

Calidad de vida en pacientes trasplantados de corazón

M. VALDAZO ROJO, P. GALÁN NOVELLA, S. PÉREZ ÁLVAREZ, R. MORENO MARTÍN y V. FERNÁNDEZ VEGA

Servicio de Rehabilitación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen.—Se ha realizado un estudio prospectivo de calidad de vida en 62 pacientes que recibieron un trasplante de corazón en nuestro Centro analizando los parámetros objetivos (vuelta al trabajo, actividad física, actividad sexual y patología discapacitante asociada) así como los parámetros subjetivos (percepción del estado físico y psíquico, depresión, cambios en las relaciones personales, actividad de ocio y capacidad subjetiva para trabajar).

El 71% de los trasplantados tuvieron una percepción buena de su estado de salud, tanto física como psicológica, un 38,7% se consideraron aptos para trabajar, pero sólo lo hicieron un 26,6%, porcentaje muy inferior al de otras series.

Asimismo el 91,9% presentó alguna patología asociada y percibida por ellos como discapacitante en mayor o menor grado, especialmente del aparato locomotor (debilidad muscular, mialgias, artralgias y dolor de espalda), patología que con frecuencia fue la responsable de la sensación de incapacidad laboral y que fue tratada solamente en el 56,5% y únicamente fue evaluada por un Médico Rehabilitador en el 26,6%.

Palabras clave: *Trasplante cardíaco. Rehabilitación. Calidad de vida.*

QUALITY OF LIFE IN HEART TRANSPLANTED PATIENTS

Summary.—A prospective study on the quality of life in 62 patients who received a heart transplant in our Center has been performed, analyzing the objective parameters (return to work, physical activity, sexual activity and associated incapacitating pathology) as well as the subjective parameters (perception of physical and psychic status, depression, changes in personal relationships, leisure activity and subjective capacity to work).

A total of 71% of the transplanted patient had a good perception of both their physical as well as psychological state of health, 38.7% considered that they were capable of working, but only 26.6% of them did so, a percentage that is much lower than in other series.

In addition, 91.9% presented some associated pathology which was perceived by them to be incapacitating to a greater or lesser degree, especially in the locomotor apparatus (muscular weakness, myalgias, arthralgias and back pain), pathology that was frequently responsible for the sensation of work incapacity and that was only treated in 56.6% and only evaluated by a Rehabilitation Physician in 26.6%.

Key words: *Cardiac transplantation. Rehabilitation. Quality of life.*

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios realizados hasta el día de la fecha en pacientes trasplantados de corazón muestran una mejoría en su calidad de vida comparada con la situación previa a la recepción¹⁻¹². La uniformidad de los parámetros utilizados para determinar esa calidad de vida todavía no es tal.

Grabot y Martin² utilizaron el «Tableau d'évaluation assisté de la qualité de vie» recogiendo datos sobre el estado físico y mental, relaciones familiares y la función psicosocial antes y después del trasplante, observando una mejoría post-cirugía en todas las áreas citadas.

Fisher et al³ en un estudio realizado con 94 pacientes trasplantados de corazón analizaron los datos objetivos de percepción propia y encontraron una mejoría en su comportamiento emocional, estado físico y función psico-social que perduraba en el tiempo tras cinco años de trasplante.

El National Transplantation Study durante el año 1991 recoge información del 85% de todos los programas de trasplante cardíaco, donde se utilizan los parámetros objetivos de empleo y de actividad física y los parámetros subjetivos de autopercepción^{4,5}.

Artículos recientes comprueban que la edad avanzada no desencadena peores resultados respecto a la mortalidad, morbilidad o calidad de vida siempre y cuando se haga la adecuada selección de los recepto-

res^{6,7}. La Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y de Pulmón mantiene que la supervivencia de los receptores es prácticamente estable desde el año 1987 hasta el año 1995¹³.

Sea cual sea la escala utilizada, los resultados dependen de factores individuales ajenos al trasplante en sí mismo.

El objetivo de este trabajo es valorar la calidad de vida de los pacientes trasplantados de corazón en nuestro Centro con especial interés en los parámetros que condicionan su mayor discapacidad a fin de conocer, desde el punto de vista rehabilitador, en cuáles se puede y se debe llevar a cabo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio prospectivo de calidad de vida en pacientes vivos en junio del año 1998, receptores de trasplante cardíaco en nuestro Centro y que en dicha fecha llevaban al menos seis meses trasplantados.

La serie recoge a 62 enfermos, a pesar de que los criterios de inclusión los cumplían 114 de los cuales a 46 no fue posible localizar y seis no quisieron participar en el estudio.

Por tanto, el trabajo se refiere a 62 trasplantados, de los que 52 fueron hombres (83,9%) y 10 mujeres (16,1%). La edad media en el momento del trasplante era de 54,4 años (rango 20-66 años) y en 18 casos (31%) fue de 60 años o más.

La recogida de datos se realizó durante los meses de mayo y de junio del año 1998, mediante entrevista personal en 30 receptores y telefónica en otros 32 con el cuestionario siguiente:

A. Parámetros objetivos:

1. Trabajo: situación laboral en el momento de la entrevista, variación o no durante el período post-trasplante y situación laboral previa a la recepción del trasplante.

2. Actividad física: se determinaron cinco categorías:

- Sedentaria.
- Escasa (caminar 30' o menos todos los días).
- Moderada (caminar más de 30' al día, realizar las labores del hogar).
- Intensa (caminar más de 1 hora al día a un ritmo de 6 km hora o realizar un deporte reglado que exija un esfuerzo equivalente).
- Muy intensa (caminar más de 1,5 hora al día a un ritmo de al menos 6 km/hora o realizar un esfuerzo equivalente).

3. Actividad sexual post-trasplante y en caso negativo motivo de esa inactividad.

B. Parámetros subjetivos:

1. Estado físico en cinco categorías: muy mal, mal, regular, bien y muy bien.
2. Estado psicológico en cinco categorías: muy mal, mal, regular, bien y muy bien.
3. Ansiedad: frecuencia de sentirse ansioso/nervioso (no/nunca, a veces, muchas veces, siempre/casi siempre).
4. Depresión en la frecuencia sentida (no/nunca, a veces, muchas veces, siempre/casi siempre).
5. Cambio en las relaciones personales con familiares/amigos/conocidos después del trasplante y en caso afirmativo si a mejor o a peor.
6. Actividades de ocio: existencia o no de hobbies.
7. Capacidad subjetiva para trabajar y en caso negativo el motivo.

Además se revisaron todas las historias clínicas para determinar la existencia de patología asociada o no al post-trasplante que pudiera originar la discapacidad (alteraciones neurológicas, alteraciones del aparato locomotor, alteraciones respiratorias, trastornos afectivos, tratamiento realizado para la discapacidad y especialidad médica, así como especialista médico prescriptor de dicho tratamiento).

Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar. Para las variables cualitativas se usó el porcentaje. La comparación entre medias se realizó mediante el análisis de la varianza.

RESULTADOS

El 77,4% mantuvo una actividad física de moderada a muy intensa, el 38,7% se encontró subjetivamente capaz de trabajar, pero sólo el 22,6% volvió a hacerlo. La debilidad muscular en el 43,5% fue la causa incapacitante para desarrollar su actividad laboral.

En un 12% el dolor de espalda asociado o no a fracturas vertebrales osteoporóticas fue el síntoma más vivido como discapacitante.

La función sexual se mantuvo normal en el 59,7% mientras que la incapacidad para mantener relaciones sexuales (40,3%) tuvo como causas más frecuentes la impotencia y la debilidad física.

La patología asociada y susceptible de tratamiento rehabilitador (91,9%) fue muy elevada principalmente las alteraciones musculares, el dolor de espalda y las artralgias, de los que tan solo el 56,5% fueron trata-

dos y de éstos únicamente el 26,6% fueron valorados por un médico Rehabilitador.

El 51,6% presentó debilidad muscular, el 40% mialgias importantes, el 7% atrofia muscular y el 4% miopatía esteroidea. El 43% refirió dorso-lumbalgias, el 33% artralgias, el 31% tuvo fracturas vertebrales, osteoporóticas fundamentalmente, y un 14,5% mostró otras patologías entre las que principalmente resaltaron las neuropatías periféricas y los accidentes cerebro-vasculares.

El 71% tuvo buena percepción de su estado físico, y el 64,5% de su estado psicológico refiriendo encontrarse en ambos casos entre bien o muy bien.

En todos los casos hubo mejoría o ausencia de cambios respecto a su estado previo, a excepción de los que el motivo del trasplante fue un fallo cardíaco agudo.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Nuestros resultados muestran una mejoría en la calidad de vida previa al trasplante, especialmente en los parámetros subjetivos, hecho que concuerda con lo expresado por la mayoría de estudios realizados hasta el momento¹⁻⁸, quienes además ratifican que esa calidad es muy buena, especialmente, cuando el trasplante se llevó a cabo con motivo de una enfermedad crónica e incapacitante.

Sin embargo, Grady et al⁸ destacan una menor percepción de los síntomas, una mejoría en la capacidad funcional y una mayor satisfacción de salud y de vida tras la recepción.

A pesar de lo referido, la vuelta al trabajo en nuestros trasplantados fue sólo del 22,6%, cifra muy inferior a la recogida por otros autores, quienes la han determinado entre el 32% y el 86%, siendo aún mayor en los registros de Australia y Bélgica^{6,9-11}.

Wallwork y Caine¹² comentan que aunque el 97% de su serie tenía ganas y se sentía capaz de trabajar, solamente consiguió empleo el 56% algo distinto a la nuestra en la que el 38,7% tuvo ganas y se sintió capaz de trabajar, realizándolo únicamente el 26%, y el 43,5% sintió la debilidad física como la causa de su incapacidad laboral, siendo posible que su escasa incorporación al trabajo estuviese así mismo relacionada con el sistema de evaluar la incapacidad nuestra Seguridad Social.

Respecto a la función sexual hay autores¹⁴ que afirman que la libido se recupera, pero que persiste una disfunción eréctil y orgásmica. Nuestros trasplantados en un 59,7% mantuvieron con asiduidad relaciones sexuales y quienes no las tuvieron fueron el 14,5% por impotencia, el 8,1% por disminución de la libido, un 7,6% por gran incapacidad física, un 2,7% por miedo a que se le desencadenara algún problema cardíaco y el resto por no tener pareja estable.

La fisiología cardíaca post-trasplante difiere de la de las personas supuestamente sanas, por la desaferentización autónoma del corazón y por todo cuanto ello supone, por lo que la respuesta al ejercicio se halla profundamente alterada debido a causas neurohormonales, vasculares y musculares.

Por la terapia esteroidea hay una alteración del metabolismo oxidativo y una disminución de las fibras musculares tipo I. La ciclosporina A produce una alteración en las mitocondrias y todo ello da lugar a una menor capacidad funcional para el esfuerzo y a un aumento de peso con el consiguiente efecto negativo sobre el aparato locomotor, en lo que una mayoría de investigaciones está de acuerdo¹⁵⁻¹⁸, a pesar de que autores como Kavanagh et al¹⁹ presentan una serie de 36 trasplantados con aumento del índice cardíaco máximo, aumento de la masa muscular y mejoría al esfuerzo.

El 31% de nuestros trasplantados presentó fracturas vertebrales, osteoporóticas en su mayoría, en concordancia con otros estudios y con la edad de los pacientes^{19,20}.

Para concluir, afirmamos que el trasplante cardíaco mejora la calidad de vida de sus receptores, sobre todo a nivel subjetivo, que la reincorporación al mundo laboral la consideran como una mejoría de esa calidad de vida, aspecto con una tasa mucho más baja en España que en otros países y que la patología músculo-esquelética y sus complicaciones aparecen con gran frecuencia, motivos todos por los que la Rehabilitación Integral pide su puesta a punto.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas del Servicio de Cirugía Cardio-Vascular del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y en especial a Sonia Ortiz.

A todos los Miembros del Servicio de Rehabilitación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid por su paciencia y por su apoyo incondicional.

Gracias a todos los pacientes que han colaborado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caine N, Sharples LD, English Tah, Walwork J Prospective study comparing quality of life before and after heart transplantation. *Transplant Proc* 1990;22:1437-9.
2. Grabot D, Martin C. Assisted evaluation scale of quality of life. *Encephale* 1996;22:181-5.
3. Fisher DC, Lake KD, Rentel TJ Changes in health-related quality of life and depression in heart transplant recipients. *JHeart Lung Transplant* 1995;14:373-81.

4. Young J Winters WL, Bourge R, Uretsky BF Task force 4: function of the heart transplant recipient. *J Am Coll Cardiol* 1993;22:1-64.
5. Evans RW. Executive Summary: The national cooperative transplantation study. Seattle Batelle Research Center; BHARC-100-91-020. Seattle: WA, 1991.
6. Rickenbacher PR, Lewis NP, Valentine HA, Luikart H, Stinson EB, Hunt SA. Heart transplantation in patients over 54 years of age. Mortality, morbidity and quality of life. *Eur Heart J* 1997;18:870-8.
7. Blanche C, Matoff JM, Denton TA, Czer LS, Fishbein MC, Takkenberg JJ et al. Heart transplantation in patients 70 years of age and older: initial experience. *Ann Thorac Surg* 1996;62:1731-6.
8. Grady KL, Jolowiec A, White-Williams C. Improvement in quality of life patients with heart failure who undergo transplantation. *J Heart Lung Transplantation* 1996;15:749-57.
9. Jones BM, Chang VP, Esmore D, Spratt P, Shanahan MX, Farnsworth AE, et al. Psychological adjustment after cardiac transplantation. *Med J Aust* 1988;149:118-22.
10. Harvinson A, Jones BM, Mc Bride M, Taylor F, Wright O, Chang VP. Rehabilitation after heart transplantation: the Australian experience. *J Heart Lung Transplant* 1988;7:337-41.
11. Niset G, Coustry-Degre C, Degre S. Psychosocial and physical rehabilitation after heart transplantation: 1 year follow-up. *Cardiology* 1988;75:311-7.
12. Wallwork J, Caine N. A comparison of the quality of life of cardiac transplant patients before and after surgery. *Quality of life and Cardiovascular Care* 1985;2: 317-31.
13. Hosenpud J, Novick RJ, Bennett LE, Keck BM, Fiol B, Daily P. The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirteenth Official Report 1996. *J Heart Lung Transplant* 1996;15:655-74.
14. Hershberger RE. Clinical outcomes, quality of life and cost outcomes after cardiac transplantation. *Am J Med Sci* 1997;314:129-38.
15. Cohen-Solal A, Pansard Y, Gourgon R. Capacité fonctionnelle à l'effort après transplantation cardiaque. *Presse Med* 1995;24:1806-8.
16. Straton JR, Kemp CJ, Daly RC, Yacoub M, Rajagopalan B. Effects of cardiac transplantation on bioenergetic abnormalities of skeletal muscle in congestive heart failure. *Circulation* 1994;89:1624-31.
17. Mercier JG, Hokanson JF, Brooks GA. Effects of cyclosporine A on skeletal muscle mitochondrial respiration and endurance time in rats. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:1532-6.
18. Olivari MT, Kubo SH, Braunlin EA, Bolman RM, Ring WS. Five-year experience with triple-drug immunosuppressive therapy in cardiac transplantation. *Circulation* 1990;82(Suppl IV):276-80.
19. Kavanagh T, Yacoub MH, Mertens DJ, Kennedy J, Campbell RB. Cardiorespiratory response to exercise training after orthotopic cardiac transplantation. *Circulation* 1988;77:162-71.
20. Muchmore JS, Cooper DKC, Ye Y, Schiegl VT, Zuhdi N. Loss of vertebral bone density in heart transplant patients. *Transplant Proc* 1991;23:1184-5.

Correspondencia:

Dra. María Valdazo Rojo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Servicio de Rehabilitación
C/ Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid