida es transformada en una escala de 0 a 100 según el porcentaje alcanzado de la máxima puntuación posible, donde los valores más altos indican una mejor calidad de vida.

Se facilitó el cuestionario a los pacientes para su autocumplimentación y en los casos de pacientes con dificultades para rellenarlo, se les realizó el cuestionario mediante un enfermero. También se recogieron datos demográficos, nivel de estudios, situación económica, estado civil, situación laboral, número de trasplantes previos y tiempo desde el último, datos analíticos y terapia inmunosupresora.

Para comparar la muestra con las normas poblacionales en España y siguiendo las indicaciones del grupo español de validación del SF-36¹², se estandarizaron las puntuaciones. El resultado viene dado en desviaciones estándar respecto a la población general de igual edad y sexo.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico S.P.S.S. 15.0. Se utilizó para la descripción de las diferentes variables la media y la desviación estándar (DE) o la mediana y el rango. Los datos cualitativos se expresaron mediante frecuencias y porcentajes. Para el contraste entre variables se utilizó la T de Student o la prueba de Kruskal-Wallis según correspondiera. Para el estudio de correlaciones se utilizó la Rho de Spearman. Se declararon significativos los contrastes cuando la significación fue inferior al 5%.

RESULTADOS

La muestra la constituyeron 92 pacientes con ERC trasplantados renales. La edad media de los individuos fue de $45,46 \pm 12,03$ años, con un ligero predominio del género masculino (59,8%). Los niveles medios de creatinina sérica fueron de $1,45 \pm 0,74$ y de hematocrito $40,70 \pm 4,07$. La media del tiempo desde el trasplante fue de 61 (6-278) meses. El 7,6 % (n=7) de los pacientes habían recibido un trasplante renal previamente y el 3,3 % (n=3) dos trasplantes previos. El resto de las características de la muestra se reflejan en la Tabla 1.

TABLA 1. Características de la Muestra.

n=92				
Edad	Media	DE	Rango	
	45,46	12,03	(19-74)	
Sexo	Hombres	59,8% (n=55)		
	Mujeres	40,2% (n=37)		
Nivel de Estudios	Sin Estudios	Primaria	Secundaria	Universitarios
	10,9 % (n=10)	45,7 % (n=42)	20,7 % (n=19)	22,8 % (n=21)
Situación Económica	Baja		Alta	
	25 % (n=23)		72,8 % (n=67)	
Estado Civil	Soltero	Casado	Separado	Viudo
	25 % (n=23)	65,2 % (n=60)	8,7 % (n=8)	1,1 % (n=1)
Situación Laboral	Activo		No Activo	
	30,4 % (n=28)		69,6 % (n=64)	

A continuación se estudiaron las propiedades psicométricas de las diferentes escalas. La prueba estadística que determina la consistencia interna del cuestionario presenta una fiabilidad alta, ya que todos los valores del test alfa de Cronbach se sitúan por encima del dintel de 0,7, concretamente entre 0,758 (FS) y 0,957 (RF), hallándose 3 dimensiones con coeficientes superiores al valor de 0,9.

Las correlaciones entre las distintas dimensiones fueron todas significativas ($p < 0,003$) resultando la r^2 en rangos intermedios. Las puntuaciones medias de cada una de las dimensiones del cuestionario, variaron entre $84,51 \pm 19,20$ (FS) y $60,95 \pm 22,82$ (SG).

Se analizó la CVRS según el género de los pacientes (Tabla 2), no existiendo diferencias significativas en ninguna de las dimensiones.

TABLA 2. Distribución de las puntuaciones del SF-36, según el género.

	HOMBRES (n=55)			p ¹	MUJERES (n=37)		
	Media	DE	Rango		Media	DE	Rango
FF	80,73 ↑	17,62	25-100	Ns	76,76	24,01	10-100
RF	74,89	29,74	0-100	Ns	76,69 ↑	24,76	6-100
D	78,04 ↑	25,07	10-100	Ns	72,38	27	0-100
SG	59,05	20,99	15-100	Ns	63,78 ↑	25,32	10-100
V	64,09	26,35	0-100	Ns	66,39 ↑	21,81	19-100
FS	84,55 ↑	18,47	25-100	Ns	84,46	20,49	13-100
RE	82,88	21,42	17-100	Ns	84,46 ↑	21,79	25-100
SM	75,36 ↑	18,95	25-100	Ns	70,41	21,32	20-100

¹T-Student para muestras independientes.

Según la edad (Tabla 3), se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones excepto para la FF, obteniendo puntuaciones más altas el grupo de menor edad.

Las puntuaciones de la muestra se estandarizaron para compararlas con las descritas para la población general española¹² y se muestran en la Figura 4. Excepto la V y la SM todas las dimensiones fueron significativas. Lo mismo se hizo por grupos de edad (Figura 5).

A continuación se analizaron las dimensiones del SF-36 y el estado civil de los pacientes existiendo correlación con la FF (p<0,001), el RF (p=0,018), D (p=0,16). El nivel de estudios se correlacionó con la FF (p=0,001) y la situación laboral con la FF y el RF (p<0,001), el D (p=0,001) y la SC (p=0,031). La variable que se correlacionó con más dimensiones fue la situación económica con p<0,001 en la FF y RF, con el D, V, FS y RE fueron menores a p<0,01 y con la SM p=0,017. El tiempo transcurrido desde el trasplante se correlacionó con la SG (p=0,001) y la SC (p<0,001).

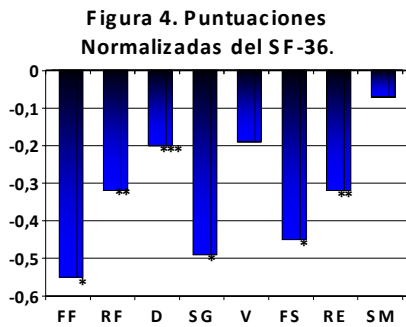
Cuando estudiamos la influencia de la terapia inmunosupresora no obtuvimos diferencias significativas sobre las dimensiones del SF-36. Los pacientes que tomaban ciclosporina tenían una creatinina sérica significativamente más alta que los que no la tomaban (p=0,007) y un hematocrito más bajo (p<0,001). Respecto al tacrolimus los pacientes presentaban una SG significativamente superior (p=0,034), una creatinina sérica menor (p=0,003) y un hematocrito superior (p<0,001). Los pacientes tratados con ciclosporina llevaban una media de 142 ± 51,83 meses trasplantados, frente a los 49 ± 28,11 meses que llevaban los tratados con tacrolimus.

TABLA 3. Distribución de las puntuaciones del SF-36, según la edad.

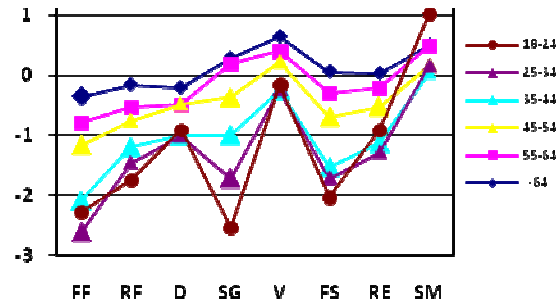
Edad	18-24 (n=2)	25-34 (n=16)	35-44 (n=26)	45-54 (n=28)	55-64 (n=15)	65-74 (n=5)
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
FF ¹	100 (0) ↑	90,94 (10,98)	79,62 (24,20)	80,89 (15,98)	66,33 (21,91)	59 (5,47)
RF	84,38 (22,09)	85,94 (19,43) ↑	75,96 (27,42)	77,23 (29,12)	62,08 (30,66)	68,75 (31,56)
D	87 (18,38)	87,19 (19,07) ↑	72,42 (27,02)	79,46 (23,27)	62,67 (30,96)	70,60 (27,75)
SG	62,50 (38,89)	65,81 (18) ↑	61,58 (26,29)	58 (21,97)	59 (24,82)	64 (18,23)
V	71,88 (30,93)	73,44 (27,33)	62,26 (23,68)	64,96 (24,01)	56,25 (21,77)	76,25 (80,09) ↑
FS	87,50 (17,67)	92,19 (14,34) ↑	80,77 (21,28)	85,71 (15,48)	79,17 (25,73)	87,50 (17,67)
RE	100 (0) ↑	91,15(12,34)	79,49 (24,63)	84,23 (18,61)	77,22 (28,25)	88,33 (18,25)
SM	90 (14,14) ↑	78,75 (14,88)	73,85 (20,65)	68,57 (18,60)	69,33 (25,34)	86 (16,35)

¹Prueba Kruskal-Wallis con p<0,001.

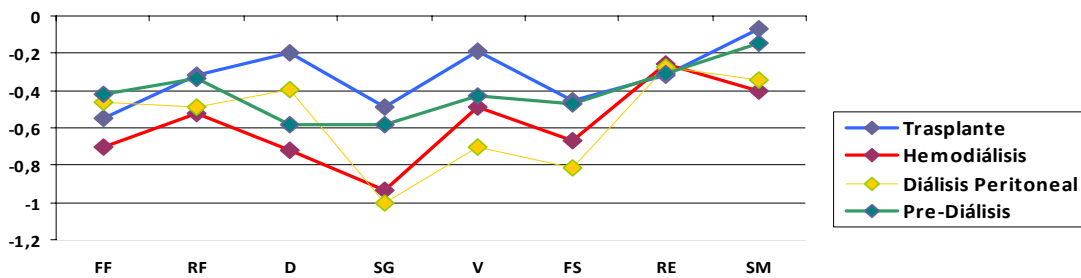
Figura 5. Puntuaciones Normalizadas del SF-36, según la Edad.



T Student: *p<0,001; **p=0,001; ***p=0,05



Tras realizar este estudio comparamos los datos con los obtenidos en un estudio realizado con anterioridad sobre la CVRS de los pacientes en las distintas terapias sustitutivas extra-renales y los resultados se pueden observar en la Figura 6, donde el trasplante obtiene las puntuaciones más cercanas a la población general.



DISCUSIÓN

La CVRS es un concepto de relativamente reciente aparición. La importancia de su evaluación en enfermos crónicos, como los pacientes trasplantados renales, es algo comúnmente aceptado por el personal sanitario. La conservación o restauración de la CVRS en estos pacientes se está convirtiendo de hecho, en nuestro objetivo terapéutico¹⁻⁴⁻¹³.

Evaluar la evolución de la CVRS en los trasplantados renales es necesario entre otras razones, para determinar la eficacia de la intervención sanitaria, mejorar las decisiones clínicas y controlar la evolución del paciente en sus aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales, para comprender la calidad de vida de los cuidadores principales y para programar intervenciones de Enfermería.

Para valorar la CVRS hemos utilizado el cuestionario SF-36v2 en su versión española, mostrando el mismo características psicosométricas adecuadas y muy similares a las obtenidas en el estudio que determina los valores poblacionales de referencia en España¹².

Al aplicar el cuestionario a una muestra de pacientes trasplantados renales, obtuvimos unos índices de consistencia superior a 0,70, valor mínimo recomendado para hacer comparaciones de grupo y en tres de las dimensiones se superó el valor de 0,90, que permite utilizar las puntuaciones del cuestionario a nivel individualizado.

Las correlaciones internas de las 8 dimensiones tuvieron significación estadística en todos los casos, cumpliendo así los requisitos de validez del cuestionario, y demostrando que todas las dimensiones están interrelacionadas. Por lo que consideramos este cuestionario una herramienta útil que Enfermería puede utilizar para valorar las necesidades de los pacientes trasplantados, siendo válido para realizar una continuidad tanto del estado de salud como de los cuidados que requieren.

Los valores medios obtenidos para el conjunto de la muestra, se hallaron entre el $84,51 \pm 19,20$ (FS) y $60,95 \pm 22,82$ (SG), estando todos los valores en puntuaciones medias-altas, demostrando que el trasplante mejora la CVRS respecto a los pacientes en tratamiento sustitutivo³⁻¹⁴.

En la muestra no existieron diferencias significativas según el género, e incluso estaban igualados en las dimensiones físicas y mentales, por lo que no podemos relacionar esta variable con la CVRS tras el trasplante renal.

La edad es un factor que resultó significativo tan solo para la FF. Sin embargo, la CVRS empeora con la edad tanto en los pacientes trasplantados como en la población general. Al estandarizar las puntuaciones usando normas poblacionales, comprobamos al igual que otros estudios³⁻¹⁴⁻¹⁵ que la CVRS en los grupos de mayor edad está más cerca de la población general, superando el estado de salud percibida por los grupos de menor edad. Así, en nuestra muestra el grupo de pacientes mayores de 64 años, tiene una mejor puntuación en todas las dimensiones que el grupo comprendido entre 18-24 años. Probablemente las expectativas sobre el trasplante renal sean diferentes entre personas mayores y jóvenes, lo que explicaría en gran medida, la mejor adaptación de los mayores a peores circunstancias, ya que ven menos afectada sus actividades diarias como pueden ser la vida laboral, familiar, social y sexual que los grupos de pacientes más jóvenes.

A pesar de que la CVRS se aproxima a la población general en los pacientes añosos, vemos que el número de pacientes trasplantados mayores de 65 años es muy bajo, lo que podría deberse a la comorbilidad y patologías asociadas que presentan, dejándolos fuera de la lista de trasplante.

Sobre otros aspectos que han correlacionado en otros estudios publicados con la CVRS¹⁴ como el estado civil, en nuestra muestra se relacionó directamente con la FF, RF y D de tal forma que los separados y viudos tenían peores puntuaciones en estas dimensiones que los solteros y casados. La situación laboral se correlacionó con la FF, RF y SC de manera que los pacientes con mayores puntuaciones se encontraban en activo laboralmente. Estos resultados pudieran verse sesgados en ambos casos por la edad de los pacientes en cada grupo. La situación económica correlacionó significativamente con todas las dimensiones excepto con la salud general, obteniendo mayores puntuaciones en todas las dimensiones los pacientes con un nivel económico mayor, dato que se corresponde con otros estudios y con la CVRS de la población general del mismo nivel económico.

Tanto la SC como la SG se ven afectadas por el tiempo transcurrido desde el trasplante debido a que la vida media del injerto es limitada y se va perdiendo la funcionalidad del mismo¹⁴, hay estudios que concluyen que tienen peor CVRS los pacientes que llevan más de 10 años trasplantados comparados con los que llevan menos de cinco, probablemente por ser de mayor edad y por los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora.¹⁶

La terapia inmunosupresora en general no ha tenido influencias significativas sobre la CVRS aunque la ciclosporina se correlacionó con un aumento de la creatinina sérica y una disminución del hematocrito, posibles efectos secundarios de la misma medicación o del mayor tiempo transcurrido desde el trasplante, ya que los primeros pacientes trasplantados utilizaban esta medicación como base del tratamiento inmunosupresor. El tacrolimus influyó significativamente sobre la SG obteniendo mayores puntuaciones los pacientes que lo tomaban, ya que tenían menores cifras de creatinina y un mayor hematocrito, concordando con estudios previos donde se atribuía una mayor CVRS a los pacientes tratados con tacrolimus frente a los que tomaban ciclosporina¹⁷. Tanto el micofenolato como la prednisona no mostraron ninguna influencia sobre las dimensiones del SF-36.

La mayoría de los estudios existentes sobre este tema, concluyen que todos los trasplantados renales presentan una CVRS similar a la de la población general y mejor que los pacientes en tratamiento crónico con hemodiálisis¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Si a esto añadimos que tras el implante dejan de depender de la diálisis que les obliga a desplazarse al hospital varias veces por semana y que disponen de tiempo para volver a sus actividades cotidianas, sin duda, todo ello repercute de forma positiva en su bienestar físico, psicológico y social a largo plazo¹⁹.

CONCLUSIONES

Consideramos que el cuestionario SF-36 es un instrumento válido y útil para valorar el estado de salud percibido por los pacientes trasplantados.

Hemos observado que el trasplante afecta negativamente a la salud percibida de los pacientes respecto a la población general española de igual edad y sexo. El género femenino y la mayor edad, un menor nivel económico y de estudios del paciente se han mostrado indicadores de una peor CVRS dentro de la muestra. El estar separado o viudo también fueron variables que indicaron peor CVRS.

La terapia inmunosupresora no resultó una variable significativa sobre la CVRS, exceptuando el uso del tacrolimus que mejora la SG frente al uso de la ciclosporina.

Sin embargo y a pesar de todos estos resultados, el trasplante renal se ha mostrado la mejor alternativa para los pacientes cuando se ha comparado con el resto de tratamientos sustitutivos de la ERC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. **Quality of Life assessment. An annotated bibliography.** Who (MNH/PSF/94.1). Génova. 1994.
2. Pérez San Gregorio M.A, Martín Rodríguez A, Díaz Domínguez R, Pérez Bernal J. **Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales.** Nefrología. Volumen XXVII. Número 5. 2007
3. Valdés C, Ortega F. **Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y el trasplante renal.** Nefrología. Volumen XXVI. Número 2. 2006.
4. Kaplan GA, Camacho T. **Perceived health and mortality: A nine year follow-up of the human population laboratoty cohort.** Am Journal Epidemiol. 1983; 117, 292-298.
5. McClellan WM, Anson C, Birkely K, et al. **Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end-stage renal disease.** J Clin Epidemiol. 1991; 44, 83-89.
6. Gil JM, García MJ, Foronda J. **Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis.** Nefrología. Volumen XXIII. Número 6. 2003.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, **El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.** Gac Sanit. 2005; 19 (2):135-150.
8. Álvarez F. **Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica.** Ponencia en el XXV Congreso de la SEDEN.
9. 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 1995; 104: 771-776.
10. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. **The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring psysical and mental health constructs.** Med Care. 1993; 31, 247-63.
11. McHorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD. **The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumtions, and reliability across diverse patient groups.** Med Care. 1994; 32, 40-66.
12. Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. **Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36.** Med Clin. 1988; 111, 410-416.
13. Alvarez-Ude F, Vicente E, Badía X. **La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia.** Nefrología. Volumen XV. Número 6. 1995.
14. Rebollo P, Bobes J, González M.P, et al. **Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia renal sustitutiva.** Nefrología. Vol. XX. Número 2. 2000
15. Iraurgi I, Póo M, Márkez I. **Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programa de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca.** Revista Española Salud Pública. Número 5. 2004; 78, 609-621.
16. Tomasz, W, Piotr, S. **A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation.** Ann Transplant 8: 47-53, 2003
17. Reimer J, Franke GH, Philipp T, Heemann U. **Quality of life in kidney recipients: comparison of tacrolimus and cyclosporine-microemulsion.** Clin Transplant 2002. 16, 48-54.
18. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badía X, Álvarez-Ude F, Díaz-Corte C, et al. **Health-related quality of fife of kidney transplanted patients:Variables that influence it.** Clin Transplant 14: 199-207, 2000.
19. Ichikawa Y, Fujisawa M, Hirose E, Kageyama T, Miyamoto Y, Sakai Y, et al. **Quality of life in kidney transplant patients.** Transplant Proc 32: 1815-1816, 2000.
20. Díaz R, Pérez MA, Pérez J, Gallego A, Correa E. **Aspectos psicológicos de los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático.** En: Actualizaciones en trasplantes 2005. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2005; pp. 163-167