



Seguimiento del Trasplante Renal, calidad de vida.

Marta Gassó Martín

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Seguimiento del Trasplante Renal, calidad de vida.

Grado en Enfermería

Autor: Marta GASSÓ MARTÍN

Tutor: María Teresa ALONSO TORRES

Fecha de presentación: 26/05/2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia,
Microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de
Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS:

Mi mayor agradecimiento va destinado a mis padres, por apoyarme, entenderme en cada momento y por el esfuerzo personal que han realizado para que cumpla mi deseo de ser enfermera.

A mi tío José Manuel, por haber sido y ser mi ejemplo a seguir.

Agradezco a mi tutora, Maite, por haberme dedicado más tiempo del que debiera y por los consejos que me ha brindado, sin su ayuda y sobre todo su comprensión no hubiera sido posible.

A mi pareja, Sergio, por haber estado a mi lado en todo momento, por su apoyo incondicional, por su cariño, por hacerme ver el lado bueno de las cosas y por hacer que crezca a su lado.

A mis amigas Jessica y Mar por haber crecido y aprendido juntas de la vida, por escuchar mis vivencias de las prácticas a pesar de ser sensibles al tema y por haber tenido paciencia y comprensión durante estos 4 años.

A mis amigos de clase, con los que he compartido los mejores momentos de la carrera divirtiéndonos y estresándonos cuando no veíamos el fin. Ellos han sido el mayor apoyo día tras día de éstos 4 años. ¡Aquí tenéis el final, chicos! Ahora toca disfrutar.

A Oriol, por haber sido el mejor amigo de la carrera que uno puede tener. Por ser una grandísima persona, trabajadora, por apoyarnos en los momentos de estrés que no han sido pocos, por haberme hecho llorar de risa y por haber empezado otro futuro académico juntos. Gracias por todo.

Gracias a mis chicas Erasmus, Nerea, Marta, Aina y sobre todo a María. A todas, por haber hecho de ésta aventura una experiencia inolvidable (sin vosotras no hubiera sido lo mismo), por su gran amistad y por darnos apoyo mutuo en los momentos de trabajo aunque fuera muy difícil.

A María por su generosidad, tiempo y ayuda a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica para el presente trabajo.

A todos vosotros y a la Universidad Internacional de Catalunya, ¡Muchas gracias de corazón!

ÍNDICE:

AGRADECIMIENTOS:	III
ÍNDICE:	IV
ABREVIATURAS:	VI
ÍNDICE DE TABLAS:	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS:	IX
RESUMEN:	X
ABSTRACT:	XI
1. INTRODUCCIÓN:	1
1.1. Tratamientos sustitutivos de la ERC:	3
1.2. Tipos de donantes:	5
1.3. Concepto “Calidad de vida”:	6
1.4. Revisión bibliográfica del concepto “calidad de vida”:	6
1.5. Modelos teóricos de calidad de vida relacionada con la salud:	8
1.6. Instrumentos de medición en la calidad de vida:	9
2. JUSTIFICACIÓN:	10
3. MARCO TEORICO:	10
4. OBJETIVOS:	12
5. METODOLOGÍA:	12
5.1. Procedimiento:	12
5.2. Criterios de inclusión y exclusión de artículos para la revisión bibliográfica:	14
5.3. Consideraciones éticas:	15
6. RESULTADOS:	15
6.1. Comparación de la calidad de vida entre los diferentes tratamientos sustitutivos:	15
6.2. Calidad de vida en los receptores de Trasplante Renal según variables socio- demográficas:	16
6.3. Percepción de la calidad de vida física en los receptores de Trasplante Renal:	18
6.4. Percepción de la calidad de vida psicológica en los receptores de Trasplante Renal:	20
6.5. Percepción de la calidad de vida social en los receptores de Trasplante Renal:	21
6.6. Percepción de la calidad de vida espiritual en los receptores de Trasplante Renal:	22
6.7. Percepción de la calidad de vida relacionada con el tratamiento prescrito a los receptores de Trasplante Renal:	22
6.8. Implicación del personal de enfermería con los receptores de Trasplante Renal:	23

7. DISCUSIÓN:	24
8. CONCLUSIONES:	25
9. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:	26
10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:	26
11. REFLEXIÓN PERSONAL DEL APRENDIZAJE OBTENIDO:	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	XII
ANEXOS:	XVI
Anexo 1: Cuestionario “Short-Form 36 Health Survey” (SF-36):.....	XVI
Anexo 2: Cuestionario “ReTrasnQol” (RTQ):.....	XX
Anexo 3: Estrategia de búsqueda:	XXIV
Anexo 4: Cronograma del desarrollo del trabajo:	XXVIII

ABREVIATURAS:

AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
AP	Atención Primaria
CDK-EPI	Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration
CEI	Comité de Ética de Investigación
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CVC	Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DP	Diálisis Peritoneal
EPIRCE	Estudio de Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ERET	Enfermedad Renal en Etapa Terminal
FG	Filtrado Glomerular
HD	Hemodiálisis
HLA	Antígeno Leucocitario Humano
HTA	Hipertensión Arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
IRA	Insuficiencia Renal Aguda
K/DOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
MeSH	Medical Subjects Headings
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
RAE	Real Academia Española
RTQ	ReTransQol
S.E.N.	Sociedad Española de Nefrología

SciELO	Scientific Electronic Library Online
SF-36	Short Form-36 Health Survey
TFG	Trabajo de Fin de Grado
TR	Trasplante Renal
UIC	Universitat Internacional de Catalunya
WHOQOL	World Health Organization for Quality of Life

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA I: Estrategia de búsqueda en PubMed	XXIV
TABLA II: Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus	XXV
TABLA III: Estrategia de búsqueda en SciELO	XXV
TABLA IV: Estrategia de búsqueda Cochrane Plus	XXVI
TABLA V: Estrategia de búsqueda CINAHL	XXVII
TABLA VI: Cronograma desarrollo TFG	XXVIII

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA I: Estadios y pronóstico de la ERC según FG y albuminuria

3

RESUMEN:

La Enfermedad Renal Crónica está en constante aumento en número de prevalencia e incidencia a nivel mundial. Actualmente el Trasplante Renal es el principal tratamiento de elección ya que mejora la calidad de vida y la supervivencia del paciente. A pesar de ello, los receptores no gozan de una calidad de vida igualada a la de la población general por lo que se realiza una revisión bibliográfica para saber qué aspectos de esa calidad de vida están alterados. El **objetivo general** de éste trabajo es explorar en la literatura científica cual es la calidad de vida de los receptores de un Trasplante Renal. Los **objetivos secundarios** son describir las dimensiones afectadas que tienen éstos, investigar si la calidad de vida mejora a través del tiempo y conocer el papel de la enfermería en éste campo. Para ello, se utiliza como **metodología** una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos incluyendo aquellos artículos de investigaciones realizadas a adultos y excluyendo los pacientes pediátricos y aquellos que tratan de más de un tipo de trasplante. Finalmente se han incluido un total de 33 artículos. Los **resultados** más importantes que se han obtenido han sido que los receptores de sexo femenino, con avanzada edad, un nivel educativo inferior, inactivos laboralmente, que sufren efectos secundarios de la medicación inmunosupresora así como miedo al rechazo y a mayor temporalidad post-trasplante gozan de una calidad de vida inferior. Como **conclusión**, a pesar de que la calidad de vida aumenta tras el trasplante comparándolo con los otros tratamientos sustitutivos, se deben conocer y tratar éstos aspectos que la hacen disminuir. Una buena estrategia podría ser a través de personal enfermero dedicado a cuantificar las percepciones de los pacientes y poner soluciones a los problemas que se hallen.

Palabras clave: Trasplante Riñón, Calidad de Vida, Enfermería.

ABSTRACT:

Chronic Kidney Disease is steadily increasing in number of prevalence and incidence worldwide. Renal Transplantation is currently the main treatment because it improves the quality of life and patient survival rates. However, recipients do not perceive their quality of life as well as the general population so we've done a literature review to find out which aspects of their quality of life are altered. The **overall objective** of this paper is to explore in the scientific literature which is the quality of life for renal transplant recipients. **Secondary objectives** are to describe the dimensions that they have altered, investigate whether the quality of life improves over time and understand the role of nursing in this field. For that, we have used a literature review **methodology** searching at different databases including those articles whose investigations were done in adult patients and excluding those articles whose were focused in pediatric patients and also those who treat more than one type of transplant. Finally, we have included a total of 33 investigations. The most important **results** we've obtained is that recipients who were female, older-adults, with less level of education, occupationally inactive, suffering side effects of immunosuppressive medication or having fear of rejection and increased post-transplant temporality enjoy a lower quality of life. In **conclusion**, although the quality of life after transplantation is increased compared with other replacement treatments we should know how to treat these aspects to increase the quality of life of these persons. A good strategy might be done through nurses to quantify the perceptions of these patients and bring solutions to the problems they might have.

Key words: Kidney Transplantation, Quality of Life, Nursing.

1. INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está en constante aumento en número de prevalencia e incidencia a nivel mundial, por lo que se trata de un problema de Salud Pública. En España, según el Estudio de Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica (EPIRCE) que se realizó en el año 2010, la edad media de la persona con ERC fue de 49,5 años. La prevalencia media de la población total fue del 9,06% y la de los estadios G3 a G5 fue del 6,8% ambos con un intervalo de confianza del 95%, siendo el estadio G3 de la enfermedad el que más consiguió (un 5,4%). Se trata de un dato relativamente elevado, así como similar al de otros países alrededor del mundo y que se prevé que vaya en aumento durante los próximos años [1].

En el año 2002, la National Kidney Foundation definió en sus guías de práctica clínica “Kidney Disease Outcomes Quality Initiative” (K/DOQI) la Enfermedad Renal Crónica como *“el daño renal que se sufre durante al menos 3 meses, definido por alteraciones estructurales o funcionales del riñón con o sin descenso del Filtrado Glomerular (FG), manifestando anormalidades patológicas o marcadores del daño renal como alteraciones en la composición de la sangre, orina y / o en los estudios de imagen. También puede ocasionar esta enfermedad una disminución de la función renal con un $FG < 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ durante, al menos, tres meses, con o sin daño renal aparente”* [2].

Entre los factores de riesgo susceptibles a desarrollar una ERC (algunos de ellos potencialmente modificables) se encuentran la edad (mayor de 60 años), historia familiar de ERC, Diabetes Mellitus (DM), bajo peso al nacer, la raza afroamericana y la Hipertensión Arterial (HTA). Algunos factores iniciadores de la ERC, los cuales están implicados en el daño renal, son las enfermedades autoinmunes, las infecciones urinarias, la medicación nefrotóxica (ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, captopril, sulfonilurea, n-acetilcisteína, carvedilol, entre otros), la Diabetes Mellitus y la HTA. Por último, existen factores de progresión de la enfermedad entre los cuales pueden estar la proteinuria persistente, la HTA o Diabetes Mellitus mal controlada, el tabaco, la dislipemia, la obesidad, la anemia y la enfermedad Cardiovascular (CVC).

Una evaluación médica de estos pacientes es de vital importancia, para poder determinar el diagnóstico, las condiciones comórbidas, la gravedad (evaluada a través del nivel de la función renal), las complicaciones (relacionadas con el nivel de la función renal), el riesgo de pérdida de la función renal y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Es por ello, que los profesionales de la Atención Primaria (AP) tienen un papel muy importante en la detección y seguimiento de la

enfermedad así como de las complicaciones. Para ello, se deberá realizar una estimación del FG mediante una analítica y calcular una ecuación establecida por la “Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration”(CDK-EPI) o por el estudio “Modification of Diet in Renal Disease” (MDRD), siendo la primera más específica que la segunda según las guías “Kidney Disease: Improving Global Outcomes” (KDIGO) [3]. Los resultados obtenidos dependerán de la medida de la concentración de la creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia del paciente. Estas ecuaciones se podrán utilizar siempre y cuando los pacientes no sean obesos extremos, sigan dietas especiales o tengan malnutrición, sufran alteraciones de la masa muscular o amputaciones, sean < 18 años, hepatópatas o mujeres embarazadas, tengan fracaso renal agudo y en el estudio de potenciales donantes de riñón. A éstos, se les deberá realizar una recogida de orina de 24h y así calcular los niveles de creatinina. Dependiendo de los resultados, se les realizará dos medidas del FG en un periodo no inferior a tres meses y descartar una disminución de éste debido a una Insuficiencia Renal Aguda (IRA), factores exógenos (diarrea, vómitos...) o al inicio de según qué tratamientos como los Antiinflamatorios No Esteroides (AINES) o los diuréticos. Se realizará una estimación del daño renal, la cual se calcula con la medición de la albuminuria del paciente. Para ello, se les cursa un análisis de orina. En esta misma prueba se puede analizar las alteraciones del sedimento urinario, que puede ser indicativo de ERC si se encuentra hematuria o leucocituria durante más de tres meses. Como prueba radiológica, se llevará a cabo una ecografía renal la cual servirá para identificar los cambios estructurales que ha sufrido el parénquima renal y de esa forma valorar el daño renal. Por último, se realizará una biopsia [2-3].

Actualmente la organización KDIGO [3-4] ha desarrollado un nuevo estadiaje de la ERC el cual consiste en establecer un pronóstico de ésta basándose en estadios de FG y albuminuria (cociente entre albúmina y creatinina) teniendo la utilidad de determinar la prioridad de derivación desde la AP a un especialista nefrólogo. Esta nueva clasificación contempla 6 niveles de estadiaje para el FG, en el que G1 tiene un filtrado normal o elevado y G5 es el fallo renal. En clasificación para la albuminuria, A1 sería normal o ligeramente elevada y A3 gravemente elevada. Por último, según el grado de FG y de albuminuria se puede identificar el pronóstico del paciente. El pronóstico se indica con 4 colores diferentes, en el que el riesgo menor corresponde al color verde, el siguiente es el amarillo correspondiendo al riesgo moderadamente aumentado, el siguiente es el naranja siendo un alto riesgo y por último el rojo habiéndose catalogado como muy alto riesgo. La siguiente tabla de la guía KDIGO expone los estadios así como el pronóstico [3]:

Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria: KDIGO 2012				Categorías por albuminuria, descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Categorías por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo renal	< 15			

FIGURA I: Estadios y pronóstico de la ERC según FG y albuminuria.

1.1. Tratamientos sustitutivos de la ERC:

Actualmente, los tratamientos que existen para la ERC [5] son la Hemodiálisis (HD), la Diálisis Peritoneal (DP), el Trasplante Renal (TR) y el tratamiento paliativo. En los primeros estadios, la ERC no tiene tratamiento curativo si no que éste estará centrado en ralentizar la progresión de la enfermedad. El paciente deberá recibir revisiones periódicas para mantener una buena tensión arterial, vigilar la presencia de anemia, revisar su medicación (evitando los AINES, antidiabéticos orales y contrastes yodados) y los hábitos dietéticos (evitar la obesidad, restricción proteica cuando el FG es < a 30 ml/min, restricción de sal en estadios avanzados, restricción de potasio y fósforo). En éstas revisiones, y según el estado del paciente, se les realiza también una analítica de control para valorar los resultados del hemograma, una bioquímica sanguínea y urinaria así como un sedimento de orina para determinar el grado de albuminuria y FG comprobando con los resultados si ha cambiado el estadio de la ERC [3].

Si el paciente se encuentra en un estadio más avanzado de la enfermedad y dependiendo de las complicaciones asociadas mencionadas con anterioridad, deberá realizar un tratamiento sustitutivo: diálisis o Trasplante Renal. Cuando la ERC está más avanzada y no hay posibilidad de realizar el Trasplante Renal por falta de donantes u otros motivos, el tratamiento de elección es la diálisis, la cual puede ser Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal.

La Hemodiálisis consiste en desviar la sangre del cuerpo del paciente y ponerla en contacto con un dializador para que al pasar por una membrana semipermeable se realice el filtrado sanguíneo. A continuación la sangre filtrada es devuelta al paciente.

La Diálisis Peritoneal es un tratamiento muy cómodo para el paciente ya que se puede realizar de forma domiciliaria. Consiste en un tipo de diálisis que tiene como dializador el mesotelio peritoneal [5].

Cuando los pacientes están realizando el tratamiento de Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal, entran en una lista de espera para poder realizarse el Trasplante Renal. Esta lista de espera ha ido aumentando debido al aumento en número de pacientes. Mientras en 1991 había 5593 personas en la lista, en el año 2014 había 5571. El funcionamiento de dicha lista es mediante listados informáticos dónde se almacenan los datos personales actualizados, de histocompatibilidad y grupo sanguíneo de todos los pacientes que precisan el Trasplante Renal. A medida que entra un nuevo injerto, se comprueba informáticamente cuál es el mejor receptor de la lista de espera y se contacta con éste para realizarle las pruebas cruzadas mediante una extracción sanguínea para así evitar el rechazo. Todos receptores siguen este criterio menos aquellos que son considerados una urgencia absoluta como los niños, debido a los múltiples retrasos de desarrollo que les supone el realizar un tratamiento de Hemodiálisis, y los sujetos hiperinmunizados, ya que tienen mayor dificultad para poder conseguir un trasplante. Estos receptores recibirán el trasplante antes que las personas de la lista de espera siempre y cuando sean compatibles con el injerto [6]. En la lista de espera, hay entre un 5 y 10% de tasa de mortalidad, siendo superior cuando los pacientes son más longevos, por causas como la enfermedad cardiovascular así como enfermedades infecciosas debido al proceso de la Hemodiálisis [7].

Generalmente todos los pacientes con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET), la cual se define como la incapacidad funcional autónoma de los riñones para que la persona pueda subsistir, pueden recibir un trasplante menos cuando el riesgo de la inmunosupresión y de la cirugía es excesivo por la edad del paciente o su patología asociada. Según la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), existen algunos criterios de exclusión absoluta de la lista de espera de trasplante (aunque siempre dependerá de la condición individual de cada persona), los cuales incluyen a los pacientes que tienen una neoplasia o enfermedad crónica activa con corta esperanza de vida, pacientes alcohólicos o drogadictos, obesidad, insuficiencia orgánica grave sin posibilidades de corrección y psicosis no controlada. A los pacientes con adicciones y obesos se les ofrecen programas de ayuda para poder reconducirlos a un mejor estado de salud.

El Trasplante Renal es el principal tratamiento de elección ya que mejora la calidad de vida y la supervivencia del paciente. Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en el año 1990, se realizaron un total de 1240 trasplantes renales en el territorio español, cantidad que ha ido aumentando a lo largo de los años llegando a realizar un total de 2678 en el 2014, de los cuales 423 fueron de donantes vivos y 2255 de donantes cadavéricos. La actividad de donantes vivos en España es más baja que en otros países pero va aumentando considerablemente ya que el número de trasplantes de este tipo que se hicieron en 1991 fueron 16 en comparación con los 423 del año 2014 que se ha citado anteriormente. El Trasplante

Renal se realizó en 2013 en un 87% entre familiares directos del receptor así como en un 2% entre amistades de éste. Las donaciones cruzadas son las que receptor y donante no tienen ningún tipo de vínculo de consanguinidad, las cuales fueron de un 11%. No todos los riñones donados pueden llegar a ser trasplantados. En 2013 se recibieron un total de 2860 riñones pero 674 tuvieron que ser desechados por problemas con el donante, con el injerto o por receptor no compatible. Las comunidades autónomas de Cataluña (604) y Andalucía (453) son las que más trasplantes al año han realizado en el 2014. Las comunidades que más donantes de riñón han registrado han sido Andalucía (315), Madrid (238) y Catalunya (218) [8].

1.2. Tipos de donantes:

Existen tres tipos de donantes posibles, los donantes en vivo emparentados con el receptor, los donantes en vivo no emparentados con el receptor y los donantes cadavéricos. Para ser un donante en vivo [9] la edad mínima es de 18 años y no existe una edad máxima, aunque los mayores de 70 años no se suelen contemplar como posibles donantes. La adicción a drogas y la obesidad severa (Índice de Masa Corporal, IMC >35) son contraindicaciones absolutas de la donación mientras que los donantes fumadores o consumidores de grandes cantidades de alcohol, podrán serlo siempre y cuando cesen estos hábitos unas 4 semanas antes del trasplante. Al donante se le deberán realizar una serie de pruebas clínicas para verificar su estado de salud físico, psicológico e inmunológico para poder encontrar el receptor adecuado. Este tipo de trasplante ofrece un mejor resultado comparándolo con el trasplante cadavérico logrando que el paciente tenga una mayor supervivencia.

Los donantes cadavéricos son aquellas personas que entran en muerte encefálica o cardíaca, ambas irreversibles. A estos, se les deberá realizar una valoración exhaustiva de la función renal, sobre todo en los fallecidos por causas cardiovasculares para poder descartar un daño renal por arterioesclerosis. A partir de los resultados de los donantes, se busca un receptor con los mismos datos inmunológicos (compatibilidad de Antígeno Leucocitario Humano (HLA) y presencia de anticuerpos anti-HLA, los cuáles son únicos en cada persona) y datos no inmunológicos como la edad, el tiempo de permanencia en diálisis, proporción de peso entre donante y receptor, grado de urgencia, etc. Para poder realizar el trasplante, primero se debe inmunosuprimir al paciente. Actualmente el tratamiento que más se utiliza para ello y que hace posible que la tasa de rechazo sea aproximadamente del 10%, es la combinación de Tacrolimus (inhibidor de la activación y síntesis de los linfocitos, entre otras funciones, el cual previene el rechazo y es prescrito también para evitar el rechazo tras el trasplante), Micofenolato Mofetil (inhibidor de la proliferación de linfocitos entre otros, realizando prevención del rechazo agudo y crónico) y por último esteroides (inmunosupresión primaria como prevención al rechazo y

como tratamiento del rechazo agudo una vez el riñón es trasplantado). Los fármacos inmunosupresores se utilizan desde el día del trasplante y de forma indefinida, pudiéndose añadir algún otro para aumentar la potencia inmunosupresora durante los primeros días post-trasplante. Éste otro tratamiento podría ser de inducción a través de anticuerpos mono o policlonales dirigidos contra diferentes antígenos de la superficie de los linfocitos para destruirlos o inutilizarlos durante un tiempo. La mayoría de rechazos se producen en el primer mes por complicaciones quirúrgicas o rechazo irreversible, aunque la supervivencia a largo plazo suele ser de un 50% a los 10 años post-trasplante [5].

1.3. Concepto “Calidad de vida”:

La calidad de vida se define según la Real Academia Española (RAE) como el “conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa”. Estas condiciones pueden estar condicionadas por diferentes factores, como la vivienda, la educación, la política, el clima, el trabajo y la salud. En el caso de los pacientes con ERC tienen condicionado el factor de la salud el cual les puede llevar a no cumplir la propia definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [10].

1.4. Revisión bibliográfica del concepto “calidad de vida”:

El concepto de calidad de vida ha realizado muchos cambios a lo largo de la historia y se ha desarrollado a través de las siguientes disciplinas: medicina, filosofía, economía, ética, sociología, política y ambiental. Grandes filósofos como Aristóteles y Platón ya hablaban sobre el concepto del bienestar y la felicidad de la persona, lo cual está directamente relacionado con el concepto de calidad de vida [11]. A partir de aquí, en los años 30, se empezó a hablar del Estado de Bienestar debido a los cambios socioeconómicos que ocurrieron en la época (Gran depresión de los años 30), el cual se refería a poder permitirse la posibilidad de consumir consiguiendo así una mayor satisfacción con la vida [12].

Posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, se introdujo el término de nivel de vida donde las Naciones Unidas concluyeron que debía equivaler a todo lo relacionado con la salud, la educación, el empleo, la esperanza de vida, la renta per cápita, etc. Con todo ello se conseguía una mayor economía, educación, sociabilidad, etc., aunque finalmente el término de salud no se acabó introduciendo como integrante del nivel de vida sino que se limitó a los recursos y no a las condiciones de vida [12].

La OMS durante el foro mundial de la salud realizado en Ginebra en el año 1966 definió el concepto de calidad de vida como “*la percepción que un individuo tiene de su lugar en la*

existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno personal". La misma organización decide introducir éste término en su literatura en el año 1988 [13].

El término de calidad de vida se ha introducido en el siglo XX, relativamente hace poco tiempo, el cual hace referencia al grado de bienestar de una población. Según la teoría de Eric Allardt, la calidad de vida es tener (condición material), amar (necesidad de relacionarse) y ser (necesidad de integración en la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza). Según Amartya Sen, es la obtención de libertad a través de bienes básicos que realiza la persona, los cuales, hacen al individuo con las actividades efectivas que realiza [12].

Borthwick-Duffy realizó un modelo conceptual de la calidad de vida de las personas en 1992, el cual la definía como la calidad de las condiciones de una persona, la satisfacción experimentada por la persona en esas condiciones y la combinación de condición de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta. Felce y Perry, en 1995, añadieron un matiz a la anterior definición, el cual fue la combinación de la condición de vida y la satisfacción personal ponderada por escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales [12]. En 1993, Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig la describieron como un juicio subjetivo sobre el nivel de felicidad alcanzada el cual acaba en bienestar o malestar relacionado con indicadores de tipo social, psicológico, conductual y biológico [13].

Los autores Amar y Alcalá, en el año 2001, consideraron que la calidad de vida se ha ido construyendo a través de la historia partiendo de la necesidad e intereses de la comunidad y apuntando hacia el proyecto de vida de los individuos, teniendo en cuenta el contexto donde se encuentran así como los participantes incluidos en ella. En el año 2002, Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, defienden una teoría que explica que, para poder comprender y evaluar el concepto de calidad de vida no solamente se debe tener en cuenta la parte personal sino también las variables contextuales y económicas. En el año 2004, Trujillo, Tovar y Lozano consideran que la calidad de vida ha de contener tanto los aspectos externos y objetivos como los internos y subjetivos añadiendo también las condiciones vitales de estos. Crearon un modelo teórico a través de tres ejes. El primer eje es el de la persona-sociedad en el que se incluyen todo tipo de relaciones que afectan al estilo de vida del individuo y hace que pueda mejorar o empeorar debido a las influencias que estos tienen. El segundo eje es el subjetivo-objetivo, que incluye los aspectos medibles de la vida (salud, educación, economía, etc.) así como los que no se pueden medir (satisfacción y percepciones del individuo). El tercer eje está formado por la biografía-historia, con la que se busca representar la dimensión temporal del concepto de calidad de vida. La

biografía representa las experiencias que han marcado sus vidas y la historia las condiciones sociales que afectan a los individuos, lo cual influye en la calidad de vida de la persona. En el año 2007, Cardona y Agudelo describen la necesidad de componentes objetivos que forman la calidad de vida así como subjetivos que incluyen las sensaciones, satisfacciones, etc. [13].

1.5. Modelos teóricos de calidad de vida relacionada con la salud:

Los autores Lehman, Ward y Linn desarrollaron en el año 1982 el modelo de satisfacción. Este modelo consiste en que la calidad de vida percibida depende de las condiciones de vida actuales de la persona ajustadas a sus necesidades, deseos y aspiraciones [14].

El modelo del funcionamiento del rol, basado en las ideas de Maslow (1954) y realizado por Bigelow en el año 1982, sugiere que la felicidad y la satisfacción relacionadas con el ambiente y en lo social son necesarias para poder llegar a cubrir las necesidades humanas básicas (fundamentalmente la seguridad). De esta forma, no se puede satisfacer una necesidad superior si las básicas no lo están [14].

El modelo de Stevens, realizado en 1986, describe la calidad de vida como una composición de tres factores: la función física, la función social (incluyendo la familia, la vida social y la dependencia) y la función emocional (incluyendo el aislamiento, la depresión y la ansiedad) [15].

El modelo de Walker y Asher, realizado también en el año 1986, relaciona el concepto de calidad de vida con la salud dentro de una escala de bienestar que cubre la satisfacción, la percepción de la salud en general, el bienestar psicológico y físico, la limitación de los roles, la enfermedad y la muerte [15].

El modelo de Schalock y cols en 1990 incluía la percepción subjetiva pero añadiendo la autodeterminación como una dimensión clave dentro de la calidad de vida de las personas.

Otro modelo es el combinado de importancia/satisfacción descrito por Becker en el año 1993. Éste incorpora la satisfacción subjetiva del paciente y la evaluación de las dimensiones de vida de la persona, lo cual significa que las personas se distinguen por sus valores individuales y las condiciones objetivas de vida afectan diferente a la calidad de vida subjetiva [14].

Bech, en 1993, refirió el concepto de calidad de vida como el bienestar subjetivo del paciente dentro del contexto de su enfermedad, accidente o tratamiento. Cummins, también en 1993, considera dentro del concepto de calidad de vida el bienestar emocional en un 85%, la intimidad en un 70% y factores relacionados con el trabajo en un 56% [15].

El modelo del proceso dinámico según Agermeyer y Kilian (1996) se centra en los valores socio-culturales y otros influyentes que en conjunto, construyen el desarrollo de la personalidad.

En este modelo, la calidad de vida es un largo proceso que se debe construir a través de la mezcla de los deseos, las metas y las condiciones del entorno de la persona [13].

En el año 1994, la OMS con el grupo de trabajo de la World Health Organization for Quality of Life (WHOQOL) definieron la calidad de vida como la *“percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”*. En el año 1995 añadieron que las medidas de la calidad de vida relacionadas con la salud deben ser subjetivas (recoger la percepción del paciente), multidimensional (recopilar datos físicos, emocionales, sociales e interpersonales de la persona), incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo [15].

Shumaker y Naughton también en 1995 desarrollaron el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como el estado, la promoción y el cuidado sanitario sobre la capacidad de las personas de mantener un buen funcionamiento para poder realizar las actividades diarias que contribuyen al bienestar de las personas. Los autores Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso definieron en el 2001 la calidad de vida como la percepción que cada persona tiene de su propia salud [13].

El autor Bengtsson-Tops en el año 2005, definió la calidad de vida como un concepto multidimensional relacionado con las características personales, roles sociales, condiciones vitales y la percepción subjetiva de la persona en las diferentes esferas vitales [15].

Por último, Drummond en el año 2007, consideró que para obtener la calidad de vida de un paciente solamente es necesario observar el área física y psicológica de éste [15].

1.6. Instrumentos de medición en la calidad de vida:

Para poder medir de una forma física y objetiva la percepción de la calidad de vida de los receptores de un Trasplante Renal, se han creado una variedad de indicadores con diferentes instrumentos como pueden ser escalas, índices o cuestionarios [12]. Los cuestionarios “Short Form-36 Health Survey” (SF-36) (Anexo 1) y ReTransQol (RTQ) (Anexo 2) son los más utilizados debido a que realizan una revisión completa de las variables que condicionan la calidad de vida de un receptor trasplantado [16].

El cuestionario SF-36, es un cuestionario genérico para la evaluación de la calidad de vida. Se realiza a través de una escala Likert yendo del 0 (completa insatisfacción) al 100 (satisfacción total). En éste cuestionario, se miden los siguientes dominios de la persona: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental [16].

El cuestionario ReTransQol está realizado específicamente para evaluar la calidad de vida en receptores de trasplante renal. Consta de 45 ítems, los cuales responden a 5 dimensiones: salud física, salud mental, atención médica y satisfacción [16].

Podríamos concluir que el cuestionario ReTransQol es más específico que el SF-36 para valorar la calidad de vida de los receptores de un Trasplante Renal, aunque debido a que el SF-36 contempla más dimensiones de la persona, el procedimiento más completo sería utilizar ambos cuestionarios ya que éstos son complementarios y ofrecen diferentes matices sobre la calidad de vida personal percibida [16].

2. JUSTIFICACIÓN:

La Enfermedad Renal Crónica está en pleno aumento de número de pacientes, por lo que es importante estudiar todos los factores que derivan de ella. Esta enfermedad dejó de ser terminal para empezar a ser una Enfermedad Crónica en los años 40-50, con el tratamiento de la Diálisis y el Trasplante Renal. Aún y así, la calidad de vida de estos pacientes está disminuida desde el inicio de la enfermedad, sobre todo cuando empiezan el tratamiento de diálisis y durante la espera de injerto renal compatible. En general, la mayoría de los pacientes trasplantados de riñón gozan de una mejor calidad de vida tras el trasplante. A pesar de ello, hay bibliografía que también explica diferentes problemas que se pueden ir explorando una vez realizado el trasplante. Es por ello que se realiza ésta revisión bibliográfica, para poder plasmar qué aspectos de la calidad de vida del paciente mejoran y cuáles de ellos son de nueva afección. A partir de esto, y con la colaboración del personal enfermero dentro del equipo multidisciplinar, se puede lograr un consenso y unos protocolos de actuación en las revisiones periódicas de éstos pacientes y mejorar y/o mantener la percepción que tienen de su propia calidad de vida. Con la información obtenida en éste estudio, se podría llevar a cabo en un futuro una investigación centrada en mejorar ésta percepción de calidad de vida que los receptores de un injerto renal tienen.

3. MARCO TEORICO:

La autora Schwartzmann define la calidad de vida en el año 2003 como *“un proceso cambiante y dinámico vinculándolo con las relaciones entre las personas y el medio ambiente, siendo ésta el resultado de dichas interacciones. La calidad de vida será mejor o peor dependiendo del grado de bienestar físico, psíquico y social y de la valoración de la vida que tenga la persona, por tanto, podrá ir cambiando dependiendo del estado de ésta”* [13].

Debido a la argumentación del modelo de Schwartzmann, es escogido para desarrollarlo y así entender el concepto de calidad de vida. De ésta manera, y relacionándolo con los receptores de trasplante renal, podremos entender cómo es la calidad de vida de éstas personas. El modelo ha sido seleccionado debido a que la mente humana, las percepciones y las emociones están sometidas a diversos cambios a lo largo de la vida, por lo que si lo relacionamos con la calidad de vida, también ésta puede ser cambiante.

A veces, el concepto de calidad de vida se cree que tiene que ver con la longevidad de la persona, pero no tendría que ser así. Actualmente, desde hace unos años, estamos presenciando un aumento de la longevidad de la población, lo cual no tiene por qué estar asociado a una mejora de la calidad de vida ya que sufrimos diferentes situaciones, entre ellas el estrés, el cual predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. Tradicionalmente, en el campo de la medicina, solamente se daba valor a las valoraciones del equipo médico, es decir, la parte objetiva de la enfermedad. Actualmente ésta percepción ha cambiado y se intenta valorar más la parte subjetiva de la enfermedad, es decir, aquella en la que el paciente refleja sus sentimientos y percepciones que condicionan su malestar, bienestar y estilo de vida. Debido a esto, el objetivo primordial de los pacientes ancianos es que vivan más años (debido al aumento de la esperanza de vida) gozando de una buena calidad de vida [17].

Schwartzmann afirma que la calidad de vida es un proceso cambiante en la persona que depende de las percepciones que en ese momento tenga, su personalidad, tipo de enfermedad que posee, su evolución y el cambio que produce en ésta. Se trata de un proceso cambiante debido a que la persona necesita un periodo de adaptación a las nuevas situaciones (como por ejemplo durante el inicio de una Enfermedad Renal Crónica), las cuales, llevan a cambios de valoración de la situación. La mente humana cambia de percepciones y de opinión muchas veces a lo largo del tiempo, por lo que la persona necesita un periodo de adaptación a la enfermedad, estudiar los mecanismos de afrontamiento (o coping) que querrá utilizar así como ordenar sus valores y expectativas. Durante todo el proceso, los diferentes elementos pueden ser modificados para llegar a los objetivos personales. De esta manera, el soporte social percibido podrá ser considerado más o menos útil dependiendo de la persona que está sobrellevando la enfermedad. El estrés y las situaciones complejas por la que esté pasando la persona enferma (pobreza, desempleo, duelos, etc.) inciden negativamente en la percepción de la calidad de vida. De esta forma, con este modelo no solamente se integran los aspectos biológicos de la enfermedad (signos y síntomas) sino que también llega a la parte más integral de la persona (bio-psico-social) que permiten promover la mejor calidad de vida posible [17].

Relacionando ésta teoría con el Trasplante Renal, podemos decir que dependiendo de la percepción de la persona en cada uno de los momentos de su enfermedad así como de sus

tratamientos tendrá una sensación diferente de la calidad de vida que está teniendo en ese momento. En diferentes situaciones la persona puede sentir distintos miedos, como por ejemplo al rechazo, y que ello disminuya su sensación de gozar de una buena calidad de vida. En cambio, en otros momentos, puede darse cuenta de las actividades que antes no podía realizar y que gracias al trasplante son posibles, de manera que percibiría un aumento de su calidad de vida. La vida en general es un proceso cambiante por lo que creo que ésta teoría es la más adecuada para argumentarla con el tema de los Trasplantes Renales.

4. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Explorar en la literatura científica la calidad de vida que tienen los receptores de una Trasplante Renal en la etapa adulta.

Objetivos específicos:

- Describir qué dimensiones personales tienen afectadas los receptores de Trasplante Renal.
- Investigar si la calidad de vida mejora a través del tiempo en los receptores de un Trasplante renal.
- Conocer el papel de la profesión enfermera en la evaluación de la calidad de vida de los receptores de un Trasplante Renal.

5. METODOLOGÍA:

5.1. Procedimiento:

Para realizar la revisión de la literatura sobre la calidad de vida en los receptores de un Trasplante Renal, se ha realizado una un estudio sistemático en diferentes bases de datos con tipología de ciencias de la salud y sociales entre los meses de Octubre del año 2014 y de Abril del año 2015.

Esta revisión ha sido realizada en las bases de datos de Cochrane Plus, PubMed, Dialnet Plus, Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Los descriptores utilizados en las primeras búsquedas fueron: “kidney”, “transplantation”, “transplant”, “quality of life”, términos que también fueron traducidos a lengua española y catalana.

Para realizar una búsqueda más precisa en las bases de datos, se acabó utilizando Encabezados de Temas Médicos (Medical Subjects Headings o términos MeSH) así como los operadores booleanos AND y OR. Estos fueron buscados a partir del Thesaurus de la base de datos de Pubmed, la cual fue la primera en ser consultada. La estrategia de búsqueda fue construida de la siguiente manera:

Kidney transplantation OR Kidney transplant AND Quality of life

Se requirió limitar la búsqueda de los resultados dado que éstos eran imprecisos ya que se obtenían un total de 1442 artículos entre los cuales también se incluían resultados de la calidad de vida que tienen los donantes una vez realizan la donación del injerto. Para limitar, se añadió el operador booleano NOT y el término “Donor”, que aún y no siendo un término MeSH, dio buenos resultados en la búsqueda, ya que disminuyeron el número de artículos a 1149 resultados.

Debido al gran número de artículos obtenidos en la prueba de las anteriores búsquedas se decidió dar más precisión a los términos de búsqueda. Como el término “kidney transplant” no es MeSH, no sólo resultaban artículos relacionados con el trasplante de riñón sino que también estaban vinculados con todo tipo de trasplantes. Por ello, se consideró extraer éste término de la estrategia de búsqueda utilizando “kidney transplantation”, el cual sí que es MeSH, y así conseguir resultados más acotados. Finalmente, la estrategia de búsqueda fue:

Kidney transplantation AND Quality of life NOT donor

Con ésta búsqueda se obtuvieron un total de 783 resultados.

Al seguir siendo una gran cantidad de documentos, se decidió hacer uso de los filtros disponibles en cada una de las bases de datos.

En PubMed (783 resultados) se utilizó el filtro de “fechas de publicación” para obtener artículos de los últimos 5 años (148 resultados) y el filtro de “edades” para que solamente se obtuvieran estudios realizados en adultos (96 resultados).

En SciELO (24 resultados) se seleccionó el filtro de “Año de publicación” entre el 2010 al 2015 (19 resultados).

Debido a la posibilidad de acceder a la base de datos Dialnet Plus (que no sólo Dialnet) se pudieron seleccionar más filtros de búsqueda que los que ofrece la página básica (4 resultados), por lo que se utilizó el filtro de “Rango de años” entre el 2010-2019 (2 resultados).

En la base de datos de Cochrane Plus (4 resultados) se utilizó también el filtro para seleccionar solamente resultados del 2010 al 2015 (3 resultados).

Por último, en la base de datos de CINAHL (342 resultados), se empleó el filtro de “fechas de publicación” entre el 2010 y el 2015 (128 resultados).

En total se disponían un total de 240 artículos, de los cuales, se realizó una criba manual según el título de éstos. La selección de artículos por base de datos fue: 1 documento de Dialnet Plus, 5 documentos de SciELO, 19 documentos de Pubmed, 23 documentos de CINAHL y ningún documento de Cochrane Plus, lo que hacía un total de 48 artículos.

Al realizar el análisis del resumen de éstos 48 artículos, se fueron excluyendo algunos de ellos por imprecisión del tema escogido. Finalmente, los artículos incluidos en ésta revisión bibliográfica han sido: 1 documento de Dialnet Plus, 5 documentos de SciELO, 15 documentos de Pubmed y 12 documentos de CINAHL, por lo que el total de artículos que se han analizado han sido 33.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión de artículos para la revisión bibliográfica:

Para la selección de artículos, se han utilizado unos criterios de inclusión e exclusión propios:

- Criterios de inclusión:
 - Estudios que contengan como temática principal el Trasplante Renal en la etapa adulta.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos que investiguen a receptores sometidos a un doble o triple trasplante de otros órganos que no es el riñón.
 - Estudios que contengan como temática principal el Trasplante Renal en la etapa de la niñez o la adolescencia.
 - Artículos redactados en otros idiomas que no fueran inglés, catalán o castellano.

Este estudio se ha centrado en la población adulta debido a que es el mayor grupo de la población que suelen sufrir una ERC. Se han excluido los artículos que tratan a receptores sometidos a más de un tipo de trasplante así como los pacientes pediátricos debido a que la percepción de calidad de vida en éstos pacientes es diferente.

Por último, han sido descartados los artículos que no estuvieran redactados en lengua inglesa, catalana o española debido a la falta de conocimientos de otros idiomas.

5.3. Consideraciones éticas:

Debido a que se trata de un trabajo con tipología de revisión de literatura, no ha sido necesario solicitar una aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación (CEI) ni de ninguna otra institución ya que la información se ha obtenido de bases de datos de artículos anteriormente publicados, los cuales ya han sido aprobados por un comité de ética.

Los datos sustraídos han sido analizados para poder plasmar unos resultados totalmente objetivos y sin juicios de valor.

Se han evitado los plagios en el redactado.

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) desarrollado se adjunta a la metodología vigente de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) y responde a los requisitos del reglamento del TFG y final de máster aprobado por la comisión ejecutiva del gobierno con fecha 30/01/2012.

Se tendrá en cuenta para su publicación pasar por un comité de ética de búsqueda en investigación científica.

6. RESULTADOS:

Tras el análisis exhaustivo de los artículos seleccionados para realizar ésta revisión bibliográfica, se decide englobar los resultados por diferentes temáticas. Las diferentes temáticas obtenidas han sido la calidad de vida según la comparación con los diferentes tratamientos sustitutivos de la Enfermedad Crónica Renal, según las variables socio-demográficas, problemas físicos; psicológicos; sociales y espirituales que se tienen tras el trasplante y que hacen que la calidad de vida disminuya, problemas con el tratamiento prescrito y la implicación del personal de enfermería con los receptores de un Trasplante Renal.

6.1. Comparación de la calidad de vida entre los diferentes tratamientos sustitutivos:

La calidad de vida en las personas que sufren una ERC y que están en tratamiento de diálisis suele estar más afectada que aquellos que ya han recibido un Trasplante Renal [18].

- **Hemodiálisis:** En pacientes Hemodializados, la calidad de vida tiene diferentes funciones alteradas. La función física se encuentra disminuida con algún grado de limitación para realizar ejercicios intensos o e incluso pueden llegar a tener problemas, por ejemplo, de concentración en el trabajo. La función emocional también se encuentra afectada. La depresión es un síntoma

frecuente, la cual suele disminuir al realizar el Trasplante Renal. Los trastornos del sueño también son muy típicos en pacientes con tratamiento de Hemodiálisis, siendo frecuentes también después del Trasplante Renal. El rol social también se encuentra afectado debido a los dos últimos ítems, la función física y emocional, porque les dificulta poder realizar actividades sociales que con anterioridad sí que realizaban. El dolor corporal es otro de los factores que disminuyen la calidad de vida en estos pacientes ya que durante la sesión de Hemodiálisis presentan diferentes dolores como calambres musculares, dolor abdominal u óseo así como cefaleas entre otros síntomas. Estos dolores les pueden dificultar las anteriores funciones y roles. La energía y vitalidad de estos pacientes es muy variada. No todos los pacientes refieren cambios y algunos de los que lo refieren pueden ser por un problema de anemia. Por último, la percepción de salud general suele estar también disminuida [19].

- **Diálisis peritoneal**: La calidad de vida en pacientes con tratamiento de Diálisis Peritoneal no suele estar muy diferenciada con la de los pacientes en tratamiento de Hemodiálisis. Estos suelen tener la misma percepción de calidad de vida que los de Hemodiálisis o ligeramente aumentada [20-21]. Los pacientes incluidos en este tratamiento suelen ser jóvenes para que puedan continuar realizando sus actividades de la vida diaria, lo cual puede aumentar la motivación que tienen al poder realizar el tratamiento de forma extrahospitalaria, dándoles mayor libertad personal y justificando así ese ligero aumento de calidad de vida que nos dice la bibliografía.

- **Trasplante Renal**: La calidad de vida de las personas trasplantadas de riñón se ve afectada debido a los controles médicos frecuentes que se les ha de realizar, infecciones y ansiedad ante la posibilidad del rechazo del injerto, pero aun así está aumentada comparándolo con los pacientes de diálisis. En una revisión bibliográfica realizada para comparar la calidad de vida entre pacientes en tratamiento de Hemodiálisis y pacientes trasplantados los resultados fueron que, en general, estaba muy aumentada en los pacientes trasplantados. El 90% justificaron tener una mejor función física que cuando realizaban el tratamiento de Hemodiálisis, el 100% notaron una mejoría en su libertad así como también obtuvieron mejores resultados en su trabajo. Los pacientes en tratamiento de Diálisis Peritoneal también justificaron tener un aumento de su calidad de vida cuando se les realizó el trasplante, obteniendo los mismos porcentajes que los pacientes con Hemodiálisis [21].

6.2. Calidad de vida en los receptores de Trasplante Renal según variables socio-demográficas:

La calidad de vida de una persona con Enfermedad Renal Crónica mejora considerablemente tras el Trasplante Renal, sobre todo en el dominio físico y en las percepciones personales del

receptor [22-23]. Esto es debido a que el tratamiento ofrece la posibilidad de vivir sin la Enfermedad Renal Crónica así como sin los inconvenientes que ésta conlleva [23]. A pesar de ello, no es considerado un logro totalmente positivo por parte de los receptores ya que al cabo de unos años después del trasplante, la calidad de vida es catalogada como moderada y aceptable, siendo menor que la presentada por la población general sana [24–27] . Diferentes factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales hacen que influyeran negativamente para no conseguirla plenamente [22,24]. En un estudio realizado en el presente año 2015, las dimensiones que resultaron más parecidas a la población sana fueron la social y la de rol. Otros factores que pueden influir en los registros de una peor calidad de vida en los receptores de un Trasplante Renal son la edad, el sexo, el nivel de creatinina y la situación laboral de la persona [26].

Existen diferentes factores estresantes y preocupantes para los receptores una vez el trasplante es realizado [28]. Estas personas tienen que seguir un régimen muy estricto de tratamiento inmunosupresor y sufrir sus efectos secundarios así como revisiones frecuentes, posibles infecciones y potencial riesgo de rechazo del injerto [16]. Un empeoramiento de la función renal tras el trasplante también puede influir negativamente en la calidad de vida del paciente ya que éste puede requerir una monitorización clínica, cambios en el tratamiento y en las dosis de la medicación inmunosupresora. En esta situación, se pueden aumentar los efectos adversos y disminuir las actividades de la vida diaria de los receptores así como su bienestar [29]. Debido a esta incertidumbre, los receptores pueden aumentar su ansiedad y estrés psicológico por lo que es muy importante abordar éstos problemas para obtener resultados positivos en la adherencia terapéutica (y evitar así un rechazo del injerto), la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida [30-31].

Los pacientes que han recibido directamente el tratamiento del Trasplante Renal, no han reflejado una calidad de vida más alta que aquellos que han realizado diálisis y posteriormente el trasplante, a pesar de las dificultades que ésta conlleva [25].

A través de una revisión bibliográfica realizada desde el año 1980 hasta el 2012, se ha llegado a la conclusión de que la calidad de vida de los receptores de riñón ha ido aumentando a lo largo de los años [32], lo cual puede ser debido al descenso de mortalidad y la rápida recuperación que se ha obtenido gracias a los adelantos en la medicina.

- **Sexo:** Muchos estudios afirman que los receptores de Trasplante Renal de sexo masculino, suelen tener una mejor percepción de la calidad de vida frente al sexo femenino [16,25,33–36], hecho que también ocurre en la población general sana, lo cual está asociado a factores emocionales [34]. Algunos estudios han llegado a la conclusión de que no hay diferencia

significante entre la percepción de ambos sexos [26,28]. Al mes post-trasplante, las mujeres suelen puntuar su calidad física de una forma peor que los hombres, aunque la percepción de la calidad de vida general suele estar bastante igualada entre sexos. A los 6 meses post-trasplante, el sexo masculino suele percibir un mayor aumento que el sexo femenino en la calidad de vida general, excepto en la dimensión física que ambos sexos poseen parecidos resultados [34].

- **Edad:** La calidad de vida de los receptores de un Trasplante Renal mejora significativamente cuando se trata de un adulto joven [16,22,25,27-28,33,35], siendo muy parecida a la población sana en general del mismo grupo de edad [26]. Esto puede ser debido a que los pacientes adultos más mayores no tienen la misma vitalidad que los anteriores debido al proceso natural del envejecimiento o porque pueden tener otra afección médica relacionada con la avanzada edad [26–28]. Contrariamente, hay estudios que afirman que existe una mejor percepción de ésta cuanto mayor es el receptor [34] ya que éstos pacientes tienen menos ansiedad y miedo al rechazo del injerto [16].

- **Nivel de estudios:** Un nivel de educación bajo está relacionado directamente con una disminución de la percepción de la calidad de vida tras el Trasplante Renal [16,35]. Así mismo, los receptores que tienen estudios universitarios o niveles más altos de educación presentan una mejora en la percepción de la calidad de vida tras el trasplante que aquellos que tienen una educación básica [27,33].

- **Temporalidad post-trasplante:** Los receptores de un Trasplante Renal con menor tiempo post-trasplante suelen percibir una mejor calidad de vida, lo cual puede ser debido a que tienen más reciente su percepción negativa de cuando estaban realizando el tratamiento de diálisis. El trasplante, entonces, puede ser visto como un regreso a la libertad y a la vida normal que tenían anteriormente [33]. Al mes post-trasplante, los receptores de Trasplante Renal tienen la calidad de vida disminuida comparándola con la población general sana, sobre todo en las dimensiones físicas y sociales [34]. Los 3 primeros meses post-trasplante son los más duros para los receptores, es por ello que tienen una baja percepción de calidad de vida [37]. A los 6 meses post-trasplante, la calidad de vida percibida por el receptor es semejante a la de la población general sana, aunque un poco más disminuida menos en las dimensiones emocionales y salud mental [34]. Al cabo de los años, los pacientes se suelen adaptar a la vida con un trasplante y el miedo al rechazo suele disminuir 5 años después de éste, por lo que la calidad de vida percibida es mayor, aunque disminuida comparándola con la población general sana [27,29,31].

6.3. Percepción de la calidad de vida física en los receptores de Trasplante Renal:

Tras el Trasplante Renal, la calidad de vida del paciente mejora significativamente sobre todo en la variable física [22–24,27,30]. El dolor y las alteraciones del sueño son dos de las variables

que más afectan a la calidad de vida física de los receptores de un Trasplante Renal [38]. También se ha observado que aquellos pacientes que anteriormente al trasplante tenían energía para realizar las actividades de la vida diaria y una buena calidad de sueño tienen una mejor calidad de vida tras el trasplante [24].

- **Sueño:** Los desórdenes del sueño son comunes en los pacientes que están realizando diálisis, aunque no siempre mejoran tras el Trasplante Renal lo cual conlleva al desarrollo de una fatiga con una disminución del rol físico y social y consecuentemente la percepción de la calidad de vida [18,38–41]. Estos problemas perduran durante años tras el trasplante teniendo consecuencias en el receptor del trasplante, como la dificultad de estar despierto durante el día, la somnolencia, baja energía y la nicturia. A pesar de que es un problema, muchos de los pacientes no lo comunican al nefrólogo o e incluso hay especialistas que lo ven como un efecto secundario normal de la medicación inmunosupresora [40].

- **Dolor:** El paciente normalmente espera dolor relacionado con el post-operatorio, pero no como posible consecuencia a largo tiempo post-trasplante. Éste dolor puede ser causado por infecciones, alteraciones osteo-musculares, gastrointestinales, obstrucciones del tracto urinario o un posible rechazo del injerto [38], el cual causa una disminución de la calidad de vida [22].

- **Actividades de la vida diaria:** Tras el trasplante, el paciente goza de una energía más elevada que le llevan a realizar actividades de la vida diaria que anteriormente al trasplante tuvo que dejar de realizar, lo cual hace que aumente la percepción de calidad de vida [24].

- **Ejercicio:** Los pacientes que realizan ejercicio regular tienen una percepción de calidad de vida más alta que aquellos que tienen una vida sedentaria después del Trasplante Renal [24]. La mayoría de éstos, tienden a involucrarse a actividades lúdicas estáticas debido a la disminución de resistencia que tienen así como de fuerza muscular [26]. La Capacidad cardio-respiratoria, la tensión arterial así como la fuerza muscular se ven aumentadas en aquellos receptores que realizan ejercicio tras el Trasplante Renal. De esta manera, el ejercicio regular les proporciona un mejor funcionamiento físico, una mejor calidad del sueño, menos intrusión de dolor en el cuerpo así como síntomas depresivos, por lo que mejora considerablemente la calidad de vida de la persona [42-43].

- **Cambios físicos:** Tras el Trasplante Renal y a causa de los efectos secundarios que brindan los tratamientos inmunosupresores a través de los años, hay una alta incidencia a que los receptores desarrollen el crecimiento de verrugas, las cuales pueden ser dolorosas dependiendo de la localización así como también pueden causar rechazo social si se encuentran en un lugar visible. Debido a la dificultad que hay en poder tratarlas, los pacientes pueden experimentar un descenso de su calidad de vida, siendo el sexo femenino el más preocupado por éste problema [42]. Otros cambios asociados con elevada prevalencia entre los receptores de un Trasplante

Renal son los problemas gastrointestinales. Éstos pueden ser debidos al estrés, infecciones, por exacerbación de alguna patología gastrointestinal pre-existente así como efectos secundarios de la medicación inmunosupresora [41,45]. Algunos de los pacientes no reportan este problema al nefrólogo debido a el cansancio psicológico que les provoca las exámenes médicos [45]. Es importante resolver los problemas gastrointestinales ya que pueden hacer que no se reabsorba correctamente la medicación inmunosupresora, con el riesgo consecuente de reducción de la dosis y rechazo del injerto. Los pacientes con ésta sintomatología tienen una percepción de la calidad de vida menor que aquellos que no la tienen [41]. Además de los cambios anteriormente citados, el receptor también puede aumentar su peso, presentar cambios faciales, edemas en las piernas, caída/aumento de pelo lo cual puede hacer que su auto-estima baje y le cause un deterioro de su calidad de vida [31]. Por otro lado, los receptores de un Trasplante Renal gozan de una mejor función sexual que los que están sometidos a tratamiento de diálisis, aunque está más disminuida que la de la población general sana. El inicio de estos problemas no está muy definido pero se cree que es por la medicación inmunosupresora. A pesar de ello, no suele ser un problema para las parejas ya que tienen un alto grado de satisfacción con la situación [46].

6.4. Percepción de la calidad de vida psicológica en los receptores de Trasplante Renal:

Una vez realizado el Trasplante Renal, los receptores reportan un buen bienestar psicológico sintiéndose satisfechos con la vida y más útiles que cuando estaban realizando el tratamiento de diálisis [22-23,38], aunque ésta percepción positiva suele disminuir a través del tiempo [38-39]. Las personas trasplantadas suelen ser más optimistas, independientes y con más estrategias de afrontamiento para situaciones difíciles que la población general sana [27]. Hay estudios que indican que las características psicológicas de las personas son cambiantes durante el curso de la enfermedad [30], lo cual concuerda con el marco teórico del concepto de calidad de vida según Laura Schwartzmann [17] anteriormente explicado y según en el que se basa éste trabajo. También, el estado de salud percibida por los receptores de un Trasplante Renal aumenta con el paso del tiempo post-trasplante [39,44], lo cual incide en una mejor percepción de la calidad de vida.

- **Depresión**: Los síntomas depresivos son bastante frecuentes en los pacientes que están en tratamiento con diálisis y suelen perdurar tras el Trasplante Renal aunque de una forma más disminuida [18,47]. Ésta depresión afecta negativamente a la percepción de la calidad de vida general del receptor [47].

- **Estrés**: Los sentimientos de preocupación por el riesgo de rechazo del injerto hacen que el receptor desarrolle estados de estrés y ansiedad [22,27-28,31,36]. Las revisiones médicas también suelen ser un momento de estrés, sobre todo cuando esperan los resultados de sus

niveles de creatinina sérica, ya que éstos pueden reportar un posible rechazo del injerto. Todas las situaciones que producen estrés en el receptor de un Trasplante Renal influyen negativamente en la calidad de vida percibida por éstos [27,31]. A medida que pasa el tiempo, éste estrés va disminuyendo. A los 2 años post-trasplante, las situaciones más estresantes que reportan los receptores son el cumplimiento de la medicación, el miedo del riesgo de infección (debido a la toma diaria de tratamiento inmunosupresor, asciende la posibilidad de adquirir una infección) así como las revisiones y la espera de los resultados de las pruebas [31].

- **Emociones**: A los 6 meses post-trasplante, los receptores no suelen mostrar una mejora en las emociones, sino que se estanca [34].

- **Estrategias de afrontamiento**: El uso de estas estrategias por parte de los receptores para afrontar el Trasplante Renal es muy positivo para que éstos perciban un aumento en su calidad de vida y consecuentemente para disminuir los trastornos psicológicos, ya que son capaces de canalizar y parar las emociones indeseadas [27,37]. Los pacientes que no hacen uso de estrategias suelen percibir una calidad de vida más baja que aquellos que sí que las utilizan [27]. Algunas de estas estrategias son la sociabilización con amistades o grupos de apoyo [27,37], la percepción de control sobre la vida de uno mismo, el optimismo, la auto-estima [30] y observar el problema objetivamente [27]. Todas éstas disminuyen los trastornos psicológicos tras el trasplante y aumentan la calidad de vida psicológica de la persona [30,37].

- **Rechazo del injerto**: El rechazo es uno de los riesgos más serios tras el trasplante durante el primer año post-trasplante ya que ocurre en un 10-50% de los receptores de un Trasplante Renal [36], siendo más común el que proviene de donantes vivos [31]. Ésta situación induce al retorno de tratamiento con diálisis así como posibles hospitalizaciones, lo cual disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente [31].

6.5. Percepción de la calidad de vida social en los receptores de Trasplante Renal:

El bienestar social de las personas trasplantadas de riñón es bueno, aunque disminuido comparándolo con la población general [27,31,35,38]. El entretenimiento, las actividades de ocio y los voluntariados o la vuelta al lugar de trabajo ayudan a elevar la percepción de gozar una buena calidad de vida en los Trasplantados Renales [26].

También suelen existir cambios en las relaciones sociales de éstos pacientes, desde el momento que son diagnosticados con una Enfermedad Renal Crónica, como por ejemplo rupturas de amistades, lo cual refuerza las relaciones familiares con el objetivo de mejorar esa etapa de crisis [48]. Otro tipo de ruptura social es la separación de los compañeros y personal sanitario con los que anteriormente al trasplante el receptor se relacionaba. Se trata de una parte dura ya

que comparten muchas horas juntos durante el tratamiento y se convierten en un apoyo social muy importante para el paciente [49].

Por otra parte, ciertos aspectos físicos de la persona con Enfermedad Renal Crónica, como por ejemplo dejar visible la fístula, llevar puesta una mascarilla tras el trasplante o los cambios físicos que producen los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora, pueden ser mal vistos por la sociedad lo cual disminuye la calidad de vida psicológica del paciente [31,48].

- **Soporte social percibido**: En general, el soporte social percibido por los receptores de un Trasplante Renal es bueno, aunque no hay suficiente evidencia de que exista una asociación entre el soporte social percibido y la calidad de vida del receptor de un Trasplante Renal [38].

- **Situación laboral**: Las personas que regresan a sus trabajos una vez realizado el trasplante, cuando tienen la suficiente energía para ello, perciben una mejora en la calidad de vida [24,26-27,35]. Existe un aumento de receptores de Trasplante Renal volviendo a sus puestos de trabajo entre los meses 12 y 15 post-trasplante [39]. Estas personas también tienen una mejor percepción de la calidad de vida física y del sueño [26,39].

- **Familia**: La familia, en especial la pareja, es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso de los individuos para la afrontar la situación tras el trasplante y contribuir al bienestar del receptor del trasplante [38]. Los pacientes con pareja suelen percibir un aumento de la calidad de vida mayor que aquellos que no tienen ese soporte [27].

- **Impacto económico**: El impacto económico del trasplante es elevado debido a que la persona en cuestión deja de tener ingresos, por lo que toda la familia se tiene que sacrificar y dejar de realizar según qué actividades [31,38], lo cual puede disminuir la calidad de vida de la persona receptora del trasplante por sentimientos de culpabilidad [25].

6.6. Percepción de la calidad de vida espiritual en los receptores de Trasplante Renal:

Aquellas personas que son creyentes aportan, en gran medida, una posibilidad de tener una buena calidad de vida ya que encuentran una razón por la que estar vivo así como una mayor esperanza. De esta manera, la religión actúa como una protección divina para los receptores de un Trasplante Renal [38,49].

6.7. Percepción de la calidad de vida relacionada con el tratamiento prescrito a los receptores de Trasplante Renal:

A pesar de tener que tomar medicación diaria tras el trasplante, los receptores de un Trasplante Renal no requieren la realización del tratamiento de diálisis, lo que les hace sentir más libres y con una menor sensación de estar realizando un tratamiento médico [24]. Este estado puede llevar a la no-adherencia terapéutica, la cual es muy perjudicial para el receptor de un Trasplante

Renal ya que puede suponer el rechazo del injerto. Las personas con una buena adherencia terapéutica perciben una mayor calidad de vida tras el trasplante que aquellas que no la tienen [50]. Para evitar el rechazo del injerto tras el trasplante, los receptores de un Trasplante Renal han de tomar un tratamiento inmunosupresor de por vida. Uno de los mayores problemas con la conciliación terapéutica son los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora, los cuales suelen hacer estragos a los dos años del tratamiento. Los más comunes son problemas dermatológicos, físicos, músculo-esqueléticos y gastrointestinales [16,31,33,36-37,41]. Aquellos pacientes que tienen una dosis más alta de medicación tienen más molestias gastrointestinales que aquellos que toman una dosis más baja [41]. También un uso prolongado de ésta, está asociado con el desarrollo de nuevas condiciones médicas como cáncer, diabetes o infecciones [30]. Éstas infecciones son debidas a que los receptores, se encuentran en un estado más vulnerable con lo que las contraen más fácilmente [27]. Es por ello que los pacientes que sufren los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora suelen tener una percepción de la calidad de vida más disminuida [37].

6.8. Implicación del personal de enfermería con los receptores de Trasplante Renal:

El soporte social que otorga el personal sanitario contribuye al manejo y la adaptación a la nueva situación del receptor, causando una buena percepción de calidad de vida en el paciente [26,38]. Éstos se deben encargar de realizar educación terapéutica al paciente pre y post-trasplante, ya que tal conocimiento tiene un impacto importante en la autoeficacia, los cambios de comportamiento, el afrontamiento y la calidad de vida del receptor [51].

El personal de enfermería, debe realizar planes de cuidados individuales, multidimensionales y adaptados a cada uno de los pacientes tratando de satisfacerlo en todas sus necesidades. Por otra parte, deben ayudarles a encontrar una estrategia para afrontar los sentimientos negativos y el estrés para conseguir así una armonía, optimismo y autoestima en la percepción de la calidad de vida física, psicológica, biológica, social y espiritual [16,22,26-28,30,36,48,49]. También se encargarán de educar en salud a los pacientes, cuidadores y miembros de la familia y así dar a conocer los factores de riesgo que tiene el receptor en su nueva condición. De esta manera, la percepción de calidad de vida y motivación de éste aumentará [22,28]. Por otro lado, se deberán evaluar los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora, la adherencia terapéutica y la percepción de calidad de vida del paciente en el proceso educativo [37,50].

Los pacientes que siguen un programa educacional después del trasplante, reportan gozar de una mejor calidad de vida a los 3 y 6 meses del trasplante frente aquellos que no lo realizan [28,51].

7. DISCUSIÓN:

A pesar de que el Trasplante Renal parece la solución total de la Enfermedad Renal Crónica, hay factores negativos que afectan a los receptores con la consecuencia inminente de una disminución de la percepción de la calidad de vida [24–27]. Los más importantes son el miedo al rechazo del injerto, ya que durante el primer año post-trasplante se registran entre un 10 y un 50% de rechazos [36], así como los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora [16,37]. A través de los resultados obtenidos, hemos podido observar que los receptores de un injerto renal tienen una mejor calidad de vida que aquellos que siguen realizando otro tratamiento sustitutivo renal [18,22]. Esto puede ser debido a la sensación de libertad percibida por estas personas al no tener que acudir varias veces por semana al hospital y a sufrir las consecuencias de éstos tratamientos [21,33]. Pero, a medida que pasa el tiempo post-trasplante, los receptores empiezan a tener otras carencias físicas, psicológicas, sociales y relacionadas con los efectos secundarios de la nueva medicación que tendrán que tomar de por vida, lo cual hace que empiecen a disminuir su calidad de vida [22,24]. Las características demográficas de las personas que registran niveles inferiores de percepción de calidad de vida en ésta revisión bibliográfica son los receptores con sexo femenino [16,25,33–36], que se encuentran en la etapa adulta avanzada [16,22,25,27-28,33,35], con un nivel educativo elemental [16,35], que no regresan a sus puestos de trabajo tras el trasplante [24,26-27,35], que no cuentan con el apoyo de sus parejas [27] y con una temporalidad post-trasplante de unos 3 meses [37]. A pesar de ello y a través del tiempo, sobre todo al cabo de 5 años del trasplante, los receptores suelen aumentar su percepción de calidad de vida y se suele asemejar a la de la población general aunque más disminuida [27,29,31]. Para que desde un principio no haya una disminución de la percepción de la calidad de vida y que el proceso post-trasplante sea favorable, el papel de la enfermera en las revisiones de éstos pacientes es muy importante. El personal de enfermería normalmente es el que se muestra más cercano al paciente, por lo que con instrumentos medidores de la calidad de vida, de la adherencia terapéutica, ayuda en la elección de estrategias de afrontamiento, la entrega de consejos de cuidado y estilos de vida tras el trasplante se puede lograr un muy buen control del paciente [37,50]. De esta manera, el receptor mejorará también su calidad de vida.

8. CONCLUSIONES:

Del presente trabajo se han obtenido conclusiones importantes a tener en cuenta con los receptores de un Trasplante Renal, las cuales contribuyen a dar una buena respuesta a la percepción de la calidad de vida de éstos.

Los receptores de un Trasplante Renal tienen una percepción de la calidad de vida general más alta que los pacientes que están realizando el tratamiento de diálisis, aunque sigue siendo menor que la de la población general sana. A pesar de que una vez realizado el trasplante ambos sexos aumentan su percepción de calidad de vida, el género femenino suele tener una percepción más baja tras el Trasplante. Dependiendo la edad del receptor, también varía ésta percepción ya que los adultos jóvenes suelen valorar su calidad de vida más positivamente. El nivel de estudios de la persona influye en éste sentido, obteniendo un nivel más alto de calidad de vida aquellas personas que tienen una carrera universitaria. La temporalidad post-trasplante influye en los receptores aumentando considerablemente la calidad de vida reciente tras el trasplante pero disminuyendo a medida que va pasando el tiempo.

Los problemas físicos más comunes tras el trasplante son el sueño, el dolor y los cambios físicos. Una solución para éstos es la práctica de ejercicio. Los problemas psicológicos abordan la depresión y el estrés debido sobre todo al riesgo de rechazo del injerto. Para sobrellevar ésta situación, el receptor debe trazar estrategias individuales de afrontamiento ante la enfermedad, las cuales le ayudarán a percibir una mayor calidad de vida. La dimensión social de los receptores de un Trasplante Renal es buena, sobre todo si éste vuelve tempranamente a su puesto de trabajo habitual. Situaciones desavenidas como la pérdida de amistades o los bajos ingresos económicos mientras el receptor no trabaja pueden hacer que disminuyan su calidad de vida. Para ello, el receptor cuenta con el apoyo más grande que suele ser la familia, en especial la pareja. Por otro lado, y como punto positivo, los pacientes creyentes suelen tener más esperanza relacionado con la protección divina. Debido a ello, suelen registrar niveles más altos de calidad de vida que las personas no creyentes.

Uno de los aspectos más importantes y vitales para mantener alta ésta percepción de la calidad de vida es que el paciente mantenga una buena adherencia terapéutica para evitar el rechazo del injerto, a pesar de los efectos secundarios que la medicación inmunosupresora conlleva (problemas físicos, dermatológicos, músculo-esqueléticos y gastrointestinales, entre otros).

Por último, el personal de enfermería tiene una implicación muy alta con los receptores de un Trasplante Renal. Éstos deben realizar educación terapéutica sanitaria a los pacientes así como controles de la percepción de la calidad de vida, para que todo fluya con armonía.

Sabiendo toda ésta información, y como conclusión final, podríamos decir que la figura de una enfermera especializada en los receptores del Trasplante Renal sería muy útil para poder controlar el nivel de calidad de vida de todos éstos así como para comprobar la adherencia terapéutica y educar para que la nueva vida que están teniendo sea, a percepción de los receptores, de buena calidad.

9. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

A lo largo de éste trabajo se ha explicado la importancia del tema escogido debido a la gran cantidad de personas que sufren una Enfermedad Renal Crónica actualmente. Es por ello que el personal de enfermería hemos de tener muy en cuenta las implicaciones que ésta enfermedad conlleva para los pacientes que la sufren.

Una vez realizado el trasplante, se le ha de dar vital importancia a las revisiones que los pacientes realizan periódicamente. El personal enfermero ha de ser capaz de valorar cual es la percepción de la calidad de vida del paciente, para que ésta no decaiga, a través de cuestionarios, la escucha activa, la educación sanitaria y los consejos post-trasplante. Éstos últimos también deberían incluir la realización de ejercicio así como actividades donde los pacientes se puedan relacionar, ya que son factores muy importantes para aumentar la percepción de la calidad de vida. La adherencia terapéutica es uno de los principales problemas que generan rechazo en los pacientes trasplantados de riñón, por lo que también se deberá valorar en los controles. Por último, es muy importante la medición de los efectos secundarios que la mediación inmunosupresora genera para tratar de diagnosticarlos y tratarlos, de tal manera que el paciente mejore su malestar y, en consecuencia, su calidad de vida.

10. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

La temática principal de éste trabajo se lleva investigando hace años, ya que se han encontrado artículos relacionados provenientes de los años 90. A pesar de ello, y gracias a los avances tecnológicos y médicos tan rápidos que han ido saliendo a la luz, la calidad de vida de las personas trasplantadas de riñón se ha incrementado. Debido a que los receptores de un Trasplante Renal todavía siguen puntuando su calidad de vida de una forma inferior a la de la población general sana, se creen necesarias nuevas líneas de investigación para que en un futuro, estas puntuaciones mejoren.

Para poder mejorarlo, se podría investigar los beneficios de la realización de un programa de especialización de enfermeras profesionales en el tema así como la determinación de unos

protocolos de actuación nacional dónde se evalúen las distintas esferas personales del paciente así como la adherencia terapéutica individual y la cuantificación de efectos secundarios. De esta manera, el personal enfermero puede trabajar aquellos aspectos que disminuyan la percepción de calidad de vida de los pacientes así como reforzar sus puntos fuertes. Creo que debería ser una tarea propia de enfermería porque normalmente es el personal más cercano al paciente, por lo que se crea una atmósfera de confianza donde el paciente puede abrir todos sus sentimientos y ser sincero. De esta misma forma, cuando la enfermera encontrara algún problema que no puede abordar, ella misma podría realizar las diferentes derivaciones a otro profesional.

11. REFLEXIÓN PERSONAL DEL APRENDIZAJE OBTENIDO:

La elección del tema del presente trabajo fue totalmente voluntaria debido a que una familiar cercana ha pasado por éste tipo de trasplante. Pensé que éste tema me ayudaría a entender, a aprender y a saber más sobre ello. El resultado ha sido muy positivo ya que a pesar de haber dispuesto de poco tiempo para la realización de éste debido al periodo Erasmus que he realizado, he podido disfrutar mientras lo hacía, cosa que con pocos trabajos he tenido esa sensación. La temática me ha parecido fascinante y he aprendido muchísimo sobre los problemas que tienen las personas trasplantadas.

Aún y habiendo realizado una gran cantidad de trabajos durante éstos 4 años de carrera, ninguno ha llegado a semejarse a la envergadura y dificultad del TFG. Cuando lo empecé, realicé varias búsquedas de artículos, pero se me escapaban muchos detalles, como por ejemplo la utilización de los términos MeSH para hacer búsquedas más concretas. Con éste trabajo he aprendido a utilizar éstos términos, los operadores booleanos así como los filtros que disponen las diferentes bases de datos para que los resultados sean más completos. He aprendido también a utilizar las palabras exactas para obtener unos buenos resultados y de esta forma buscar los términos MeSH y así obtener artículos más específicos, reducir y eliminar aquellos resultados que no son válidos.

He aprendido a saber seleccionar unos criterios de inclusión y exclusión de los artículos y descartar así todos aquellos que a mi parecer no eran adecuados para la revisión bibliográfica planteada. A partir de los artículos escogidos, he debido realizar una estrategia para poder redactar los resultados realizando una combinación de todos estos. También he tenido que desarrollar mi capacidad de síntesis debido a la limitación de paginación del presente trabajo y a intentar utilizar un redactado más formal que de costumbre.

En resumen, a pesar de que mi objetivo profesional no está proyectado hacia la investigación, con éste trabajo me he dado cuenta de que, aún y sin apasionarme, no me importaría participar

de manera puntual en algún proyecto científico. Son muchas horas de trabajo pero las búsquedas te hacen ser “experto” en un tema. Pienso que en la exposición del TFG no podré expresar ni la mitad de contenido que he aprendido, pero personalmente, las horas de trabajo dedicadas me han servido para no olvidar los conocimientos obtenidos. Por último, antes de realizar el TFG pensaba que no tendría que ser obligatorio para aquellos que no nos vayamos a dedicar a la investigación. Ahora mi percepción ha cambiado, pienso que éste trabajo me ha dado las herramientas básicas necesarias para que el día de mañana, si necesito realizar algo parecido, no tener los miedos que tenía antes de empezar éste, afrontarlo de una forma más profesional y con más calma porque ya sabré como se debe hacer, aunque aún quedan por perfeccionar muchos aspectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1] Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Rev Nefrol.* 2010; 30(1): 78–86.
- [2] National Kidney Foundation [Sede Web]. New York: National Kidney Foundation; 2002 [acceso 19 de Diciembre de 2014]. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Disponible en: http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p1_exec.htm
- [3] Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol.* 2014; 34(2): 243–62.
- [4] Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández G, Galcerán JM, Goicoechea M et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol.* 2014; 34(3): 302–16.
- [5] Ruiz JC, Fernández G, Rodrigo E. Aspectos especiales de manejo del paciente con insuficiencia renal. Tratamientos sustitutivos, tipos e indicaciones. *Transplante renal. Medicine (Baltimore).* 2007; 9(79): 5087–96.
- [6] Alonso M, Álvarez M, Álvarez M, Aranzábal J, Ayestarán JI, Benito JR et al. El modelo español de coordinación y trasplantes. 2ª ed. Madrid: Aula médica; 2008.
- [7] Hernández D, Nuez PC, Muriel A, Ruiz P, Alonso M. Mortalidad en lista de espera para trasplante renal. *Nefrología.* 2015; 35(1): 18-27.
- [8] Organización nacional de trasplantes. Memoria de actividad. *Trasplante renal.* [Internet]. Memoria del trasplante renal. 2013 [consultado 20 En 2015]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>
- [9] Gentil MA, Pereira P. Estudio y selección del donante vivo de riñón. *Nefrología.* 2010; 30(2): 47-59.
- [10] Martínez L. Calidad de vida en los pacientes trasplantados. *Enferm Global.* 2005; 6: 1–13.
- [11] Schalock R, Verdugo, M. Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. 2006
- [12] Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2005; 23: 79–90.
- [13] Ávila JH. *Lo Humano, Lo Social y sus Problemas Contemporáneos.* Barranquilla: Azul y violeta editores; 2012.
- [14] Verdugo MA, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Ment.* 2002; 25(4).

- [15] Roncero C, Díaz S, Comín M, Miquel L, Gonzalvo B, Casas M. Evolución del concepto de calidad de vida: la dimensión subjetiva como factor relevante en las drogodependencias. *Rev Arg Psiquiat*. 2011; 22: 343–9.
- [16] Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, Jacquelinet C et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11(88): 1-12.
- [17] Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc y enfermería*. 2003; 9(2): 9–21.
- [18] Kovacs AZ, Molnar MZ, Szeifert L, Ambrus C, Molnar M, Szentkiralyi A, et al. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life-a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26(3): 1058–65.
- [19] Rodríguez M, Castro M, Merino JM. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Cienc y enfermería*. 2005; 11(2): 47–55.
- [20] François K, Bargman JM. Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis*. 2014; 7: 447–55.
- [21] Purnell TS, Auguste P, Crews DC, Lamprea J, Olufade T, Greer R, et al. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation: a systematic review. *Am J kidney Dis*. 2013; 62(5): 953–73.
- [22] Passoni R, Brandalize D. Calidad de vida tras el trasplante de riñón: revisión integral. *Enferm Nefrol*. 2014;17(1):51–8.
- [23] Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation-a meta-analytic review. *Nephrol Nurs J*. 2010; 37(1): 37–44.
- [24] Oliveira AE, de Góes M, Chaves EM, de Oliveira AC, de Vasconcelos G. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1): 74–9.
- [25] Neri L, Dukes J, Brennan DC, Salvalaggio PR, Seelam S, Desiraju S, et al. Impaired renal function is associated with worse self-reported outcomes after kidney transplantation. *Qual Life Res*. 2011; 20(10): 1689–98.
- [26] Wei TY, Chiang YJ, Hsieh CY, Weng LC, Lin SC, Lin MH. Health related quality of life of long-term kidney transplantation recipients. *Biomed J*. 2015; 36(5): 243–51.
- [27] White C, Gallagher P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *J Adv Nurs*. 2010; 66(11): 2550–9.
- [28] Raiesifar A, Tayebi A, Najafi S, Ebadi A, Einollahi B, Tabibi H, et al. Effect of applying continuous care model on quality of life among kidney transplant patients: a randomized clinical trial. *IJKD*. 2014; 8(2): 139–44.

- [29] Stømer U, Bergrem H, Gøransson LG. Health-related quality of life in kidney transplant patients and non-renal replacement therapy patients with chronic kidney disease stages 3b-4. *Ann Transpl.* 2013; 18: 635–42.
- [30] Schulz T, Niesing J, Stewart RE, Westerhuis R, Hagedoorn M, Ploeg RJ, et al. The role of personal characteristics in the relationship between health and psychological distress among kidney transplant recipients. *Soc Sci Med.* 2012; 75(8): 1547–54.
- [31] Chen KH, Weng LC, Lee S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2010; 19: 2539–47.
- [32] Wyld M, Morton RL, Hayen A, Howard K, Webster AC. A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. *PLoS Med.* 2012; 9(9).
- [33] Durán MI, Lope T, Pino MR, Chicharro MC, Matilla E. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol.* 2014; 17(1): 45–50.
- [34] Costa G, Cantarell MC, Rodríguez A. Calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal: comparación con los valores poblacionales a los 6 meses postrasplante. *Med Clin.* 2014; 142(9): 1-11.
- [35] Morales JM, Varo E, Lázaro P. Immunosuppressant treatment adherence, barriers to adherence and quality of life in renal and liver transplant recipients in Spain. *Clin Transpl.* 2012; 26: 369–76.
- [36] Nilsson M, Forsberg A, Bäckman L, Lennerling A, Persson LO. The perceived threat of the risk for graft rejection and health-related quality of life among organ transplant recipients. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 274–82.
- [37] Prihodova L, Nagyova I, Rosenberger J, Roland R, Groothoff JW, Majernikova M, et al. Health-related quality of life 3 months after kidney transplantation as a predictor of survival over 10 years: a longitudinal study. *Transplantation.* 2014; 97(11): 1139–45.
- [38] Medellín J, Carrillo GM. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *av enferm.* 2014; 32(2): 206–16.
- [39] Silva D, Andrade E, Elias R, David E, Nahas W, Castro M, et al. The perception of sleep quality in kidney transplant patients during the first year of transplantation. *Clinics.* 2012; 67(12): 1365–71.
- [40] Burkhalter H, Brunner DP, Wirz A, Cajochen C, Weaver TE, Steiger J, et al. Self-reported sleep disturbances in renal transplant recipients. *BMC Nephrol.* 2013; 14: 220–31.
- [41] Ponticelli C, Colombo D, Novara M, Basilisco G. Gastrointestinal symptoms impair quality of life in Italian renal transplant recipients but are under-recognized by physicians. *Transpl Int.* 2010; 23(11): 1126–34.

- [42] Koufaki P, Greenwood SA, Macdougall IC, Mercer TH. Exercise therapy in individuals with chronic kidney disease: a systematic review and synthesis of the research evidence. *Annu Rev Nurs Res.* 2013; 31: 235–75.
- [43] Gordon EJ, Prohaska TR, Gallant MP, Sehgal AR, Strogatz D, Conti D, et al. Prevalence and determinants of physical activity and fluid intake in kidney transplant recipients. *Clin Transpl.* 2010; 24(3): 69–81.
- [44] Zachariae C, Sand C, Hansen JM, Sørensen SS, Koch K, Villumsen J, et al. Warts in a cohort of Danish kidney transplanted patients: impact on quality of life. *Acta derm venereol.* 2012; 92(6): 615–8.
- [45] Van Dijk M, Niesing J, van der Heide JJH, de Maar EF, Ploeg RJ, van Son WJ, et al. Gastrointestinal symptoms in kidney transplant recipients: what about silent sufferers? *Prog Transplant.* 2010; 20(1): 75–80.
- [46] Raggi MC, Siebert SB, Friess H, Schremmer E, Thorban S, Dinkel A. Sexual and relationship functioning before and after renal transplantation: a descriptive study with patients and partners. *Scand J Urol Nephrol.* 2012; 46(6): 431–6.
- [47] Jana AK, Sircar D, Waikhom R, Praharaj SK, Pandey R, RayChaudhury A, et al. Depression and anxiety as potential correlates of post-transplantation renal function and quality of life. *Indian J Nephrol.* 2014; 24(5): 286–90.
- [48] Albino C, de Souza F. Trajectory of life of kidney transplant recipients: seizing the changes in the lives of patients. *Cienc Cuid Saude.* 2013; 12(3): 469–76.
- [49] De Souza F, Albino C. Contextual aspects of kidney transplantation and behavior of patients face to replacement therapy. *J res fundam care online.* 2014; 6: 71–80.
- [50] Shabany M, Mohamad J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Glob J Health Sci.* 2014; 6(4): 205–12.
- [51] Urstad KH, Øyen O, Andersen MH, Moum T, Wahl AK. The effect of an educational intervention for renal recipients: a randomized controlled trial. *Clin Transplant.* 2012; 26(3): 246–53.

ANEXOS:

Anexo 1: Cuestionario “Short-Form 36 Health Survey” (SF-36):

1. En general, usted diría que su salud es:

1) Excelente. 2) Muy buena. 3) Buena. 4) Regular. 5) Mala.

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1) Mucho mejor ahora que hace un año. 2) Algo mejor ahora que hace un año. 3) Más o menos igual que hace un año. 4) Algo peor ahora que hace un año. 5) Mucho peor ahora que hace un año.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1) Sí, me limita mucho. 2) Sí, me limita un poco. 3) No, no me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí. 2) No.

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1) Sí. 2) No.

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí. 2) No.

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1) Sí. 2) No.

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí. 2) No.

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí. 2) No.

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí. 2) No.

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Regular. 4) Bastante. 5) Mucho.

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1) No, ninguno. 2) Sí, muy poco. 3) Sí, un poco. 4) Sí, moderado. 5) Sí, mucho. 6) Sí, muchísimo.

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Regular. 4) Bastante. 5) Mucho.

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Sólo alguna vez. 6) Nunca.

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta. 3) No lo sé. 4) Bastante falsa. 5) Totalmente falsa.

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta. 3) No lo sé. 4) Bastante falsa. 5) Totalmente falsa.

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta. 3) No lo sé. 4) Bastante falsa. 5) Totalmente falsa.

36. Mi salud es excelente.

1) Totalmente cierta. 2) Bastante cierta. 3) No lo sé. 4) Bastante falsa. 5) Totalmente falsa.

Anexo 2: Cuestionario “ReTrasnQol” (RTQ):

1. ¿Ha tenido usted dolor físico?

1) Todo el tiempo. 2) La mayor parte del tiempo. 3) Una buena parte del tiempo. 4) En algunos momentos. 5) En pocos momentos. 6) En ningún momento.

2. ¿Le ha molestado su injerto?

1) Todo el tiempo. 2) La mayor parte del tiempo. 3) Una buena parte del tiempo. 4) En algunos momentos. 5) En pocos momentos. 6) En ningún momento.

3. ¿Se ha sentido cansado?

1) Todo el tiempo. 2) La mayor parte del tiempo. 3) Una buena parte del tiempo. 4) En algunos momentos. 5) En pocos momentos. 6) En ningún momento.

4. ¿Ha empezado a realizar ejercicio físico?

1) Todo el tiempo. 2) La mayor parte del tiempo. 3) Una buena parte del tiempo. 4) En algunos momentos. 5) En pocos momentos. 6) En ningún momento.

5. ¿Se siente enérgico?

1) Todo el tiempo. 2) La mayor parte del tiempo. 3) Una buena parte del tiempo. 4) En algunos momentos. 5) En pocos momentos. 6) En ningún momento.

6. ¿Es usted como cualquier otra persona?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

7. ¿Ha dejado de realizar ciertas cosas?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

8. ¿Se siente autónomo?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

9. ¿Puede realizar las tareas domésticas por usted mismo sin que nadie se lo tenga que decir?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

10. ¿Se siente físicamente afectado?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

11. ¿Se siente molesto por los efectos secundarios del tratamiento?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

12. ¿Es su peso un problema para usted?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

13. ¿Se siente aliviado?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

14. ¿Se siente enfermo?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

15. ¿Ha sido capaz de olvidar que es una persona trasplantada?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

16. ¿Piensa a menudo en su trasplante?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

17. ¿Está satisfecho con su trasplante?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

18. ¿Su familia le ofrece apoyo moral?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

19. ¿Su familia ha aceptado su enfermedad?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

20. ¿Se siente incomprendido por las personas que le rodean?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

21. ¿Se siente cercano a sus amistades?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

22. ¿Se siente triste?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

23. ¿Ha disfrutado lo máximo posible de la vida?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

24. ¿Se siente desalentado?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

25. ¿Es capaz de aguantar el estrés y las preocupaciones diarias?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

26. ¿Se siente aislado?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

27. ¿Está preocupado por su estado de salud?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

28. ¿La espera de los resultados de las pruebas médicas le angustian o le hacen sentir miedo?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

29. ¿Se le pasa por la cabeza el regreso al tratamiento de diálisis?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

30. ¿Todavía piensa algunas veces en el tratamiento de diálisis?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

31. ¿Diría usted que tiene una vida normal?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

32. ¿Tiene la sensación de que con el trasplante está teniendo una segunda vida, que ha renacido?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

33. ¿Cree usted que tendrá suficientes ingresos para cubrir sus necesidades?

1) Totalmente de acuerdo. 2) Mayormente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4) Mayormente en desacuerdo. 5) Totalmente en desacuerdo.

34. ¿Tiene aficiones o actividades de ocio?

1) Siempre. 2) Casi siempre. 3) Muchas veces. 4) Algunas veces. 5) Pocas veces. 6) Nunca.

35. ¿Es una restricción para usted la toma de medicación?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

36. ¿Tiene miedo de los posibles efectos secundarios del tratamiento anti-rechazo?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

37. ¿Son las órdenes de su médico restrictivas?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

38. ¿Confía en su nefrólogo?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

39. ¿Tiene confianza en los tratamientos prescritos?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

40. ¿Está satisfecho con la capacidad de escucha de su nefrólogo?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

41. ¿Se siente suficientemente informado por su nefrólogo?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

42. ¿Se siente suficientemente informado sobre los efectos secundarios de su tratamiento?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

43. ¿Se siente suficientemente informado acerca de las complicaciones que puede tener su injerto?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

44. ¿Se siente apoyado por su equipo médico?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

45. ¿Se siente satisfecho con su seguimiento médico?

1) Nada. 2) Un poco. 3) Moderadamente. 4) Bastante. 5) Extremadamente.

Anexo 3: Estrategia de búsqueda:

Base de datos	Fecha de acceso	Palabras clave	Resultados	Resultados tras la aplicación de filtros	Selección de artículos por título	Selección final de artículos
Pubmed	25/03/2015	Kidney AND transplantation	155	12	-	-
		Kidney AND transplants OR transplantation	420.793	1434	-	-
		Kidney AND transplants OR transplantation AND quality of life	7152	111	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life	1034	145	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life NOT donor	783	96	19	15

TABLA I: Estrategia de búsqueda en PubMed.

- Los filtros utilizados en la base de datos de PubMed han sido: 5 años de fecha de publicación y edad adulta.

Base de datos	Fecha de acceso	Palabras clave	Resultados	Resultados tras la aplicación de filtros	Elección de artículos por título	Selección final de artículos
Dialnet Plus	26/03/2015	Kidney AND transplants OR transplantation AND quality of life	6	4	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life	6	4	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life NOT donor	4	2	2	1

TABLA II: Estrategia de búsqueda en Dialnet Plus.

- El filtro utilizado en la base de datos de Dialnet Plus ha sido: Rango de años entre 2010-2019.

Base de datos	Fecha de acceso	Palabras clave	Resultados	Resultados tras la aplicación de filtros	Elección de artículos por título	Selección final de artículos
SciELO	26/03/2015	Kidney AND transplants OR transplantation AND quality of life	24	19	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life	24	19	-	-

SciELO	26/03/2015	Kidney transplantation AND quality of life NOT donor	24	19	5	5
--------	------------	--	----	----	---	---

TABLA III: Estrategia de búsqueda en SciELO.

- El filtro utilizado en la base de datos de SciELO ha sido: año de publicación 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.

Base de datos	Fecha de acceso	Palabras clave	Resultados	Elección de artículos por título	Selección final de artículos
Cochrane Plus	26/03/2015	Kidney AND transplants OR transplantation AND quality of life	6	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life	8	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life NOT donor	4	0	-

TABLA IV: Estrategia de búsqueda Cochrane Plus.

- No se ha utilizado ningún filtro para realizar la selección de los artículos.

Base de datos	Fecha de acceso	Palabras clave	Resultados	Resultados tras la aplicación de filtros	Elección de artículos por título	Selección final de artículos
CINAHL	27/03/2015	Kidney AND transplants OR transplantation AND quality of life	2369	993	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life	389	145	-	-
		Kidney transplantation AND quality of life NOT donor	342	128	23	12

TABLA V: Estrategia de búsqueda CINAHL.

- El filtro utilizado en la base de datos de CINAHL fue el rango de años entre 2010-2015.

Anexo 4: Cronograma del desarrollo del trabajo:

Fecha	Actividad realizada
Junio 2014	- Selección y asignación de la temática escogida para el TFG mediante expediente académico.
Septiembre 2014	- Presentación grupal del TFG.
Octubre 2014	- Primera tutoría grupal con la tutora. Definición de tipología del trabajo y resolución de dudas generales. - Primera tutoría individual con la tutora. Búsqueda bibliográfica general de información. - Estructuración del trabajo. - Concreción de la temática del trabajo en la etapa adulta.
Noviembre 2014	- Se comienza a redactar la introducción. Planteamiento del objetivo general del trabajo.
Diciembre 2014	- Redacción de la introducción y la justificación.
Enero 2015	- Revisión y redacción de la introducción, justificación y marco teórico.
Febrero 2015	- Corrección de la introducción y marco teórico. - Redacción de los objetivos específicos. Puesta en marcha del formato final de entrega.
Marzo 2015	- Búsqueda final válida en las bases de datos. - Redacción de la metodología así como de los criterios de inclusión y exclusión. - Análisis de los artículos seleccionados.
Abril 2015	- Corrección de la metodología y cambios en la introducción. - Redacción de los resultados de la revisión bibliográfica.
Mayo 2015	- Redacción de la discusión, conclusiones, implicaciones para la práctica, futuras líneas de investigación, reflexión personal y confección de anexos. - Entrega pre-definitiva y definitiva TFG.
Junio 2015	- Defensa oral TFG.

TABLA VI: Cronograma desarrollo TFG