**Meta-análisis sobre Calidad de vida relacionada con la salud de enfermedades infecciosas, 2002-2012.**

**Meta-analysis about Health related Quality of Life in infectious diseases, 2002-2012.**

Jaiberth Antonio Cardona-Arias (1) Luis Felipe Higuita-Gutiérrez (2)

(1) Microbiólogo y Bioanalista, MSc Epidemiología. Docente Escuela de Microbiología Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia. Grupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

(2) Microbiólogo y Bioanalista. cMSc en Educación y desarrollo humano. Docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Correspondencia.

Jaiberth Antonio Cardona Arias. Calle 67 Número 53 – 108, Bloque 5, oficina 103, Medellín, Colombia. Teléfono 2198486. Fax 2195486. Correo electrónico jaiberthcardona@gmail.com.

**RESUMEN.**

**Introducción:** Las investigaciones en enfermedades infecciosas son prolijas en patogénesis, morbilidad, discapacidad y mortalidad; sin embargo, el estudio de su impacto sobre la calidad de vida es exiguo.

**Objetivo:** Comparar la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades infecciosas a partir de estudios reportados en la literatura, 2002-2012.

**Métodos:** Revisión sistemática con meta-análisis. Se aplicó un protocolo de investigación en 4 bases de datos multidisciplinarias, con términos de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión, y evaluación de la calidad de artículos, por dos investigadores para garantizar la exhaustividad y reproducibilidad. El análisis de basó en frecuencias, medidas de resumen, intervalos de confianza para proporciones y prueba t student.

**Resultados:** De 548 investigaciones en calidad de vida sólo 14 cumplieron el protocolo e incluyeron 2.013 infectados. Las enfermedades infecciosas estudiadas fueron VIH/SIDA (47,6%), Lepra (17,8%), Hepatitis B (16,7%), Hepatitis C (8,1%) Chagas (5,5%) y HTLV-1(4,4%). La salud física, psicológica y ambiental fueron mejores en VIH/SIDA y peores en lepra, mientras que las relaciones sociales presentaron el puntaje más elevado entre los infectados por Hepatitis B o C y más bajo en quienes viven con VIH/SIDA.

**Conclusión:** El estudio evidencia la pertinencia de evaluar la calidad de vida con el WHOQOLBREF ya que éste permite realizar comparaciones interculturales y en personas con diferentes padecimientos; además, 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 y la toma de decisiones clínicas y salud pública.

**Palabras claves:** Calidad de vida, Salud, Enfermedades infecciosas, Organización Mundial de la Salud.

**ABSTRACT.**

**Background:** Research on infectious diseases is wide in pathogenesis, morbidity, disability and mortality, but the study of its impact on quality of life is meager.

**Objective:** To compare the health related quality of life in infectious diseases based on studies reported in the literature, 2002-2012.

**Methods:** Systematic review with meta-analysis. We applied a research protocol in four multidisciplinary databases, with search terms, criteria for inclusion and exclusion, and evaluation of the quality of articles, by two researchers to ensure the completeness and reproducibility. The analysis was based on frequencies, summary measures, confidence intervals for proportions and t student test.

**Results:** Of 548 investigations in quality of life only 14 completed the protocol and included 2013 infected. Infectious diseases studied were HIV/AIDS (47.6%), leprosy (17.8%), hepatitis B (16.7%), hepatitis C (8.1%) Chagas (5.5%) and HTLV-1 (4.4%). 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 study demonstrates the relevance of assessing the quality of life with WHOQOLBREF since it allows cultural comparisons and of people with different diseases, also facilitates the identification of functional and emotional problems undetected in clinical evaluation standard, improves monitoring patients, the physician-patient communication and clinical and public health decisions.

**Key words:** Quality of life, Health, Communicable diseases, World Health Organization.

**INTRODUCCION**.

En la actualidad, las entidades encargadas de planificar, investigar y abordar los procesos relacionados con la salud y la enfermedad han priorizado los tópicos 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 éstas 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 éstas no sólo 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 ésta 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 calidad de vida. 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 calidad de vida, 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 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; 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 2002-2012. 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 (10); 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 meta-análisis.

**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 ó 0-100, siendo 0 el peor resultado y 20 ó 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, Sciencedirect, Lilacs y Scielo; utilizando el término de búsqueda WHOQOLBREF. 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 2012, iii) estudios publicados en español, inglés o portugués, iv) artículos originales, v) estudios observacionales, transversales y longitudinales, vi) que evaluaran las 4 dimensiones del WHOQOL BREF 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 STROBE (10), 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 al programa Endnote 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, ésta 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, ésta 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 éstos se acompañó de la desviación estándar ponderada. En un estudio que no reportaba la medida de dispersión ésta fue imputada.

Con base en los promedios y desviaciones estándar ponderadas, 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.

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 1.845 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 éstos 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 2.013 infectados, con una edad promedio (ponderada) de 40 años años y un rango de 18 a 87; dichos estudios se han realizado principalmente en Brasil (Tabla 1).

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 2).

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 (Tabla 3). 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 (Figura 2).

En la tabla 4 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 HTLAV-1 (Tabla 4).

**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. 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 la CVRS (25).

En referencia al bajo uso del WHOQOLBREF en enfermedades infecciosas, se debe considerar que los investigadores interesados en estudiar la CVRS de las personas con enfermedades infecciosas, priorizan los instrumentos específicos sobre los genéricos dada su sensibles 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.

Las 14 investigaciones incluidas en esta investigación corresponden a una población de 2.013 personas distribuidas en diferentes grupos etarios y con diferencias en las variables sociodemográficas, esto da cuenta de la validez externa del estudio. No obstante, ningún artículo incluyó niños ni adolescentes debido a que el uso del WHOQOLBREF se recomienda para poblaciones mayores de 15 años. Esto pone en evidencia la necesidad de aplicar y validar instrumentos en estas poblaciones, teniendo en cuenta que son especialmente susceptibles a las consecuencias de la enfermedad, ya que generan una evolución clínica impredecible, hospitalizaciones, consultas médicas frecuentes, generan ausentismo escolar, interrumpen el curso normal de los eventos sociales, entre otros factores que deterioran su calidad de vida (26).

Entre las investigaciones incluidas en este estudio las más frecuentes fueron las referidas a la evaluación 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. 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 este tópico (14, 27).

Los artículos que incluyen personas con hepatitis B o C representan el 24,8% de la población de estudio y corresponden a sujetos con infecciones crónicas (498 sujetos). Este abordaje 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 (15, 29).

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 (30). Con respecto a Brasil, el 8% de los casos nuevos se encontraron 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, 31).

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 sólo 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 cómo las lesiones y las discapacidades repercuten en su calidad de vida (2, 30).

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 (14). 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).

Con respecto a lepra, los puntajes del dominio físico, psicológico y ambiental 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 redunda en inconformidad con el aspecto físico y en emociones negativas como tristeza, ira, culpa, vergüenza y miedo a relacionarse con los demás (18).

Las infecciones por hepatitis, Chagas y HTLV-1 presentaron puntajes intermedios de CVRS que oscilaron entre 50 y 65, siendo mayor el puntaje obtenido en las relaciones sociales de las personas con Hepatitis. Ello pone de manifiesto que las personas con hepatitis pueden tener un mejor soporte social y esto redunda en una mejor percepción de la salud física, mental y el bienestar, debido a que este componente es esencial para los sujetos infectados (33).

Entre las principales limitaciones del estudio se destaca que algunas investigaciones no incluyen la edad media de los participante ni el rango, otros artículos no presentaron los puntajes de las 4 dimensiones del instrumento, no fue posible relacionar la calidad de vida con las variables sociodemográficas y en algunos casos no se incluyó el recuento de linfocitos CD4, una variable de gran importancia para evaluar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA.

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 significativas que la de las “tres grandes” tuberculosis, malaria y VIH/SIDA (32).

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

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, éste tiene el riesgo de ser poco sensible a cambios clínicos, por ello sugiere realizar investigaciones de CVRS en personas con enfermedades infecciones, 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).

**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]. 2013. [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]. 2013. [Citado 11 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/neglected\_diseases/2010report/en/index.html

3. Hotez P, Pecoul B. “Manifesto” 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): 385-7

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, Higuita 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, Avila 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. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of InterventionsVersion 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. [Internet]. 2013 [Citado 10 de enero de 2013]. Disponible en: www.cochrane-handbook.org.

11. 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

12. 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):30-3.

13. 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.

14. 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.

15. 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

16. 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.

17. 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.

18. 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

19. Ozaki Y, Guariento M, Almeida E. Quality of life and depressive symptoms in Chagas disease patients. Qual Life Res. 2011; 20(1): 133-138

20. 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): 1545-50.

21. 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

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(1). [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2013]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\_1\_13/spu01113.htm.

26. Boyd-Franklin N, Steiner G, Boland MG. Children, families and HIV/Aids: Psychosocial and therapeutic issues. New York: Guilford press. 1995. 334 pgs.

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] 2012 [citado 15 Ene 2013]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourepidemic/.

28. World hepatitis Allianz. Viral hepatitis: Global policy. World hepatitis Allianz. [Internet] [Citado 15 Ene 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. 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] 2013. [Citado 25 feb 2013]. Disponible en: http://www.who.int/neglected\_diseases/en/.

31. 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.

32. 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] 2010 [Citado 25 feb 2013] Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011 /EID%20revision%20bibliografica%20OCT%202010%20%282%29.pdf.

33. Lorece E. Perceived social support and hiv/aids medication adherence among African american women. Qualitative health research2006; 16(5):679-691.

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, Avila 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.

**TABLAS.**

**Tabla 1. Caracterización de los estudios.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autor** | **Año** | **Lugar** | **Edad Media****(Rango)** | **Sujetos** |
| **#** | **%(IC95%)** |
| Morandi E11 | 2007 | Brasil | 39,3(≥18) | 365 | 18,1 (16,4-19,8) |
| Zhang W12 | 2009 | China | 41,6(18-65) | 335 | 16,6(15,0 -18,3) |
| Tsutsumi A13 | 2007 | Bangladesh | 37,4 (Sin dato) | 188 | 9,3(8,0 - 10,6) |
| Cardona J14 | 2011 | Colombia | 40,1(≥18) | 187 | 9,3(8,0 - 10,6) |
| Taliani G15 | 2007 | Italia | 43,8(20-69) | 163 | 8,1(6,9 - 9,3) |
| Mkangara O16 | 2009 | China | 31,5(18-55) | 136 | 6,8(5,6 -7,9) |
| Sakthong P17 | 2009 | Tailandia | 36,2(≥18) | 120 | 6,0(4,9 -7,0) |
| Costa M18 | 2012 | Brasil | 47,0 (Sin dato) | 120 | 6,0(4,9 - 7,0) |
| Ozaki Y19 | 2011 | Brasil | 51 (23-82) | 110 | 5,5(4,5 - 6,5) |
| Galvao V20 | 2011 | Brasil | 43,7(18-87) | 88 | 4,4 (3,4 –5,3) |
| Naveet W21 | 2006 | India | 32,4(19-59) | 68 | 3,4(2,6 – 4,2) |
| Mankar M22 | 2011 | India | Sin dato (19-80) | 51 | 2,5(1,8 – 3,2) |
| Allen J23 | 2009 | Australia | Sin dato (≥18) | 41 | 2,0(1,4 – 2,7) |
| Yen C24 | 2004 | China | 33,4(22-66) | 41 | 2,0(1,4 – 2,7) |
|  |  | **TOTAL** | 40,2 (18-87) | 2013 |  |

**Tabla 2. Descripción de las principales enfermedades**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedad** | **Autor** | **#** | **#** | **% (IC95%)** |
| VIH | MorandiE11 | 365 | 958 | 47,6 (45,4 – 49,8) |
| Cardona J14 | 187 |
| Mkangara O16 | 136 |
| Sakthong P17 | 120 |
| Naveet W21 | 68 |
| Yen C24 | 41 |
| Allen J23 | 41 |
| Lepra | Tsutsumi A13 | 188 | 359 | 17,8 (16,1 – 19,5) |
| Costa M18 | 120 |
| Mankar M22 | 51 |
| Hepatitis B | Zhang W12 | 335 | 335 | 16,7 (15,0 - 18,3) |
| Hepatitis C | Taliani G15 | 163 | 163 | 8,1 (6,9 - 9,3) |
| Chagas | Ozaki Y19 | 110 | 110 | 5,5 (4,5 - 6,5) |
| HTLV1 | GalvaoA20 | 88 | 88 | 4,4 (3,4 –5,3) |

**Tabla 3. Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermedades infecciosas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Infección** | **Autor** | **#** | **WHOQOL-BREF (Media ± Desviación estándar)** |
| **Físico** | **Psicológica** | **Social** | **Ambiental** |
| VIH/SIDA | Morandi E11 | 365 | 69±13,8 | 69±13,8 | 63±16,2 | 63±10,4 |
| Cardona J14 | 187 | 65±15,7 | 67±17,3 | 68±18,7 | 64±27,2 |
| Mkangara O16 | 136 | 50±11,3 | 56±12,6 | 56±14,7 | 50±10,3 |
| Sakthong P17 | 120 | 63±13,6 | 63±14,4 | 56±16,5 | 56±14,6 |
| Naveet Wn | 68 | 50±11,3 | 56±12,6 | 56±14,7 | 50±10,3 |
| Yen C24 | 41 | 56±8,4 | 56±10,8 | 56±9,6 | 63±8,6 |
| Allen J23 | 41 | 46±19,2 | 49±19,8 | 44±25 | 55±21,4 |
| **Subtotal** | **958** | **62±13,6** | **64±14,4** | **60,5±16,5** | **59±14,6** |
| Lepra | Tsutsumi A13 | 188 | 43±10,5 | 49±10,8 | 63±11,1 | 50±7,1 |
| Costa M18 | 120 | 48±15,5 | 59±14,3 | 62±16,4 | 53±10,8 |
| Mankar M22 | 51 | 63±7,6 | 63±10,1 | 63±20,2 | 56±7,8 |
| Subtotal | 359 | 47±11,7 | 54±11,9 | 63±14,2 | 52±8,4 |
| Hepatitis B | Zhang W12 | 335 | 50±5,4 | 50±6,4 | 63±9,5 | 50±8,4 |
| Hepatitis C | Taliani G15 | 163 | 76±14 | 73±13 | 70±17 | 61±13 |
|   | **Subtotal** | **498** | **58±8,2** | **57±8,6** | **65±12** | **54±9,9** |
| Chagas | Ozaki Y19 | 110 | 59±14,51 | 61±14,1 | 64±13,4 | 53±10,5 |
| HTLV1 | Galvao A20 | 88 | 50±12,1 | 59,5±13,1 | 63,0±14,8 | 53±7,6 |
| **TOTAL** | **2013** | **58±11,9** | **60±12,4** | **62±14,7** | **56±11,8** |

**Tabla 4. Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud, según el tipo de infección.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Infección** | **WHOQOL-BREF (IC X1-X2)ƚ** |
| **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 |

**ƚ** 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 1. Algoritmo de selección de artículos.**



**Figura 2. Perfil de calidad de vida relacionada con la salud según el tipo de infección**.