

11241
10
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

ISSSTE

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASPLANTE
RENAL Y EN HEMODIALISIS
ESTUDIO COMPARATIVO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO FRANCO LOPEZ SALAZAR

A S E S O R :

DRA. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ



FALLA DE ORIGEN

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

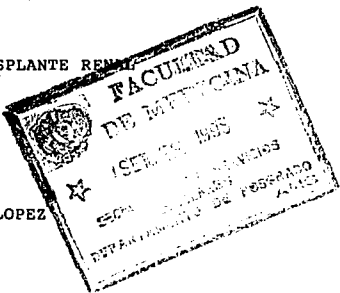
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL
Y EN HEMODIALISIS
(Estudio Comparativo)

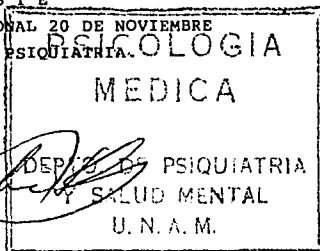
Autor: Med. FRANCISCO FRANCO LOPEZ
SALAZAR



ASESOR METODOLOGICO Y TEORICO
Dra. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ .

I S S S T E
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
SERVICIO DE PSICLOGIA
PSICOLOGIA
MEDICA

U. b. Alfaro



A los pacientes con ERET
al personal Médico y Paramédico
de las Unidades de Hemodiálisis y
Trasplante Renal y al C.N.M. 20 de Noviembre

Al Departamento de Psicología Médica
Psiquiatría y Salud Mental de la
UNAM y a la UV

A mi Familia, especialmente a
Gabriela

A la Dra. María del Carmen Lara
Muñoz, la Psic. Lilia Joya
Laureano y al Dr. Jaime
Ruiz Ornelas

A mis compañeras
Residentes:
Gabriela
Estela y
Grecia

INDICE

Resumen

I.- Marco teórico

- I.1.- Enfermedad Renal en Estado Terminal (ERET) y sus métodos de tratamiento
- I.2.- La hemodiálisis
- I.3.- Consideraciones psicológicas en la hemodiálisis
- I.4.- El trasplante renal
- I.5.- Consideraciones psicológicas en el trasplante renal
- I.6.- El concepto de Calidad de Vida (CDV)
- I.7.- Naturaleza y definición de la CDV
- I.8.- Para que medir la CDV

II.- Antecedentes

- II.1.- La CDV de los pacientes con ERET

III.- Justificación y objetivos

- III.1.- Justificación
- III.2.- Objetivos

IV.- Material y método

- IV.1.- Diseño
- IV.2.- Sujetos
- IV.3.- Instrumentos
- IV.4.- Tratamiento estadístico de los datos

V.- Resultados

- V.1.- Resultados demográficos
- V.2.- Resultados clínicos
- V.3.- Resultados de la evaluación de la CDV

VI.- Discusión y conclusión

- VI.1.- Discusión
- VI.2.- Conclusión

Figuras y cuadros

Referencias

Resumen

El trasplante renal y la hemodiálisis crónica son métodos alternativos de tratamiento usados y aceptados para pacientes con Enfermedad Renal en Estadio Terminal (ERET), y se ha cuestionado sobre la Calidad de Vida (CDV) en la supervivencia de estos pacientes; en otros países se ha observado, por estudios comparativos entre estas modalidades terapéuticas, que este concepto es diferente y superior en los pacientes trasplantados. Sin embargo esta variable ha recibido escasa atención en nuestro medio.

Ante esta situación realizamos un estudio comparativo, transversal, entre 30 sujetos hemodializados y 35 trasplantados. Se evaluó a los pacientes con la aplicación de cuatro instrumentos: la Forma abreviada del escrutinio de salud de 36 ítems, el cuestionario de Parfrey, el de Dunbar y el de Spitzer. La CDV fué estadísticamente superior en forma significativa en la comparación del puntaje total, del perfil y en 12 de los indicadores del concepto en los trasplantados. Sin embargo la superioridad no fué significativa estadísticamente en 7 de los indicadores.

I.- MARCO TEORICO

I.1.- Enfermedad Renal en Estadio Terminal (ERET) y sus métodos de tratamiento

Existen diversas causas de ERET y entre las más frecuentes se encuentran los procesos autoinmunes e inflamatorios del riñón especialmente glomerulonefritis y pielonefritis crónicas, que juntas representan el 50% de las enfermedades básicas; otras de las causas comunes son las enfermedades renales congénitas tales como enfermedades de riñones poliústicos y síndrome de Alport; en otras ocasiones la ERET puede ser secuela de enfermedades sistémicas que producen lesiones vasculares del riñón como la arterioesclerosis generalizada, o puede ser secundaria a otra entidad nosológica como el lupus eritematoso y diabetes mellitus; por lo que el inicio de esta enfermedad puede ser súbito y mortal o incipiente y progresivamente invalidante antes de ser mortal (1,2).

Así, hace más de 40 años los médicos no podían más que asistir impotentes al deceso de los pacientes urémicos. En décadas posteriores se pudo conocer más acerca de la ERET y los avances médicos, técnicos y quirúrgicos perfeccionados permitieron la utilización del riñón artificial y de la fístula arteriovenosa para realizar la hemodiálisis. Después, el conocimiento preciso de los mecanismos inmunológicos y la utilización de los inmunosupresores hicieron posible el trasplante renal como otra alternativa de tratamiento para la ERET.

Los tratamientos antes accesibles solamente a unos pocos, son ahora una especialidad de atención médica de muchos miles de millones de pesos, asequibles a los nuevos pacientes urémicos diagnosticados cada año, apuntando hacia una mejor prognosis para ellos (2,3,4).

I.2.- La hemodiálisis

La hemodiálisis trabaja según los siguientes principios: la sangre se toma por medio de una fístula arteriovenosa llamada de desvío, usualmente colocada en el brazo del paciente y es entonces movida mecánicamente hacia un riñón artificial que cuenta con un dializador que posee una membrana artificial con permeabilidad selectiva, por donde con difusión en una solución de diálisis las substancias normalmente eliminadas con la orina por el riñón son extraídas de la sangre y el balance electrolítico es restaurado. La sangre purificada es retroalimentada al cuerpo

por el mismo mecanismo de desvío. La hemodiálisis se efectúa de una manera intermitente a razón de dos o tres sesiones por semana. La duración de cada sesión depende de las normas adoptadas por los responsables de cada centro (entre 5 a 8 horas), y el paciente se somete a horas y días fijos (1,4).

I.3.- Consideraciones psicológicas en la hemodiálisis

La experiencia con la hemodiálisis está influida por los factores técnicos del procedimiento y por las pérdidas inherentes al mismo a nivel del estilo de vida del paciente.

Esta modalidad terapéutica coloca al paciente en una posición de dependencia ante el procedimiento y las personas relacionadas con el mismo, les recuerda constantemente su enfermedad y los coloca en una situación de privación, ya que aunque entre las sesiones continúan en general con sus actividades, persisten limitaciones más o menos importantes por restricciones permanentes que requieren, tales como continuar con la obligación de un régimen dietético, medicación continua y control médico regular. Son enfermos en un tratamiento crónico que se enfrentan al hecho de que su vida solo es posible gracias a un conocimiento médico y tecnológico profundo.

Las alteraciones en el estado de ánimo son frecuentes en estos pacientes, observándose prevalencia de ansiedad y depresión. La ansiedad puede presentarse durante la sesión de hemodiálisis, pues involucra que la circulación sanguínea se mantiene con una máquina, en un procedimiento que puede provocar complicaciones médicas (hipotensión, hemorragia por heparinización general, hipocaliemia, embolia de aire y hemólisis). La depresión se presenta como una respuesta a la disminución en las expectativas de vida a nivel laboral, familiar, social y sexual por su estado y por el tiempo invertido en su tratamiento. Se ha observado a nivel laboral que dos terceras partes de los pacientes no trabajan más o lo hacen en jornadas incompletas, con efectos económicos negativos. A nivel familiar, en el caso de los pacientes varones, se observa un cambio en el rol de proveedor con la consecuencia disminución de la autoestima. Así se refiere una prevalencia del 18% de depresión menor y 6.5% de depresión mayor en estos pacientes.

También se ha observado que el suicidio es más común entre pacientes con diálisis que en la población general, estimándose un aumento de 15 veces en la tasa de suicidio (1,4).

I.4.- El trasplante renal

El trasplante renal consiste en la implantación por medios

quirúrgicos de un riñón en un organismo receptor, el cual se hace cargo de la función renal. Se realizan dos tipos de trasplante: de un donador vivo, quien es casi siempre un familiar cercano, y de un donador cadavérico. La supervivencia del injerto es mayor con donadores vivos afines, pero invariablemente son los cadáveres la fuente de órganos en los países desarrollados.

Para inhibir una reacción de rechazo al injerto en el posoperatorio, se incluyen en el régimen medicamentoso que siguen los pacientes, medicamentos inmunosupresores o técnicas como radiación del injerto e irradiación linfática total. Los medicamentos inmunosupresores más importantes son la prednisona, la azatioprina, la globulina antilinfocitaria, los anticuerpos monoclonales contra las células T y la ciclosporina. El paciente también se sujeta a un régimen dietético y control médico regular (4).

I.5.- Consideraciones psicológicas en el trasplante renal

Para muchos de los pacientes el trasplante renal representa el término y la última esperanza de su tratamiento. La perspectiva del trasplante permite reducir las repercusiones de dependencia planteadas por las sujeciones de la hemodiálisis y en última instancia, la realización de esta terapia alternativa, mejora el funcionamiento del paciente y facilita su adaptación a la sociedad. Sin embargo sobre los receptores de un trasplante renal cuelga la espada de Damocles, ya que viven bajo la sombra de un posible rechazo del órgano y el riñón trasplantado también puede presentar enfermedades que causen insuficiencia renal. Esta situación genera incertidumbre, que junto con la incorporación psicológica del nuevo órgano constituyen el primer estrés psicológico de estos pacientes.

En ocasiones también el retorno repentino al núcleo social enfrenta a los pacientes a pautas sociales y familiares preestablecidas y desarrollan por su incipiente habilitación, trastornos adaptativos con ansiedad y depresión; pero por lo general el bienestar emocional de estos pacientes va emparejado al éxito de la función del injerto, y al apoyo de su ambiente psicosocial (4,5).

Los medicamentos requeridos para el control médico y prevención de un posible rechazo pueden causar problemas en el estado de ánimo. Los efectos depresores de la prednisona son bien conocidos, y los pacientes con una historia personal de depresión o síntomas depresivos son muy vulnerables a desarrollar una depresión mayor. Como reacción a la medicación esteroide los pacientes con historia de psicosis o personalidad límite son vulnerables a un cuadro psicótico. La ciclosporina no ha sido asocia-

da con efectos psiquiátricos, pero es un agente reportado con efectos nefrotóxicos, hepatotóxicos y neurotóxicos que se pueden asociar con síntomas psiquiátricos.

También los pacientes tratados con estos inmunosupresores son vulnerables a infecciones oportunistas, que pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos y déficit cognoscitivo (1,4).

I.6.- El concepto de Calidad de Vida

En los últimos 20 años se ha incrementado el interés sobre el concepto de CDV, en sus inicios con un punto de vista socio-económico, considerándolo como una expresión comercial (6).

Este concepto ha sido reconocido como una área importante y de interés para aquellos involucrados en la investigación, el cuidado de la salud y bienestar de sujetos enfermos, por lo que pasó a ser un componente importante del quehacer médico, particularmente en el caso de las enfermedades crónicas, en que una cura completa es inverosímil y lo mejor que puede ser logrado es un alivio de los síntomas y posiblemente una alteración en la progresión de la enfermedad que facilite a los pacientes su adaptación a la sociedad.

Así, actualmente se considera a los estudios sobre la CDV como un esfuerzo por mejorar no solamente los síntomas somáticos de los pacientes (6,7) sino también proporcionar un mejor tratamiento, incluyendo aspectos psiquiátricos, ya que las enfermedades afectan diversas funciones en los subsistemas biológico, psicológico y social de los pacientes (8). Entonces el estudio de la CDV constituye una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva a los pacientes, la entidad nosológica que sufren y el tratamiento que reciben. Este concepto puede ser visto como una integración de subsistemas, es decir, como una aproximación holística (7).

I.7.- Naturaleza y definición de la CDV

Determinar la naturaleza y definir la CDV es un proceso extenso y ambiguo, si a un fenómeno tan complejo como lo es la vida humana se le despoja de su dimensión temporal "cantidad" todos los otros atributos de este fenómeno corresponden a la "calidad" (9). La "cantidad" se expresa en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, etc., elementos de naturaleza objetiva, pero para expresar la "calidad" se requieren de indicadores de otro tipo (10), elementos objetivos y subjetivos (7,11,12,13,14,

15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25).

Un primer paso para determinar estos elementos objetivos y subjetivos, es definir el "estado de salud", que corresponde a la CDV de la población en general, y se define como el completo bienestar biopsicosocial y no meramente la ausencia de enfermedad; en esta definición se perfilan los elementos tanto objetivos como subjetivos. La percepción del estado de bienestar del sujeto por parte de otros, equivale al elemento objetivo. La percepción del sujeto de su experiencia de bienestar, corresponde al elemento subjetivo.

El concepto de CDV en medicina hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan a un individuo enfermo, sobre los subsistemas biológico, psicológico y social, generando experiencias en su sensación objetiva y subjetiva de bienestar en estos tres niveles. La entidad nosológica origina experiencias disruptivas, y el tratamiento aunque busca restablecer el estado de salud y mejorar la CDV de los pacientes, también genera experiencias disruptivas en la misma CDV.

Para algunos autores este concepto es esencialmente un problema filosófico (26), Schamale en 1983 utilizó como sinónimos intercambiables bienestar y CDV, como Churchill en 1984 y Parfrey en 1989. Slevin en 1988 la define como una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica más que científica. Cella en 1990 la define como la apreciación que el sujeto hace de su vida y de la satisfacción con su nivel de funcionamiento comparado con el que percibe como posible ideal, y Fukunishi (7) en el mismo año, la define como una aproximación holística. Dunbar en 1992 (6) la define como la diferencia en un período particular de tiempo, entre la esperanza y expectativa individual y la experiencia del individuo, siendo considerada un concepto interno basado en la integración de varios factores que resultan de experiencias en un sentido biológico, psicológico y social.

En resumen, en las definiciones se ha dado a través del tiempo mayor o menor importancia a los elementos objetivos y subjetivos que integran al concepto, y concluimos que la CDV es la percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida en forma subjetiva cuando esta enfermo, dependiendo tanto de sus características individuales, como de las características de la enfermedad que sufre y del tratamiento que recibe.

I.8.- Para que medir CDV

La CDV de los pacientes tiende a convertirse en uno de los objetivos de la práctica médica cuando se considera que la enfermedad y las intervenciones del médico influyen tanto sobre la

cantidad (años de supervivencia), como sobre la CDV en esa supervivencia.

La necesidad de innovación en la práctica médica va íntimamente ligada a la evaluación de las mismas, para introducirlas como práctica rutinaria. Para lograr y retener los beneficios de los avances médico-técnicos es necesario evaluar su eficacia para salvar la vida de los pacientes y mejorar su CDV (27).

Feinstein en 1987 en la conferencia de Portugal sobre CDV, planteó a este concepto como uno de los criterios para evaluar resultados de la práctica médica, el otro es la duración de la vida, y sugiere emplear la CDV para evaluar la eficacia de los tratamientos (16). Así mismo se puede utilizar para examinar individualmente o en grupo a los pacientes y describir la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan en diferentes estadios de una enfermedad y monitorearlos, y desde luego para comparar diferentes tratamientos en aquellas enfermedades en que se cuenta con modalidades terapéuticas alternativas (6), como en el caso de la ERET.

Conforme aumentaba el interés sobre la CDV, se efectuaron esfuerzos para evaluarla de un modo objetivo y cuantitativo empleando una amplia gama de mediciones. Las primeras se enfocaron a la medición del estado funcional en la investigación clínica y epidemiológica (6). Sin embargo la CDV es un concepto con elementos subjetivos (7,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25), como ya se mencionó, y se tiene el enfoque actualmente de examinar las propias percepciones de los pacientes sobre su vida, donde los problemas de rehabilitación, redes de apoyo y expectativas presentes y futuras son influencia de peso (5). Por ende es requerida una medición que evalúe el beneficio de cualquier intervención médica, por medio de un proceso directo y que determine la efectividad relativa de dicho tratamiento.

II.- ANTECEDENTES

II.1.- La CDV de los pacientes con ERET

Actualmente la vida de muchos pacientes con ERET se prolonga con alguno de los métodos de tratamiento que se han puesto a su disposición, la hemodiálisis (H) y el trasplante renal (Tr), entre otros. Se consideraba que una de las metas en la atención a estos pacientes, era proporcionar tratamiento a más de ellos y disminuir las complicaciones físicas. Sin embargo médicos, psiquiatras y psicólogos mostraron interés sobre la calidad de las vidas que estaban siendo preservadas (11).

Kaplan y Shanán en 1980 compararon el ajuste de pacientes hemodializados (Hs) al ajuste de pacientes trasplantados (Ts), 20 y 11 respectivamente, que contaban con características demográficas similares. Los sujetos se sometieron a una evaluación clínica y a exámenes psicológicos, que consistían en la aplicación de dos instrumentos: el Shanán Sentence Completion (SSCT) y la prueba de Rorschach; las valoraciones se realizaron al inicio del tratamiento y un año después. El estudio determinó que en la muestra no se presentó diferencia alguna en términos de rehabilitación entre los grupos. Sin embargo la sensación de bienestar era más obvia en los pacientes Ts en el seguimiento clínico. Es difícil obtener una visión definitiva con un grupo tan pequeño y surgen preguntas acerca de la razón o fuente de esa sensación de bienestar (11).

Churchill y cols. en 1984 realizaron un estudio comparativo entre tres métodos de tratamiento para ERET, evaluando una muestra de 77 pacientes (50 Hs, 13 en diálisis peritoneal ambulatoria DPA y 14 Ts). Les aplicó una versión modificada de un cuestionario, no especificado, que utiliza la técnica de "cambio en el tiempo" y evalúa estado de salud. Realizó dos evaluaciones con seis semanas de diferencia entre una y otra, concluyó en el estudio que la CDV era significativamente mejor en los Ts, pero en cada forma de tratamiento se sugirió que otros factores individuales eran determinantes en la CDV de los pacientes, ya que cada uno incorporaba aspectos físicos, sociales y emocionales (12). Usando la misma técnica en 1987 este grupo de investigadores realizó un estudio multicéntrico (11 centros hospitalarios) patrocinado por el centro de Investigación de Asuntos Humanos Battelle, registrando 859 pacientes con ERET (103 Ts, 60 Hs, 57 dializados en casa Dc y 52 en DPA), agregando la aplicación del cuestionario de Spitzer (28) y concluyó que los pacientes Ts reportaban índices más altos en su CDV que los otros grupos, y que el funcionamiento físico era más relevante que el funcionamiento social y emocional. Sin embargo en este segundo estudio la muestra se extrajo de centros seleccionados por lo que no se considera representativo del total de la población con ERET (13).

Evans y cols. en 1985, evaluaron en un estudio comparativo y multicéntrico a 859 pacientes con ERET (347 Hs, 287 Dc, 81 en DPA y 144 Ts), aplicando a los sujetos tres instrumentos de evaluación: el índice de bienestar, el índice de satisfacción general con la vida y el índice de afecciones psicológicas. Encontró que los pacientes Ts presentaban mejor CDV en relación a cualquiera de las modalidades de diálisis (D), así mismo este grupo de pacientes presentó mejor satisfacción con la vida, mejor calidad objetiva de vida y estado psicológico. También determinaron que las características individuales de los centros hospitalarios eran importantes en la apreciación de esta CDV (14).

Oldenburg y cols. en 1988, evaluaron la CDV de 102 pacientes con ERET tratados con D, aplicándoles cuatro instrumentos: la cedula de entrevista para pacientes renales, la Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS), el cuestionario de Autoreporte Psicológico (SCL-90) y el Cuestionario de Control de la Conducta (LCB). Los cuales se aplicaron en dos ocasiones con 18 meses de diferencia, período en el cual 18 pacientes fueron Ts, y concluyeron que los pacientes tratados con este método tienen una mejor CDV que los pacientes en D, ya que los receptores de un Tr funcionan mejor y tienen capacidad para trabajar en un nivel casi normal. Sin embargo determinan que la evaluación de los aspectos objetivos de la CDV se realiza en forma directa, en oposición a los aspectos subjetivos, cuyo análisis es complejo siendo necesario un estudio longitudinal para definir claramente la población de pacientes, ya que la CDV cambia a través del tiempo (15).

Morris y cols. en éste mismo año, realizan un estudio comparativo entre pacientes en D y con Tr (24 Hs, 24 en Dc, 21 en DPA y 65 Ts), a los cuales se les envió por correo el cuestionario de satisfacción con la vida, el Cuestionario de Salud General (CGS) y el LCB, concluyendo que el Tr es el método que proporciona una mejor CDV a los pacientes con ERET. Sin embargo la DPA mostró superioridad sobre la H, así mismo se notaron niveles moderadamente altos de angustia psicológica en todas las formas de tratamiento, por ende ésta vulnerabilidad y el tipo de tratamiento juegan un papel predominante en la CDV. No obstante estos resultados no pueden ser aplicados a grupos más amplios y no se constituyó un estudio controlado, y las medidas en su mayoría subjetivas requieren los puntos de apoyo objetivos (16).

Parfrey y cols. en 1988, compararon pacientes con ERET tratados con Tr y D estables (67 y 63 respectivamente) con pacientes Ts con complicaciones médicas que fueron reintervenidos y Ts que por complicaciones retornaron a D (15 y 5 respectivamente). Los sujetos fueron evaluados por medio de la aplicación de cuatro instrumentos: el cuestionario de Campbell, el de Spitzer (13, 28), el de Karnofsky y el cuarto fué un instrumento desarrollado por los autores específicamente para pacientes con ERET que evalúa síntomas físicos, emocionales, aspectos objetivos y subjetivos de la CDV. En este estudio se concluyó que los pacientes estables presentaban un incremento en su nivel de actividad, en su

calidad objetiva de vida y disminución en los síntomas físicos; los pacientes con complicaciones médicas desarrollaron sentimientos negativos que afectaban su sensación de bienestar, satisfacción con la vida y presentaban un incremento en los síntomas físicos, requiriendo un soporte emocional consistente y regular. Sin embargo cabe mencionar que el grupo de pacientes con complicaciones era muy pequeño (17).

En 1989 para demostrar la confiabilidad del instrumento diseñado específicamente para ERET, Parfrey y cols. realizaron cuatro estudios: 1) una entrevista de cruce seccional de 226 pacientes con ERET, 2) un estudio con observación interna y externa de 40 pacientes para aprobar el instrumento, 3) un estudio piloto de cruce seccional de 149 pacientes con ERET, así como una prueba de validez comparando resultados entre pacientes en D y con Tr, y 4) un estudio prospectivo para evaluar las respuestas del cuestionario, en el cual participaron 150 pacientes de los 179 del estudio 3. Concluyeron que el cuestionario es específico para ERET, es breve, de fácil aplicación, reproducible, válido y de fácil respuesta, pudiendo ser empleado para comparar modalidades de tratamiento para esta entidad nosológica; sin embargo requiere de la incorporación de medidas de bienestar físico, emocional y social (18).

En este mismo año Deniston y cols. realizaron un estudio referente a la efectividad y costo del Tr y la D en la ERET, patrocinado por la administración de financiamiento y cuidado de la salud, comparando varias formas para evaluar CDV en pacientes de Michigan, para investigar la relación entre el tipo de tratamiento, costo de atención y supervivencia, utilizando cuatro modalidades terapéuticas: H, DPA, Tr de un donador vivo afín y Tr de un donador cadavérico. Fueron integrados al estudio 742 sujetos, de los cuales el 35% eran tratados con H, el 25% con DPA, el 18% con Tr de donador vivo afín y el 19% con Tr de donador cadavérico; estos se evaluaron por medio de un cuestionario modificado y adaptado de la Escala de Afecciones de Bradburd y el índice de CDV desarrollado por los autores empleando parámetros que habían sido empleados por otros en la investigación de este concepto. En los resultados algunos pacientes mostraron puntajes altos en algunos índices, y otros sujetos puntajes bajos en los mismos índices, aspecto que se observó a nivel de otros de los índices de CDV estudiados. Sin embargo debido a que éste concepto fué estudiado en forma empírica, utilizando un amplio orden de índices en la medición, por lo que no resultó concluyente y solo reflejo el funcionamiento de los pacientes (19).

Devins y cols. en 1990 realizaron un estudio para comprobar la hipótesis de que episodios de problemas de dolor eran percibidos por la población de pacientes renales, como enfermedades intrusivas que influían en la CDV de estos pacientes. Evaluaron a 100 pacientes con ERET (39 Hs, 16 en Dc, 11 en DPA y 34 Ts) mediante la aplicación de tres instrumentos: la escala de clasificación de Enfermedades Intrusivas, una versión del cuestionario para dolor de McGill (MPQ) y un índice para evaluar CDV. La reco

lección de los datos se efectuó en seis semanas y demostraron que estos episodios recurrentes de dolor (cefalea y calambres) son un problema significativo y están relacionados con la falla renal y su tratamiento, produciendo una reducción en la CDV de los pacientes, quienes perciben a estos problemas como enfermedades intrusivas con un impacto psicosocial disruptivo en su estilo de vida, actividades e intereses. Sin embargo este estudio fué retrospectivo y puede ser más efectivo aplicado a un momento actual y a futuro (20).

En este mismo año Auer y cols. efectuaron un estudio retrospectivo de 159 pacientes que iniciaron tratamiento con H y DPA entre 1981 y 1984, y un año después reunieron datos de 30 pacientes más con edad mayor a 65 años. La meta era evaluar si la edad, factores de riesgo médico o social, y el método de tratamiento afectaban la CDV percibida; la evaluación se efectuó con un cuestionario de autoaplicación estandarizado. Los pacientes en DPA obtuvieron puntuaciones significativamente mejores que los Hs, aquellos con edad mayor de 65 años obtuvieron mejores resultados que los pacientes más jóvenes. Sin embargo concluyeron que la CDV no está relacionada en ninguna manera simple con la edad, método de tratamiento o diagnósticos coexistentes y que la visión del sujeto debe ser considerada como válida, independientemente de la perspectiva del observador, así mismo la rehabilitación es uno de los conceptos que debe ser medido objetivamente pues estos aspectos influyen en la severidad objetiva de la enfermedad (21).

Fukunishi y cols. en 1990 examinaron la relación entre CDV y alexitimia en 58 pacientes con ERET, tratados con dos modalidades de D (30 Hs y 28 en DPA). La alexitimia es la dificultad para expresar verbalmente conflictos psicológicos y emociones. Los pacientes se evaluaron por medio de la escala de Karnofsky de desempeño, la escala de Hamilton, el inventario de Beck de depresión, la escala de ansiedad manifiesta para CDV y la escala de alexitimia MMPI, así como con el cuestionario del Hospital Beth Israel para esta entidad. Demostraron que la frecuencia de alexitimia fué marcadamente baja en los pacientes en DPA y estos pacientes tenían una mejor CDV que los pacientes en H, sin embargo este aspecto presentó poca significancia clínica (7).

En el mismo año Koch y Muthny evaluaron la CDV, en relación con el método de tratamiento, en un estudio multicéntrico (16 centros) en 1,100 pacientes (761 Ts, 290 Hs y 68 en DPA), en Alemania Occidental, patrocinado por el Departamento de Psicología y Rehabilitación de la Universidad de Freiburg. Los pacientes se evaluaron por medio de un instrumento desarrollado en la universidad, que consistía en un cuestionario semiestructurado, complementado con datos médicos de los expedientes de los pacientes. En este estudio se demostró la superioridad del Tr en términos de CDV con respecto a la DPA y la H, de la DPA con respecto a la H en relación a varios criterios de CDV. Debe señalarse que estas diferencias son débiles por problemas metodológicos, no se pudieron llevar a cabo pruebas entre grupos tomados al azar y el

método de análisis de covariación empleado sólo sirve para eliminar efectos lineales de ciertas variables demográficas, el grupo de Hs presentaba una precondición médica más mala y una duración más corta de tratamiento y de evolución de la enfermedad (2).

Simmons y cols. en el mismo año de 1990, estudiaron la CDV de pacientes en terapias alternativas de ERET, comparando a 766 pacientes que siguieron una de las terapias por lo menos un año, (82 Ts, 83 Hs y 510 en DPA) en 185 centros hospitalarios. Todos los sujetos se encontraban entre los 19 y 56 años de edad y eran no diabéticos. Se les aplicó una encuesta que contenía medidas de bienestar físico, emocional y social, rehabilitación laboral y ajuste sexual. Los hallazgos indicaron que la CDV en pacientes con Tr exitoso excede la de ambos grupos de D para casi todas las variables. Sin embargo los pacientes no pueden ser puestos al azar en algún tipo de terapia, y es imposible estar absolutamente seguros que tales diferencias sean el resultado de los diferentes tipos de pacientes y la interpretación del paciente puede ser afectada por su referencia de comparación (22).

Mc Clellan y cols. en 1991 investigaron la asociación entre estado funcional y CDV, en pacientes de ingreso reciente al tratamiento de ERET con D y el subsecuente riesgo de mortalidad. Incluyeron a 294 sujetos que fueron evaluados con el cuestionario de Karnofsky y el de Spitzer (13,28). Concluyeron que el estado funcional y la CDV son factores independientes en el riesgo de mortalidad de los pacientes, esto está más asociado a la edad, raza y causa diabética de ERET. Sin embargo combinando estos elementos se pueden estratificar a los pacientes en categorías de riesgo, pues aunque actúan en forma indirecta el funcionamiento y la CDV se pueden considerar como predictores (23).

Almond y cols. en este mismo año, realizaron un seguimiento clínico de 10 años en 57 sujetos que fueron tratados con Tr a los 18 años de edad. Concluyeron que el Tr es el tratamiento ideal en sujetos jóvenes y niños, ya que previene daños neurológicos por la uremia crónica y los sujetos alcanzan un mejor nivel de funcionamiento y desarrollo en la sobrevivida. En este estudio no se especificó el método de valoración de los pacientes (24).

En 1992, Park y cols. evaluaron por medio de un estudio comparativo la CDV de pacientes coroneos con Tr y H (96 y 114 respectivamente). Se les aplicó un cuestionario desarrollado para estos pacientes, que incluía una evaluación subjetiva de la situación de los mismos y una medición de las experiencias personales y grado de satisfacción experimentado. Concluyeron que los pacientes con Tr presentaban mejor CDV, pues experimentaban mayor libertad, potencial para desarrollar actividades y una buena condición física, en relación a los pacientes en H. Sin embargo se debe considerar en este estudio la barrera cultural, de lenguaje y de estilo de vida de la muestra (25).

III.- JUSTIFICACION Y OBJETIVO

III.1.- Justificación

La ERET tiene una incidencia de 80 a 100 casos por cada millón de habitantes en los países desarrollados y de 100 a 150 casos por cada millón de habitantes en los países en vías de desarrollo. Presenta mayor prevalencia en sujetos de sexo masculino, en adultos jóvenes (en edad productiva) y en sujetos con mayor probabilidad de estar casados (1,2,4,16).

Estos pacientes constituyen el 80% de la consulta del servicio de Nefrología del C.M.N. 20 de Noviembre, siendo tratados básicamente con diálisis (D), en todas sus modalidades, y trasplante renal (Tr). Estos métodos terapéuticos producen aumento en la esperanza de vida en esta enfermedad de curso crónico, y el resultado que se busca no es solamente la supervivencia si no restablecer la CDV de los pacientes. Por esto es necesario evaluar esta variable. para conocer que tanto estamos mejorando la atención que proporcionamos a estos pacientes.

Así, la CDV es una variable importante en esta enfermedad. Cabría considerarla como un criterio para evaluar resultados de terapias alternativas, ya que la dimensión subjetiva y social se debe contemplar en la asistencia al enfermo y en la investigación, pues el carácter científico de la medicina y su progreso va íntimamente ligado a la evaluación de los nuevos tratamientos. La evaluación de terapias alternativas en la ERET desde un punto de vista psicosocial, requiere estudios comparativos que incluyan variables como la CDV y aunque en otros países estos estudios han sido realizados, en nuestro medio existe poca experiencia en esto.

III.- Objetivo

a) Objetivo general:

El objetivo general del estudio fué comparar la CDV de los pacientes con ERET tratados con Hemodiálisis (H) y Tr.

b) Objetivo específico:

En el objetivo específico se compararon los sujetos en relación a los indicadores de CDV de cada uno de los instrumentos

IV.- MATERIAL Y METODO

IV.1.- Diseño

Se realizó un estudio comparativo transversal, de la CDV de sujetos con ERET, en relación con el método de tratamiento: la Hemodiálisis (H) y el Trasplante renal (Tr).

IV.2.- Sujetos

De la población constituida por sujetos adultos con ERET derechohabientes del ISSSTE y subdivididos en 35 sujetos Hemodializados (Hs) y 200 Trasplantados (Ts), se formaron dos grupos como muestras específicas de 30 a 35 sujetos. La selección de estos sujetos se realizó en forma intensional y por cuota, tomando se a los primeros que acudían a su sesión de tratamiento a la unidad de H y cumplían los criterios de inclusión, en el caso de los sujetos Hs, y a los primeros que acudían a su control a la consulta externa de la unidad de trasplantes y cumplían los criterios en el caso de los pacientes Ts.

Los criterios de inclusión para los sujetos en H fueron: a) sexo masculino o femenino, b) entre los 18 y 60 años de edad, c) con escolaridad mínima de educación primaria o que sabían leer y escribir, d) con un año como mínimo de tratamiento, e) que aceptaron participar en la investigación. Los criterios de inclusión para los sujetos con Tr fueron los mismos de los incisos a,b,c,d y e, agregándose: f) con Tr funcionante. Se excluyó a los sujetos con Tr que habían sido retrasplantados o presentaban rechazo al injerto.

IV.3.- Instrumentos de evaluación

Se aplicaron cuatro instrumentos: la Forma abreviada del escrutinio de Salud de 36 ítems (SF-36), el cuestionario de Parfrey para evaluar CDV en pacientes con ERET, el cuestionario de Dunbar y el cuestionario de Spitzer.

El SF-36 es un cuestionario diseñado para el monitoreo rutinario de pacientes en la práctica clínica, investigación y medición de conceptos de salud; ésta constituido como lo refiere su nombre de 36 ítems, que utilizan para su medición y calificación escalas dicotómicas (si/no) y de tipo Lickert (de 3,5 y 6 categorías). Esta forma ha sido usada en la comparación de sujetos con condiciones médicas y psiquiátricas. Incluye ocho indica

dores de la CDV:

- Salud general : evalúa la percepción y aceptación de la salud general.
- Vitalidad : califica la percepción de la energía para invertir en actividades por el sujeto.
- Salud mental : evalúa el estado y actitud emocional hacia la vida.
- Rol físico : califica si el sujeto ha modificado la realización de actividades y si ha disminuido el tiempo dedicado a las mismas por su estado de salud física.
- Rol emocional : evalúa si el sujeto ha modificado la realización de actividades y si ha disminuido el tiempo dedicado a las mismas por problemas emocionales.
- Funcionamiento físico : califica si el estado de salud del sujeto le permite realizar actividades diarias típicas de autocuidado y de desplazamiento.
- Dolor corporal : evalúa la presencia e intensidad de dolor corporal y qué tanto interfiere en la realización de actividades.
- Funcionamiento social : califica la interferencia de problemas emocionales y físicos con las actividades sociales del sujeto.

El instrumento proporciona un perfil del sujeto o de un grupo, mediante la media del puntaje estandarizado de cada indicador, y se realiza una comparación entre perfiles y entre las medias de cada puntaje (29,30).

El cuestionario de Parfrey es un instrumento elaborado para evaluar CDV específicamente en pacientes con ERET, y está con formado por 33 ítems cuya medición y calificación se realiza con escalas análogas visuales (de 0 a 10) y escalas tipo Lickert (de 5 y 7 categorías). Incluye cuatro indicadores:

- Indice de síntomas : evalúa la presencia y percepción de la intensidad de los síntomas de cansancio, debilidad muscular, cefalea, calambres, disnea, prurito, angina, náusea/vomito, dolor abdominal y los que agrege el sujeto.
- Indice de afectos : mide la presencia y percepción de los afectos de determinación, fe, confusión, sensación de ser diferente en relación a otros sujetos, ira, temor, sensación de incapacidad, soledad,

hastío, tristeza, desesperación y los que agregue el sujeto.

Índice general de afectos: evalúa la percepción de emociones y su influencia en la satisfacción general de vida.

Calidad subjetiva de vida: mide en forma general la percepción subjetiva de la satisfacción de vida del sujeto.

El cuestionario proporciona un puntaje global que mientras más alto sea indica mejor CDV, y proporciona también un puntaje por cada indicador que mientras más alto indica mejor condición del sujeto en cada uno de ellos (14,15).

El cuestionario de Dunbar es un instrumento diseñado para evaluar CDV, en pacientes psiquiátricos no psicóticos que puede tener aplicación general. Está constituido por 46 ítems elaborados en escalas análogas visuales y divididos en dos grupos de 23 ítems, que proporcionan dos puntajes, mientras más altos indican una mejor condición en cada uno (6,8). Los indicadores son:

Calidad subjetiva de vida: actual : evalúa la percepción subjetiva de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del instrumento.

Calidad subjetiva de vida: ideal : mide la percepción subjetiva de la satisfacción de vida ideal (que el sujeto desearía).

El cuestionario de Spitzer es un instrumento diseñado para evaluar CDV en pacientes con cáncer, es calificado por los médicos o por el personal paramédico. Está constituido por cinco ítems, que se califican con escalas tipo Lickert (de 3 categorías). Estos ítems corresponden a cinco indicadores de CDV:

- | | |
|-------------------------------|--|
| Actividad | : evalúa si el paciente realiza alguna actividad remunerada o no, con requerimiento de ayuda o sin ella, el tiempo que dedica a la misma, o si no realiza ninguna actividad. |
| Vida diaria | : califica si el sujeto realiza actividades diarias de autocuidado y de desplazamiento, con o sin ayuda. |
| Salud | : evalúa la percepción del observador sobre la sensación de bienestar y energía del sujeto. |
| Apoyo | : califica la percepción del observador sobre la ayuda y protección recibida por el paciente de sus familiares y amigos. |
| Perspectiva de la vida | : evalúa la percepción del observador en relación a la aceptación y control |

de las circunstancias personales y medio ambiente por parte del sujeto.

Las calificaciones de los sujetos proporcionan sumadas un puntaje global de calidad objetiva de vida, y un puntaje por cada uno de los indicadores, mientras más altos sean estos indican mejor CDV (13,28).

IV.4.- Tratamiento estadístico de los datos

Los datos demográficos y clínicos se analizaron por medio de porcentajes, medias, desviación estándar y "Chi" para variables categoricas. Las calificaciones y puntajes proporcionados por los instrumentos para evaluar la CDV se analizaron con la "t" de Student, para realizar la comparación entre los grupos, de acuerdo a la evaluación global y por cada uno de los indicadores.

V.- RESULTADOS

V.1.- Resultados demográficos

Se entrevistaron 30 sujetos Hemodializados (Hs) y 35 trasplantados (Ts). Los cuadros 1 y 2 muestran el análisis y descripción de los resultados demográficos.

No hubo diferencias significativas en las características demográficas de edad, género, estado civil, residencia y en el área de con quien viven los sujetos (cuadro 1). Se observó un promedio de edad similar, 31.5 años en los pacientes Hs y 33.5 en los pacientes Ts. En relación al género se presentó prevalencia de sujetos de sexo masculino, siendo el porcentaje de hombres mayor que el de mujeres entre los Hs (70% vs 30%), y discretamente mayor entre los Ts (60% vs 40%); sin embargo este hecho no fué significativo estadísticamente. En cuanto al estado civil se percibió mayor porcentaje de sujetos casados que solteros en ambos grupos, (50% y 37% respectivamente en los Hs vs 60% y 34% en los Ts). En relación a la residencia se observó un porcentaje discretamente mayor de sujetos que radican en la Cd. de México sobre los foráneos en los dos grupos (60% y 40% respectivamente entre los Hs vs 54% y 46% en los Ts). Los resultados en el área de con quien viven los sujetos, son equivalentes al estado civil en ambos grupos y se presentó un porcentaje mayor de sujetos que viven con sus cónyuges e hijos, sobre los que viven con sus padres (54% y 36% respectivamente entre los Hs vs 60% y 31% entre los Ts). Sin embargo se percibió aquí un porcentaje, aunque muy bajo (6%), de sujetos Ts que viven solos, hecho que no se presentó en los Hs.

Si hubo diferencia en la característica de escolaridad. Se percibió un porcentaje menor de sujetos con escolaridad superior completa (universidad) en los Hs y mayor en los Ts (20% vs 34%), y sólo se apreció un porcentaje de escolaridad a nivel técnico y completa en los Ts (32%), hecho que no se presentó en los Hs. El porcentaje de escolaridad incompleta en términos generales fué mayor entre los Hs y menor entre los Ts (32% vs 15%).

El cuadro 2 muestra el análisis y descripción de los resultados en el área de actividad laboral. Si hubo diferencias significativas estadísticamente entre los grupos; se observó menor porcentaje de sujetos con actividad remunerada y en jornada completa entre los Hs y mayor entre los Ts (47% y 36% respectivamente vs 71% y 93%).

En el área de ingreso familiar mensual, se percibió menor ingreso entre los Hs y mayor entre los Ts, en relación directa con la realización de actividad remunerada o no.

V.2.- Resultados clínicos

El cuadro 3 muestra el análisis y descripción de los resultados clínicos en ambos grupos de pacientes estudiados.

No hubo diferencia significativa entre los grupos en relación a la etiología de la ERET. Se observó como causa más frecuente los procesos autoinmunes e inflamatorios del riñón (73% entre los Hs y 77% entre los Ts). La ERET secundaria a otra enfermedad y la causada por enfermedades renales congénitas se presentó en segundo y tercer lugar entre los Hs (18% y 3% respectivamente), pero fueron equivalentes entre los Ts estas causas (11 y 11%).

Si hubo diferencia en la presencia o no de comorbilidad entre los grupos. Se observó mayor porcentaje de sujetos con comorbilidad en los Hs y menor en los Ts (83% vs 23%).

Hubo diferencia discreta en el tiempo de tratamiento entre ambos grupos. Se apreció un promedio de 3.6 años de tratamiento en los Hs y un promedio de 5.4 en los Ts.

V.3.- Resultados de la evaluación de la CDV

Los resultados de los instrumentos de evaluación y su descripción estadística se presentan en la figura 4 y en los cuadros 5, 6, 7 y 8.

El perfil (fig.4) que proporciona el SF-36, fué mejor en los Ts en la comparación con el perfil de los Hs. En la comparación entre las medias del puntaje de cada uno de los indicadores (cuadro 5), se observó superioridad en todos a favor de los Ts, pero ésta superioridad fué estadísticamente significativa ($p < .05$) en los indicadores de: salud general, vitalidad, rol físico, rol emocional, dolor corporal, y funcionamiento social. Y no fué estadísticamente significativa la diferencia ($p > .05$) en los indicadores de: salud mental y funcionamiento físico.

El puntaje global obtenido por el cuestionario de Parfrey fué significativamente superior en los pacientes Ts. En la comparación entre las medias por cada indicador, se observó superioridad en todos a favor de los Ts, pero la superioridad fué significativa en los indicadores de: índice de afectos, índice general de afectos y calidad subjetiva de vida. Pero no fué significativa la superioridad en el índice de síntomas (cuadro 6).

La comparación entre las medias obtenidas por el cuestionario de Dunbar indica que tanto el indicador de calidad subjetiva de vida actual como el indicador de calidad subjetiva de vida

ideal fueron superiores en los sujetos Ts. Sin embargo sólo en la CDV actual la diferencia fué estadísticamente significativa. Comparando la CDV actual y la CDV ideal en cada uno de los grupos, se observó que las diferencias en favor de la CDV ideal, fueron estadísticamente significativas en ambos grupos (cuadro 7).

La media del puntaje global obtenido por el cuestionario de Spitzer fué significativamente mayor en los Ts. En la comparación entre las medias de cada indicador se observó superioridad significativa en los Ts en los indicadores de: actividad, y vida diaria. En el indicador de perspectiva de la vida, aunque no en forma significativa, fué superior la media en los sujetos Hs (cuadro 8).

VI.- DISCUSION Y CONCLUSION

VI.1.- Discusión

En nuestro estudio los sujetos hemodializados y los trasplantados son similares en algunas características demográficas a los pacientes de Koch (2) y Morris (16), estas características son equivalentes a las referidas en la literatura médica por autores como Levy (1), en relación a los aspectos epidemiológicos de la ERET. Observamos prevalencia de la enfermedad en sujetos de sexo masculino, adultos jóvenes en edad productiva, con mayor porcentaje de casados que viven con su cónyuge e hijos.

Sin embargo en nuestros pacientes se observó diferencias en términos de escolaridad, actividad laboral e ingreso familiar mensual, características que fueron mejores en los trasplantados. El trasplante renal, como lo refiere Park (25), proporciona una mejor condición física y mayor potencial para desarrollar actividades en los pacientes tratados con este método, habilitándolos para concluir su preparación escolar y para continuar laborando en un nivel casi normal, hecho que refiere Oldenburg (15). Por lo que los pacientes trasplantados, presentaron mayor porcentaje de sujetos con estudios completos y de mayor nivel, así como un porcentaje significativo y relevante de sujetos con actividad laboral remunerada y de tiempo completo, e ingreso mensual económico mayor. Aunque hay que recordar que el tratamiento con hemodiálisis requiere la inversión de 5 a 8 horas por día, dos o tres veces a la semana, hecho que tiene efectos negativos a nivel de las actividades e intereses de los hemodializados; además estos sujetos presentan una condición médica más mala, aspecto referido por Koch.

Cabe mencionar que la rehabilitación es referida como similar entre los hemodializados y los trasplantados en los E.U.A por Kaplan (11), y Auer (21), señala que este factor debe ser considerado para determinar la severidad objetiva de la enfermedad.

La etiología de la ERET más frecuente en nuestros pacientes lo fueron los procesos autoinmunes e inflamatorios del riñón, como lo refiere la literatura médica (1) y algunos investigadores (2). El tiempo de tratamiento fué menor y la presencia de comorbilidad mayor en los pacientes hemodializados, aspecto que equivale a la condición médica más mala en estos pacientes, hecho que refieren algunos autores (1,2).

En cuanto a la CDV, nuestro estudio indicó que esta es mejor en los pacientes trasplantados, lo que concuerda con los estudios de Koch, Churchill (13), Evans (14), Oldenburg, Morris y Park. Si bien, en la mayoría de los indicadores del concepto las diferencias fueron estadísticamente significativas en favor del tras-

plante renal, en otros esta diferencia no alcanzó significancia estadística. Deniston (19) refiere esta diferencia a nivel de algunos indicadores.

La salud general fué mejor para los trasplantados, esto también fué observado por Morris y Simmons (22). La superioridad en cuanto a rol emocional y funcionamiento social que observamos en nuestros pacientes, también ha sido reportada por otros investigadores (22). Aunque los pacientes trasplantados refieren una mejor salud mental que los hemodializados, esta diferencia no fué significativa, hecho también observado por Morris con su evaluación de "salud psicológica", y por Churchill, Evans y Kaplan en su medición de "condición psicológica". Esto a favor de lo referido por Morris sobre la presencia de vulnerabilidad y angustia psicológica en todas las formas de tratamiento para ERET.

Aunque Parfrey (17) refiere una mejor condición de los trasplantados en el índice de síntomas, en nuestros resultados no observamos diferencia significativa entre los grupos en este índice. Devins (20) señala que algunos síntomas físicos (cefalea y calambres) son experimentados como enfermedades intrusivas por los pacientes, y tienen efectos disruptivos en el estilo de vida de los mismos, con una repercusión negativa en la CDV. Sin embargo si observamos mejor condición en forma significativa en el índice de CDV subjetiva y el índice de afectos, hecho referido también por Parfrey.

La superioridad de los trasplantados en la calidad subjetiva de vida actual, es un hecho referido por Park en su "evaluación subjetiva de la situación del paciente". La superioridad en la calidad objetiva de vida en nuestro estudio a favor de los trasplantados, es un hecho también referido por Evans.

Por último, Auer refiere que la CDV no está en relación simple con el método terapéutico, y en nuestro estudio si mostro estar en relación directa con el tratamiento este concepto, siendo mejor en los trasplantados.

VI.2.- Conclusión

La razón por la que se discuten aspectos psicosociales en el tratamiento de la ERET, se debe a la existencia de métodos terapéuticos alternativos que se indican por criterio médico, la hemodiálisis y el trasplante renal.

El concepto de CDV se ha empleado para referirse a los aspectos psicosociales en medicina. En nuestro estudio la CDV fué superior de manera significativa en los pacientes trasplantados, tanto en la CDV global como en doce de los indicadores estudiados:

salud general, vitalidad, rol físico, rol emocional, dolor corporal, funcionamiento social, índice de afectos, índice general de afectos, calidad subjetiva de vida, calidad subjetiva de vida actual, actividad, y vida diaria.

Los resultados indican que los pacientes trasplantados perciben mejor su salud general, tienen mayor energía para invertir en actividades, realizan más actividades sin modificación ni reducción en el tiempo dedicado a las mismas por su estado físico o problemas emocionales. Perciben menor grado de dolor corporal y este interfiere menos con la realización de sus actividades, y los problemas emocionales y físicos interfieren menos en sus actividades sociales. Así mismo estos pacientes perciben menor influencia emocional en su satisfacción general de vida y mayor satisfacción de vida al momento de la evaluación. También realizan en mayor proporción actividades remuneradas, de autocuidado y de desplazamiento.

Pero en ambos grupos de pacientes el estado y actitud emocional hacia la vida es semejante, traduciendo vulnerabilidad psicológica, por lo que se requiere un abordaje multidisciplinario que lleve a un mejoramiento real biopsicosocial de los sujetos en estas condiciones.

También ambos grupos muestran un estado de salud que les permite realizar actividades diarias típicas de autocuidado y de desplazamiento. Los dos grupos presentan y perciben similar intensidad de síntomas físicos, y perciben su satisfacción posible ideal de vida, mejor que su satisfacción actual. La percepción objetiva de la sensación de bienestar y energía del paciente, el apoyo recibido por familiares y amigos fueron semejantes también en ambos grupos.

En el área de aceptación y control de las circunstancias personales y del medio ambiente, se observó superioridad, aunque no significativa, en el grupo de pacientes hemodializados. Este hecho es el único punto donde resulto superior este grupo, y se puede atribuir a las expectativas de mejorar en estas áreas de la CDV como consecuencia de un posible tratamiento con trasplante renal.

Podemos concluir que el trasplante renal contribuye más al mejoramiento de la CDV de los pacientes con ERET, aumentando el número de pacientes que retornan a la sociedad y a la vida productiva. Sin embargo existe escasez de riñones adecuados para la realización de esta modalidad terapéutica y la lista de pacientes con ERET en espera de un órgano continua en aumento.

Por último, estos resultados son aplicables a nuestros pacientes, y son necesarios estudios comparativos multicéntricos y longitudinales.

FIGURAS
Y
CUADROS

Cuadro 1.- Descripción de las características demográficas de los pacientes estudiados.

Característica	Hemodializados			Trasplantados		
	\bar{X}	de	rango	\bar{X}	de	rango
Edad (años)	31.5	11.2	19-60	33.5	10	18-55
Género*	n	(%)		n	(%)	
Masculino	21	(70)		21	(60)	
Femenino	9	(30)		14	(40)	
Total	30	(100)		35	(100)	
Estado civil						
Casado	15	(50)		21	(60)	
Soltero	11	(37)		12	(34)	
Separado	2	(7)		1	(3)	
Divorciado	1	(3)				
Unión libre	1	(3)		1	(3)	
Total	30	(100)		35	(100)	

* $\text{Chi}^2=0.68$
 1 gl
 p NS

Cuadro 1 (cont.)- Descripción de las características demográficas de los pacientes estudiados.

Característica	Hemodializados		Trasplantados	
Escolaridad	n	(%)	n	(%)
Universidad completa	6	(20)	12	(34)
Universidad incompleta	1	(3)	2	(6)
Técnica completa			11	(32)
Preparatoria completa	4	(14)	3	(8)
Preparatoria incompleta	7	(23)	2	(6)
Secundaria completa	5	(17)	3	(8)
Secundaria incompleta	2	(6)	1	(3)
Primaria completa	5	(17)	1	(3)
Total	30	(100)	35	(100)
Residencia				
Cd. de México	18	(60)	19	(54)
Foraneos	12	(40)	16	(46)
Total	30	(100)	35	(100)
Viven con :				
Cónyuge e hijos	16	(54)	21	(60)
Padres	11	(36)	11	(31)
Hermanos	3	(10)	1	(3)
Solo			2	(6)
Total	30	(100)	35	(100)

Cuadro 2.- Descripción de las características de los pacientes estudiados en el área de actividad laboral.

Característica	Hemodializados		Trasplantados	
	n	(%)	n	(%)
Actividad*				
Remunerada	14	(47)	27	(71)
No remunerada	7	(23)	6	(17)
Ninguna	9	(30)	2	(6)
total	30	(100)	35	(100)
Jornada de actividad ** remunerada				
Completa	5	(36)	25	(93)
Incompleta	9	(64)	2	(7)
Total	14	(100)	27	(100)
Ingreso familiar mensual				
350.00 a 1,000.00 N\$	15	(50)	10	(28)
1,000.00 a 2,000.00 N\$	10	(33)	12	(34)
2,000.00 a 3,000.00 N\$	1	(3)	5	(15)
> 3,000.00 N\$	4	(14)	8	(23)
Total	30	(100)	35	(100)

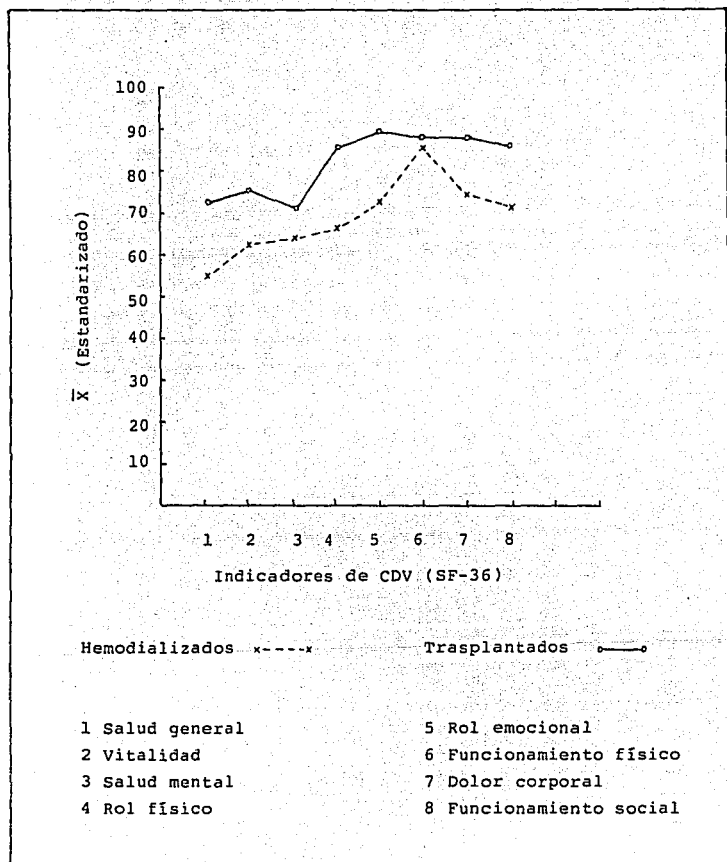
* $\chi^2 = 8.20$
2 gl
p < .05

** $\chi^2 = 15.22$
1 gl
p < .05

Cuadro 3.- Descripción de las características clínicas de los pacientes estudiados.

Característica	Hemodializados			Trasplantados		
Etiología de la ERET	n	(%)		n	(%)	
Procesos autoinmunes e inflamatorios del riñon	22	(73)		27	(78)	
ERET secundaria a otra enfermedad	6	(18)		4	(11)	
Enfermedades renales congénitas	1	(3)		4	(11)	
Causa no identificada	1	(3)				
Total	30	(100)		35	(100)	
Presencia de comorbilidad						
Con comorbilidad	26	(87)		8	(23)	
Sin comorbilidad	4	(13)		27	(77)	
Total	30	(100)		35	(100)	
Tiempo de tratamiento (años)	\bar{x}	de	rango	\bar{x}	de	rango
	3.6	2.38	1-9	5.4	4.2	1-19

Fig. 4.- Comparación de los perfiles que proporciona la Forma abreviada del cuestionario de Salud de 36 ítems (SF-36) de los pacientes hemodializados y trasplantados.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 5.- Diferencias en la Forma abreviada del cuestionario de Salud de 36 ítems (SF-36) entre los pacientes hemodializados y trasplantados.

Indicador de Calidad de vida	Hemodializados n=30		Trasplantados n=35		"t"	P
	\bar{X}	(de)	\bar{X}	(de)		
Salud general	13.62	(3.83)	18.17	(4.58)	4.73	<.05
Vitalidad	14.86	(4.37)	18.14	(3.97)	3.48	<.05
Salud mental	19.30	(5.57)	21.44	(5.21)	1.75	NS
Rol físico	5.33	(1.88)	6.97	(1.78)	4	<.05
Rol emocional	4.33	(1.51)	5.37	(1.33)	3.25	<.05
Funcionamiento Físico	25.56	(5.49)	26.25	(5.28)	0.56	NS
Dolor corporal	8.97	(3.02)	10.49	(2.37)	2.49	<.05
Funcionamiento social	7.23	(2.15)	8.40	(2.12)	2.43	<.05

Cuadro 6.- Diferencias en el cuestionario de Parfrey entre los pacientes hemodializados y trasplantados.

Indicador de Calidad de Vida	Hemodializados \bar{x} n=30 (de)	Trasplantados \bar{x} n=35 (de)	"t"	p
Indice de síntomas	48.26 (11.12)	52.80 (10.15)	0.53	NS
Indice de afectos	45.53 (11.39)	50.57 (10.49)	2.03	<.05
Indice general de afectos	42.13 (11.36)	47.65 (10.87)	2.19	<.05
Calidad subjetiva de vida	6.30 (2.51)	7.67 (1.99)	2.68	<.05
Total	141.46 (32.23)	158.55 (31.01)	2.38	<.05

Cuadro 7.- Diferencias en el Cuestionario de Dunbar entre los pacientes hemodializados y trasplantados.

Indicador de Calidad de vida	Hemodializados n=30 \bar{X} (de)	Trasplantados n=35 \bar{X} (de)	"t"	p
Calidad subjetiva de vida actual	162.46 (41.61)	185.80 (39.78)	2.53	<.05
Calidad subjetiva de vida ideal	193.26 (41.06)	206.88 (39.45)	1.49	NS
Calidad subjetiva de vida actual vs Calidad subjetiva de vida ideal	1.43* (3.45)		4.56**	<.05
Calidad subjetiva de vida actual vs Calidad subjetiva de vida ideal		1* (2.87)	4.32**	<.05

* Promedio de las diferencias

** "t" pareada

Cuadro 8.- Diferencias en el Cuestionario de Spitzer entre los pacientes hemodializados y trasplantados.

Indicador de Calidad de vida	Hemodializados n=30 \bar{X} (de)	Trasplantados n=35 \bar{X} (de)	"t"	p
Actividad	1.13 (0.76)	1.85 (0.42)	5.53	<.05
Vida diaria	1.60 (0.55)	1.91 (0.36)	3.87	<.05
Salud	1.30 (0.52)	1.42 (0.54)	1	NS
Apoyo	1.83 (0.45)	1.88 (0.39)	0.50	NS
Perspectiva de la vida	1.33 (0.53)	1.20 (0.46)	1.18	NS
Total	7.20 (2.22)	8.28 (1.73)	2.45	<.05

Referencias

- 1) LEVY NB. Chronic renal disease: dialysis and trasplantation. Principles of medical psychiatry. Eds Stoudemire and Fogel. Edit Grune and Stratton. Orlando Fl. 1987: 583-593.
- 2) KOCH U, MUTHNY FA: Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation to the method of treatment. Psychother Psychosom 54: 161-171 (1990).
- 3) TIRADO RO: Aspectos psicológicos del adolescente en la hemodiálisis renal y el trasplante renal. Ann Med Hospital A,B,C 28: 61-64 (1983).
- 4) SURMAN OS: Hemodiálisis y trasplante renal. Hospital de Massachusetts, psiquiatría de enlace en el hospital general. Eds Cassen NH and Perlado F. Edit Diaz de Santos S.A. Boston Mass. 1993: 489-520.
- 5) KUTNER NG: Rehabilitation revisited. Transplant Proc 25 4:2506 2507 (1993).
- 6) DUNBAR GC, STOKER MJ, HODGES TCP, and BEAUMONT G: The development of SBQOL a unique scale for measuring quality of life. The British J Med Economics 54: 221-228 (1990).
- 7) FUKUNISHI I: Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis; the relationship between quality of life and alexithymia. Psychother Psychosom 54: 222-229 (1990).
- 8) STOKER MJ, DUNBAR GC and BEAUMONT M: The SmithKline Beecham 'quality of life' scale; validation and reliability study in patients with affective disorder. Quality of life Res 1:385-395 (1992).
- 9) LARA MC, PONCE DE LEON S y DE LA FUENTE JR: Conceptualización y medición de la CDV de los pacientes con cáncer. Enviado para su publicación (1994).
- 10) WARE KC: Standards for validating health measures; definition and content. J Chron Dis 40: 473-480 (1987).
- 11) KAPLAN DN and SHANAN J: Quality of life of dialysis and transplanted patients. Nephron 25: 117-120 (1980).
- 12) CHURCHILL DN, MORGAN J and TORRANCE GW: Quality of life in end-stage renal disease. Peritoneal Dial Bull 20-23 (1984).
- 13) CHURCHILL DN, TORRANCE GW, TAYLOR DW, BARNES CC, LUDWIN D, SHIMIZU A and SMITH EKM: Measurement of quality of life in end-stage renal disease; The time trade-off approach. Clinical and Investigative Med 10 1: 14-20 (1987).

- 14) EVANS RW, MANNIINEN DL, GARRISON LP, HART LG, BLAGG CHR, GUTMAN RA, HULL AR and LOWRIE EG: The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 312 9: 553-559 (1985).
- 15) OLDENBURG B, McDONALD GJ and PERKINS RJ: Prediction of quality of life in a cohort of end-stage renal disease patients. *J Clin Epidemiol* 41 6: 555-564 (1988).
- 16) MORRIS PLP, JONES B: Transplantation versus dialysis; a study of quality of life. *Transplant Proc* 20:1: 23-26 (1988).
- 17) PARFREY PS, VAVASOUR HM and GAUIT MH: A prospective study of health status in dialysis and transplant patients. *Transplant Proc* 20 6: 1231-1232 (1988).
- 18) PARFREY PS, VAVASOUR HM, BULLOCK M, HENRY S, HARNETT JD and GAULT MH: Development of a health questionnaire specific for end-stage renal disease. *Nephron* 52: 20-28 (1989).
- 19) DENISTON OL, CARPENTIER-ALTING P, KNEISLEY J, HAWTHORNE VM and PORT FK: Assessment of quality of life in end-stage renal disease. *HRS* 24 4: 555-578 (1989).
- 20) DEVINS GM, ARMSTRONG SJ, MANDIN H, PAUL LC, HONS RB, BURGESS ED, TAUB K, SCHORR S, LETOURNEAU PK and BUCKLE S: Recurrent pain, illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease. *PAIN* 42: 279-285 (1990).
- 21) AUER J, GOKAL R, STOUT JP, HILLIER VF, KINCEY J, SIMON LG and OLIVER DO: The Oxford-Manchester study of dialysis patients, age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 131: 31-37 (1990).
- 22) SIMMONS RG, ANDERSON CR and ABRESS LK: Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 131: 7-22 (1990).
- 23) McCLELLAN WM, ANSON C, BIRKELI K and TUTTLE E: Functional status and quality of life; predictors of early mortality among patients entering treatment for end-stage renal disease. *J Clin Epidemiol* 44 1: 83-89 (1991).
- 24) ALMOND PS, MORELL PH, MATAS AJ, GILLINGHAM KJ, CHAU KS, BROWN A, KASHTAN CE, MAUER SM, CHAVERS B, NEVINS TE, DUNN DL, SUTHERLAND DER, PAYNE WD and NAJARIAN JS: Transplanted children with long-term graft function have an excellent quality of life. *Transplat Proc* 23 1: 1380-1381 (1991).
- 25) PARK H, BANG WR, KIN SJ, KIN ST, LEE JS, KIM S and HAN JS: Quality of life of ESRD patients; development of a tool and comparison between transplant and dialysis patients. *Transplat Proc* 24 4: 1435-1437 (1992).

- 26) BELL DR, TANNOCK IF and BOYD NF: Quality of life measurement in breast cancer patients. Br J Cancer 51: 577-580 (1985).
- 27) MOSTELLER F: Innovation and evaluation. Science 211: 881-886 (1981).
- 28) SPITZER WO, DOBSON AJ, HALL J, CHESTERMAN E, LEVI J, SHEPHERD R, BATTISTA RN and CATCHLOVE BR: Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by phisicians. J Chron Dis 34: 585-597 (1981).
- 29) MCHONEY W, WARE JE and RACZEK AE: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36); II psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 31 3: 247-263 (1993).
- 30) WARE JE and SHERBOURNE CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36); I conceptual framework and item selection. Med Care 30 6: 473-481 (1992).