

# Seguimiento de la calidad de vida en los trasplantados cardiacos\*.

Agustín Martín Rodríguez (1), M<sup>a</sup> Ángeles Pérez San Gregorio (1), Rosario Díaz Domínguez (2), José Pérez Bernal (2).

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

Coordinación de Trasplantes. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.

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

## Introducción

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales. No obstante, lo que le confiere una mayor importancia es que permite la evaluación del impacto de la enfermedad y su tratamiento desde la valoración subjetiva y singular de la persona afectada (1,2). En este sentido, el trasplante de órganos es una alternativa terapéutica que ofrece una mayor CVRS a los pacientes con insuficiencia cardiaca terminal (3). Sin embargo, esta mejoría depende entre otros factores de la incertidumbre respecto a la posibilidad de rechazo por el sistema inmunitario del órgano, infecciones y/o tumores, complicaciones médicas tras el trasplante, adherencia terapéutica, expectativas tras el trasplante, apoyo familiar, y reajuste social y laboral (4,5).

Asimismo, otros estudios se centran en identificar los factores específicos que pueden afectar a una de estas dimensiones (física, psicológica y social) en su evolución temporal. De este modo, por ejemplo, en una investigación realizada con trasplantados cardiacos, se halló que el malestar psicológico era más elevado en aquellos que presentaban una historia psiquiátrica antes del trasplante, un menor tiempo en lista de espera, y un mayor deterioro físico funcional justo tras el trasplante (6).

Además, el trasplante cardiaco es un proceso terapéutico complejo, pudiendo variar la CVRS en estas tres dimensiones en función de los diferentes periodos temporales que se evalúen. Dada la relevancia de este tema, el principal objetivo de esta investigación fue analizar la evolución de la CVRS en los trasplantados cardiacos, 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 13 trasplantados cardiacos, todos ellos varones, con una edad media de 46,75 años. La causa del trasplante cardiaco fue la miocardiopatía dilatada (72,7%) e isquémica (27,3%). El tiempo que llevaban en lista de espera para el trasplante era una media de 90,23 días.
- b) *Instrumentos:* empleamos una "Entrevista Estructurada", que evalúa datos sociodemográficos y clínicos, y los dos cuestionarios siguientes: a) "Cuestionario de Salud SF-36": versión española validada por Alonso, Prieto y Antó (7) del cuestionario original "SF-36 Health Survey" desarrollado por Ware y Sherbourne (8). 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 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 (9) del cuestionario original "EuroQuol" (10). 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: los pacientes trasplantados fueron evaluados en cuatro momentos temporales diferentes: en el momento de su inclusión en lista de espera para trasplante y a los tres, seis y doce meses después de haber recibido el injerto.

En primer lugar, cuando 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. En segundo lugar, se le administraba una entrevista estructurada, donde se recogían diversos datos sociodemográficos y clínicos, y dos cuestionarios que evaluaban la CVRS, en los diferentes momentos temporales del estudio.

Se requirió tres criterios de inclusión: a) edad igual o superior a los 18 años, b) capacidad cognitiva suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios, y c) que estuviera incluido en lista de espera para recibir un primer trasplante.

## Resultados

Para analizar la evolución de la CVRS en los trasplantados cardiacos en los cuatro momentos temporales diferentes (fase pre-trasplante y a los tres, seis y doce meses después de haber recibido el injerto) llevamos a cabo los siguientes análisis estadísticos. En primer lugar, aplicamos un "Análisis de Varianza de Medidas Repetidas" no paramétrico mediante el coeficiente de concordancia  $W$  de Kendall y, en segundo lugar, en aquellas dimensiones en las que se detectó la existencia de diferencias significativas, para saber entre qué momentos temporales se hallaban las diferencias, aplicamos la "Prueba no paramétrica  $W$  de Wilcoxon para muestras relacionadas".

Como puede comprobarse en las tablas I y II, al comparar los diferentes momentos temporales, resultaron estadísticamente significativas las once dimensiones siguientes: "funcionamiento físico" ( $p < 0,01$ ), "limitaciones en el rol por problemas físicos" ( $p < 0,01$ ), "salud general" ( $p < 0,01$ ), "vitalidad" ( $p < 0,01$ ), "funcionamiento social" ( $p < 0,01$ ), "salud mental" ( $p < 0,05$ ), "movilidad" ( $p < 0,01$ ), "cuidado personal" ( $p < 0,05$ ), "actividades cotidianas" ( $p < 0,01$ ), "dolor/malestar" ( $p < 0,05$ ) y "salud actual" ( $p < 0,01$ ).

En todas estas dimensiones mencionadas anteriormente, hay una mejoría estadísticamente significativa en las fases temporales seis y doce meses tras el implante, en comparación con la fase pre-trasplante, excepto en las dimensiones "salud mental" y "dolor/malestar" en las que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas a los doce meses al compararla con la fase pre-trasplante. Asimismo, a los tres meses tras el implante, se observó una mejoría en relación con la fase pre-trasplante, aunque disminuyendo el número de dimensiones en las que se detectaron diferencias estadísticamente significativas ("funcionamiento físico", "limitaciones en el rol por problemas físicos", "vitalidad", "movilidad" y "salud actual").

Por otro lado, a los tres meses tras el implante al compararlos con los seis, se detectó una mejoría significativa en las dimensiones siguientes: "funcionamiento físico", "vitalidad", "funcionamiento social", "salud mental" y "actividades cotidianas", manteniéndose esta mejoría en las dimensiones "funcionamiento físico" y "actividades cotidianas" a los doce meses de recibir el implante. Por último, en todas las dimensiones analizadas, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los seis y doce meses tras el implante.

Fig. 1

SF-36	FASE PRE-TRASPLANTE (n=13)	FASE POST-TRASPLANTE			SIG.	COMPARACIONES ENTRE LAS FASES					
		3 MESES (n=13)	6 MESES (n=13)	12 MESES (n=13)		Pre-3 meses	Pre-6 meses	Pre-12 meses	3-6 meses	3-12 meses	6-12 meses
Funcionamiento físico	21.92	51.92	75.00	69.61	0.000**	0.003**	0.001**	0.002**	0.002**	0.045*	0.345
Limitaciones en el rol por problemas físicos	0.00	33.84	57.69	53.84	0.000**	0.018*	0.002**	0.003**	0.059*	0.111	0.566
Dolor corporal	77.11	76.15	91.53	77.88	0.202	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Salud general	24.23	29.23	43.07	77.88	0.000**	0.300	0.018*	0.015*	0.065	0.099	0.972
Vitalidad	14.61	45.76	65.84	53.84	0.000**	0.006**	0.001**	0.001**	0.012*	0.285	0.080
Funcionamiento social	36.53	56.76	77.88	72.11	0.001**	0.141	0.003**	0.012*	0.032*	0.087	0.363
Limitaciones en el rol por problemas emocionales	20.78	47.94	66.66	51.27	0.072	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Salud mental	47.07	60.92	73.53	63.69	0.012*	0.090	0.002**	0.125	0.049*	0.806	0.194

Fig. 2

EUROQOL-5D	FASE PRE-TRASPLANTE (n=13)	FASE POST-TRASPLANTE			SIG.	COMPARACIONES ENTRE LAS FASES					
		3 MESES (n=13)	6 MESES (n=13)	12 MESES (n=13)		Pre-3 meses	Pre-6 meses	Pre-12 meses	3-6 meses	3-12 meses	6-12 meses
Movilidad	1.85	1.06	1.00	1.00	0.000**	0.020*	0.009**	0.009**	0.317	0.317	1.000
Cuidado personal	1.38	1.15	1.08	1.00	0.025*	0.180	0.046*	0.025*	0.317	0.157	0.317
Actividades cotidianas	2.46	2.00	1.31	1.31	0.000**	0.083	0.002**	0.004**	0.014*	0.037*	1.000
Dolor/malestar	1.92	1.54	1.31	1.54	0.015*	0.096	0.005**	0.096	0.083	1.000	0.180
Ansiedad/depresión	1.77	1.62	1.31	1.77	0.101	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Salud actual	35.77	59.23	69.23	65.77	0.002**	0.014*	0.004**	0.004**	0.167	0.581	0.244

## Discusión

Tras analizar los resultados, hallamos que los trasplantados cardíacos durante la fase pre-trasplante presentaban una peor CVRS en comparación con las fases post-trasplante (a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto) en el ámbito físico, psicológico y social ("funcionamiento físico", "limitaciones en el rol por problemas físicos", "salud general", "vitalidad", "funcionamiento social", "salud mental", "movilidad", "cuidado personal", "actividades cotidianas", "dolor/malestar" y "salud actual"). El periodo de espera en un trasplante de corazón está cargado de incertidumbre y asociado con un alto grado de morbilidad, ingresos hospitalarios frecuentes, deterioro en la realización de las actividades cotidianas, y una dependencia extrema de su entorno familiar y social (3). Además, tienen que estar localizados las 24 horas del día, lo que implica una pérdida de libertad considerable y, por otro lado, el pensar que tienen que someterse a una intervención quirúrgica de alto riesgo les genera un alto nivel de ansiedad y malestar (11). En nuestra investigación detectamos que esta mejoría se incrementa y se estabiliza a partir de los seis meses de haber recibido el implante, en algunas dimensiones relacionadas con la salud física ("funcionamiento físico" y "actividades cotidianas"). Además, a los seis meses, los pacientes perciben una mayor salud psicológica y social ("vitalidad", "funcionamiento social" y "salud mental"). Los estudios sobre la CVRS después del trasplante cardíaco han encontrado que la mejoría con respecto a la fase pre-trasplante se produce sobre todo, en el ámbito físico y en las capacidades funcionales justo tras el trasplante, mientras que los problemas psicológicos mejoran pero de una forma más paulatina (12, 13). Este patrón de evolución podría explicarse, entre otras razones, debido a que los trasplantados cardíacos pasan un tiempo considerable en el hospital tras el trasplante, y los procedimientos médicos de revisión son invasivos, requiriendo su ingreso en el hospital cada vez que tienen que someterse a una revisión médica, sobretudo en los primeros meses tras el trasplante.

En definitiva, los pacientes experimentan una mejoría tras el implante cuando se comparan las fases pre y post-trasplante. En líneas generales, en esta última fase, hay una mejoría progresiva a medida que pasa el tiempo (tres, seis y doce meses), llegando un momento en que se estabiliza la CVRS (a partir de los seis meses).

## Bibliografía

- Galán A, Blanco A, Pérez MA. La calidad de vida en la salud: Un análisis conceptual. *Clin Salud* 2000; 11 (3): 309-328.
- 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.
- Manito N. Generalidades. Importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes trasplantados cardíacos. 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, S.A., 2006; p. 137-142.
- Rodríguez de Leiras S, Torres J, Delgado JF. Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud antes y después del trasplante cardíaco. 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, S.A., 2006; p. 149-154.
- Díaz R, Pérez J, Pérez MA, Martín A. Calidad de vida en pacientes renales, hepáticos y cardíacos en fase pre-trasplante. En: Pérez-Bernal J, coordinador. *Actualizaciones en trasplantes 2006*. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2005; p. 130-133.
- Dew MA, Myaskovsky L, Switzer GE, DiMartini AF, Schulberg HC, Kormos RL. Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychol Med* 2005; 35: 1215-1227.
- 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.
- 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.
- 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.
- Euroqol Group. Euroqol, a new facility for the measurement of Health Related Quality of Life. *Health Policy*, 1990; 16: 199-208.
- Díaz R, Pérez MA, Pérez J, Gallego A, Correa E. Aspectos psicológicos de los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático. En: Pérez-Bernal J, coordinador. *Actualizaciones en trasplantes 2005*. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2005; p. 163-167.
- Angermann CE, Bullinger M, Spes CF, Zellner M, Kemke BM, Theisen K. Quality of life in long-term survivors of orthotopic heart transplantation. *Kardiologie* 1992; 81: 441-417.
- Grady K, Jalowiec A, White-Williams C. Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1999; 18: 202-210.