

Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud de pacientes sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas

Carla Libralli Tostes dos Santos¹

Namie Okino Sawada²

Jair Lício Ferreira dos Santos³

El objetivo de este estudio longitudinal consistió en evaluar la Calidad de Vida relacionada a la Salud de pacientes sometidos a trasplante autólogo y alogénico en tres momentos distintos: en el pre, 30 y 180 días postrasplante. Para la recolección de datos fueron utilizados dos cuestionarios: el primero para obtención de datos clínicos y sociodemográficos, y el segundo una escala específica el Functional Assessment Cancer Therapy. La muestra inicial fue constituida por 30 pacientes, siendo 26 evaluados en los tres momentos. El conjunto de resultados permitió visualizar un impacto positivo de la Calidad de Vida relacionada a la salud al final de los seis meses postrasplante, a pesar de algunas funciones presentarse más perjudicadas, como la función física, funcional y preocupaciones adicionales con 30 días, hubo mejoría en los puntajes del Functional Assessment Cancer Therapy en todos los componentes llegando a alcanzar niveles encima del pretrasplante, especialmente en los aspectos físicos y emocionales, y en la relación con el médico.

Descriptores: Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas; Calidad de Vida Relacionada a la Salud; Enfermedades Hematológicas.

¹ Enfermera, Estudiante de Maestría en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. Instituto Oncológico de Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: carlibra@bol.com.br.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: sawada@eerp.usp.br.

³ Físico, Doctor en Salud Pública, Profesor Titular Jubilado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: jalifesa@usp.br.

Correspondencia:

Carla Libralli Tostes dos Santos
Rua Luiza Maria Peticarrari, 170
Vila Industrial
CEP: 14177-070, Sertãozinho, SP, Brasil
E-mail: carlibra@bol.com.br

Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas

O objetivo deste estudo longitudinal consistiu em se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao transplante autólogo e alogênico, em três momentos distintos: no pré-transplante, 30 e 180 dias pós-transplante. Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários: o primeiro para obtenção de dados clínicos e sociodemográficos, e o segundo constituído por uma escala específica, o Functional Assessment Cancer Therapy. A amostra inicial foi constituída por 30 pacientes, sendo 26 avaliados nos três momentos. O conjunto de resultados permitiu visualizar impacto positivo da qualidade de vida relacionada à saúde, ao final dos seis meses pós-transplante. Apesar de algumas funções se apresentarem mais prejudicadas, como a função física, funcional e preocupações adicionais com 30 dias, houve melhora nos escores do Functional Assessment Cancer Therapy em todos os componentes, chegando-se a alcançar patamares acima dos encontrados na fase do pré-transplante, especialmente nos aspectos físicos, emocionais e relacionamento com o médico.

Descritores: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; Doenças Hematológicas.

Evaluation of the health-related quality of life of hematopoietic stem cell transplantation patients

This study evaluates the Health-Related Quality of Life of patients undergoing analogous and allogeneic transplantation at three different points in time: before, 30 and 180 days after transplantation, along with correlated clinical and socio-demographic data. Two questionnaires were used for data collection: the first addressed clinical and socio-demographic data and the second was the Functional Assessment Cancer Therapy translated and validated for Brazilian Portuguese. The initial sample was composed of 30 patients while 26 were ultimately evaluated at the three points. The set of results indicated a positive impact on Health-Related Quality of Life six months after transplantation. Despite the fact that there were additional concerns and some aspects such as physical and functional aspects were affected 30 days after the procedure, the Functional Assessment Cancer Therapy scores obtained six months after HSCT improved in all components, reaching levels above those prior to the procedure, especially physical and emotional aspects and the relationship with the physician.

Descriptors: Hematopoietic Stem Cell Transplantation; Health-Related Quality of Life; Hematologic Diseases.

Introducción

En el pasado el diagnóstico de cáncer era sinónimo de muerte en la mayoría de los casos. Todavía hoy está asociado a situaciones de dolor, sufrimiento, miedo de volverse dependiente y perder sus funciones. Con el desarrollo de la tecnología que permite su detección precoz, las posibilidades de tratamientos cada vez más amplios como cirugía, radioterapia, hormonoterapia, el perfeccionamiento de la terapia antineoplásica y

anticuerpos monoclonales y el Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas (TCTH) la cura del cáncer y la supervivencia de los pacientes viene siendo cada vez mayor.

El TCTH es utilizado en una serie de enfermedades malignas o no malignas. Consiste en la infusión intravenosa de células madre, destinadas a restablecer la función medular e inmune en pacientes posibilitando el aumento de la supervivencia libre de enfermedad o cura⁽¹⁻²⁾. Objetiva

injertar la célula progenitora hematopoyética (CPH) sana con el objetivo de corregir un defecto cuantitativo y cualitativo de la médula ósea posibilitando la producción de células sanguíneas perfectas en un proceso denominado hematopoyesis.

A pesar de que el TCTH es utilizado con éxito existe también un riesgo significativo de morbilidad física y psicosocial, una vez que ocurren comorbilidades secundarias, efectos tardíos y muertes⁽¹⁾. La morbilidad relacionada al trasplante es evidente en sus diferentes fases, comenzando con el pretrasplante y condicionamiento y alargando así la fase de recuperación postrasplante. La cura o control de la enfermedad de base puede no ser acompañada por una restauración de la salud. Así, la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de sobrevivientes ha emergido como un área significativa de estudio.

El paciente es la mejor fuente de información sobre la calidad de vida que es medida y definida conforme los grupos de pacientes, pudiendo diferir entre los diversos grupos, conforme el tipo de enfermedad y los efectos secundarios de la terapia, así como el significado atribuido por los propios pacientes a sus beneficios y perjuicios, a corto, medio y largo plazo. El término CV engloba un concepto multidimensional que incorpora aspectos de salud física, desempeño y bienestar, o sea, no se limita apenas a medir los síntomas relacionados a la enfermedad y a su tratamiento⁽¹⁾.

A pesar de difícil de definir con precisión, la CV tiene un significado inherente a la mayor parte de las personas. Es compuesto de conceptos amplios que afectan la satisfacción global de la vida, incluyendo buena salud, habitación adecuada, empleo, seguridad personal y familiar, educación y ocio. Para cuestiones relacionadas a los cuidados de salud, la CV ha sido aplicada específicamente al aspecto de que la vida es más afectada por la salud o enfermedad, por eso el término "calidad de vida relacionado a la salud" traducción de la expresión inglesa *Health-related Quality of Life*⁽³⁾.

Multidimensionalidad, subjetividad y bipolaridad son componentes importantes de la CVRS. A pesar de que aspectos como pérdida de peso y depresión son importantes, existe un consenso creciente de que CVRS es compuesta por un número de dimensiones que afectan la vida de un individuo. Siete son citadas⁽⁴⁾:

- Bienestar físico - la experiencia de síntomas físicos como dolor, disnea, náuseas.
- Bienestar funcional - la capacidad de participar en actividades diarias normales, como trabajo y ocio.
- Bienestar emocional - compuesta de ambos estados afectivos positivos (por ejemplo, felicidad, paz de espíritu)

y estados negativo (tristeza, ansiedad).

- Bienestar familiar - la capacidad de mantener las relaciones familiares y de comunicación.
- Funcionamiento social - la capacidad de participar y apreciar los papeles sociales y actividades.
- Satisfacción del Tratamiento - incluyendo preocupaciones financieras.
- Sexualidad - incluyendo las preocupaciones con la imagen corporal.

Tomando en cuenta esta multidimensionalidad desde el punto de vista de la salud, se pueden vislumbrar dos factores: uno directamente relacionado con la salud, que consiste en lo que se denomina "CVRS", y otro no directamente relacionado con ella, los factores no médicos, constituido por la familia, la amistad, las creencias religiosas, el trabajo y otras circunstancias de la vida⁽⁵⁾.

El concepto CVRS puede ser definido como el valor atribuido a la vida, ponderado por las deterioraciones funcionales, las percepciones y condiciones sociales que son inducidas por la enfermedad, agravamientos, tratamiento y la organización política y económica del sistema asistencial. En ese contexto existe la valorización de la subjetividad del individuo⁽⁶⁾.

La CVRS es la medida en que habitualmente el bienestar físico, emocional y social es afectado por una condición médica o su tratamiento. La evaluación de la CVRS requiere la atención de varias dimensiones, incluyendo las preocupaciones físicas (por ejemplo, síntomas), la capacidad funcional, el bienestar familiar, bienestar emocional, sexualidad y funcionamiento social. Estudios de la CVRS, tanto en el contexto general de la enfermedad maligna como en el contexto específico del TCTH, se concentraron en elucidar los déficits en las funciones física, social, emocional y bienestar estando asociada con el cáncer o el tratamiento del cáncer⁽⁷⁾.

Pacientes que son sometidos al TCTH experimentan múltiples síntomas que pueden afectar negativamente la CVRS. Con la enfermedad y el tratamiento prolongado existe una ruptura en sus relaciones familiares, en el trabajo y en su contexto de vida. Estudios que evalúen la CVRS de pacientes sometidos a esa terapéutica pueden servir como guía para evaluar las consecuencias del TCTH y auxiliar en la toma de decisiones en cuanto a realizar el trasplante tanto para el equipo como para el paciente.

A pesar de los varios estudios sobre la CVRS de individuos sometidos al TCTH los resultados todavía no son conclusivos. Algunos autores están de acuerdo en que existen grandes perjuicios después del TCTH como: disfunción sexual, preocupaciones con empleo, fatiga, disfunción cognitiva y psicológica^(1,8-9). Otros no están de acuerdo con esos resultados mostrando buena

recuperación física y psicológica después del TCTH^(2,10-13).

Muchos estudios han sido realizados de evaluación de la CVRS en TCTH y están relacionados con la adaptación a largo plazo entre uno y 10 años posintervención, pero pocos han incidido sobre su impacto durante y luego después de la hospitalización^(2,8-13). Entre los estudios prospectivos, apenas algunos han incluido por lo menos una evaluación en el pre TCTH⁽¹²⁻¹³⁾ estudios prospectivos son necesarios para evaluar de forma más clara los resultados de esos tratamientos en la supervivencia a largo plazo⁽²⁾. Así el objetivo de esta investigación es evaluar CVRS de pacientes sometidos al TCTH autólogo y alogénico en el pre TCTH, 30 y 180 días pos TCTH.

Métodos

Es un estudio exploratorio descriptivo prospectivo, con abordaje cuantitativo, sobre la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes sometidos a Trasplantes de Células Madre Hematopoyéticas Autólogo y Alogénico realizado en el Ambulatorio de TCTH (Hospital Día) y en la Unidad de Internación de un hospital oncológico, del interior de Sao Paulo, atendidos en el período de junio de 2008 a enero de 2010 después de la aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación del Hospital, en mayo de 2008 bajo el protocolo 151/2008.

La muestra fue compuesta por pacientes siguiendo los siguientes criterios de inclusión: pacientes sometidos al Trasplante de Células Madre Alogénicas y Autólogos, edad superior o igual a 18 años en el período de recolección de datos, pacientes que concordaron y firmaron el término de consentimiento después de la lectura y esclarecimientos de dudas, y estar sin recidiva de la neoplasia o enfermedad hematológica que resultó en el TCTH.

Para obtención del perfil de los pacientes (datos sociodemográficos y clínicos) fue utilizado un guión contemplando edad, sexo, estado civil, diagnóstico inicial, fecha del diagnóstico, pre TCTH o pos TCTH y tiempo pos TCTH, tipo TCTH autólogo/alogénico, tipo de fuente de células madre hematopoyéticas, condicionamiento, escolaridad, profesión, ocupación actual, procedencia, acompañante y su grado de parentesco, tiempo fuera del domicilio, renta mensual familiar, otras patologías, presencia de DECH (Enfermedad del Injerto contra Hospedero) aguda o crónica, grado y local. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista y revisión minuciosa de las fichas.

Para evaluar los puntajes de CVRS de los pacientes fue utilizado, también en la forma de entrevista, el instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT), una escala

específica para pacientes sometidos al TCTH, traducido y validado para nuestra cultura⁽⁵⁾. El FACT-BMT (versión 3) es compuesto por 47 preguntas, siendo 41 de ellas utilizadas para obtención del puntaje; las seis preguntas restantes son presentadas por proporcionar informaciones de síntesis, sin embargo no deben ser utilizadas para obtención de puntaje final. Las preguntas son distribuidas en seis dominios:

- Bienestar Físico: Compuesto por siete preguntas que evalúan la presencia e intensidad de los síntomas físicos provenientes del tratamiento.
- Bienestar Social/Familiar: Compuesto por siete preguntas que evalúan la relación con la familia y amigos y modificaciones de esas relaciones provenientes del tratamiento.
- Relación con el Médico: Compuesto por dos preguntas que evalúan la confianza y relación con el médico.
- Bienestar Emocional: Compuesto por seis preguntas que evalúan síntomas.
- Bienestar Funcional: Compuesto por siete preguntas que evalúan la capacidad de trabajar y realizar las actividades diarias y satisfacción con la condición de vida actual.
- Preocupaciones Adicionales: Compuesto por doce preguntas que evalúan las preguntas específicas provenientes del tratamiento.

El FACT-BMT es puntuado por sus dominios sumando los puntajes de las preguntas. El formato *Likert* de las respuestas permite puntajes de cero (ni un poco) a cuatro (mucho), para cada pregunta, siendo considerado el puntaje reverso para las preguntas construidas de forma negativa. El puntaje final del FACT-BMT varía de cero a 164, donde puntajes mayores representan mejor calidad de vida.

El análisis psicométrico del FACT- BMT adaptado reveló consistencia interna satisfactoria una vez que el Alpha de Cronbach en los dominios varió de 0,65 a 0,88. La validez del constructo fue analizada por la correlación entre los dominios del FACT-BMT y los dominios del SF 36, con correlaciones significativas entre los puntajes final del FACT-BMT y todos los dominios del SF36 ($p < 0,001$) demostraron que este instrumento es válido para medir la calidad de vida en TCTH⁽⁵⁾. Esos resultados hicieron que optásemos por la utilización del FACT-BMT en nuestra investigación.

Después de la presentación del estudio y la firma del consentimiento libre e informado, las entrevistas eran realizadas en la forma frente a frente. El tiempo promedio gastado fue de 20 minutos. Primeramente eran obtenidos datos sociodemográficos y clínicos y después era aplicado el FACT-BMT. Los datos fueron recolectados en tres fases diferentes: en el pre TCTH, 30 y 180 días pos TCTH.

Para comprobar la confiabilidad del instrumento FACT BMT fue utilizado el software SPSS (Statistical Package Social Science) versión 15.0, y realizado el Test de consistencia interna Alpha de Cronbach con todos los puntajes del instrumento FACT-BMT. El análisis descriptivo de los datos (promedio, mediana, desviación estándar, valores máximo y mínimo) y el Test Exacto de Fisher para comparar los diferentes momentos, fue realizado por el software STATA SE 11.0. En relación al Nivel de Significancia, en todas las pruebas fue fijada la probabilidad del error de primera especie, alfa, en 5%.

Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, el promedio de edad, en el grupo fue de 40 años, con edad mínima de 18 años y máxima de 60 años, con predominancia del sexo masculino (53.3%), en relación al femenino (46.7%). La muestra inicial fue constituida por treinta individuos, de ambos sexos. De la muestra inicial, tres murieron en la enfermería, restando 27 pacientes en

la fase inmediatamente pos TCTH (D+30). De los veinte y siete sobrevivientes, uno falleció en el período pos TCTH inmediato (D+37). De ese modo, la muestra evaluada en los tres momentos fue constituida por 26 participantes.

Desde el punto de vista clínico, de la muestra inicial de treinta pacientes: diez presentaron diagnóstico de Mieloma Múltiple, seis de Leucemia Mieloide Aguda, seis Linfoma No-Hodgkin, cuatro Linfoma de Hodgkin, dos Leucemia Mieloide Crónica, uno Leucemia Linfocítica Aguda y uno Anemia Aplásica Grave. En relación al tipo de TCTH, diecinueve pacientes fueron sometidos al TCTH autólogo y once al alogénico.

Fue realizado el test de confiabilidad Alpha de Cronbach en la muestra estudiada y fue encontrado el resultado $\alpha=0,70$, demostrando que el instrumento era confiable para la muestra estudiada. Los promedios de los resultados obtenidos en la escala FACT-BMT fueron obtenidos en las tres fases y después comparados entre los diferentes momentos.

Tabla 1 - Distribución de los puntajes promedios obtenidos en los diferentes aspectos de la Calidad de Vida en los momentos pre TCTH y 30 días pos TCTH, de acuerdo con los resultados de la Escala FACT-BMT

Componentes	Pre				30 Días				p
	Md	DE	Min	Max	Md	DE	Min	Max	
Físico	18,3	4,7	10,0	27,0	14,7	4,7	5,0	23,0	0,0013*
Socio-Familiar	18,9	4,3	12,0	28,0	18,3	4,0	11,0	26,0	0,2235
Relación Médico	6,9	1,0	6,0	8,0	7,0	1,0	6,0	8,0	0,7367
Emocional	18,2	3,5	10,0	24,0	17,3	3,6	7,0	23,0	0,1691
Funcional	16,5	4,4	10,0	24,0	14,7	2,9	8,0	22,0	0,0085*
Preocupaciones Adicionales	32,8	4,7	25,0	43,0	28,9	4,7	20,0	40,0	0,0001*

Md=Promedio; DE=Desviación Estándar; *Diferencia Estadísticamente Significativa

De acuerdo con el análisis estadístico de la tabla anterior hubo una disminución en la calidad de vida en todos los componentes, observándose una diferencia estadísticamente significativa en los componentes físico

($p=0,0013$), funcional ($p=0,0085$) y preocupaciones adicionales ($p=0,0001$) de los participantes en la etapa 30 días pos TCTH, comparados al período pre TCTH.

Tabla 2 - Distribución de los puntajes promedios obtenidos en los diferentes aspectos de la Calidad de Vida en los momentos pre TCTH y 180 días pos TCTH, de acuerdo con los resultados de la Escala FACT-BMT

Componentes	Pre				180 Días				p
	Md	DE	Min	Max	Md	DE	Min	Max	
Físico	18,3	4,7	10,0	27,0	20	4,0	10,0	26,0	0,0321*
Socio-Familiar	18,9	4,3	12,0	28,0	18,7	4,1	11,0	25,0	0,4706
Relación Médico	6,9	1,0	6,0	8,0	7,4	0,8	6,0	8,0	0,0348*
Emocional	18,2	3,5	10,0	24,0	19,7	2,6	14,0	23,0	0,0206*
Funcional	16,5	4,4	10,0	24,0	17,8	3,0	11,0	22,0	0,0982
Preocupaciones Adicionales	32,8	4,7	25,0	43,0	32,7	3,8	24,0	39,0	0,6226

Md=Promedio; DE=Desviación Estándar; *Diferencia Estadísticamente Significativa

De acuerdo con el análisis estadístico de la tabla 2, hubo una discreta mejoría en la calidad de vida en algunos componentes, observándose una diferencia estadísticamente significativa en los componentes

físico ($p=0,0321$), relación con el médico ($p=0,0348$) y emocional ($p=0,0206$) de los participantes en la etapa 180 días pos TCTH, comparados al período pre TCTH.

Tabla 3 - Distribución de los puntajes promedios obtenidos en los diferentes aspectos de la Calidad de Vida en los momentos 30 días y 180 días pos TCTH, de acuerdo con los resultados de la Escala FACT-BMT

Componentes	30 Días				180 Días				p
	Md	DE	Min	Max	Md	DE	Min	Max	
Físico	14,7	4,7	5,0	23,0	20	4,0	10,0	26,0	0,0000*
Socio-Familiar	18,3	4,0	11,0	26,0	18,7	4,1	11,0	25,0	0,1634
Relación Médico	7,0	1,0	6,0	8,0	7,4	0,8	6,0	8,0	0,0672
Emocional	17,3	3,6	7,0	23,0	19,7	2,6	14,0	23,0	0,0026*
Funcional	14,7	2,9	8,0	22,0	17,8	3,0	11,0	22,0	0,0003*
Preocupaciones Adicionales	28,9	4,7	20,0	40,0	32,7	3,8	24,0	39,0	0,0004*

Md=Promedio; DE=Desviación Estándar; *Diferencia Estadísticamente Significativa

De acuerdo con el análisis estadístico de la tabla 3 hubo una significativa mejoría en la calidad de vida en todos los componentes, observándose una diferencia estadísticamente significativa en los componentes físico ($p=0,0000$), emocional ($p=0,0026$), funcional ($p=0,0003$) y preocupaciones adicionales ($p=0,0004$) de los participantes en la etapa 180 días pos TCTH, comparados al período 30 días pos TCTH.

Discusión

El éxito del TCTH resultó en un gran número de pacientes sobrevivientes libres de la enfermedad; siendo la gran pregunta colocada por los candidatos al TCTH: ¿Cómo será la calidad de vida después del procedimiento? El TCTH es indicado en patologías malignas o no, modificando significativamente el pronóstico de pacientes portadores de enfermedades que, hace algunos años, eran fatales. Entre tanto, es un procedimiento agresivo, de alto costo financiero y alta morbilidad, ocasionando severos efectos colaterales, además de otras complicaciones que interfieren en la calidad de vida de los pacientes sometidos a ese procedimiento.

Los resultados del presente estudio demuestran que la CVRS de los pacientes queda bastante comprometida en el momento inmediatamente pos TCTH (D+30), recuperando en el pos TCTH tardío (D+180), cuando alcanza niveles discretamente mayores al período del pre TCTH y están de acuerdo con diversos estudios de la literatura, correlacionando la variable tiempo pos TCTH positivamente con la mayoría de los aspectos de CVRS^(10,14-16).

Durante la hospitalización para el TCTH el paciente recibe altas dosis de quimioterapia y radiación que requiere un período de hospitalización largo, aislamiento, cambios físicos, toxicidad que amenazan la vida, causando ansiedad y depresión⁽¹⁷⁾.

La CVRS comprometida en el primer año pos TCTH es demostrada en un estudio⁽¹⁸⁾ que entrevistó 152 pacientes después del TCTH. El análisis de contenido de las entrevistas revelaron tres áreas afectadas: 1) problemas físicos que incluían fatiga, apariencia física, problemas en la alimentación y restricciones físicas; 2) problemas psicológicos como miedo sobre el futuro, pérdida de control, ansiedad y depresión; 3) problemas de reintegración en el cual se incluían dificultades en el retorno al papel social, separación del hogar, familia y amigos y dificultades financieras.

Otros estudios^(16,19) también demostraron que la CVRS de los pacientes puede ser significativamente reducida en el primer año después del TCTH por el potencial de secuelas físicas y psicológicas como el GVHD, fatiga, depresión y miedo de la recurrencia causados por ese tratamiento.

Se concluye que la variable tiempo está relacionada con mayores puntajes en los dominios de CVRS una vez que los pacientes con más tiempo pos TCTH presentan mejoría gradual de la condición orgánica, reducción de las limitaciones provenientes del propio tratamiento, como la imposibilidad de ejercer actividades que envuelvan esfuerzos físicos, uso regular de medicaciones, retornos al ambulatorio frecuentes, posibilidad de recurrencia de la enfermedad^(5,16).

Conclusión

El individuo trasplantado tuvo cáncer u otra enfermedad hematológica que lo llevó al trasplante. El tratamiento agresivo, lo mantiene fuera de su domicilio, distante de su familia, lejos de sus actividades habituales como el trabajo, próximo a riesgos potenciales de complicaciones, además del temor de la recidiva y de la muerte.

El conjunto de resultados presentados permitió

visualizar un impacto positivo de la CVRS en pacientes con neoplasias y enfermedades hematológicas sometidos al TCTH, al final de los seis meses pos TCTH, a pesar de que algunas funciones se presentaron más perjudicadas, como la función física, funcional y preocupaciones adicionales con 30 días pos TCTH, hubo mejoría en los puntajes del FACT-BMT en todos los componentes, llegando a alcanzar niveles superiores al pre TCTH, especialmente en los aspectos físicos, emocionales y relación con el médico.

Se considera como limitación de este estudio el número reducido de sujetos, a pesar de eso, los resultados encontrados son corroborados en la literatura, demostrando la importancia de los estudios de esta naturaleza, que identifican la influencia de los efectos del TCTH en la CVRS de los pacientes sometidos a ese procedimiento. Conocer esas implicaciones auxilia al equipo interdisciplinar y al paciente en la decisión de someterse a ese procedimiento de alta complejidad y auxilian en la planificación de una asistencia que objetiva la disminución de esos síntomas así como estrategias que mejoren las funciones de esos pacientes.

La CVRS es una importante medida de resultado en estudios clínicos, por eso los estudios prospectivos proporcionan resultados de acompañamiento con perspectivas de actuación para mejorar los aspectos de la CVRS de los pacientes antes y después de someterse al TCTH. Así, hay que considerar también, la importancia de la elección del instrumento de CVRS confiable para la muestra estudiada, que deberá ser hecha de manera cuidadosa a fin de detectar diferencias relevantes en la vida de cada paciente en particular, considerando que los datos podrán afectar los resultados y conclusiones del experimento.

Referencias

1. Andrykowski MA, Greiner CB, Altmaier EM, Burish TG., Antim JH, Gingrich R, et al . Quality of life following bone marrow transplantation findings from a multicentre study. *Br J Cancer*. 1995;71:1322-9.
2. Sutherland HJ, Fyles G.M, Adams G, Hao Y, Lipton JH, Minden MD, et al. Quality of life following bone marrow transplantation: a comparison of patient reports with population norms. *Bone Marrow Transplant*.1997;19(11):1129-36.
3. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol*. 1995;22(2):73-81.
4. Kornblith AB, Holland JC. Handbook of measures for psychological, social, and physical function in cancer Quality of life. New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; 1994.
5. Mastropietro AP, Oliveira EA, Voltarelli JC, Santos MA. Functional Assessment of Cancer Therapy Bone Marrow Transplantation: tradução e validação. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):260-8.
6. Auquier P, Simone MC, Mendizabal H. Approaches theoriques methodologiques de lá quatité de vie lieé à la santéa. *Revue Prevenir*. 1997 ;33:77-86.
7. Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA, Cella DF, Beaumont MJB, Horowitz MM, et al . Long-Term Health-Related Quality of Life, Growth, and Spiritual Well-Being After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. *J Clin Oncol*. 2005;23(3):599-608.
8. Bush NE, Haberman M, Donaldson G, Sullivan KM. Quality of life of 125 adults surviving 6 to 18 years after bone marrow transplantation. *Soc Sci Med*. 1995;40(4):479-90.
9. Kiss TL, Abdollel M, Jamal N, Minden MD. Long-term Medical Outcomes and Quality-of-Life Assessment of Patients with Chronic Myeloid Leukemia Followed at least 10 years after Allogeneic Bone Marrow Transplantation. *J Clin Oncol*. 2002;20(9):2334-2343.
10. Chiodi S, Spinelli S, Ravera G.. Quality of Life in 244 recipients of allogeneic bone marrow transplantation. *Br J Haematol*. 2000;110(3):614-9.
11. Baker KS, Gurney JG, Ness KK. Late effects in survivors of chronic myeloid leukemia treated with hematopoietic cell transplantation: results from the Bone Marrow Transplantation Survivor Study. *Blood*. 2004;104(6):1898-906.
12. Kopp M, Schweigkofler H, Holzner B, Nachbaur D, Niederwieser D, Fllishacker WW, et al. EORTC QLQ-C-30 and FACT-BMT for the measurement of quality of life in bone marrow transplant recipients: a comparison. *Eur J Haematol*. 2000;65(2):97-103.
13. Duell T, Van Lint MT, Ljungman P, Tichelli A, Socie G, Apperley JF. Health and functional status of long-term survivors of bone marrow transplantation. EBMT Working Party on Late Effects and EULEP Study Group on Late Effects. *European Group for Blood and Marrow Transplantation. Ann Intern Med*.1997;126:184-92.
14. Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Gasto C. Patient-rated emotional and physical functioning among hematologic cancer patients during hospitalization for stem-cell transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2005;35:307-14.
15. Fife BL, Huster GA, Cornetta KG., Kennedy VN, Akard LP, Broun ER.. Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *J Clin Oncol*. 2000;18:1539-49.
16. Kopp M, Schweigkofler H, Holzner B, Nachbaur D, Niederwieser D, Fllishacker WW, et al. Time after bone marrow transplantation as an important variable for quality of life: results of a cross-sectional investigation using two

different instruments for quality-of-life assessment. Ann Hematol. 1998;77:27-32.

17. Pallera,AM, Schartzberg,LS.Managing the toxicity of hematopoietic stem cell transplant. J Supp Oncol. 2004;2(3)223.

18. Baker F, Zambora J, Polland A, Wingard J. Reintegration after bone marrow transplantation. Cancer Pract.1999:7(4):190-6.

19. McQuellon RP, Russell GB, Rambo TD, et al Quality of life and psychosocial distress of bone marrow transplantation recipients: the time trajectory to recovery over the first year. Bone Marrow Transplant. 1998:21:477-86.

Recibido: 12.7.2010
Aceptado: 13.10.2011

Como citar este artículo:

Santos CLT, Sawada NO, Santos JLF. Evaluación de calidad de vida relacionada a la salud de pacientes sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso: / /];19(6):[08 pantallas]. Disponible en: _____

/ /
día

/ /
año

mes abreviado con punto

URL