

Metaanálisis sobre calidad de vida relacionada con la salud de enfermedades infecciosas, 2002-2013

Carlos Andrés Vargas Alzate¹,
Luis Felipe Higueta-Gutiérrez²,
Jaiberth Antonio Cardona-Arias³

Resumen

Introducción: las investigaciones sobre la calidad de vida en enfermedades infecciosas son escasas.

Objetivo general: comparar la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades infecciosas desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, 2002-2013.

Métodos: revisión sistemática con metaanálisis en 4 bases de datos, con términos de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión, y evaluación de la calidad metodológica, garantizando la reproducibilidad.

Resultados: se incluyeron 14 estudios que aplicaron la escala de calidad de vida de la OMS en 2013 infectados, 48% con VIH/SIDA, 18% Lepra, 17% Hepatitis B, 8% Hepatitis C, 5% Chagas y 4% HTLV-1. La salud física, psicológica y ambiental, fueron mejores en VIH/SIDA y peores en lepra, las relaciones sociales presentaron mayor puntaje en Hepatitis B o C y más bajo en VIH/SIDA.

Conclusión: la evaluación de la CVRS en enfermedades infecciosas con el WHOQOLBREF es pertinente y relevante, al permitir comparaciones interculturales en personas con diferentes padecimientos, al igual que ser un indicador clave para el diseño, implementación y evaluación de las acciones en enfermedades transmisibles.

Palabras clave: calidad de vida, salud, enfermedades infecciosas, Organización Mundial de la Salud.

- 1 Gerente de Sistemas de Información en Salud. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- 2 Microbiólogo y Bioanalista. MSc. Educación y Desarrollo Humano. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- 3 Microbiólogo y Bioanalista, MSc. Epidemiología. Docente-Investigador Universidad Cooperativa de Colombia. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia U de A, Calle 70 No. 52-21, Medellín, Colombia.

Correspondencia:

✉ jaiberthcardona@gmail.com

Jaiberth Antonio Cardona Arias. Calle 67 Número 53-108, Bloque 5, oficina 103, Medellín, Colombia.

Teléfono 2198486. Fax 2195486.

Meta-analysis about health related quality of life in infectious diseases, 2002-2013

Abstract

Background: Research on quality of life of infectious diseases is meager.

Objective: To compare the health related quality of life in infectious diseases, with the perspective of World Health Organization, 2002-2013.

Methods: Meta-analysis in 4 multidisciplinary databases, with search terms, criteria for inclusion and exclusion, and evaluation of the quality of articles, we ensure the reproducibility.

Results: Were included 14 researches that included 2013 infected, 48% HIV/AIDS, 18% leprosy, 17% hepatitis B, 8% hepatitis C, 5% Chagas and 4% HTLV-1. The physical, psychological and environmental health were better in HIV/AIDS and worst in leprosy, while social relationships had the highest score among those infected with Hepatitis B or C and lower in those living with HIV / AIDS.

Conclusion: The assessment of HRQoL in infectious diseases with the WHOQOL-BREF is pertinent and relevant, because it allows cross-cultural comparisons and in people with different ailments. HRQoL should be included as a key to the design, implementation and evaluation of health actions in communicable diseases.

Keys words: quality of life, Health, communicable diseases, World Health Organization.

Introducción

En la actualidad, las entidades encargadas de planificar, intervenir e investigar los procesos relacionados con la salud y la enfermedad han priorizado los temas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles debido al incremento global en su morbilidad, mortalidad, discapacidad y costos sanitarios de su manejo [1]. Una consecuencia de esta situación es que las enfermedades infecciosas

pasan a ocupar un segundo plano en el programa mundial de investigaciones y desarrollo en salud, desconociendo que estas obstaculizan el desarrollo de las naciones y desvirtuando el enorme impacto que causan en los dominios físico, psicológico, ambiental y socioeconómico de la salud poblacional, debido a su elevada morbilidad, pérdida de productividad en las personas que viven en los países en desarrollo, disminución de las expectativas de superación de la pobreza, su estrecha relación con

condiciones materiales de vida e higiene y la generación de desfiguraciones, discapacidades, estigma y discriminación. Estos factores han convencido a algunos gobiernos, organizaciones no gubernamentales e industrias farmacéuticas sobre la relevancia de invertir en el control de estas infecciones [2, 3].

Las investigaciones en enfermedades infecciosas han generado una cantidad de información sobre aspectos relacionados con patogénesis, inmunidad, tratamiento, perfiles de morbilidad y mortalidad; no obstante, se ha olvidado que estas no solo deterioran el bienestar físico, sino también el psicológico y social de los infectados y con ello su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a la calidad de vida como un constructo de las percepciones subjetivas en cuanto a las condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales; y hace alusión a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como los cambios que la enfermedad, los tratamientos y las discapacidades, producen en el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales [4, 5].

La medición de la CVRS es un fenómeno emergente en la literatura médica y es particularmente importante en las enfermedades infecciosas porque esta puede condicionar la adherencia terapéutica, la forma de percibir la enfermedad, el desarrollo de enfermedades concomitantes y la progresión o curso de la infección [6]. En este sentido, se han desarrollado instrumentos genéricos y específicos para evaluar las dimensiones que integran la CVRS, los primeros son aplicables a poblaciones sanas y enfermas, mientras que los segundos sólo a personas con una enfermedad específica [7]. Las medidas específicas de CVRS son muy sensibles para detectar cambios y particularidades asociadas a cada enfermedad; sin embargo, presentan las desventajas de restringir la capacidad para detectar efectos imprevistos, no es posible administrarlas a sujetos o poblaciones que

no padezcan la enfermedad y los resultados no son comparables con personas con otras entidades clínicas ni con población general; por ello, en la literatura es muy frecuente hallar estudios en poblaciones enfermas que emplean escalas genéricas, las cuales presentan la ventaja de permitir evaluar y comparar poblaciones con diferentes diagnósticos [8].

En este contexto, la OMS desarrolló entre las décadas 80 y 90 el WHOQOL 100 como un instrumento para medir la CVRS. Este instrumento incluye 100 preguntas distribuidos en 6 dimensiones diferentes, lo que dificulta su aplicación en situaciones en las que el tiempo es limitado. Frente a esta limitación, se trabajó en una versión resumida del instrumento que diera cuenta de la complejidad de la CVRS, pero con un menor número de preguntas, lo que derivó en la creación del WHOQOLBREF, un instrumento genérico que consta de 26 puntos distribuidos en 4 dimensiones, aplicable a una amplia gama de poblaciones, incluida población general, y que permite realizar comparaciones entre distintas enfermedades, establecer valores de referencia, identificar desviaciones en los valores esperados y utilizarse como marco de referencia para establecer objetivos terapéuticos [7-9].

A pesar de la relevancia de medir la CVRS en enfermedades infecciosas y de disponer de un instrumento validado, con adaptaciones culturales y de lenguaje, y con un excelente desarrollo conceptual y psicométrico, los estudios sobre esta temática en el ámbito mundial son exiguos [10]; además, las investigaciones realizadas con el WHOQOLBREF en personas con enfermedades infecciosas han presentado divergencias en sus resultados y la revisión de la literatura evidenció que no existe un estudio que describa el perfil de CVRS de diversas enfermedades infecciosas y compare su impacto sobre dimensiones como la salud física, psicológica, social y ambiental.

En coherencia con lo anterior, se realizó una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de comparar la CVRS en sujetos con enfermedades infecciosas a partir de estudios originales reportados en la literatura en el periodo 2002-2013. Este tipo de investigación permite aumentar la validez externa de las conclusiones y recomendaciones, brinda mayor precisión en los análisis y valora discrepancias entre los resultados de los diferentes estudios [11]; adicional a ello, el conocimiento de las dimensiones de la CVRS permite orientar la toma de decisiones médicas, desarrollar modelos de atención en salud, optimizar el uso de recursos y orientar acciones de salud pública.

Material y métodos

Tipo de estudio: revisión sistemática con metaanálisis.

Instrumento de medición de calidad de vida: el WHOQOLBREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, en una escala de 0-20 o 0-100, siendo 0 el peor resultado y 20 o 100 el mejor. Evalúa las percepciones del individuo en las 2 semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones [8]. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica como el MOSSF-36 (Medical Outcome Study Short Form), el WHOQOLBREF no se centra en aspectos funcionales, sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la

escala con mayor solidez conceptual y metodológica en el estudio de calidad de vida y CVRS.

Protocolo de investigación: se realizó una búsqueda de la literatura científica relacionada con la utilización del WHOQOLBREF en las bases de datos PubMed, Sciondirect, Lilacs y SciELO; utilizando el término de búsqueda WHOQOLBREF & (enfermedades infecciosas OR infecciones). Adicional a esto, se revisaron las referencias de los artículos seleccionados para identificar otras que no se encontraron en la búsqueda inicial y se enviaron correos electrónicos a varios autores para recuperar artículos no disponibles en las bases de datos todo ello con el fin de garantizar la exhaustividad de la investigación. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (i) investigaciones con término de búsqueda en el título y/o resumen; (ii) publicadas entre enero de 2002 y octubre de 2013; (iii) estudios publicados en español, inglés o portugués; (iv) artículos originales; (v) estudios observacionales, transversales y longitudinales; (vi) que evaluaran las 4 dimensiones del WHOQOLBREF; y (vii) investigaciones realizadas en enfermedades infecciosas.

Como criterios de exclusión se definieron: (i) estudios en los que no se documente el puntaje de cada dominio del instrumento; (ii) estudios de validación del WHOQOLBREF o en los que éste fue empleado para validar otros instrumentos; (iii) artículos con problemas de validez interna por un manejo estadístico inadecuado, resultados incongruentes con el objetivo del estudio, sin información sobre control de sesgos o que no presentaran los principales componentes de un estudio epidemiológico según lo planteado en las guías STROBE11, y (v) con muestras estadísticamente pequeñas (<30).

Recolección de la información: para garantizar la exhaustividad del protocolo de investigación se realizó una búsqueda por sensibilidad, sin circunscribirla a términos MeSH o DeCS, la cual permitió la

obtención de un mayor número de estudios frente a la búsqueda por especificidad. Los artículos obtenidos fueron exportados a los programas Endnote Web y Zotero para la eliminación de duplicados, la aplicación del protocolo de investigación se llevó a cabo por dos investigadores de forma independiente para garantizar la reproducibilidad de la revisión, las discrepancias se resolvieron por consenso y referencia a un tercero. La extracción de la información se realizó con base en un protocolo y se almacenó en una base de datos diseñada en Excel, esto lo realizó cada investigador en dos ocasiones diferentes (en un rango de un mes) de forma independiente, con el fin de garantizar la reproducibilidad intra e inter-observador de la información recolectada y analizada dicha reproducibilidad se verificó con la obtención de un coeficiente *kappa* mayor a 0,9 calculado para las variables año de publicación, lugar de estudio y tipo de infección.

Análisis de la información: para describir los artículos se calcularon frecuencias absolutas y relativas e intervalos de confianza del 95% para proporciones según las variables de tiempo (año de estudio), lugar (país) y persona (frecuencia de infectados incluidos). Se determinó la frecuencia absoluta, relativa e intervalo de confianza del 95% para la proporción de estudios que incluyeron sujetos con VIH/SIDA, lepra, hepatitis B y C, Chagas y HTLV-1, con el fin de identificar la enfermedad infecciosa más estudiada con el WHOQOLBREF.

Dado que algunos estudios reportaban el puntaje promedio de cada dimensión del WHOQOLBREF en una escala de 0 a 20, esta se unificó en un rango de 0 a 100 según recomendaciones del Grupo de Salud Mental de la OMS [9]. Para los artículos que presentaban la desviación estándar de los resultados de calidad de vida en una escala de 0-20, esta se transformó a una de 0-100 a partir del siguiente estadístico: Desviación estándar = Coeficiente de variación * Media, esta última unificada en escala

0-100 según la guía de la OMS previamente citada. Para describir la calidad vida de la población de estudio se calcularon promedios ponderados para los puntajes de salud física, psicológica, social y ambiental en cada infección, cada uno de estos se acompañó del intervalo de confianza del 95%.

Con base en los promedios y el error estándar ponderado se comparó el puntaje de cada una de las dimensiones de CVRS entre las diferentes infecciones incluidas en el estudio, mediante el cálculo de intervalos de confianza del 95% para la diferencia de medias independientes, mediante el estadístico T Student.

El análisis de heterogeneidad se realizó comparando los límites de los IC 95% de cada estudio frente al resultado combinado. Para el análisis de sensibilidad se realizó el gráfico de influencias con el fin de determinar el cambio en la medida combinada al eliminar cada estudio en fases sucesivas. Finalmente se hizo metaanálisis acumulado para evaluar el efecto que tenía la adición de cada estudio en el resultado global.

Los análisis se realizaron en el Programa para análisis Epidemiológico de Datos Tabulados de la Organización Panamericana de la Salud (EPIDAT) versión 3.1.

Resultados

A partir de la búsqueda inicial se obtuvieron 1845 estudios, los cuales se redujeron a 548 luego de eliminar duplicados, aplicar los filtros de las bases de datos y los criterios relacionados con la temporalidad, el idioma, el tipo de estudio y el explicitar las cuatro dimensiones del WHOQOLBREF; de estos se eliminaron 534 por tratarse de estudios de validación de instrumentos, abordar personas sanas o individuos con enfermedades no transmisibles (**Figura 1**).

El estudio incluyó 14 investigaciones las cuales subsumen una población de 2013 infectados, con una edad promedio (ponderada) de 40 años y un rango de 18 a 87; dichos estudios se han realizado principalmente en Brasil. Del total de individuos incluidos en la población de estudio, el 47,6% (IC 95%=45,4-49,8) corresponde a personas que viven con VIH/SIDA, 24,8% hepatitis B o C, 17,8% lepra y el porcentaje restante a Chagas e infección por HTLV-1 (**Tabla 1**).

Los dominios de CVRS en las personas que viven con VIH/SIDA presentaron un puntaje que osciló entre 59 (para la salud ambiental) y 64 (salud psicológica); en lepra fluctuaron entre 47 (salud física) y 63 (relaciones sociales) y en hepatitis entre 54 (ambiente) y 65 (social) puntos. En general, la salud física, la salud psicológica y el ambiente fueron mejores entre quienes viven con VIH/SIDA y peor en lepra, mientras que las relaciones sociales presentaron el puntaje más elevado entre los infectados por Hepatitis B o C y el más bajo entre quienes viven con VIH/SIDA. Además, con base en los intervalos de confianza de los puntajes, se puede determinar que la medida combinada presenta buena sensibilidad, es decir, ninguno de los estudios cambia ostensiblemente el resultado global combinado (**Tabla 2 y Figura 2**).

En la tabla 3 se presentan los intervalos de confianza para comparar el promedio de los puntajes de CVRS entre las diferentes infecciones, se observó que entre las personas que viven con VIH/SIDA los puntajes de salud física y psicológica fueron estadísticamente mayores frente a las demás infecciones, mientras que las relaciones sociales y el ambiente presentaron puntajes estadísticamente más bajos para este grupo (entre 1 y 4 puntos para el dominio social, y entre 6 y 8 puntos para el ambiente); además, las personas con lepra presentaron peor perfil de CVRS frente a hepatitis, Chagas y HTLV1, y en los dominios Social y Ambiental no se hallaron

diferencias estadísticamente significativas entre las personas que viven con lepra, Chagas, hepatitis b o C ni HTLV-1 (**Tabla 3 y Figura 3**).

Discusión

El estudio de la calidad de vida con el WHOQOLBREF predomina en personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en personas sanas y en estudios de validación de instrumentos, desplazando a un segundo plano los estudios realizados en personas con enfermedades infecciosas [10]. Este hallazgo se corresponde con el cambio en el perfil mundial de morbilidad y mortalidad, ya que las enfermedades crónicas no transmisibles generan más muertes que las demás causas combinadas [1]. Adicional a ello, el modelo médico hegemónico, caracterizado por fundamentarse en el biologismo, la subordinación técnica del paciente, la eliminación del síntoma y la práctica curativa ha presentado como consecuencia central el que la investigación en enfermedades infecciosas gire en torno de la caracterización de los microorganismos, la patogénesis y el tratamiento; circunscribiendo la mayoría de intervenciones al dominio físico con subvaloración de su impacto psicológico, social y ambiental, es decir, sin focalizar la investigación clínica y epidemiológica en las dimensiones de CVRS [26].

En referencia al bajo uso del WHOQOLBREF en enfermedades infecciosas se debe considerar que los investigadores interesados en estudiar la CVRS de esta población, priorizan los instrumentos específicos sobre los genéricos dada su sensibilidad para detectar cambios asociados a cada enfermedad; no obstante, se pierde la posibilidad de realizar comparaciones con otras enfermedades, con personas sanas u otras poblaciones.

Entre las investigaciones incluidas en este estudio las más frecuentes fueron las referidas a la evalua-

Figura 1. Algoritmo de selección de artículos.

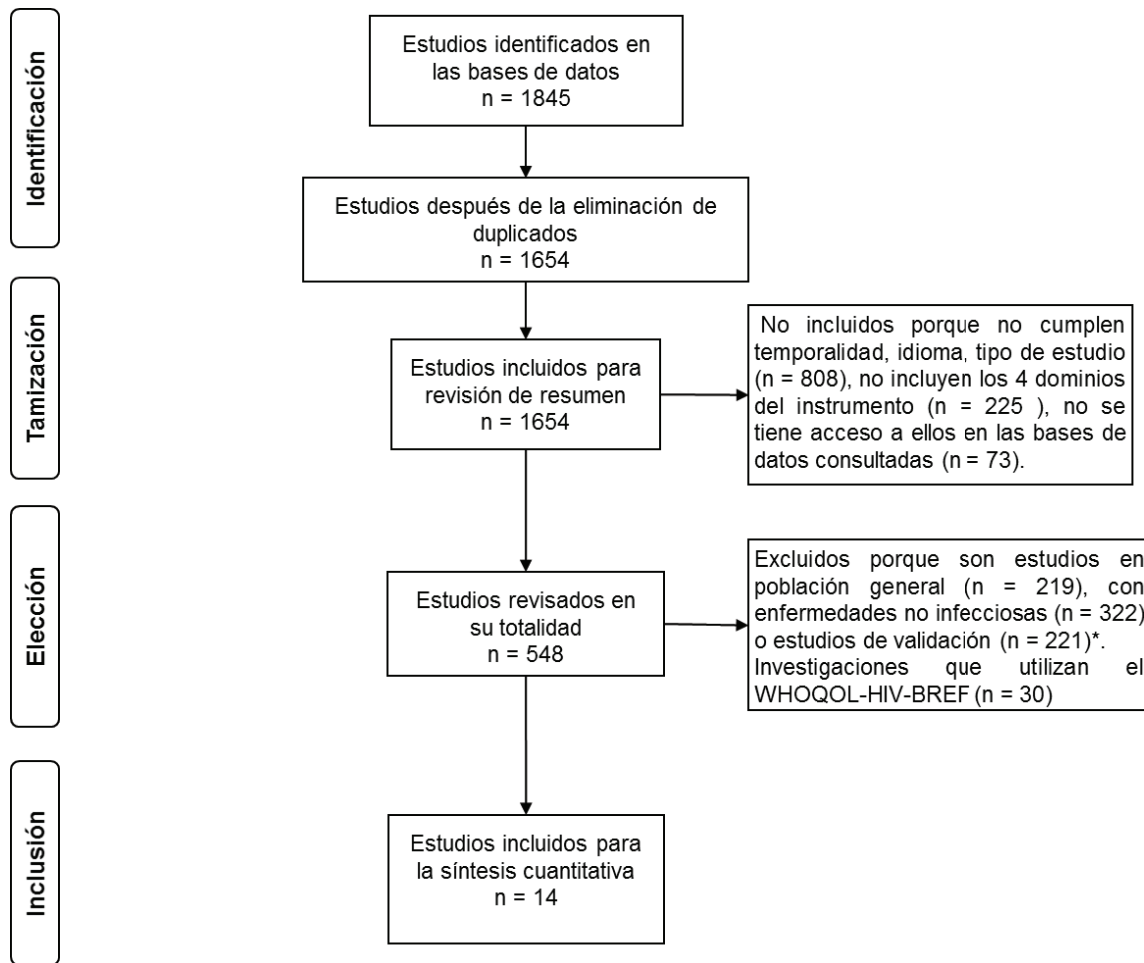


Tabla 1. Caracterización de los estudios.

Enfermedad	Autor	Año	Lugar	Edad Media (Rango)	Sujetos	
					#	% (IC95%)
VIH	Morandi ^{E12}	2007	Brasil	39,3 (≥18)	365	18,1 (16,4-19,8)
	Cardona J ¹³	2011	Colombia	40,1 (≥18)	187	9,3 (8,0-10,6)
	Mkangara O ¹⁴	2009	China	31,5 (18-55)	136	6,8 (5,6-7,9)
	Sakthong P ¹⁵	2009	Tailandia	36,2 (≥18)	120	6,0 (4,9-7,0)
	Naveet W ¹⁶	2006	India	32,4 (19-59)	68	3,4 (2,6-4,2)
	Yen C ¹⁷	2004	China	33,4 (22-66)	41	2,0 (1,4-2,7)
	Allen J ¹⁸	2009	Australia	Sin dato (≥18)	41	2,0 (1,4-2,7)
	Subtotal				958	47,6 (45,4-49,8)
Lepra	Tsutsumi A ¹⁹	2007	Bangladesh	37,4 (Sin dato)	188	9,3 (8,0-10,6)
	Costa M ²⁰	2012	Brasil	47,0 (Sin dato)	120	6,0 (4,9-7,0)
	Mankar M ²¹	2011	India	Sin dato (19-80)	51	2,5 (1,8-3,2)
	Subtotal				359	17,8 (16,1-19,5)
Hepatitis B	Zhang W ²²	2009	China	41,6 (18-65)	335	16,7 (15,0-18,3)
Hepatitis C	Taliani G ²³	2007	Italia	43,8 (20-69)	163	8,1 (6,9-9,3)
Chagas	Ozaki Y ²⁴	2011	Brasil	51 (23-82)	110	5,5 (4,5-6,5)
HTLV1	Galvao A ²⁵	2011	Brasil	43,7 (18-87)	88	4,4 (3,4-5,3)

Tabla 2. Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades infecciosas.

Infección	Autor	#	WHOQOL-BREF Media (IC 95%)			
			Físico	Psicológica	Social	Ambiental
VIH/SIDA	Morandi E ¹²	365	69 (67,6;70,4)	69 (67,6;70,4)	63 (61,3;64,7)	63 (61,9;64,1)
	Cardona J ¹³	187	65 (62,7;67,3)	67 (64,5;69,5)	68 (65,3;70,7)	64 (60,1;67,9)
	Mkangara O ¹⁴	136	50 (48,1;51,9)	56 (53,8;58,1)	56 (53,5;58,5)	50 (48,2;51,7)
	Sakthong P ¹⁵	120	63 (60,5;65,5)	63 (60,4;65,6)	56 (53,0;59,0)	56 (53,4;58,6)
	Naveet W ⁿ¹⁶	68	50 (47,2;52,7)	56 (52,9;59,1)	56 (52,4;59,5)	50 (47,5;52,5)
	Yen C ¹⁷	41	56 (53,3;58,6)	56 (52,6;59,4)	56 (53,0;59,0)	63 (60,3;65,7)
	Allen J ¹⁸	41	46 (39,9;52,1)	49 (42,7;55,2)	44 (36,1;51,9)	55 (48,2;61,7)
	Subtotal	958	62 (61,1;62,9)	64 (63,1;64,9)	60,5 (59,4;61,5)	59 (58,1;59,9)
Lepra	Tsutsumi A ¹⁹	188	43 (41,5;44,5)	49 (47,4;50,5)	63 (61,4;64,6)	50 (49,0;51,0)
	Costa M ²⁰	120	48 (45,2;50,8)	59 (56,4;61,6)	62 (59,0;65,0)	53 (51,0;54,9)
	Mankar M ²¹	51	63 (60,9;65,1)	63 (60,2;65,8)	63 (57,3;68,7)	56 (53,8;58,2)
	Subtotal	359	47 (45,8;48,2)	54 (52,8;55,2)	63 (61,5;64,5)	52 (51,1;52,9)
Hepatitis B	Zhang W ²²	335	50 (49,4;50,6)	50 (49,3;50,7)	63 (62,0;64,0)	50 (49,1;50,9)
Hepatitis C	Taliani G ²³	163	76 (73,8;78,2)	73 (71,0;75,0)	70 (67,4;72,6)	61 (59,0;63,0)
Subtotal	498	58 (57,3;58,7)	57 (56,2;57,7)	65 (63,9;66,1)	54 (53,1;54,9)	
Chagas	Ozaki Y ²⁴	110	59 (56,3;61,7)	61 (58,3;63,7)	64 (61,5;66,5)	53 (51,0;55,0)
HTLV1	Galvao A ²⁵	88	50 (47,4;52,6)	59,5 (56,7;62,3)	63,0 (59,9;66,1)	53 (51,4;54,6)
TOTAL	2013	58 (57,5;58,5)	60 (59,5;60,5)	62 (61,4;62,6)	56 (55,5;56,5)	

Figura 2. Gráfico de influencias para cada dimensión del WHOQOLBREF en pacientes con VIH y Lepra.

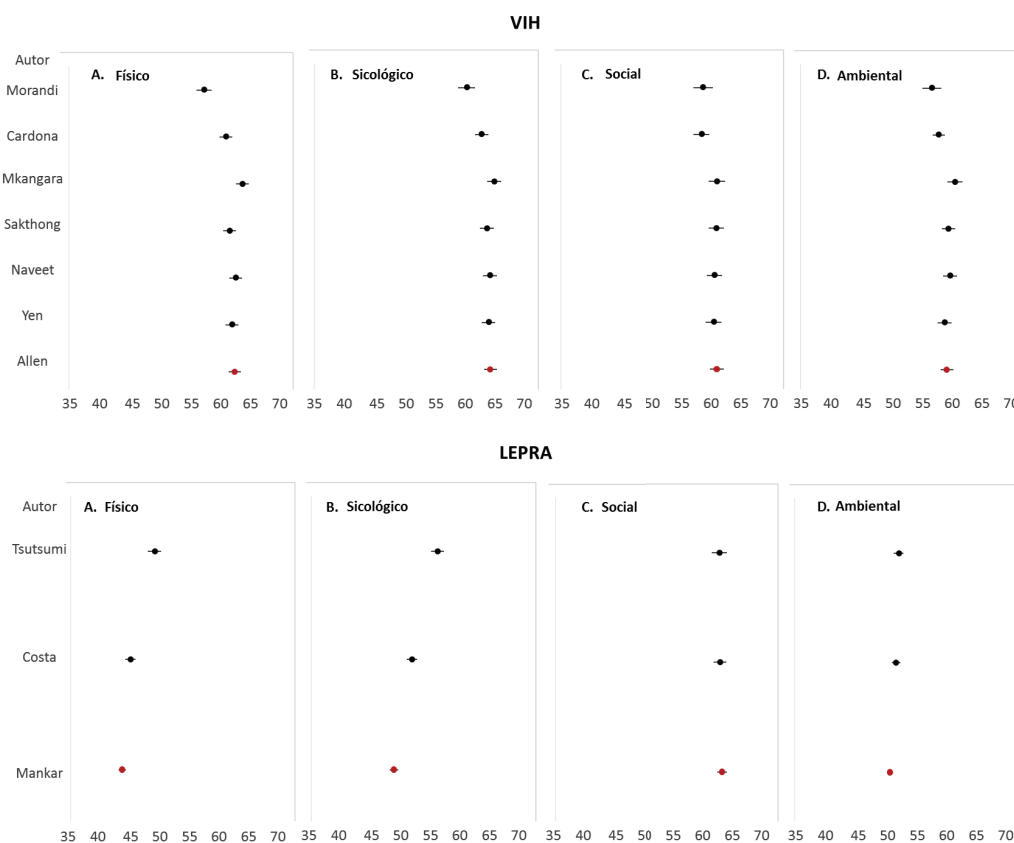


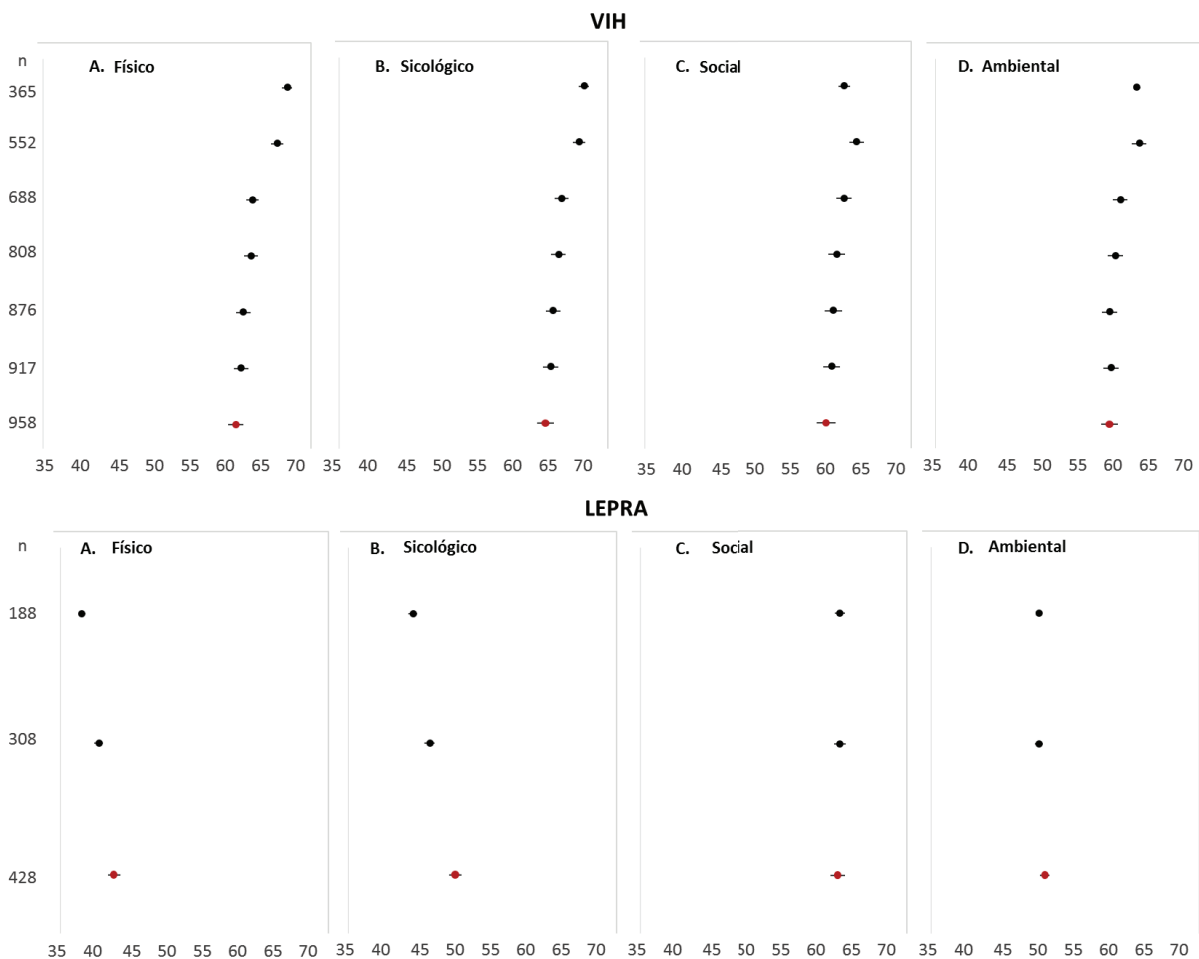
Tabla 3. Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud, según el tipo de infección.

Infección		WHOQOL-BREF (IC X1-X2) [†]			
		Físico	Psicológica	Social	Ambiental
VIH/Sida	Lepra	13,5;16,5*	8,5;11,5*	-4,3;-0,7*	5,7;8,3*
	Hepatitis B y C	2,3;4,5*	5,0;7,4*	-6,3;-3,3*	4,3;6,9*
	Chagas	0,2;5,6*	-0,2;5,5	-6,2;-0,8*	4,0;8,4*
	HTLV1	8,9;14,8*	1,1;7,3*	-6,1;1,1	4,3;8,0*
Lepra	Hepatitis B y C	-12,4;-9,6*	-4,4;-1,5*	-3,8;-0,2*	-3,2;-0,8*
	Chagas	-15,0;-9,0*	-9,7;-4,3*	-4,0;2,0	-3,2;1,2
	HTLV1	-5,7;-0,2	-8,3;-2,7*	-3,3;3,3	-2,9;0,9
Hepatitis B y C	Chagas	-3,3;2,3	-6,3;-0,7*	-1,2;3,8	-1,5;2,7
	HTLV1	5,8;11,2*	-4,9;0,9	-1,0;5,6	-1,2;2,4
Chagas	HTLV1	5,2;12,8*	-2,3;5,3	-2,9;4,9	-2,5;2,5

[†] Intervalo de confianza para la diferencia de promedios.

*Los promedios son estadísticamente diferentes y el estadístico t student es significativo en el 0,01.

Figura 3. Metaanálisis acumulado para cada dimensión del WHOQOLBREF en pacientes con VIH y Lepra.



ción de la CVRS en las personas que viven con VIH/SIDA (47,5%), esto podría atribuirse a los avances terapéuticos que han constituido a la infección en una enfermedad crónica tratable y en este sentido comienzan a tomar preponderancia aspectos como el manejo integral del paciente y su CVRS. Adicional a lo anterior, el VIH/SIDA constituye una infección de alto costo, de distribución mundial y forma parte de los objetivos de desarrollo del milenio, lo que aumenta el interés de los investigadores por realizar estudios sobre esta temática [13, 27].

En alusión a los puntajes de CVRS en las personas que viven con VIH/SIDA, estos oscilaron de 59 a 64, y los dominios que aluden a las relaciones sociales y el ambiente presentaron puntajes estadísticamente menores. Esto afianza la concepción del VIH/SIDA como una infección crónica tratable, en la cual, una vez atendidos los aspectos biológicos y psicológicos se deben focalizar las acciones en otras dimensiones importantes como las relaciones sociales y el entorno físico [13]. La estigmatización y el abandono están muy ligados al VIH/SIDA, ya que persisten temores irracionales al contagio, lo que se ve reflejado en el puntaje de las relaciones sociales [6].

En referencia a los artículos que incluyen personas con hepatitis B o C se encontró que representan el 24,8% de la población de estudio y corresponden a sujetos con infecciones crónicas (498 sujetos). Esto podría justificarse en que la mayoría de las infecciones agudas mejoran espontáneamente; sin embargo, las personas con infecciones crónicas como el VHB o VHC están en riesgo de desarrollar cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular [28], lo que evidencia la necesidad de evaluar la evolución de la infección y los efectos de la intervención terapéutica, a partir de instrumentos que incluyan otros aspectos de la cotidianidad como fatiga, depresión, percepción de funcionalidad, incertidumbre sobre el pronóstico y temor por el desarrollo de complicaciones [23, 29].

En alusión a los dominios del WHOQOLBREF en infecciones por hepatitis, se presentaron puntajes intermedios de CVRS siendo mayor el puntaje obtenido en las relaciones sociales. Ello pone de manifiesto que las personas con hepatitis pueden tener un mejor soporte social y esto redundaría en una mejor percepción de la salud física, mental y el bienestar debido a que este componente es esencial para los sujetos infectados [30].

Los estudios realizados en personas con Lepra se centran en India y Brasil, coincidiendo con la distribución mundial de la infección, ya que en estos países la enfermedad es endémica [31]. Con respecto a Brasil, el 8% de los casos nuevos se encuentran en menores de 15 años, el 53% son multibacilares y el 6% tienen un grado de discapacidad [2]. En este contexto se justifica el desarrollo de estudios de CVRS en los países endémicos porque se ha demostrado que las personas con lepra presentan disfunción física, limitaciones para acceder al empleo, bajos ingresos familiares, restricciones en la participación social, estigmatización y discriminación [2, 32]. Con respecto a los puntajes del dominio físico, psicológico y ambiental en estos pacientes se encontró que fueron menores que en las demás infecciones, presentando diferencias significativas en los dominios físico (excepto HTLV-1) y psicológico. Esto está estrechamente relacionado con las deformidades físicas y discapacidades generadas por la infección, lo que a la vez redundaría en inconformidad con el aspecto físico y en emociones negativas como tristeza, ira, culpa, vergüenza y miedo a relacionarse con los demás [20].

Los estudios en personas con enfermedad de Chagas e infección por HTLV-1 agrupan el 9,1% del total de los sujetos; no obstante, estas investigaciones son exiguas en comparación con la carga de morbilidad y mortalidad que generan, ya que solo la enfermedad de Chagas afecta a cerca de 9 millones de personas [32].

Por otra parte, no se hallaron estudios que hicieran referencia a la CVRS en personas con otras enfermedades infecciosas como leishmania, tracoma, cisticercosis, filariasis linfática y oncocercosis, ya que las estrategias para abordar estas infecciones se han centrado en el tratamiento masivo de las personas infectadas y en menor medida en la prevención de la infección; además, en estas entidades se ha desvirtuado la importancia de la percepción que las personas tienen de la enfermedad y la manera en cómo las lesiones y las discapacidades repercuten en su calidad de vida [2, 31].

Entre las principales limitaciones del estudio se destaca que algunas investigaciones no incluyen la edad media de los participantes, el rango u otras características de la población de estudio que permita determinar los grupos a los cuales podrían extrapolarse los resultados; asimismo, algunos artículos no presentaron los puntajes de las cuatro dimensiones del instrumento y la información obtenida para el metaanálisis no permitió realizar análisis de los resultados bajo el modelo de efectos aleatorios ni la evaluación del sesgo de publicación.

No obstante lo anterior, los 14 manuscritos incluidos en esta investigación corresponden a una población de 2013 personas distribuidas en diferentes grupos etarios y con diferencias en las variables sociodemográficas, lo que da cuenta de la validez externa del estudio. Adicional a ello, este estudio evidenció que las personas con lepra, Hepatitis B o C, enfermedad de Chagas e infecciones por HTLV-1, presentan puntajes estadísticamente menores en el dominio físico en comparación con las personas que viven con VIH/SIDA. Lo anterior coincide con algunos autores que sostienen que la carga de discapacidad física de algunas enfermedades desatendidas puede ser tanto o más significativa que la de las "tres grandes" tuberculosis, malaria y VIH/SIDA [33].

El estudio también demostró las ventajas de realizar una revisión sistemática con metaanálisis, ya que este tipo de estudios permite combinar los resultados de múltiples investigaciones, resumir las publicaciones sobre el tema, unificar resultados contradictorios y aumentar el tamaño de la muestra a un nivel difícil de alcanzar con otra metodología.

Finalmente, se expuso la pertinencia de evaluar la CVRS con el WHOQOLBREF, ya que este instrumento permite realizar comparaciones interculturales y en personas con diferentes padecimientos; no obstante, este tiene el riesgo de ser poco sensible a cambios clínicos, por ello se sugiere realizar investigaciones de CVRS en personas con enfermedades infecciosas, articulando un instrumento genérico con uno específico, ya que esto facilita la identificación de problemas funcionales y emocionales no detectados en la evaluación clínica convencional, mejora la monitorización de los pacientes, la comunicación médico-paciente, la valoración de las necesidades de recursos de atención, el inicio de tratamientos y la toma de decisiones clínicas y salud pública [34-36].

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflicto de interés para la publicación de este manuscrito.

Referencias

1. Organización mundial de la salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Organización mundial de la salud; 2011. [Internet] [Citado 11 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.
2. World health organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases. World health organization; 2010.

- [Internet] [Citado 11 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/index.html.
3. Hotez, P., Pecoul, B. "Manifiesto" for advancing the control and elimination of neglected tropical diseases. *Plos Negl Trop Dis*. 2010; 4 (5): 1-7.
 4. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Revista internacional de desarrollo sanitario* 1996; 17 (4): 385-387.
 5. Thivierge, G. Calidad de vida y opciones existenciales. La calidad de vida de la persona: desafío actual del nuevo milenio: *Federación internacional de las universidades católicas* 1992; 33-55.
 6. Cardona, JA., Higuaita, LF. Calidad de vida en personas que viven con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental. *Medellín (Colombia)*. 2009. *Salud Uninorte* 2011; 27 (2): 236-246.
 7. Velarde, E., Ávila, C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44: 448-463.
 8. Chen, T., Li, L., Kochen, M. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *Journal of Zhejiang University Science* 2005; 6B (9): 936-940.
 9. World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization. Geneva, Italia. 1996.
 10. Cardona-Arias, JA., Higuaita Gutiérrez, LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública* 2014; 40 (2).
 11. Higgins, JPT., Green, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. [Internet] [Citado 10 de enero de 2013]. Disponible en: www.cochrane-handbook.org.
 12. Morandi, E., Junior, I., Lopes, F. Quality of life of people living with HIV/AIDS in sao paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (Supl. 2): 64-71.
 13. Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., Leal-Álvarez, Ó. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica* 2011; 31 (4): 532-544.
 14. Mkangara, OB., Wang, C., Xiang, H., Xu, Y., Nie, S., Liu, L. et al. The univariate and bivariate impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in the Hubei Province-Central China. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*. 2009; 29 (2): 260-264.
 15. Sakthong, P., Schommer, JC., Gross, CR., Prasithsirikul, W., Sakulbumrungsil, R. Health utilities in patients with HIV/AIDS in Thailand. *Value Health* 2009; 12 (2): 377-384.
 16. Naveet, W., Raja, L., Hemraj, P., Vivek, A., Chander, M., Sunil, K. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Indian J Med Sci*. 2006; 60 (1): 3-12.
 17. Yen, CF., Tsai, JJ., Lu, PL., Chen, YH., Chen, TC., Chen, PP. et al. Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58 (5): 501-506.
 18. Allen, J., Hamilton, A., Nunn, R., Crock, L., Frecker, J., Burn, N. Evaluation of a community-based mental health drug and alcohol nurse in the care of people living with HIV/AIDS. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16 (2): 129-136.
 19. Tsutsumi, A., Izutsu, T., Islam, AM., Maksuda, AN., Kato, H., Wakai, S. The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Soc Sci Med*. 2007; 64 (12): 2443-2453.
 20. Costa, M., Terra, F., Costa, D., Lyon, S., Costa, A., Antunes, C. Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. *An Bras Dermatol*. 2012; 87 (1): 26-35.
 21. Mankar, MJ., Joshi, SM., Velankar, DH., Mhatre, RK., Nalgundwar, AN. A Comparative Study of the Quality of Life, Knowledge, Attitude and Belief About Leprosy Disease Among Leprosy Patients and Community Members in Shantivan Leprosy Rehabilitation centre, Nere, Maharashtra, India. *J Glob Infect Dis*. 2011; 3 (4): 378-382.
 22. Zhang, W., Wang, LQ., Liu, YB. Evaluation on quality of life and analysis on its correlation with TCM syndromes in patients of chronic hepatitis B. *Chin J Integr Med*. 2009; 15 (1): 30-33.
 23. Taliani, G., Rucci, P., Biliotti, E., Cirrincione, L., Aghemo, A., Alberti, A. et al. Therapy expectations and physical comorbidity affect quality of life in chronic hepatitis C virus infection. *Journal of viral hepatitis* 2007; 14 (12): 875-882.
 24. Ozaki, Y., Guariento, M., Almeida, E. Quality of life and depressive symptoms in Chagas disease patients. *Qual Life Res*. 2011; 20 (1): 133-138.
 25. Galvão-Castro, AV., Boa-Sorte, N., Kruschewsky, RA., Grassi, MF., Galvão-Castro, B. Impact of depression on quality of life in people living with human T cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) in Salvador, Brazil. *Qual Life Res*. 2012; 21 (9): 1545-1550.
 26. Espinosa, A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39 (1). [Internet] [Citado 10 de enero 2013]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu01113.htm.
 27. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2012. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. [Internet] [Citado 15 de enero 2013]. Disponible en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourepidemic/>.
 28. World hepatitis Allianz. Viral hepatitis: Global policy. World hepatitis Allianz. [Internet] [Citado 15 de enero 2013] Disponible en: <http://www.worldhepatitisalliance.org/Policy/2010PolicyReport.aspx>.
 29. Strauss, E., Dias, M. Quality of life in hepatitis C. *Liver International*. 2006; 26 (7): 755-765.
 30. Lorece, E. Perceived social support and hiv/aids medication adherence among African american women. *Qualitative health research* 2006; 16 (5): 679-691.
 31. World health organization. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Second WHO report on neglected tropical diseases. World health organization [Internet] [Citado 25 de febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/en/.

32. Braken, W., Sihombing, B., Djarir, H., Beise, K., Kusumawardhani, L., Yulihane, R. et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Glob Health Action*. 2012; 5.
33. Pan American Health Organization. Revisión de la literatura disponible como soporte para el desarrollo de una guía para Latinoamérica y el Caribe, 2010. Documento de trabajo. Pan American Health Organization. [Internet] [Citado 25 de febrero 2013] Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/EID%20revisión%20bibliografica%20OCT%202010%20%282%29.pdf>.
34. Alonso, J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac sanit*. 2000; 14 (2): 163-167.
35. Velarde, E, Ávila, C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44: 448-463.
36. Chen, T., Li, L., Kochen, M. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *Journal of Zhejiang University Science* 2005; 6B (9): 936-940.

Opina sobre este artículo:

<http://medicalia.org.es/>

Los médicos disponen de una red social para intercambiar experiencias clínicas, comentar casos y compartir conocimiento. También proporciona acceso gratuito a numerosas publicaciones. **¡Únase ahora!**

Publish with iMedPub

<http://www.imedpub.com>

- ✓ Es una revista en español de libre acceso.
- ✓ Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de medicina.

Archivos de Medicina
Se hace bilingüe.

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre publicar en Archives of Medicine:

<http://www.archivesofmedicine.com>

o **International Archives of Medicine:**
<http://www.intarchmed.com>