

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás**

Calidad de vida Relacionada con la Salud en pacientes sometidos a trasplante renal

Wendy Nathalie Botello Velasco, Esthefanie Castillo Mantilla,

Fabio Alejandro Vergara Suarez

Trabajo de grado para obtener el título de

Especialista en Gerencia de Instituciones en Seguridad Social en Salud

Director

Catalina Chacón Mejía

Economista, Magister En Políticas Publicas para El Desarrollo

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Economía

Especialización en Gerencia En Instituciones de Seguridad Social en salud

2016

Tabla de Contenido

Introducción

1. Calidad de vida Relacionada con la Salud en pacientes sometidos a trasplante renal	8
2. Marco De Referencia.....	8
2.1 Concepto de calidad de vida y calidad de vida relacionada con salud	8
2.2 calidad de vida en pacientes con trasplante renal	10
3. Unidades de análisis.....	13
3.1 Calidad de vida en pacientes con trasplante renal en Colombia.....	13
3.2 Calidad De vida en pacientes con trasplante renal en España.....	19
4.Análisis comparativo.....	23
5.Conclusiones del análisis comparativo.....	26
Referencias Bibliograficas	29

Lista de Tablas

Tabla 1	Distribución etaria de la población.....	13
Tabla 2	Índice de Karnofsky.....	15
Tabla 3	Distribución según respuesta de Calidad de vida de acuerdo con valores del Índice de Karnofsky.....	16
Tabla 4	Evolución de la CVRS (SF-36) en los trasplantados renales.....	20
Tabla 5	Evolución de la CVRS (EUROQOL-5D) en los trasplantados renales.....	21
Tabla 6	Evolución de la CVRS (ESRD-SCL) en los trasplantados renales.....	22

Lista de Figuras

Figura 1	Distribución por sexo.....	14
Figura 2	Distribución por porcentaje de acuerdo a la terapia dialítica previa a trasplante.....	14
Figura 3	¿Cómo se sintió con el trasplante renal ?.....	17
Figura 4	¿Para sus expectativas el trasplante fue ?.....	18
Figura 5	¿Aceptaría otro trasplante?.....	18

Resumen

El presente trabajo compara y analiza la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes llevados a trasplante renal en dos países cultural y económicamente diferentes como los son Colombia y España, en un estudio realizado en el año 2011 en Colombia en la fundación clínica Shaio, Bogotá, y un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España 2007, por medio del análisis de los instrumentos utilizados para medir CVRS tales como el índice de índice de Karnofsky en Colombia y Salud SF-36: versión española, EuroQol 5-D (EQ), ESRD-SCL en España. Se concluye que la Calidad de vida Relaciona con la salud post trasplante mejora notablemente en ambos países.

Introducción

Durante siglos la medicina ha experimentado cambios, convirtiéndose en una disciplina proactiva cuyo propósito consiste en mejorar el estado de salud de las personas. Sin embargo, la medicina no solo está hecha para curar una enfermedad, sino también para evitarla o rehabilitarla. Por eso en algunos países, la promoción y prevención juega un papel fundamental, ya que con esto se evita que la población se enferme más, lo que conllevaría a una disminución del uso de los recursos de salud. Desde el punto de vista económico, esto significaría para un Estado una disminución del gasto en la salud, sin menoscabo de la calidad del servicio.

En el proceso de rehabilitación de una enfermedad está implícito el seguimiento del tratamiento, verificando como éste mejora su patología, es decir si se controlan los síntomas o si desaparece por completo. Hoy en día este proceso es más profundo, ya que desde la década de los 90 la Organización Mundial de la Salud (OMS), introdujo un nuevo concepto al que denominó como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), definiéndolo como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (como se cita en Botero de Mejía & Pico, 2007,p.16). Esta definición agrega un objetivo más importante que el solo curar la enfermedad, pues convierte el tratamiento y la rehabilitación en un sistema que debe mejorar la calidad de vida de una persona, este concepto debe ser concebido como algo multidimensional que incluye la salud física, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y con el entorno de un individuo.

Aparece, entonces, una iniciativa por describir y analizar el concepto de calidad de vida en una situación de enfermedad crónica, cómo lo es la ERCT (Enfermedad renal crónica Terminal) respecto a un tipo de tratamiento, el Trasplante Renal, en dos países cultural, social y económicamente diferentes, sabiendo de antemano que el tratamiento no sólo pretende curar la enfermedad, ni prolongar la vida, sino procurar la mejora de la calidad de vida de un paciente que espera pasar el resto de sus años con vida de calidad.

1. Calidad de vida Relacionada con la Salud en pacientes sometidos a trasplante renal

2. Marco De Referencia

2.1 Concepto De Calidad De Vida Y Calidad De Vida Relacionada Con Salud

El uso concepto de calidad de vida (CV), según Campbell,1981 y Meeberg, 1993 fue utilizado por primera vez después de la segunda guerra mundial, “como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras” (como se cita en Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012,p.62). El empleo extendido del termino CV se empezó a generalizar a finales de los años 60 en investigaciones científicas con enfoque social, en donde se recolectó información referente al estado socioeconómico, nivel educativo o tipo de vivienda; siendo para esta época el concepto de calidad de vida tomado como “la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar)” (Fernandez-Lopez, Fernandez-Fidalgo, & Cieza, 2010,p.170)

En las décadas posteriores el término calidad de vida fue utilizado para referirse a diferentes aspectos de la vida tales como “estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad”(Fernandez-Lopez et al., 2010,p.170) de allí su subjetividad y en ocasiones dificultad para definirla y cuantificarla.

En consecuencia, el concepto de calidad de vida se ha venido particularizando según el área de conocimiento. Es así como a finales del siglo pasado surge el concepto de “calidad de vida relacionada con salud” (CVRS), que como tal ha sido definido de diversas maneras. Para Pérez, Martín, Díaz & Pérez (2007), la CVRS se entiende como “ 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” (p.620). Por otra parte, para García y Lucio (2016) es “la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar o satisfacción en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en estos ha podido provocar una enfermedad física o mental y sus consecuencias” (p.2), así mismo Fernandez-Lopez et al. (2010), manifiestan que la CVRS es “el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas”(p.170)

La investigación de CVRS es considerada una innovación médica, que ha aumentado en los últimos años, junto con la necesidad de establecer patrones de medidas, test y/o cuestionarios que permitan medirla adecuadamente; estableciendo indicadores de bienestar, progresión y pronóstico de la enfermedad, además de planes, programas y proyectos que resulten del análisis, para la intervención en momentos en que se detecte alguna falencia que pueda ser mejorada.

Esta medición de calidad de vida es una herramienta comunicativa, que cuantifica desde la percepción personal del paciente lo que para ellos significa el hecho de ser intervenidos por cualquier tratamiento médico, de esta manera pueden dar una apreciación de mayor o menor valor en cuanto a los procedimientos recibidos (Fajardo, Guerrero, Luna y Luna., 2011,p.47)

2.2 Calidad De Vida En Pacientes Con Trasplante Renal

Desde hace varias décadas el trasplante de órganos viene en aumento en todo el mundo, Colombia no es la excepción, a pesar de la escases de donación de órganos de donante fallecido, el trasplante renal se mantiene en aumento, debido a que existe la opción de recibir el órgano de un donante vivo sea familiar o no. Es importante establecer que el trasplante renal es una opción de tratamiento para la enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es decir aquellas personas en las que sus riñones han dejado de funcionar de forma irreversible. Esta es una de las pocas enfermedades en que actualmente es posible sustituir la función del órgano, logrando mantener la vida de forma prolongada. Para su control y tratamiento existen dos alternativas, entre las que se destacan la Terapia de Reemplazo Renal (TRR) como la hemodiálisis y la diálisis peritoneal y el Trasplante Renal (TR).

En la actualidad la ERCT es una enfermedad común para la población en general con una incidencia que viene en ascenso. Según los datos presentados por el Ministerio de Salud y de la protección social de Colombia (2013), 2.579.739 pacientes presentaban alguna enfermedad precursora para ERCT y de estos, 975.479 tienen diagnosticado algún estadio de Enfermedad Renal Crónica (ERC). En nuestro país la prevalencia de ERC que requieren de algún tipo de TRR es de aproximadamente 658 pacientes por millón de habitantes.

Los pacientes sometidos a TRR como la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, perciben una afectación negativa en su calidad de vida por diversas situaciones y motivos como son el tiempo en horas a la semana que deben dedicarle a estas terapias, los traslados a los centros donde se realizan la terapia, las comorbilidades y complicaciones que aparecen derivados de estos procedimientos, la recurrencia en hospitalizaciones y el ausentismo laboral frecuente, entre

otros. En el estudio realizado por Guerra-guerrero, Sanhueza-Alvarado, Cáceres-Espina sobre calidad de vida en pacientes en hemodiálisis, se encontró que el perfil sociodemográfico, junto a las características médico-clínicas y de laboratorio que presentan las personas en hemodiálisis contribuyen al bajo nivel de la calidad de vida (2012)

En el trasplante renal, la calidad de vida después de haber recibido el órgano ha sido estudiado en muchas oportunidades, principalmente en países desarrollados. Sin embargo, el promedio de vida del injerto renal es de 5 a 10 años y después el paciente se convierte nuevamente en enfermo renal, considerando también que antes no se presenten complicaciones causadas por el uso continuo de inmunosupresores. (Alarcón, Aguilar, Jiménez y Manrique .,2002,p.120).

El trasplante renal es el tratamiento con mayor impacto hacia la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con ERCT, para autores como Fajardo et al., 2011 es la mejor opción terapéutica frente a la insuficiencia renal en estadio terminal (IRT), siendo esta la patología de mayor incidencia frente a cualquier neoplasia urológica excluyendo el cáncer de próstata y que produce más muertes por año que cualquier otra neoplasia de origen urológico. Es más prevalente en adultos de edad avanzada, que en jóvenes; se presenta más en hombre que en mujeres y en afroamericanos e hispanos más que en individuos de raza blanca. (p.46)

Dada su relevancia e influencia en Salud pública se hace necesario evaluar el efecto que ejerce el trasplante renal tanto a nivel individual como social, empleando métodos que permita cuantificar la percepción del paciente junto con el éxito del tratamiento, siendo la medición de la satisfacción un elemento valioso para la investigación, administración y planeación.(Fajardo et al., 2011,p.46)

Por otro lado la literatura referente a calidad de vida en pacientes trasplantados muestra resultados positivos en cuanto al mejoramiento de esta en las personas con trasplante de órganos. En las personas con ERCT a las que se ha realizado un trasplante renal, la CVRS aumenta considerablemente comparándolos con aquellos que se encuentran en TRR en lista de espera para el trasplante (Fiebiger, Mitterbauer, Oberbauer, 2004,). Por otra parte Magaz ,2003 refiere que Los pacientes trasplantados tienen menores niveles de ansiedad y depresión, con una mejor percepción de la salud respecto a los pacientes en diálisis.

En todo seguimiento de cualquier paciente, se deben tener en cuenta los factores asociados con la calidad de vida, ya que la mayoría de estos son susceptibles de intervención terapéutica, como los aspectos psicosociales, enfermedades asociadas o efectos adversos de la medicación.

López y Del Castillo en un estudio realizado, describen los factores que se asocian a la calidad de vida del paciente trasplantado renal, entre los que están su estado psicológico y las relaciones sociales (2007)

Según Ortega y Rebollo (2004) las razones de cualquier investigación que pretende estudiar la CVRS pueden estar agrupadas en 5 puntos:

- Determinar la eficacia de la intervención médica
- Mejora de toma de decisiones clínicas
- Valoración de la calidad de los cuidados médicos
- Estimación de las necesidades de la población
- Comprensión de causas y consecuencias de las diferencias en salud.

3.Unidades De Análisis

Como se mencionó anteriormente las dos unidades de análisis son: pacientes con trasplante renal en Colombia y paciente con trasplante renal en España.

3.1 Calidad de vida en pacientes con trasplante renal en Colombia

En Colombia Fajardo et al., llevaron a cabo un estudio observacional descriptivo , en donde se intenta conocer la calidad de vida de 122 pacientes , seleccionados de 133 pacientes inicialmente, en edades comprendidas entre los 18 y 66 años , a los que se les realizó trasplante renal en la Clínica Shaio en Bogotá utilizando el Índice de Karnofsky y algunas preguntas adicionales. (2011).

Se recolecto información general, referente a la edad, el sexo y el tratamiento previo al trasplante.

Tabla 1
Distribución etaria de la población.

Grupo Etario	Número de Pacientes.	Promedio
<15 años	9	6,77%
15-24	10	7,52%
25-34	26	19,55%
35-44	31	23,31%
45-54	26	19,55%
55-64	25	18,80%
65-74	6	4,51%
MAS = 75	0	0
TOTAL	133	100%

Nota: tomado de evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica Shaio, Bogotá por Fajardo et al, 2011.

La tabla 1, referencia que la mayoría de pacientes a los que se les realizó trasplante renal se encuentran en edades comprendidas entre los 35 y 45 años, las rangos de edades entre (25 - 34)- (45 -54) son iguales y similares al rango de edad entre (55 -64), se concluye que la mayoría de pacientes se encuentran en un grupo etario con alta expectativa de vida y funcionalidad.

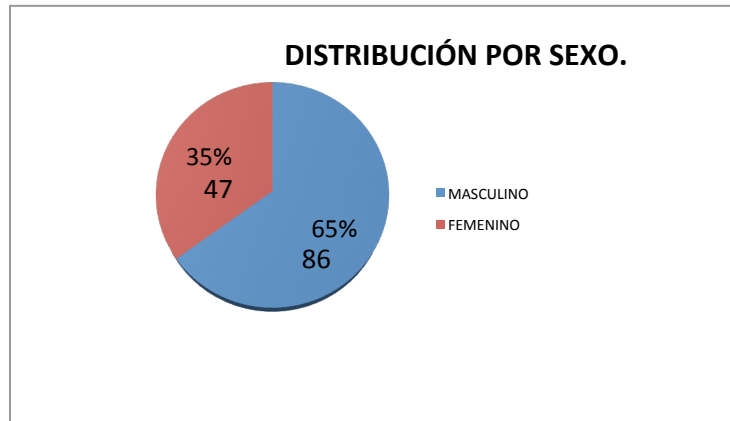


figura 1. Nombre adaptado de "evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio ,Bogotá" por Fajardo et al, 2011.

Se evidencia una mayor frecuencia masculino (65 %), frente al sexo femenino (35 %).

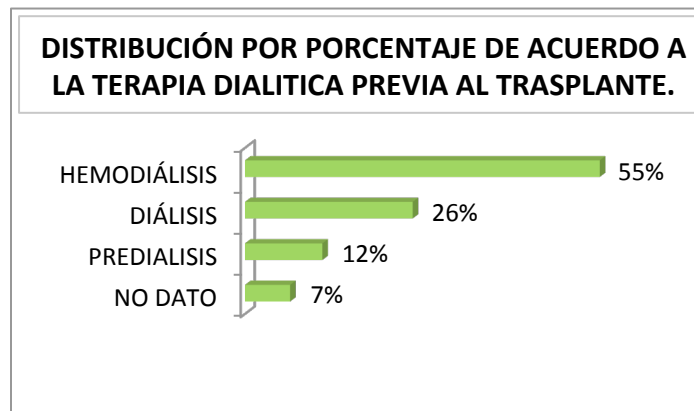


figura 2. Terapia previa al trasplante. Adaptado de evaluacion de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio, Bogotá por Fajardo et al, 2011.

Se muestra la hemodiálisis como el tratamiento previo al trasplante más frecuente con un 55 % seguido por la diálisis en un 26 % y finalmente por la prediálisis en un 12%.

Se utilizó el índice de Karnofsky y preguntas adicionales que se explicaran a continuación.

El índice de Karnofsky fue utilizado por primera vez en 1948 en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia, desde ese entonces ha sido ampliamente utilizado en diversos estudios clínicos, dada su buena relación con medidas funcionales y de bienestar. Entre sus aplicaciones se puede destacar:

Establecer criterios de conveniencia para llevar a cabo distintos tratamientos en pacientes con cáncer, medir de forma global el estado funcional en pacientes oncológicos, predecir la evolución y supervivencia en dichos pacientes, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos, y como indicador de calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral, cáncer de pulmón, o nutrición parenteral domiciliaria (Puiggròs, Lecha, Rodríguez, Pérez-Portabella, & Planas, 2009,p.157) .

El índice de Karnofsky es también ampliamente utilizado para establecer la calidad de vida en pacientes con trasplante renal.

Tabla 2.
Índice de Karnofsky.

Descripción	Por ciento (%)
Normal; ningunas quejas, ninguna evidencia de la enfermedad	100
Capaz de continuar actividad normal, muestras y síntomas de menor importancia de la enfermedad	90
Actividad normal con esfuerzo; presenta algunas muestras y síntomas de la enfermedad	80
Puede cuidar de sí mismo; incapaz de continuar actividad normal o trabajo	70
Requiere ayuda ocasional, pero puede cubrir sus necesidades personales	60
Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente, aún es capaz de asistirse	50
Incapacitado; requiere cuidado médico especial y ayuda frecuente	40
Seramente incapacitado; hospitalización indicada aunque no existen datos de muerte inminente	30
Muy enfermo; hospitalización necesaria; requiere el tratamiento activo así como la ayuda	20
Moribundo; procesos fatales que progresan rápidamente, estado agónico	10
Muerto	0

Nota: tomado de evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica Shaio, Bogotá por Fajardo et al, 2011.

En la tabla 2 se muestra este índice que evalúa la calidad de vida en una escala de 0 a 100, con 11 categorías de acuerdo a la respuesta del paciente, los resultados en niveles de calidad se dividieron de la siguiente manera:

Buena calidad de vida: de 100 a 80%; el paciente es capaz de llevar una vida normal, no requiere cuidados especiales. Regular calidad de vida: de 70 a 50%; paciente está incapacitado para trabajar, pero puede cuidar de su persona y requiere de asistencia ocasional. Deficiente calidad de vida: menor del 50%; el paciente es incapaz de cuidarse a sí mismo, requiere hospitalización y la enfermedad puede progresar rápidamente hacia la muerte (Fajardo et al, 2011, p 47).

Tabla 3
*Distribución según respuesta de
 Calidad de vida de acuerdo con valores
 del Índice de Karnofsky.*

Respuesta.	Número de pacientes
100%	20
90%	68
80%	23
70%	4
60%	0
50%	0
40%	0
30%	7
20%	0
10%	0

Nota: Adaptado de "evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica Shaio, Bogotá" por Fajardo et al, 2011.

En la tabla 3 se muestra la distribución según respuesta de calidad de vida de los pacientes llevados a trasplante renal. Como se puede observar el 90 % de estos pacientes situaron su respuesta entre los rangos 80 % y 100 %, lo que evidencia una mejor percepción de calidad de vida post trasplante como se mencionaba anteriormente, únicamente 11 personas situaron su respuesta por debajo de 80 % y de estas 7 personas perciben su calidad de vida seriamente afectada según el índice de Karnofsky.

En el estudio realizado se encontraron los siguientes resultados a cada una de las preguntas adicionales:

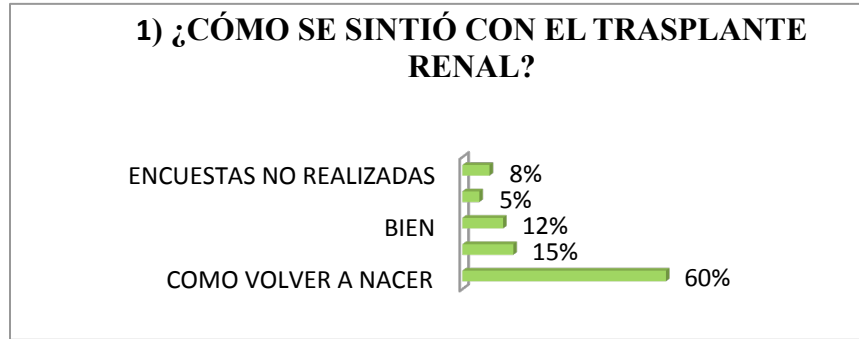


Figura 3. Sensación con respecto al trasplante .Adaptado de evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio , Bogotá por Fajardo et al, 2011.

Con respecto a esa pregunta (figura 3) el 60 % de las personas encuestadas manifestaron que era como volver a nacer, una respuesta bastante llamativa e influyente para calidad de vida, el 15% respondió que muy bien, el 12% refiere que bien y solo el 5 % de los pacientes manifestaron que sintieron mal con el trasplante renal.



Figura 4. Expectativas sobre la evolución del trasplante .Adaptado de "evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio ,Bogotá" por Fajardo et al, 2011.

Referente a esta pregunta (figura 4) el 59 % de los pacientes respondieron, según sus expectativas acerca del trasplante, que era mejor de lo esperado, un 19 % afirmó que era lo que había esperado y ningún paciente contestó que fuera menos de lo esperado.

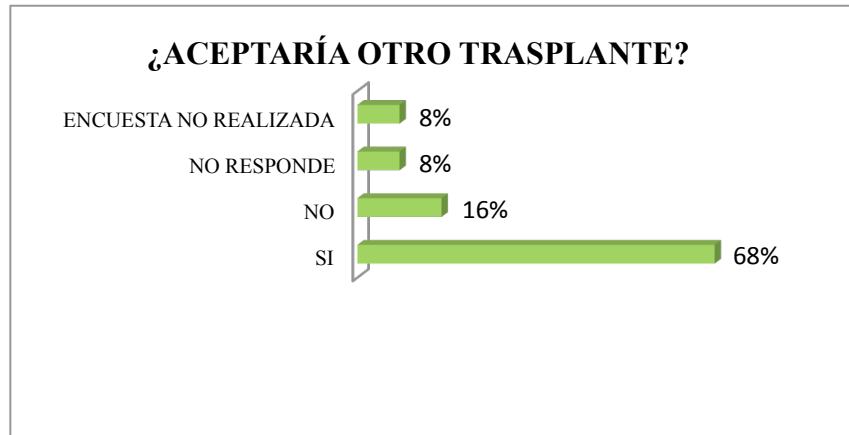


Figura 5. Aceptación de un nuevo trasplante. Adaptado de "evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la fundación clínica shaio ,Bogotá" por Fajardo et al, 2011.

En la última pregunta (figura 5), se observa que el 68 % aceptaría nuevamente un trasplante renal y el 16 % no lo haría.

Para concluir en este estudio se evidencia una buena percepción de calidad de vida pos trasplante renal como se evidencia en los resultados anteriormente descritos, particularmente los arrojados por el índice de Karnofsky y preguntas adicionales.

3.2 Calidad De vida en pacientes con trasplante renal en España

Peréz et al., 2007 realizaron un estudio prospectivo y longitudinal en donde se analiza la evolución de la calidad de vida en 28 pacientes que recibieron un primer implante renal de cadáver. Dicho estudio plantea evaluar la evolución de los pacientes trasplantados ya que así se permitirá determinar la eficacia de la intervención médica así mismo mejorar las decisiones clínicas, para controlar la evolución del paciente en varios dominios (aspecto físicos, funcionales, psicológicos y sociales) y programar intervenciones psicosociales y de rehabilitación.

Peréz et al., (2007), siguiendo la línea de múltiples investigaciones previas sobre el tema, plantean cuatro fases temporales diferentes en el transcurso del proceso de los trasplantados renales: fase pre-trasplante (momento de inclusión del paciente en la lista de espera para trasplante) fase post-trasplante (a tres, seis, doce meses de haber recibido el injerto).

Para la inclusión de los pacientes objetos de estudio se determinaron cuatro criterios: edad igual o superior a 18 años; capacidad cognitiva suficiente para la realización de los cuestionarios, sin alteraciones en su estado mental y capaz de mantener conversaciones congruentes; estar incluido en la lista de espera para recibir un primer injerto renal y prestar el consentimiento informado para la realización del estudio.

Inicialmente, se realizó una encuesta que incluyo los datos generales del paciente (nombre completo, edad, ocupación, dirección etc.), datos sociodemográficos (nivel académico, situación laboral, ingresos etc.) y por ultimo datos clínicos (historia de todo su proceso clínico, tipo de sangre, proceso de la enfermedad, tratamientos realizados, entre otros) datos que se

obtenían directamente en la primera fase del estudio y otros en el seguimiento protocolizado que se hacía en la fase post- trasplante a los tres, seis y doce meses tras el injerto.

Seguido de la encuesta fueron aplicados tres instrumentos; el primero de ellos fue Salud SF-36: versión española del *SF-36 Health Survey*; un instrumento contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud. Los ítems se califican de 0 (siendo este el peor estado de salud) a 100 (refiriéndose al estado óptimo de salud) evaluando factores como la salud física (funcionamiento físico y limitaciones por dichos problemas físicos, dolores corporales) salud en general, salud mental (limitaciones en el rol por problemas emocionales) y funcionamiento social. Como lo muestra la tabla 4.

Tabla 4

Evolución de la CVRS (SF-36) en los trasplantados renales

SF-36	Fase pre-trasplante	Fase post-trasplante		
		3 meses	6 meses	12 meses
Funcionamiento físico	78,92	67,67	80,00	85,71
Limitaciones en el rol por problemas físicos	37,32	39,64	55,00	58,92
Dolor corporal	83,03	80,71	88,12	82,23
Salud general	35,89	45,17	45,71	47,14
Vitalidad	52,85	65,89	73,03	66,78
Funcionamiento social	68,75	70,98	81,25	81,25
Limitaciones en el rol por problemas emocionales	65,47	75,83	69,53	69,05
Salud mental	66,71	76,92	80,10	77,14

Nota: Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100. A mayor puntuación mejor CVRS, Adaptado de

“Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales, universidad de Sevilla ,2007

Como resultado de este instrumento se obtuvo que: en cuanto al ítem funcionamiento físico comparando las fases pre-trasplante y tres meses tras el implante hay una disminución

significativa del estado de salud; por otro lado comparando la fase pre-trasplante con los 6 meses siguientes muestra una mejoría en las dimensiones *vitalidad* y *salud mental*; y para terminar a los doce meses siguientes al trasplante se manifiesta mejoría en todos los ítems excepto dolor corporal que disminuye en un pequeño porcentaje.

El segundo instrumento fue EuroQol 5-D (EQ) versión española validada por M. Rué y X. Badía del cuestionario original *Euro-Quol*; consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/ depresión. Se clasifican en tres niveles de gravedad, cuyas puntuaciones oscilan entre 1 y 3, a mayor puntuación peor CVRS en las cinco primeras dimensiones y en la última dimensión, cuya puntuación oscila entre 0 y 100, a mayor puntuación mejor CVRS. (Ver tabla 5)

Tabla 5

Evolución de la CVRS (EUROQOL-5D) en los trasplantados renales

EUROQOL-5D	Fase pre-trasplante	Fase post-trasplante		
		3 mese	6 meses	12 meses
Movilidad	1,00	1,07	1,00	1,04
Cuidado personal	1,04	1,04	1,04	1,00
Actividades cotidianas	1,29	1,61	1,29	1,11
Dolor/malestar	1,43	1,32	1,39	1,36
Ansiedad/depresión	1,32	1,21	1,21	1,36
Salud actual	60,57	75,71	74,11	72,14

Nota : En las cinco primeras dimensiones, cuyas puntuaciones oscilan entre 1 y 3, a mayor puntuación peor CVRS. En la última dimensión, cuya puntuación oscila entre 0 y 100, a mayor puntuación mejor CVRS Adaptado de "Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales, universidad de Sevilla ,2007

Respecto a la tabla 5 hay que resaltar que cuando se comparan los tres y los doce meses tras el trasplante, hay una mejoría significativa en esta última fase en la variable actividades cotidianas; en cuanto al dolor/ malestar existe mejoría a los 12 meses del trasplante en comparación con la fase pre-trasplante.

Por último y no menos importante, el tercer instrumento el ESRD-SCL que mide “ la angustia psicológica y física con un enfoque especial en los efectos secundarios de la terapia de supresión del sistema inmune, contiene las siguientes dimensiones: limitación de capacidad física, limitación de capacidad cognitiva, la disfunción cardíaca y renal, efectos secundarios de los corticosteroides, hiperplasia gingival y el aumento del crecimiento del vello corporal, y por ultimo trastornos psicológicos asociados al trasplante” instrumento que se califica desde 0 siendo este ausencia completa del síntoma a 4 representando el síntoma muy presente. (Pérez et al., 2007)

Tabla 6

Evolución de la CVRS (ESRD-SCL) en los trasplantados renales

ESRD-SCL	Fase pre-trasplante	Fase post-trasplante		
		3 meses	6 meses	12 meses
Limitaciones de la capacidad física	0,75	0,73	0,63	0,65
Limitaciones de la capacidad cognitiva	0,61	0,70	0,57	0,75
Disfunción cardíaca y renal	1,09	0,37	0,35	0,33
Efectos secundarios de los esteroides	0,57	1,67	1,72	1,41
Aumento del crecimiento del vello	0,16	0,28	0,22	0,27
Trastornos psicológicos asociados al trasplante	0,94	1,05	0,90	0,98

Nota : Las puntuaciones oscilan entre 0 y 4. A mayor puntuación peor CVRS Adaptado de “Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales, universidad de Sevilla ,2007

Según tabla 6, la dimensión disfunción cardíaca y renal mejora a largo plazo, fundamentalmente, cuando se comparan las fases pre-trasplante con los tres, seis y doce meses post-trasplante, en cuanto a los efectos secundarios de los esteroides y al aumento del crecimiento del vello puede decirse que la percepción de la calidad de vida disminuye.

Para concluir, al analizar los resultados generales obtenidos por dichos instrumentos se puede decir que los trasplantados renales presentan múltiples cambios durante el proceso de

adaptación del injerto principalmente en cuatro aspectos: físico, psicológico, realización de tareas cotidianas y percepción subjetiva de su estado de salud. Aspectos que tras la colocación del injerto existe mejoría progresiva a medida que pasa el tiempo con excepción de los efectos secundarios de los esteroides que este particularmente no presenta mayores cambios; llegando a un momento donde la CVRS se estabiliza en la mayoría de sus dimensiones. Es decir, “a largo plazo los pacientes se adaptan a todas las circunstancias que conlleva el trasplante: se habitúan a las prescripciones terapéuticas, se integran en el entorno socio laboral, dejan de temer el rechazo del órgano y hallan más apoyo por parte de la familia, ya que también ésta se encuentra más recuperada psicológicamente del impacto emocional que supone el trasplante” (Pérez et al., 2007,p.625)

4. Análisis comparativo

En el presente análisis se va a realizar una comparación entre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal en un estudio realizado en el año 2011 en Colombia en la fundación clínica Shaio, Bogotá, y un estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España 2007.

En nuestro Análisis comparativo, las principales preguntas a resolver son:

- ¿Cómo es la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes trasplantados renales en Colombia y en España?

- ¿Qué herramientas y metodologías fueron utilizadas para medir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados renales en Colombia y España?
- ¿Existe alguna diferencia entre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados renales en Colombia y España?

Se realizará una comparación a nivel de semejanzas y diferencias entre las dos unidades anteriormente descritas.

Dentro de este contexto, Fajardo et al., 2011 y Pérez et al., 2007 de Colombia y España, respectivamente, coinciden en el hecho de que la medición de calidad de vida en pacientes con trasplante renal es fundamental para determinar la eficacia de la intervención médica, es decir el nivel de impacto que genera un procedimiento médico en un grupo determinado, con el fin de mejorar las decisiones clínicas en momentos específicos. Coinciden también en el hecho de que los resultados arrojados al hacer investigación son útiles para realizar planes de intervención psicosocial y rehabilitación para los pacientes.

En cuanto al diseño metodológico del estudio realizado en Colombia en comparación con el diseño aplicado en España se pueden observar las siguientes diferencias:

El tipo de estudio utilizado en Colombia fue observacional descriptivo retrospectivo, este tipo de estudio analiza el presente con resultados del pasado, es decir observando a los pacientes después de realizado el trasplante, en contraste con el estudio realizado en España de tipo longitudinal prospectivo, que evalúa diferentes momentos del tiempo desde el momento de inclusión en lista de espera para trasplante, a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto.

Esta diferencia es relevante desde el punto de vista que se presentan cambios significativos de la percepción de calidad de vida durante las diferentes fases temporales, según Pérez et al., 2007, se atribuye un cambio en calidad de vida en la fase pretrasplante por un deterioro físico y emocional, producido tanto por la hemodiálisis que abarca gran parte del tiempo de los pacientes, que les impide realizar otras actividades, como por la incertidumbre de todo lo relacionado con el trasplante, si se compara con una fase posterior al trasplante como puede ser a los 3 meses, se podrá observar un cambio llamativo ya que desaparecen las consecuencias negativas tanto de la diálisis como de la enfermedad renal, pero aparece una disminución física debido a las limitaciones postquirúrgicas y exceso de cuidados y cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los pacientes; además de los efectos secundarios de los esteroides, principalmente preocupación por los cambios faciales (hinchazón de la cara), bastante perturbadores para los pacientes, hasta el punto de opacar los resultados obtenidos tras el injerto. A largo plazo 6 y 12 meses se produce una mejoría gradual, llegando un momento en donde se estabiliza la CVRS en todas las dimensiones, comparado con Fajardo et al., 2011 quienes realizaron únicamente una valoración post trasplante sin tener en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, en relación con el tiempo, que indudablemente repercuten en la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal.

Otra diferencia notoria son los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida, mientras que en Colombia se utilizó solamente el índice de Karnofsky, una escala de 0 a 100 % (11 ítems) y algunas preguntas adicionales, en España se utilizaron tres instrumentos validados, tales como el SF-36 Health Survey (36 ítems), EuroQol 5-D (EQ) (18 ítems) y ESRD-SCL (43 ítems) que abarcan diferentes dimensiones, aspectos y fases importantes a la hora de calificar calidad de vida como por ejemplo dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, limitaciones

en el rol por problemas emocionales, salud mental, ansiedad, depresión, limitación de la capacidad cognitiva, disfunción cardiaca y renal, efectos secundarios de los esteroides, aumento del crecimiento del vello y trastornos psicológicos asociados al trasplante, aspectos que no son valorados por Fajardo et al., 2011 en su estudio.

En lo relativo a la percepción de calidad de vida en pacientes trasplantados tanto en la fundación clínica Shaio, Colombia como en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, España se evidencio indiscutiblemente una mejor CVRS pos trasplante renal, los pacientes de España reportaron sentirse llenos de vida y con ausencia de agotamiento (vitalidad) , menos nerviosos, desanimados, deprimidos, más tranquilos, calmados y felices (salud mental), en Colombia manifestaron la sensación de “ como volver a nacer” y un 90 % dio como resultado según el índice de Karnofsky una buena calidad de vida, todo esto independientemente de las diferencias económicas, sociales, culturales y demográficas de cada país, debido a que el trasplante renal según Fajardo et al es la mejor opción terapéutica frente a la insuficiencia renal terminal y evidentemente mejora la salud de la persona, como se describió anteriormente.

5. Conclusiones del Análisis Comparativo

Para concluir la CVRS se ve afectada de manera positiva para los pacientes con trasplante renal en Colombia y en España, a pesar de las diferencias socioeconómicas y demográficas de cada país, esto debido a múltiples razones, entre ellas, el hecho de estar sometidos a tratamientos altamente agotadores que generan una gran afectación psicológica y física, además de

los trastornos propios de la enfermedad renal crónica terminal, antes del trasplante, condiciones que mejoran tras el injerto.

Es importante resaltar que es más adecuado el estudio realizado por Perez et al., 2007 de tipo prospectivo para medir la CVRS, ya que pone en evidencia momentos después de la intervención en donde la percepción de la calidad de vida disminuye en comparación con otros, permitiendo identificar épocas en las que resultado es negativo y así poder realizar intervenciones específicas para cada paciente en el momento adecuado.

En resumen, existen diferentes instrumentos para tratar de calificar la CVRS en pacientes trasplantados y para otras enfermedades terminales, cada uno con una función específica para evaluar diversas dimensiones del paciente, se pudo observar que algunos instrumentos aportan mayor información que otros en diferentes ámbitos.

Los estudios de CVRS en pacientes con trasplante renal deben ser realizados con más frecuencia, por un lado por la importancia del tema y por otro lado porque son estudios que no requieren grandes inversiones de dinero para ser llevados a cabo, y si aportan gran información. Estos estudios de calidad de vida cada vez están siendo más utilizados en la medicina para valorar el resultado de distintos tratamientos, porque la finalidad de estos debe ser no solo el curar la enfermedad sino en mejorar la percepción del paciente en relación a su vida y el entorno, permitiendo crear políticas y programas que beneficien a los pacientes con ICRT, por ejemplo promover la donación de órganos.

Para finalizar, se recomienda que las instituciones prestadoras de salud en Colombia realicen con mayor frecuencia estudios para medir CVRS asociada a diversas patologías, por el impacto positivo que generan en el momento de valorar la intervención médica y sus resultados, así mismo permite dar nociones de la utilidad, calidad del servicio y una perspectiva de la

calidad de vida después de un tratamiento realizado. Indica también la importancia que tiene el paciente para la Institución que realiza el estudio, ya que tiene en cuenta no solo la parte asistencial sino sus diferentes dimensiones incluyendo la parte emocional y psicosocial del ser humano, en ocasiones olvidadas por el sistema de seguridad social en salud Colombiano, con el fin de mejorar los procedimientos realizados obteniendo los mejores resultados, no solo para el paciente si no para el entorno que lo rodea.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón.C, Aguilar.O, Jiménez.A y Manrique. C (2002) La calidad de vida en pacientes con *trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. Revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva, Vol (# XVI) p.,119-p.,123.*
- Botero de Mejía .B, Pico. M (2007) Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos *mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud, Vol (#12) p.,11-p.,24.*
- Fajardo.W, Guerrero.F, Luna. R, Luna. R (2011) Evaluación de la calidad de vida en los *pacientes con trasplante renal en la Fundación Clínica Shaio, Bogotá. Urología colombiana, Vol (#xx) p.,45 -p.,50 .*
- Fernandez-Lopez.J, Fernandez-Fidalgo.M, Cieza. A (2010) Los conceptos de calidad de vida, *salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista español de salud pública, Vol (#84) p.,169-p.,184.*
- Fiebiger.W, Mitterbauer.C, Oberbauer.R (2004) Health-related quality of life outcomes after *kidney transplantation. Health and quality of life outcomes, Vol (#2) p.,1 -p.,6.*
- García.A, Lucio.M (2016) Estilo de afrontamiento y calidad de vida en *adolescentes con cáncer. Gaceta mexicana de oncología, Vol (#) p.,1-p.,7.*
- Guerra-Guerrero.V, Sanhueza-Alvarado.O, Cáceres-Espina. M (2012) Calidad de vida de *personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Revista Enfermagem, Vol (#20) p.,1-p.,10.*

López .M y Del Castillo.D (2007).Calidad de vida en el paciente trasplantado renal. Hospitales *Universitarios Virgen del Rocío .Actualizaciones en trasplante 2007. (pp.,124 -127). Sevilla, España.*

Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos . Tesis doctoral no publicada.* Universidad de Deusto, Vizcaya, España.

Ministerio de Salud y protección social (2013). Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia 2013. Cuenta de alto costo : fondo colombiano de enfermedades de alto costo. Disponible en el sitio web de la fuente,URL https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/CAC/SITUACION_DE_LA_ENFERMEDAD_RENAL_CRONICA_2013.pdf.

Ortega .F y Rebollo.P (2004). La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes *portadores de un trasplante de órganos sólido. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Actualizaciones en trasplantes 2004. (pp.,80 -90). Sevilla, España.*

Pérez.M, Martín.A, Díaz.R, Pérez.J (2007) Evolución de la calidad de vida relacionada *con la salud en los trasplantados renales. Nefrología, Vol (#27) p., 619-p.,626.*

Puiggròs.C, Lecha.M, Rodríguez.T, Pérez-Portabella.C, Planas. M (2009) El índice de *Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria.Nutrición Hospitalaria, Vol (#24) p.,156-p.,160.*

Urzúa .M, Caqueo-Urizar. A (2012) Calidad de vida : Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica, Vol (#30) p.,61-p.,71.*