

CALIDAD DE VIDA EN EL TRASPLANTE RENAL

A. Ureña González, O. Fernández Solís, A. Arango García, P Rebollo Alvarez

Servicio de Nefrología 1. Hospital Central de Asturias. Oviedo

INTRODUCCIÓN

Los primeros intentos para definir qué es calidad de vida aparecen en los años setenta, desarrollándose a la vez una serie de indicadores que permitieran medirla.

El término «calidad de vida» aparece por primera vez en el «Index Medicus» en el año 1977 y hace referencia a un concepto dinámico que ha ido modificándose en las tres últimas décadas,

La OMS en 1994 define la calidad de vida como:

«*La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.*»

De la misma forma, los indicadores de medida de la calidad de vida han ido evolucionando a lo largo de los últimos años.

Si a finales de los años sesenta primaban los llamados indicadores objetivos (Indicadores sociales de Chicago) que miden la calidad de vida a través del número de electrodomésticos, coches que se poseen, zona donde se vive, etc.

Es a partir del año 1990 cuando los indicadores *subjetivos adquieren* una importancia fundamental en la medida de la calidad de vida.

Sobre calidad de vida relacionada con la salud, Gill y Feinstein (1) en 1994 dicen que refiere a cómo el *paciente percibe y reacciona frente a un estado de salud.*

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Los instrumentos para medir la calidad de vida se pueden clasificar en dos grandes grupos: los genéricos y los específicos. Los primeros tienen la ventaja de que pueden aplicarse a diversas patologías o subgrupos culturales y hacer comparaciones entre distintas poblaciones o grupos de pacientes. Mientras que los instrumentos de medida específicos están diseñados para un problema concreto de salud, son por ello más precisos.

Existen varios instrumentos de medida de calidad de vida genéricos. Todos ellos son cuestionarios con un número variable de ítems que se agrupan en dimensiones, que intentan medir movilidad, autocuidado, salud mental.

Para el presente estudio hemos elegido el llamado «SE 36» (Short Form General Survey).

El SF36 es una versión abreviada de otro instrumento, el «Médical Outcomes Study» (MOS). Tiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud. Detecta tanto estados negativos como positivos. Para cada dimensión se recodifican y se suman los ítems transformándose en una escala con un recorrido de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor).

El SF36 fue desarrollado inicialmente en EE.UU., posteriormente se ha traducido, validado y normalizado en varios países europeos, entre ellos España (J. Alonso).

DIMENSIONES EVALUADAS EN EL SF36

FE Funcionamiento físico	10 ítems
RE Rol físico	4 ítems
D Dolor	2 ítems
SG Salud general	5 ítems + 1
V Vitalidad	4 ítems
FS Funcionamiento social	2 ítems
RE Rol emocional	3 ítems
SMSalud mental	5 ítems

FF Evalúa el grado de salud del individuo refiriéndose a una serie de actividades físicas como autocuidado, deportes, caminar, subir escaleras.

RF Evalúa una serie de interferencias en el trabajo o actividades diarias debidas a problemas físicos de salud.

D: Determina la intensidad del dolor corporal y su interferencia en la vida diaria.

SG: Se refiere a la valoración personal del estado de salud, el ítem adicional se refiere a cambios de salud experimentados en el último año.

V: Evalúa el nivel de energía/fatiga.

FS: Evalúa el impacto de la salud física o los problemas emocionales sobre las actividades sociales habituales.

RE Valora la presencia de dificultades en el trabajo o en las actividades cotidianas debidas a problemas emocionales de salud,

SM: Salud mental (nerviosismo, desánimo felicidad).

OBJETIVO

Conocer la calidad de vida de las personas con un trasplante renal funcionante que son tratadas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

El SF36 se realizó mediante entrevista, hecha por las enfermeras de la planta de Nefrología, a las personas con un injerto renal funcionante que habían sido trasplantadas hacia más de seis meses y que tenían una función renal medida por aclaramiento de creatinina (Ccr) por encima del 18 ml/min.

La población que reunía estas características en el momento en que hicimos este estudio era de 245 personas y la muestra que recogimos de 106 casos, tomados al azar.

Las entrevistas se realizaron durante un período de seis meses aprovechando los días que las personas, objeto de este estudio, acudían al hospital para revisiones médicas o pruebas analíticas.

Por sexo no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las ocho dimensiones evaluadas. Se hizo un grupo de edades de 21 a 59 años frente a otro grupo de 60 a 73 y tampoco se encontraron diferencias significativas. En un segundo corte de menores de 50 años frente a mayores de 51, sí había diferencia en funcionamiento físico a favor de los más jóvenes.

Por último, se hizo una división según el tiempo que llevaban trasplantados, así se dividió la muestra entre aquellos que llevaban menos de 24 meses frente a los que llevaban más de 24.

Se encontraron diferencias significativas en: FE a favor de los que llevaban menos de 24 meses trasplantados, también en V había diferencia favorable para el mismo grupo.

Sin embargo, en ES y en RE la diferencia significativa encontrada era favorable para los que llevaban más de 24 meses trasplantados (Fig. 2).

Quisimos comparar el estudio con otro grupo de personas trasplantadas en otros hospitales del país pero no nos fue posible encontrarlo, parece que no hay estudios hechos sobre este tema. Optamos entonces por hacer una comparación con el grupo de personas que se hemodializan en el centro de la Cruz Roja.

CALIDAD DE VIDA Y Tx RENAL ESTUDIO CORRELACIONAL: TIEMPO Tx

Fig.: 2

El centro de la CR está muy relacionado con el servicio de Nefrología de este hospital, especialmente con la unidad de HD, de tal forma que en la medida de lo posible se hace una ubicación de las personas que necesitan diálisis atendiendo a su estado físico~ aquellas personas que están mejor se dializan en el centro de la CR y las que no están tan bien se quedan en la unidad del hospital.

En todas las dimensiones la puntuación fue más alta en la muestra correspondiente a las personas trasplantadas. Pero significativamente lo fue en FE y V y muy significativa en SG y ES (Fig. 3).

CONCLUSIONES

Las personas con un Tx renal funcional, objeto de este estudio, tienen una buena calidad de vida.

Aquellas personas que llevan menos de 24 meses trasplantadas se encuentran físicamente mejor que las que llevan más de 24 meses trasplantadas.

Fig.

CALIDAD DE VIDA Y Tx RENAL COMPARACIÓN CON HEMODIALIZADOS

Por el contrario, las que llevan más de 24 meses trasplantadas están emocionalmente mejor que las que llevan menos de 24 meses.

Al comparar la muestra de las personas con un trasplante renal con la población seleccionada que se hemodializa en un centro extra hospitalario, se comprueba que la calidad de vida es mejor en las personas trasplantadas.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

SPSS, «t» Student (no pareados).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill, Ferstein: Critical appraisal of do quality of life measurements JAMA 1994.
2. La version española del SF-36 Health Survey.
Cuestionario de Salud SF-36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos.
J, Alonso, L. Prieto, y S. M. Anto (Departamento de Epidemiología y Salud Pública). Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIN), Universidad Autónoma de Barcelona.
The MOS 36 -Item Short Form Health Survey (SF-36) I Conceptual Framework and Item Selection John E. Ware Sr. PHD and Cathy Donald Sherbourne PHDS (Medical Care), June 1992, Vol 30 The MOS 36 Item Short- Form Health Survey (SF-36) 111. tests of Data Quality. Scaling Assumptions. And Reliability Across Diverse Patient Groups. Collenn A. Me Homey PHD John E Ware. JR PHD S.F Rachel Lu Mr I and Cathy Donald Shorbourne PHD (Medical Care) Vol. 32 n.º 1 pág 40-1994 Criterion Validity and Reliability of the SF-36 in a population sample. C Senkinson, L. Wright and Coulter (Quality of Life research. Vol. 3-1994). Clinical Application. Health Status Assessment in Nursing. Medical Outcours Trust, enero 1996 Calidad de Vida: Concepto, pág. 1 (calidad de vida en las esquizofrenias-Dr. Julio Bobes, M, 1 Paz Gn.,ale., G Portilla, Manuei Bousoño Garcia (1995)