

Revista de la Asociación Mexicana de
Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Volumen
Volume **16**

Número
Number **4**




Julio-Agosto
July-August **2002**

Artículo:

La calidad de vida en pacientes con
trasplante renal, medida a través del
índice de Karnofsky en un hospital
general

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general

Lic. Enf. Claudia Alarcón Morales,* Dr. Óscar A Aguilar Díaz,† Dr. Amaranto Jiménez Domínguez,‡ M. en C. Carolina Manrique Nava§

RESUMEN

Objetivo: Conocer la calidad de vida de pacientes con trasplante renal a través del índice de Karnofsky.

Diseño: Serie de casos.

Lugar: Unidad de trasplantes de un hospital general de la Ciudad de México.

Pacientes: Treinta pacientes con edad de 15-50 años, 22 de ellos de 15-25 y ocho de 26 a 50 años, sin nefrectomía del injerto y sin antecedentes diabetes antes del inicio de la insuficiencia renal.

Intervenciones: Ninguna.

Mediciones y resultados principales: El índice de Karnofsky fue aplicado a todo el grupo, encontrando buena, regular y mala calidad de vida en 22, seis y dos pacientes, respectivamente.

Conclusión: La calidad de vida de los pacientes con trasplante renal mejora si el transplante es exitoso.

Palabras clave: Calidad de vida, trasplante renal, índice de Karnofsky.

SUMMARY

Objective: To know the quality of life of patients with renal transplantation through Karnofsky index.

Design: Case series report.

Setting: Transplantation unit of a general hospital, Mexico City.

Patients: Thirty patients with age of 15-50 yrs (22 of them, 15-25 yrs and eight, 26-50 yrs) without nephrectomy of renal graft and no previous history of diabetes before the onset of renal failure.

Interventions: None.

Measurements and main results: Karnofsky index was applied to group finding good, mild and poor quality of life in 22, six and two patients, respectively.

Conclusion: The quality of life of patients with renal transplantation is increasing if transplantation is successfully.

Key words: Quality of life, renal transplantation, Karnofsky index.

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud a nivel mundial, el cual requiere de tratamientos sustitutivos que permitan la supervivencia y la vida activa de la persona que carece de función renal normal.¹⁻³ Los objetivos principales del trata-

miento varían según el grado de afectación renal con que curse el paciente:

1. Retardar la progresión del daño.
2. Revertir y/o mejorar el síndrome urémico.
3. Evitar y/o corregir las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico.
4. Procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento.¹⁻⁶

El tratamiento del paciente con IRC comprende: Tratamiento del síndrome urémico (tratamiento médico).

Las técnicas dialíticas que sustituyen parcialmente la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y hemofiltración).

* Enfermera Intensivista de la Terapia Postquirúrgica del Hospital General CMN "La Raza".

† Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Ortopedia, Médico Intensivista adscrito a la Terapia Intermedia del Hospital General CMN "La Raza".

‡ Médico Cirujano en trasplantes, encargado de la Unidad de Trasplantes del Hospital General CMN "La Raza".

§ Profesor Titular PESTYC-IPN.

En la actualidad a estos pacientes se les ofrece el trasplante renal como la mejor opción de tratamiento que existe hasta el momento,^{3,7-9} ya que si resulta exitoso, se dice que aumenta las expectativas de vida de quien padecía IRC, en términos generales, el trasplante renal está indicado en todos los pacientes portadores de IRC de origen primario o secundario, que no cursen con problemas infecciosos o neoplásicos activos.¹⁰⁻¹² Sin embargo, el promedio de vida del injerto renal es de 5 años y después el paciente se convierte nuevamente en nefrópata, si antes no se presentan complicaciones causadas por el uso continuo de inmunosupresores.¹²⁻¹⁴ Por todo esto surge la pregunta: ¿realmente el trasplante renal mejora la calidad de vida de estos pacientes?

Al realizar un trasplante renal, se pretende mejorar la calidad de vida siendo esto una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables.¹⁵⁻¹⁷ Los atributos de la calidad es necesario traducirlos a los criterios y normas que pueden emplearse para hacer juicios consistentes.

Evaluación de la calidad. Es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad.

La calidad se conceptualizó como la cualidad que tienen los pacientes de regresar a una vida normal, después de haber sido trasplantados, reincorporándose a actividades familiares, sociales, culturales, laborales, etc., las que no podía realizar por las complicaciones propias de la insuficiencia renal crónica.¹⁸⁻²⁰

Los pacientes influyen en la definición de la calidad, al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud por sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal: los pacientes, individual y colectivamente, son los definidores primarios de lo que significa la calidad. La satisfacción del paciente es una consecuencia más que un atributo de la calidad de la atención, la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo cual es un objetivo y resultado de la atención, es una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente. La medición de la satisfacción, es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación.¹⁹⁻²¹

El concepto "Calidad de vida" se emplea como una característica resumida de aspectos concretos del bienestar y de la capacidad de actuación de las personas. La medición de la calidad de vida (CV), es una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente per-

mitiéndole participar en el proceso terapéutico. Por esto, la CV, lleva en su interior implícito una nueva concepción filosófica de la forma en que ha de practicarse la medicina.²⁰ Cada individuo es un órgano de percepción distinto de todos los demás. La realidad, pues, se ofrece en perspectivas individuales, lo que para uno está en último plano, se halla para otro en primer término.^{15,17,19}

Existe un instrumento denominado *índice de Karnofsky (IK)*, una "herramienta" utilizada para evaluar la capacidad de respuesta del paciente a las nuevas circunstancias que producen la o las enfermedades que padece el individuo. El IK se mide de 100% en donde no existe evidencia de la enfermedad a 0% que es la muerte del paciente. Este índice fue hecho para evaluar principalmente a los pacientes oncológicos y poder determinar la resistencia de ellos a los varios tipos de terapia (cirugía, quimioterapia y terapia de la radiación).²²

Estas escalas en la actualidad se aplican a todo tipo de pacientes pero sobre todo en los pacientes geriátricos y gerontológicos, ya que este índice nos permite evaluar la capacidad de respuesta y de la adaptación a las nuevas circunstancias que producen la o las enfermedades que padece el individuo, ayudando así mismo a entender las necesidades de un manejo racional. Sobre todo, cuando los pacientes se encuentran en la tercera edad que los lleva a limitaciones progresivamente mayores hasta quedar dependientes parcial o completamente, a la voluntad de otro.²²

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes

Se entrevistaron 30 pacientes de uno y otro sexo con edades comprendidas entre 15 y 50 años de edad, a los que no se les hubiera realizado nefrectomía del injerto renal y que no fueran diabéticos antes de la enfermedad.

Método

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, para lo cual se diseñó un instrumento que permitió identificar datos generales del paciente, datos del tratamiento actual (trasplante), y así mismo evaluar el IK como una de las variables a estudiar. Este instrumento se aplicó al paciente durante una entrevista que duró 40 minutos aproximadamente, las cuales se llevaron a

cabo del 10 al 20 de julio de 2000 en la unidad de Trasplantes del Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza".

Para el IK se dieron indicadores de la siguiente manera:

Buena calidad de vida: De 100 a 80%; el paciente es capaz de llevar una vida normal, no requiere cuidados especiales.

Regular calidad de vida: De 70 a 50% paciente incapacitado para trabajar, pero puede cuidar de su persona y requiere de asistencia ocasional.

Deficiente calidad de vida: El paciente es incapaz de cuidarse a sí mismo, requiere hospitalización y la enfermedad puede progresar rápidamente hacia la muerte (*cuadro I*).

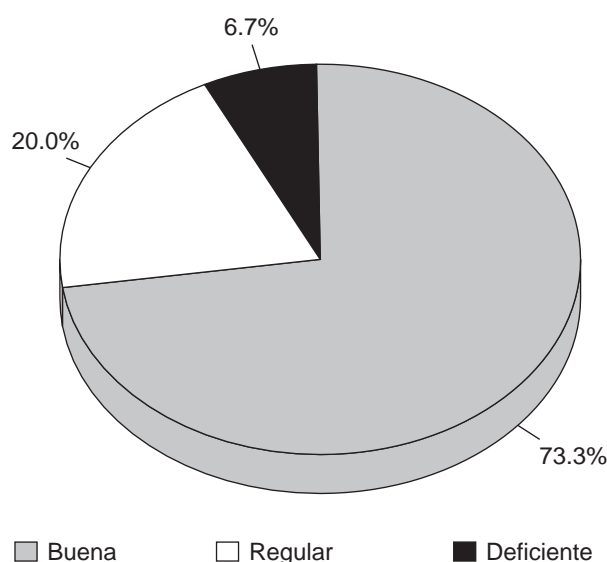


Figura 1. Índice de Karnofsky de los pacientes con trasplante renal.

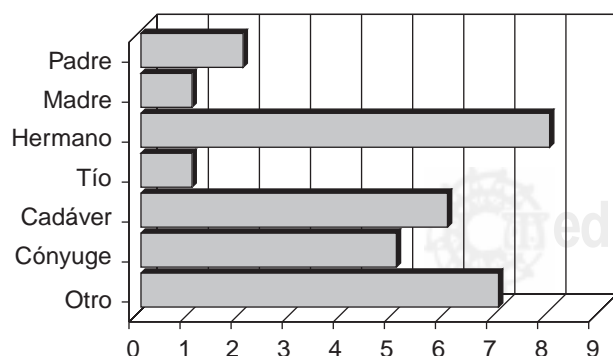


Figura 2. Tipo de donadores del injerto renal.

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del paquete computacional EpiInfo versión 5, con lo cual se sacaron porcentajes y se realizó cruce de variables. Valores de $p \leq 0.05$ y $p \leq 0.01$ se consideraron significativos.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 30 pacientes con trasplante de riñón, 22 se encontraron en edades de 15 a

Cuadro I. Escala de funcionamiento de Karnofsky.

Definición: Esta herramienta se utiliza para medir la capacidad del paciente de realizar actividades de la vida diaria.

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

Cuadro II. ¿Cómo se sintió con el trasplante?/¿aceptaría otro trasplante?

¿Cómo se sintió con el trasplante?	Aceptaría otro trasplante		Total
	Sí	No	
Volver a nacer	12	0	12
Muy bien	14	1	15
Bien	2	0	2
Mal	0	1	1
Total	28	2	30

P = 0.002

Cuadro III. ¿Cómo se sintió con el trasplante?.

¿Cómo se sintió con el trasplante?	Mejor	El trasplante fue		Ni idea	Total
		Lo esperado	Menos		
Volver a nacer	11	0	0	1	12
Muy bien	8	7	0	0	15
Bien	1	1	0	0	2
Mal	0	0	1	0	1
Total	20	8	1	1	30

P = 0.00001

25 años y 8 de 26 a 50 años. De estos pacientes 16 fueron mujeres y 14 hombres. Se les evaluó el índice de Karnofsky encontrando que 22 tenían una buena calidad de vida. Seis regular calidad de vida y sólo dos pacientes tienen una deficiente calidad de vida (*figura 1; cuadro I*). Así mismo, se les preguntó si se volverían a trasplantar, 28 contestaron que sí se volverían a trasplantar y sólo dos no aceptarían otro trasplante. Se les preguntó cómo había sido el trasplante según sus expectativas, a lo que contestaron 20 pacientes, que el trasplante fue mejor de lo esperado, para 8 pacientes fue lo esperado, un paciente dijo no tener ni idea de lo que era el trasplante y otro paciente que el trasplante fue peor de lo esperado. Así mismo, se pudo observar que la mayor cantidad de pacientes trasplantados son de donador vivo relacionado en cualquiera de sus modalidades (*figura 2*).

En relación al análisis estadístico del cruce de variables se encontró:

Se realizó el cruce de la variable: ¿cómo se sintió con el trasplante? con ¿aceptaría otro trasplante? Se encontró que 14 pacientes dijeron sentirse muy bien y que sí aceptarían otro trasplante ($p = 0.0018$) (*cuadro II*).

La variable ¿cómo se sintió con el trasplante? se cruzó con la variable ¿el trasplante fue lo que esperaba?, encontrando que 11 pacientes dijeron haber vuelto a nacer y que el trasplante había sido mejor de lo esperado, ($p = 0.000012$) (*cuadro III*).

Se cruzó la variable ¿aceptaría otro trasplante? con ¿el trasplante fue lo que esperaba?, encontrando que 19 pacientes dijeron que sí aceptarían otro trasplante ya que había sido mejor de lo esperado ($p = 0.0020$) (*cuadro IV*).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Gokal R, realizó un estudio comparativo en pacientes con trasplante renal y hemodiálisis. Encontró

Cuadro IV. ¿Aceptaría otro trasplante?.

¿Aceptaría otro trasplante?	Mejor	El trasplante fue		Ni idea	Total
		Lo esperado	Menos		
Sí	19	8	0	1	28
No	1	0	1	0	2
Total	20	8	1	1	30

P = 0.002

que la calidad de vida del paciente con trasplante renal mejora considerablemente en comparación con la hemodiálisis; aunque también observó que los pacientes con diálisis ambulatoria lograban una buena calidad de vida si llevaban a cabo el tratamiento dialítico como estaba indicado y que para que esto se lograra dependía de la edad del paciente y que no tuviera enfermedad sistémica.

En este trabajo, aunque no fue comparativo con ningún otro tipo de tratamiento, durante la entrevista se pudo observar que la mayoría de los pacientes cuando están bajo algún tratamiento dialítico, abandonaban sus actividades laborales, escolares, sociales, etc. Y todo esto por los signos y síntomas propios de la enfermedad. Así mismo, se observó que si el trasplante renal es exitoso, los pacientes mejoran su calidad de vida y por lo tanto se reincorporan a todas aquellas actividades que habían abandonado.

CONCLUSIONES

La calidad de vida del paciente que padecía IRC mejora de manera considerable una vez que se realiza el trasplante renal, ya que se restituye por completo la función del riñón. Esta mejora en la calidad de vida le permite retomar y realizar todas las actividades que

había abandonado por estar dependiente de algún otro tipo de tratamiento sustitutivo de la función renal, además, que puede reincorporarse a actividades sociales, familiares, laborales, escolares, etc.

Por lo anterior, podemos decir que la calidad de vida de estos pacientes es buena, por lo que se debe estimular más la donación de injertos de órganos de cadáver ya que como se pudo observar en este trabajo, la mayor cantidad de injertos son de donador vivo relacionado en cualquiera de sus modalidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araiza A, Frati A. *Actualización en medicina interna*. México D.F. ed. Hoechst Marion Roussel. No. 8 tercera de cuatro partes. Pág.: 34-37.
2. Cruz E, Hernández R, Molinar F et al. Insuficiencia renal aguda en el paciente crítico. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 1998;12:145-155.
3. Cruz E. Función renal del paciente crítico con falla renal aguda en relación a niveles de depuración de creatinina. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 1999;13.
4. Barry D PHD, MD. *Horizons in organs transplantation, the Surgical Clinic of North America*. Guest Editors 1994;74(5).
5. Cruz C. *Diálisis peritoneal*. ed Trillas 1994.pp.557-576.
6. Díaz M. *Nefrología básica*. México. Ed. Limusa. 1983. pp.186.
7. Farreras R. *Medicina interna*. Decimatercera edición 2000.
8. Castellanos J, Terán L, Castellanos J et al. *Trasplante renal*. México. Asociación de Medicina Interna de México. 1999; 5:69-71.
9. Charles T, Barakat O. *Donación y obtención de órganos*. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Ed Interamericana. 1994;5:1109-1111
10. Espinoza A, Holm A, Herrera C et al. Evaluación y manejo del donador multiorgánico en la unidad de cuidados intensivos: Fisiología y tratamiento. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 1998;12:189-194.
11. Levine D. *Cuidados en el paciente renal*. México D.F. Ed. Interamericana 1993.pp.342.
12. Mac Gregor J. *Insuficiencia renal crónica*. Actualidades en medicina interna. Hoechst Marion Roussel No. 3, 1998:2-22.
13. Melchor J, Gracida C, López A et al. Sobrevida del trasplante renal en una población mexicana de acuerdo al tipo de donador. *Revista Mexicana de Nefrología* 1998;19:9-12.
14. Gracida C, Melchor J, San Martín M et al. Cirugía general en pacientes con trasplante renal en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. *Revista Mexicana de Nefrología* 1999;20:73-76.
15. Melchor J, Gracida C, López A et al. Pacientes que mueren con trasplante renal estable. México. *Revista Mexicana de Nefrología* 1998;2:63-66.
16. Almeida C. Personalidad, estilos de enfrentamiento, esfera familiar en donantes vivos. *Revista Cubana de Psicología* 1992;9(3).
17. Zúñiga V. Cáncer en trasplante renal. *Revista Mexicana de Nefrología* 1999;20:53-54.
18. Castañeda L. *La calidad la hacemos todos*. México, Ediciones Poder, 1992.pp.27.
19. Escobedo C. *Administración y calidad*. Instituto Politécnico Nacional 1984.pp.23.
20. Rebolledo P. La calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes trasplantados de riñón. Nephrology reparan, Hospital Center Asturias. *Clinical Transplantation* 2000:199-207.
21. Zúñiga V. El xenotrasplante renal. (XTR). México. *Revista Mexicana de Nefrología* 1999;20:103-106.
22. Melchor J, Gracida C, Villegas F et al. Trasplante renal con donador cadáver en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. *Revista Mexicana de Nefrología* 1997;18:15-18.
23. Rebolledo F. *Fundamentos de tanatología médica (Manejo del Estado Terminal)*. Registrado en DGDA No. 97217, Primera edición, 1996:110-112

Correspondencia:
 Claudia Alarcón Morales.
 Dólares 77 Int.-1, Col. Cerro Prieto,
 Del. Gustavo A. Madero,
 06970 México, D.F.
 Tel: 53-41-31-57 y 57-51-73-51.
 E-mail: aidualc7@hotmail.com