

Calidad de Vida Relacionada con Salud del Trasplantedo Renal.

Marta Medrano Belmonte

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).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Calidad de Vida Relacionada con Salud del Trasplantado Renal.

Grado en Enfermería

Autor: Marta MEDRANO BELMONTE

Tutor: M^a Teresa ALONSO TORRES

Fecha de presentación: 24 de Mayo de 2016

“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”

En especial a mi familia por apoyarme cada día en todas mis decisiones.

A mis compañeras Anna, Tania y Txell por estos cuatro años.

Y a Maite por guiarme a lo largo de todo este trabajo.

Gracias.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica consiste en una lesión renal con pérdida gradual y total de la función renal con un alto crecimiento epidémico, considerada un problema de salud pública. El trasplante renal se consideró como la elección principal con mayores ventajas en cuanto a calidad de vida del paciente y costes económicos a largo plazo, aunque su creciente demanda de órganos y la falta de estos se ha hecho más notable en los últimos años. El concepto de calidad de vida ha adquirido mayor relevancia en pacientes con enfermedades crónicas para controlar los efectos de la enfermedad y beneficios del tratamiento.

Objetivos: Revisar en la literatura la calidad de vida del receptor tras el injerto renal y los factores que pueden influir negativamente en ella.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica con búsqueda en PubMed, Google académico, Liliacs y Scielo. Tanto en lengua inglesa y española entre 2007 y 2016. Posteriormente se examinaron los artículos que hablaban de calidad de vida en el trasplantado renal, seleccionando 29 artículos y excluyendo aquellos que no eran de interés para el estudio o aquellos que tenían como objetivo el paciente pediátrico.

Resultados: Tras el trasplante los pacientes viven una situación de cronicidad que implica una modificación de hábitos de vida, dinámica familiar y efectos secundarios a los inmunosupresores que afectan a la calidad de vida del receptor que viene determinada por la comorbilidad de base que presente y variables sociodemográficas, médicas o psicosociales.

Conclusiones: Definir el concepto de calidad de vida relacionado con salud es muy difícil ya que es una evaluación subjetiva y es una medida que debe formar parte de la práctica habitual de los profesionales para evaluar el impacto de sus intervenciones. Se concluye que el trasplante renal de donante vivo precoz fue la mejor elección terapéutica para la enfermedad renal crónica.

Palabras clave: *Trasplante Renal, Calidad de Vida, Enfermedad Renal Crónica, Donante Vivo, Hemodiálisis.*

ABSTRACT

Background: Chronic kidney disease is a renal injury with a gradual and total loss of kidney function with a high epidemical growth, is considered a public health concern. Kidney transplantation was considered as the main choice with a largest advantage about the patient's quality of life and long-term economic costs. Although, its growth of organ's demand and the lack of these ones, it has become more necessary in the last years. Moreover, the concept of quality of life has acquired more relevance on patients with chronic diseases to control the symptoms of the disease and treatment's benefits.

Aim: Review the literature, about the quality of life of the recipient after a kidney graft and which factors can negatively influence in it.

Methods: We used a literature review searching at different databases: PubMed, Google Scholar, Liliacs and Scielo. We included scientific articles written in English and Spanish, published between 2007 and 2016. Later, we analyzed those articles which talk about the quality of life in kidney transplant patients. Finally, we have included a total of 29 articles, excluding those which were not interesting for the review or those which had as aim pediatric patients.

Results: After the transplant, the patient live a situation of chronicity which involves a modification of their lifestyle, family dynamics and side effects of the immunosuppressive therapy, which affects quality of life from the recipient that is determinate by the pathologic antecedents and sociodemographic, medical and psychosocial variables.

Conclusions: Define the concept of quality of life related to health is difficult because is a subjective evaluation, and is a measure that should be part of the usual practice of professionals to assess the impact of their interventions. It is concluded that the kidney transplant from an early living donor was the best election therapy, for chronic kidney disease.

Key words: *Kidney Transplant, Quality of Life, Chronic Kidney Disease, Living Donor, Hemodialysis.*

ÍNDICE

Índice de tablas.....	VII
Índice de figuras.....	VIII
1. Introducción.....	1
1.1 La enfermedad renal crónica.....	1
1.2 Impacto económico.....	2
1.3 Factores de Riesgo.....	3
1.4 Cribaje y pronóstico de la enfermedad renal crónica.....	3
1.5 Historia.....	4
1.6 Prevalencia y organización en España.....	4
1.7 Situación actual en España del Trasplante Renal.....	6
2. Justificación.....	8
2.1 Concepto de calidad de vida.....	8
2.2 Escalas para medir calidad de vida relacionada con salud.....	9
3. Marco teórico.....	11
4. Objetivos.....	13
5. Metodología.....	14
5.1 Tipo de estudio.....	14
5.2 Procedimiento de búsqueda.....	14
5.3 Criterios de inclusión/exclusión.....	14
5.4 Artículos seleccionados tras la búsqueda.....	14
5.5 Limitaciones del estudio.....	15
5.6 Consideraciones éticas.....	15
6. Resultados.....	16
6.1 Factores Socio demográficos.....	16
6.2 Factores psicológicos.....	16
6.3 Factores clínicos.....	17

6.4 Terapias sustitutivas	17
6.5 Tipo de donante	19
6.6 Supervivencia del injerto.....	20
7. Discusión	21
8. Conclusiones	22
9. Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido.....	23
10. Relevancia del tema para la enfermería.....	23
11. Referencias bibliográficas	24
12. Anexo 1: Tabla resumen selección de artículos	30
13. Anexo 2: Calendario de actividades programadas	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica.....	1
Tabla 2. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica.....	2
Tabla 3. Pronóstico de la Enfermedad Renal Crónica por Filtrado Glomerular y albuminuria	3
Tabla 4. Actividad anual de trasplantes renales en España entre los años 2000-2013.....	5
Tabla 5. Relación de accidentes de tráfico y muertos en España entre 2000-2013	6
Tabla 6. Riesgo de fracaso del aloinjerto en relación con la edad del donante vivo	19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escala Maslow y Calidad de vida.....	11
--	----

ABREVIATURAS

AVC: Accidente Vascular Cerebral
CAC: Concentración del Cociente Albúmina/ Creatinina
CEI: Comité de Ética e Investigación
CV: Calidad de Vida
CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DC: Donante Cadáver
DM: Diabetes Mellitus
DP: Diálisis Peritoneal
DV: Donante vivo
ERC: Enfermedad Renal Crónica
ERT: Enfermedad Renal Terminal
FG: Filtrado Glomerular
HD: Hemodiálisis
HLA: Histocompatibilidad
HTA: Hipertensión Arterial
IMC: Índice de Masa Corporal
KDQOL-SF: Kidney Disease and Quality of Life-Short Form
KIDGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONT: Organización Nacional de Trasplantes
Pmp: Personas por millón de población
SEN: Sociedad Española de Nefrología
TCE: Traumatismos Craneoencefálicos
TFG: Trabajo Fin de Grado
TR: Trasplante Renal
TRS: Tratamientos Sustitutivos
RTQ: ReTransQol
UIC: Universidad Internacional de Cataluña

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la pérdida gradual y total de la función renal, por el daño glomerular, se considera ERC a los pacientes con un Filtrado Glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, por deformaciones estructurales o funcionales del riñón, durante al menos tres meses [1], que va acompañada de retención de productos de desecho y alteraciones hidroelectrolíticas [2]. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos hasta que el FG supone un 25% por debajo del valor normal [3], un 6.83% de la población Española presenta una disminución de FG $<60 \text{ ml/min/1.73}$ [4]. Esta afectación es crónica, irreversible y responde a múltiples etiologías [5]. La gravedad de la enfermedad se clasifica en estadios en función del FG y albuminuria, que son la base para el diagnóstico y estadiaje actual para ERC (Tabla 1) [4].

Estadio ERC	FG (ml/min/1.73m ²)	Albúmina 1 Normal o aumento leve (<30 mg/dl)	Albúmina 2 Aumento moderado (30-300mg/dl)	Albúmina 3 Aumento grave (>300 mg/dl)
1	>90	No se considera ERC si no presenta hematuria o alteraciones en imagen o anatomía patológica		
2	60-89			
3a	45-59			
3b	30-44			
4	15-29			
5	<15			

	Control por Atención Primaria
	Control por Atención Primaria monitorizado con mayor frecuencia(3-6 meses) y remitir a Nefrología si progresión albuminuria si cercano a 300mg/dl
	Remisión a Nefrología

Tabla 1. Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica

Esta lesión renal se puede manifestar directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente con albuminuria, alteraciones en el sedimento de orina o técnicas de imagen. Se considera que un paciente tiene una progresión renal con un descenso de FG > 5ml/min/año o FG >10 ml/min en 5 años [4].

1.2 Impacto económico

Esta patología ha ido aumentando su prevalencia por su alto crecimiento epidémico, llegándose a considerar un problema de salud pública (Tabla 2) su prevalencia en España es de 848 Personas por millón de población (pmp) [6], de los que un 0,2-0,6% es población adulta, esta prevalencia aumenta con la edad siendo del 1,6% en los mayores de 64 años [7], por lo que requiere especial atención y seguimiento por parte de los profesionales de salud debido a su alta morbimortalidad y alto coste [6-7]. La tasa media de ingreso hospitalario es de unos 14 días por paciente al año, por lo que se supone que se invierten unos 600 millones de euros con un incremento anual del 10% [6].

	España	EE.UU	Reino Unido
	(EPIRCE ¹)	(NHANES III ²)	(NEOERICA ³)
Estadio 1	0.41%	3.3%	0.7%
Estadio 2	1.18%	3.0%	2.3%
Estadio 3	6.19%	4.3%	4.7%
Estadio 4	0.36%	0.2%	0.2%
Estadio 5	0.22%	0.2%	0.04%
Total	8.36%	11.0%	7.94%

¹ Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España

² National Health and Nutrition Examination Survey

³ New Opportunities for Early Renal Intervention by Computerised Assessment

Tabla 2. Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica

1.3 Factores de Riesgo

Existen diversos factores de riesgo para padecer la enfermedad, los más comunes y modificables son la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA). Sin embargo, existen otros factores predisponentes no modificables como: edad avanzada, sexo masculino, raza negra o afroamericana, bajo peso al nacer o privación sociocultural [5]. La evolución de la ERC, dependerá de las enfermedades de base y características de cada paciente [3].

Por esta razón se recomienda realizar un cribado de la ERC principalmente: en pacientes con HTA, DM tipo II y/o enfermedades cardiovasculares instauradas. Igual que en pacientes con susceptibilidad a sufrir un daño renal, o que presentan factores que inician directamente con un daño renal (enfermedades autoinmunes, litiasis renal, obstrucción de vías urinarias bajas...) [4].

1.4 Cribaje y pronóstico de la ERC

La Organización Internacional Kidney Disease Improving Global Outcomes (KIDGO), ha diseñado una nueva clasificación pronóstica más fiable de la ERC, basada en el FG y albuminuria, con tres categorías de riesgo según la concentración del Cociente Albúmina/ Creatinina (CAC). La proteinuria nos señala la progresión de la enfermedad, relacionando la albuminuria con el pronóstico y mortalidad (Tabla 3) [4], ya que los niveles de albúmina altos son indicadores de baja morbilidad y buena nutrición [2].

			Albúmina <30 mg/dl	Albúmina 30-299 mg/dl	Albúmina >300mg/dl	
Categorías por FG (ml/min/1.73m²)	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			

Tabla 3. Pronóstico de la Enfermedad Renal Crónica por Filtrado Glomerular y Albuminuria

Como Tratamientos Sustitutivos (TRS) existen: Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP) o Trasplante Renal (TR), para conseguir mejorar la función renal a nivel depurativo. Por lo que a largo plazo pueden surgir complicaciones que afectarán a la salud del individuo de manera negativa, deteriorando su entorno familiar y social [2].

1.5 Historia

El primer TR realizado con éxito en el mundo fue en 1954, en el Hospital Peter Bent Brigham de Boston, en gemelos univitelinos. Este trasplante marcó el inicio de los trasplantes de órganos de vivo con una relación genética con su receptor. Sin embargo, los avances de los inmunosupresores han permitido realizar trasplantes entre individuos no relacionados genéticamente [8].

1.6 Prevalencia y organización en España

En España la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Sociedad Española de Nefrología (SEN), tienen como objetivo coordinar entre los distintos registros autonómicos y conseguir datos y estadísticas útiles de las actividades en los tratamientos sustitutivos a través de los registros de trasplantes y diálisis [9].

Según los últimos registros de 2014, la incidencia de la enfermedad aumenta exponencialmente a partir de los 45-65 años, con mayor incidencia en Ceuta, Cataluña y la Rioja [10].

La prevalencia de la Enfermedad Renal Terminal (ERT) en tratamiento con diálisis es de 415 pmp, de los cuales un 22% son candidatos a un TR, por lo que se necesitan unos 100 trasplantes renales pmp para cubrir las necesidades. Ello excede a más del doble de la actividad anual en España [8], entendemos como ERT a la última etapa de la ERC, cuando los riñones ya no son capaces de ejercer su función para desarrollar una vida diaria [11].

Desde el año 2000, el trasplante renal en España ha ido aumentando progresivamente siendo Cataluña la primera comunidad autónoma con mayor número de trasplantes renales, seguido de Madrid y Andalucía (Tabla 4) debido al aumento del trasplante en Donante Vivo (DV) (15%) y Donante Cadáver (DC) (7,5%) [10]. Esta disminución de DC, se debe a la implantación de la Ley de

Dirección General de Tráfico en el año 2000 “Artículo 1º Toda persona que conduzca una motocicleta, motoneta, moto para todo terreno (de tres o cuatro ruedas) u otro vehículo motorizado similar de dos o tres ruedas, así como sus acompañantes, deberán usar casco protector” [12], junto con las campañas contra accidentes, reduciendo así notablemente los fallecimientos que eran la principal fuente de donantes cadáver (Tabla 4) [13].

Actualmente, el perfil de donante renal cadáver suelen tener una media de edad de 48,2 años en muerte encefálica por Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC) en el 59.4% de los casos o por Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) en un 29% [14].

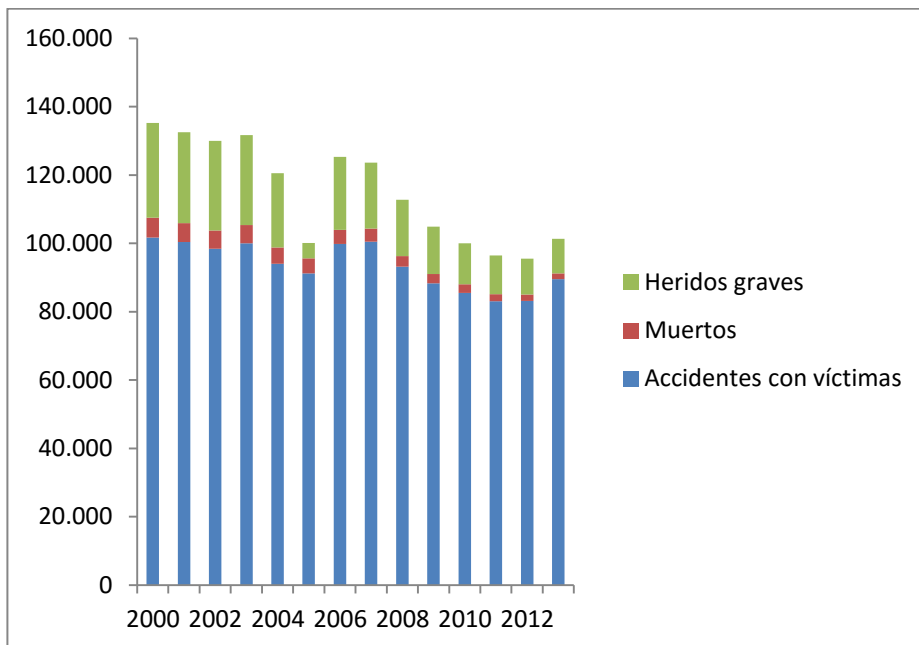


Tabla 4. Relación de accidentes de tráfico y muertos en España entre 2000-2013

Teniendo en cuenta que el TR se considera el tratamiento de elección para los pacientes con ERT [2,6,15-16], se debe tener en cuenta que las principales causas de fallecimiento tras el trasplante observadas han sido tumorales e infecciosas debido a que la población de donantes y receptores está más envejecida (Tabla 5) [1,5,10].

Se conoce que los pacientes afectos de esta patología sometidos a HD o TR padecen un importante deterioro de su Calidad de Vida (CV). Sin embargo, tras el injerto funcional, se genera una mejor percepción de CV del receptor. Por este motivo son personas que por lo general, posiblemente tienen una mejor adherencia al tratamiento [2].

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Andalucía	295	334	335	343	346	330	369	344	367	381	330	426	457	412	453
Aragón	51	51	33	53	58	62	52	63	55	66	65	74	65	85	78
Asturias	58	49	56	64	66	48	66	54	40	46	43	53	50	48	51
Cantabria	53	41	41	39	39	97	43	41	27	46	42	48	36	61	46
Castilla la Mancha	0	0	0	8	14	13	32	36	51	51	54	59	55	94	82
Castilla y León	61	70	79	79	69	95	95	83	86	79	93	85	117	108	117
Cataluña	366	394	372	425	438	489	408	470	471	524	460	581	559	540	604
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Extremadura	43	34	36	36	29	31	41	30	35	33	32	44	34	30	44
Galicia	134	104	121	129	108	107	112	96	120	127	131	146	138	132	141
Islas Baleares	40	46	44	37	47	41	48	28	46	45	43	43	52	39	49
Islas Canarias	106	108	110	106	99	126	103	145	126	103	104	116	91	101	108
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	10	5	16	7
Madrid	348	358	412	392	396	410	391	395	407	417	420	406	432	406	431
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-
Murcia	42	48	45	60	62	58	50	52	45	48	47	54	76	61	54
Navarra	23	26	29	23	25	18	31	18	26	35	25	40	32	26	40
País Vasco	129	108	123	121	129	130	130	125	129	118	-	123	117	156	127

Tabla 5. Actividad anual de trasplantes renales en España entre los años 200-2014

1.7 Situación actual en España del Trasplante Renal

Debido a la creciente demanda y escasa oferta en el trasplante de órganos, la falta de éstos se ha hecho más notable en los últimos años [17-18]. Para reducir las listas de espera, se han expandido los criterios de inclusión en donantes vivos, conocidos también como donantes marginales [19]. Ampliando los criterios a: mayor edad, obesos, hipertensión, FG reducido, proteinuria o hematuria en el momento de la donación. Por lo que órganos que anteriormente no se consideraban aptos para el trasplante, se están utilizando actualmente [18,20].

Se deduce, que los trasplantes de vivo están limitados o no se ofertan, de manera aparente por el miedo a la nefrectomía en una persona sana. Aunque se han atribuido mayores ventajas propias del donante vivo: menor tiempo de isquemia

fría, inmunosupresión anticipada, ausencia de consecuencias de la muerte cerebral en el donante, etc. Pero la influencia de otros factores como: compatibilidad de edad, sexo, superficie corporal y sistema de Histocompatibilidad (HLA) entre donante y receptor, y tiempo de espera en diálisis, son factores que determinan ofrecer un donante vivo para el trasplante respecto al donante cadáver [20].

Ya se conoce que en la ERT, el TR es el tratamiento sustitutivo más efectivo [2, 6,15-17]. Los pacientes en HD tienen tasas de depresión elevadas, debido a la pérdida de independencia, salud y energía. Se ha podido ver que tras el TR algunas de estas limitaciones se reducen, por lo que el TR se asocia a una mejor calidad de vida y supervivencia, reduciendo los gastos médicos y trastornos mentales [2,21-22].

Se ha estudiado que tras la recepción de un nuevo riñón, aparecen varios factores de estrés, problemas psicosociales y demandas de adaptación, que pueden afectar en el proceso de la enfermedad y supervivencia tras el injerto, conllevando a la no adherencia al tratamiento [20-21], ya que aunque el paciente se sigue considerando un paciente crónico que no tiene solucionados todos sus problemas de salud [21].

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 Concepto de Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995 define la CV como “*La percepción individual del estatus de vida en un contexto de valores culturales donde sus metas y expectativas son cumplidas, teniendo en cuenta el ámbito psicológico, relaciones sociales y entorno*”, este concepto va directamente relacionado con el bienestar percibido. Para poder valorar la CV se ha visto que los indicadores subjetivos son los más fiables para reflejar la percepción del propio paciente. Asimismo se debe tener en cuenta que la valoración será temporal y transitoria en un momento determinado y se parte desde un estado previo del paciente; por lo que las valoraciones tienen una alta influencia subjetiva [2].

Tras el concepto de CV, surgió la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para evaluar la efectividad de las distintas terapias para una enfermedad. Tiene un concepto multidimensional, que evalúa de manera subjetiva el estado de salud, cuidados sanitarios y capacidades del individuo para llevar a cabo actividades que son importantes y afectan a su bienestar como por ejemplo: grado de satisfacción con la vida, impacto en la productividad laboral, función sexual, estado emocional, dolor o actividades de la vida diaria entre otras [17] y es considerada como un objetivo más de tratamiento a parte de la supervivencia.

También se utiliza como herramienta en la planificación de políticas de salud o de distribución de recursos por su alto valor discriminativo [16]. Aunque en todo momento para poder evaluar la CVRS de los pacientes debemos ajustarnos a sus condiciones culturales y poblacionales de cada país y a sus situaciones actuales [16]. Cada vez está tomando más relevancia este concepto en pacientes con enfermedades crónicas, para controlar los efectos de la enfermedad y beneficios del tratamiento [17].

2.2 Escalas para medir CVRS

Para medir la CV en un TR existen varias escalas de medición con sus distintas puntuaciones y análisis, la elección de esta depende de su finalidad, en ocasiones no se utiliza la misma para valorar el impacto de la atención sanitaria que para un estudio de investigación. Aunque la mayoría de autores propone utilizar distintas medidas de CVRS para ampliar el rango de resultados obtenidos [16].

- **“Salud SF-36 o Short Form-36 Health Survey”**: A pesar de tener otros cuestionarios más específicos para medir CVRS en pacientes con ERC [16], es una escala genérica de 36 ítems que evalúa aspectos del estado de salud tanto positivos como negativos (Función física, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental). Este test es aplicable para población general o subgrupos específicos. La interpretación de los resultados es a mayor puntuación mejor CV percibida. Los valores van de 0 a 100 [23].
- **“Kidney Disease and Quality of Life-Short Form” (KDQOL-SF)**: Es más específica para enfermos renales, su principal inconveniente es su extensión y tiempo requerido para su contestación. Consta de 36 ítems que valoran la salud en componentes físico mental y subgrupos para valorar específicamente la sintomatología, problemas, y efectos secundarios de la enfermedad renal. A mayor puntuación, mayor CVRS percibida. Los resultados van del 0 a 100 [24].
- **“Life Satisfaction Index”**: Validado en España como “Cuestionario de trasplante Renal”. Es un cuestionario específico para pacientes con TR funcionante, consta de 25 ítems, valora: síntomas físicos, fatiga, incertidumbre, temores y apariencia [17].
- **“ReTransQol” (RTQ)**: Instrumento de medida específica de 45 ítems que valoran 5 dimensiones: salud física, mental, asistencia médica y satisfacción, tratamiento y miedo a perder el injerto. Su puntuación va del 0 al 100, a mayor CV percibida mayor puntuación [25].

- **“Euro-Quol”**: La versión Española validada es EuroQol 5-D. Valora 5 dimensiones por niveles de gravedad del 1 (mejor CV) al 4 (peor CV). Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión [26].

3. MARCO TEÓRICO

La CV no debe basarse únicamente en el aspecto del dolor, sino cómo influye en la persona la autonomía individual, psicológica, social y espiritual en el individuo [27]. Existen varias teorías que explican la CV, esta revisión bibliográfica se ha centrado en una teoría diseñada por Abraham Maslow (1908 – 1970). Psicólogo estadounidense que diseñó el “concepto de la jerarquía de necesidades”; comenta, que conforme se satisfacen las necesidades básicas, se desarrollan necesidades y deseos más altos. Considerando al ser humano como una categoría multidimensional, formulando una estructuración jerárquica [28].

Su teoría se divide principalmente en niveles de necesidades: Necesidades instintivas en la base de la pirámide y las necesidades humanas en la punta, cada nivel de la pirámide depende del anterior (Tabla 6). Estas necesidades aparecen a lo largo de la vida para ir las satisfaciendo unas de manera más inmediatas y otras a largo plazo [29].



Figura 1. Escala Maslow y Calidad de vida

La teoría tiene 3 premisas básicas:

1. Las necesidades situadas en la base de la pirámide están relacionadas con la supervivencia de la persona (salud física y psicológica). Tienen una importancia mayor que las de niveles superiores, ya que si no se satisfacen la persona no puede seguir adelante la persona.
2. La división jerárquica de necesidades impone que una necesidad de nivel superior no puede satisfacerse si previamente la necesidad inferior se ha superado.
3. A medida que asciende la pirámide las necesidades varían de objetivos las iniciales van relacionadas con la supervivencia (salud física y mental) y los últimos sobre el crecimiento personal de la autorrealización en todos los aspectos (Inclusión social, bienestar socio-económico y derechos).

Por lo que se puede llegar a la conclusión de que la CV es directamente proporcional a la satisfacción las necesidades primarias ya que la CV se ve favorecida en función de la satisfacción de los niveles de Maslow [27].

La teoría de Maslow podría usarse en el caso de los receptores renales, ya que van pasando por distintas etapas de adaptación antes de llegar al trasplante. En el momento que se diagnostica de ERC la base de la pirámide (salud física) se ve afectada, por lo que no se pueden satisfacer las demás necesidades y su CV se encuentra comprometida. Esta CV mejora en el momento en el que se realiza el TR, debido a la autonomía que adquieren los receptores mejoran su salud física y psicológica pudiendo superar los demás niveles de la pirámide.

4. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de la revisión bibliográfica es:

- Revisar en la literatura científica la calidad de vida del receptor tras el injerto renal.
- Revisar en la literatura científica qué factores pueden influir negativamente en la calidad de vida del receptor.

Como **objetivos secundarios**:

- Conocer la calidad de vida del TR versus las diferentes terapias sustitutivas (Hemodiálisis , Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal)
- Identificar si influye el tipo de donante (vivo o cadáver) en la calidad de vida y supervivencia del trasplantado renal.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

La tipología del trabajo realizado es una revisión de la literatura, para realizar la búsqueda se han utilizado bases de datos científicas entre Noviembre de 2015 y Marzo de 2016.

5.2 Procedimiento de búsqueda

La estrategia de búsqueda incluyó los booleanos “AND” y “OR” con las palabras clave en inglés y castellano: Kidney transplant (Trasplante Renal), Quality of life (Calidad de Vida), Chronic Kidney Disease (Enfermedad Renal Crónica), Living Donor (Donante Vivo), Hemodialysis (Hemodiálisis). Todas ellas de términos Medical Subject Headings (MeSH).

5.3 Criterios de inclusión/exclusión

- Criterios de inclusión: Artículos originales y lecturas primarias escritos en Inglés y Castellano, publicados entre el años 2007 y 2016, texto completo, pacientes trasplantados por primera vez, adultos a partir de 18 años.
- Criterios de exclusión: Pacientes pediátricos y adolescentes, trasplantados de otros órganos (corazón, pulmón, páncreas, hígado...) o con rechazo al primer trasplante renal, pacientes con enfermedades previas importantes que ya afectaba anteriormente a su CV.

5.4 Artículos seleccionados tras la búsqueda

Muchos de los artículos se descartaron por no ser de interés en el tema de estudio. Todos se seleccionaron tras diseñar los criterios de inclusión y exclusión y con una exhaustiva lectura de los abstracts. Todos los artículos se filtraron por año de publicación, idioma y texto completo.

Tras la estrategia de búsqueda diseñada, se encontraron un total de 1467 artículos, que finalmente se redujeron a 116. Se seleccionado 29 artículos de interés para realizar la revisión bibliográfica.

La selección se divide según las bases de datos escogidas:

- 179 en PubMed, se redujeron a 16 seleccionando 11.
- 1080 en Google Académico, se redujeron a 64 seleccionando 7.
- 22 Lilacs, reduciendo a 15 de los que se descartaron 2 por repetirse en PubMed. Finalmente se seleccionaron 2 artículos.
- 186 Scielo, que se redujeron a 21 y seleccionando 9.

5.5 Limitaciones del estudio

- Gran dificultad en el acceso de algunos artículos debido a su acceso restringido, dificultando unos resultados no tan extensos.
- Existen diferentes instrumentos y escalas de evaluación, por lo que los resultados tienen distintos parámetros de validez.

5.6 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 anteriormente 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 Universidad Internacional de Cataluña (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

De los 29 artículos seleccionados tras la búsqueda, los resultados se han dividido por las siguientes variables:

6.1 Factores Socio demográficos

La **edad** avanzada suele estar asociada a mayor CVRS [14-15,30] y a una reducción de los efectos secundarios al tratamiento inmunosupresor, debido a que presentan menos angustia y preocupaciones por perder el injerto en comparación con personas más jóvenes. Los jóvenes presentan mayores problemas a nivel de limitaciones de rol por problemas físicos [30].

Los trasplantados viven una situación de cronicidad tras el injerto que implican una modificación de **hábitos de vida**, dinámica familiar y reorientación de proyectos personales [31]. Se debe tener en cuenta que la CV tras el TR, viene determinada por la comorbilidad de base del receptor [14].

El **soporte social**, contribuye a la adaptación de la nueva situación generando con ello una mejor CV, la familia se considera una función protectora en situaciones estresantes, por lo que el ambiente adecuado genera bienestar [31], y estilos activos de afrontamiento para solucionar el problema generan mejor percepción de CV [32].

6.2 Factores psicológicos

Los receptores perciben más **apoyo social** una vez trasplantados, tras el injerto se recomienda seguir una psicoterapia, ya que estados emocionales negativos son el factor más influenciado para determinar una CVRS negativa [17]. Las emociones afectan directa o indirectamente al receptor a nivel de adherencia al tratamiento o con alteraciones del sistema nervioso central, inmunológico, endocrino o cardiovascular. Por lo que las **situaciones estresantes y negativas**, influyen disminuyendo la regularización inmunológica, aumentando el riesgo de rechazo crónico del injerto [33].

Los receptores de DC refieren peor salud general y funcionamiento físico que los procedentes de DV [30], y tienen más **trastornos psicológicos**, por estar más tiempo en HD, hecho que suele hacer que estén más deteriorados [25,34].

La **depresión** es la variable más común que presentan los pacientes con IRC [16,35-36], y tiene una fuerte influencia con la calidad y esperanza de vida, a nivel general un 20% de los pacientes en HD presenta síntomas de depresión versus un 12% de los TR [37]. Las mujeres y jóvenes son más propensos que pacientes casados o con pareja [30].

6.3 Factores clínicos

Los **efectos secundarios** de los inmunosupresores, infecciones y hospitalización recientes influyen de manera negativa en CVRS [25]. Las causas que influyen de manera positiva a CVRS son: sexo masculino, estar casado o tener pareja, alto nivel de estudios, niveles de hemoglobina y hematocrito altos, trasplante renal procedente de donante vivo [30,34,38-39]. Tal y como se ha comentado con anterioridad, se debe tener en cuenta que niveles de **albúmina** correctos son considerados indicador de buena nutrición y baja morbimortalidad y la medición de **creatinina**, no deben usarse como única prueba para evaluar la función renal, ya que el FG es más fiable a partir del **aclaramiento de Creatinina**.

6.4 Terapias sustitutivas

Los pacientes TR inicialmente presentan menor CV en comparación con los pacientes en HD, aunque a medio plazo es al revés, los pacientes TR presentan puntuaciones similares a la población general excepto en la escala de vitalidad, con notable mejoría en el test SF-36 [40], por lo que la **salud física** está más afectada que la mental [39], aunque no es tan buena como la de la población en general [26,41].

Se ha observado que el tiempo previo a HD antes del TR se correlaciona negativamente con la CV, la supervivencia se reduce entre 5-10 años, y un menor tiempo en HD se asocia a una reducción de la **depresión** y **ansiedad** [30].

Se debe tener en cuenta que CVRS es variable en pacientes sometidos a la misma terapia, por variables: socio demográficas, médicas o psicosociales [30]. Esto puede

ser debido a que los TR en el momento inmediato reflejan un sentimiento de liberación tras la dependencia a la HD, aunque a corto plazo deben afrontar los efectos secundarios de medicación y problemas sociales que podrían explicar el deterioro percibido antes de lograr la completa adaptación tras el TR [26].

Los pacientes en HD tienen el concepto de CV más amplio, englobando aspectos que van más allá de la ausencia de enfermedad, incluyendo el bienestar y la satisfacción [42]. Se ha observado que la **HD diaria** (6 veces / semana durante 1,5-3h), es más eficaz que la **HD convencional** (3-4 horas/ 3 veces por semana) y presenta menos problemas vasculares, mejor control de la hipertensión con reducción de la medicación antihipertensiva, menor incidencia de hipertrofia ventricular, mejores niveles de hemoglobina y reducción en el uso de aglutinantes de fosfato por lo que su CVRS es mejor en pacientes con HD diaria en cuanto a vitalidad (función social, energía y autopercepción) [40].

En relación, los pacientes en DP presentan mejores resultados que con HD en cuanto a: carga y efectos de la enfermedad renal y satisfacción del paciente. También suelen ser grupos más autónomos y motivados [38].

Aunque los pacientes en DP, presentan a largo plazo un deterioro progresivo de la estructura y función de la membrana peritoneal, debido a la acidez y altas concentraciones de glucosa del líquido dializante. Por lo que se relaciona con problemas gastrointestinales. Se ha observado que los pacientes con DP muestran mayor riesgo de hernia intestinal, obstrucción o adherencia en comparación con los HD. Mientras que en HD, hay mayor probabilidad de isquemia mesentérica, cirrosis hepática o pancreatitis aguda, por lo que cualquier terapia dialítica se asocia con problemas gastrointestinales [43].

6.5 Tipo de donante

El determinante principal para el TR es la edad del receptor y no la del donante, el concepto de donante “joven” o “mayor” debe considerarse en función de la edad del receptor [44]. Debe tenerse en cuenta que los receptores de entre 50-55 años que reciben donantes de >65 años obtienen resultados anómalos, por lo que el riesgo asociado a la edad del donante en el fracaso del TR es en receptores de DV >65 años (Tabla 6) [45]. Se sugiere que es debido a que la biología del riñón está limitada por la disminución progresiva de la función renal asociada con el envejecimiento [44].

Edad donante	Edad del receptor			
	18-39	40-49	50-59	>=60
18-39	1	1	1	1
40-44	1.22 (1.14-1.29)	0.97 (0.90-1.05)	0.96 (0.84-1.08)	1.14 (1.02-1.27)
45-49	1.23 (1.14-1.31)	1.12 (1.03-1.22)	0.88 (0.79-0.98)	1.19 (1.04-1.37)
50-54	1.27 (1.18-1.37)	1.27 (1.13-1.43)	0.99 (0.89-1.09)	1.20 (1.01-1.41)
55-59	1.35 (1.24-1.47)	1.36 (1.12-1.65)	1.17 (1.03-1.13)	1.05 (0.89-1.24)
60-64	1.42 (1.25-1.61)	1.20 (0.92-1.56)	1.08 (0.86-1.36)	1.22 (1.03-1.45)
>=65	1.70(1.38-2.09)	1.47 (1.16-1.86)	1.76 (1.21-2.56)	1.64 (1.34-2.01)

Tabla 6. Riesgo de fracaso del aloinjerto en relación con la edad del donante vivo

La opción de DV, mejora la esperanza de vida y calidad de los pacientes ya sea relacionado o no relacionado. Es la mejor opción para el trasplante anticipado con menor isquemia y sin sufrir inestabilidad cardiovascular en el periodo que precede la muerte cerebral con mayor supervivencia que en el DC [46]. El **tamaño del injerto**, pronostica a largo plazo su evolución, tanto para los receptores como para los donantes. Se ha observado una relación entre menor volumen del injerto con mayor riesgo de rechazo, cambios histopatológicos, glomerulonefritis del trasplante o rechazo de este y un FG inferior [47].

En caso de DV, los receptores suelen presentar una alta preocupación relacionado con el trasplante, a través de sentimientos de culpa hacia el donante y una responsabilidad sobre su salud. A mayor culpabilidad, mayor responsabilidad de su salud demuestran, para recompensar la oportunidad que se les ha ofrecido [33].

6.6 Supervivencia del injerto

Se ha demostrado que el TR ofrece mejores tasas de supervivencia y CV superior que en la HD, y además es menos costoso a medio-largo plazo [14,48]. Para poder establecer el rendimiento del TR en cuanto a supervivencia, el factor más importante es la **causa de la ERC** [48].

El riesgo de **fracaso del injerto** aumenta progresivamente según diversas variables la edad; a partir de los 51 años la supervivencia del injerto disminuye significativamente [24,49], exceso de meses en diálisis pretrasplante y el FG pre trasplante por lo que se recomienda un **trasplante anticipado** [44]. Cuando el TR tiene éxito, entre las otras modalidades terapéuticas presentan menos tasas de morbilidad, menor mortalidad y mejor CV [37].

La supervivencia del injerto en DV según un estudio de 2014 fue del 93.5% al año y 82.2% a los cinco años. La supervivencia en general al año, tres y cinco años fue de 97.8%, 94.4% y 93.5% respectivamente. Las causas principales de fracaso el primer año son: rechazo agudo, trombosis del injerto y recurrente enfermedad renal, la edad y sexo del donante no son significativos para determinar la supervivencia [50].

Los TR procedentes de donantes con **edad avanzada** muestran una supervivencia 5 años menor en relación de los procedentes de donantes más jóvenes [20]. Este dato es de gran interés en receptores jóvenes ya que será más beneficioso en cuanto a supervivencia y funcionamiento recibir un trasplante de donante joven. Un 20% de los receptores jóvenes reciben donantes relativamente mayores por lo que presentan una desventaja [44].

Se ha observado que los donantes vivos fumadores o con dislipemia, a largo plazo presentan menor FG y mayores niveles de creatinina que los no fumadores, aumentando así las probabilidades de rechazo del injerto [47]. La probabilidad de muerte o eliminación permanente de lista de espera es mayor en pacientes de edad avanzada, y la diabetes es la enfermedad principal para no poder conseguir un TR [45].

7. DISCUSIÓN

A pesar de las claras ventajas del TR que presentan mejor CVRS, debido a la cronicidad que presentan los receptores [31], aparecen aspectos negativos tales como: régimen estricto, inmunosupresores con sus efectos secundarios [16,22] relacionados, frecuentes visitas médicas, infecciones e incertidumbre y ansiedad debido al riesgo de rechazo o pérdida del injerto [41,44]. Se ha demostrado que tras los avances médicos y tecnológicos la CVRS ha ido mejorando a lo largo de los años con programas de salud, aunque quizás se debería tener más en cuenta la asistencia psicológica a los pacientes durante todo el proceso del trasplante, para favorecer la adaptación a la nueva situación tanto a los pacientes como familiares, ya que el estado psicoafectivo debe tenerse en cuenta al evaluar la CVRS porque está va estrechamente relacionado al ser un concepto multidimensional [16].

El TR mejora la supervivencia y reduce las complicaciones más frecuentes, en parte es gracias al inicio de los inmunosupresores, progreso en los cuidados y mejor manejo de enfermedades infecciosas [46]. Según esta revisión he observado que la etapa previa al inicio de las TRS, no está muy estudiada, a pesar de su alta incidencia, alto coste [4] y trascendencia, y que existe una alta tendencia por el sexo femenino debido a la exposición más temprana de factores de riesgo como son los estilos de vida [31].

Tras finalizar la revisión, se demuestra que es muy importante determinar cuáles son los factores que determinan la CV de los receptores para desarrollar intervenciones y maximizar la CVRS en el ámbito del injerto renal. Teniendo en cuenta que la CVRS basal es de gran importancia para evaluar los resultados de las intervenciones ejecutadas [16], esta medida debería formar parte de la práctica habitual en los profesionales de salud, dedicados a tratar enfermos renales, desde los estadios iniciales sabiendo que la sintomatología que presentan repercute en la vida diaria de los pacientes con ERC, con el fin de preservar una CV óptima en pacientes con TR, y ayudar en la toma de decisiones y diseño de programas para el tratamiento de la ERC, aunque se debe pensar que una vez se haya realizado el TR la CV no mejorará inexorablemente debido a su cronicidad.

Se debe tener en cuenta que tras los grandes avances médicos, los resultados obtenidos en esta revisión pueden ser variables a lo largo de unos años.

8. CONCLUSIONES

En España la mayoría de artículos estudian variables comunes: sociodemográficas, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento.... Es difícil determinar el consenso para definir la CVRS, ya que es una evaluación subjetiva.

Tras la revisión, podemos concluir que los factores sociodemográficos, psicológicos y clínicos son de especial relevancia para determinar la CVRS de los receptores. El sexo masculino, estar casado o tener pareja, estudios, niveles de hemoglobina y hematocrito altos y trasplante renal procedente de donante vivo, son las variables más comunes para adquirir una buena CVRS.

El TR de donante vivo anticipado es la mejor opción terapéutica para la ERC, que a largo plazo genera mejor CVRS, aumentando la esperanza de vida del receptor y menores costes sanitarios. Se debe tener en cuenta que las tasas de éxito del TR están directamente relacionadas con la etiología de la ERC, y las probabilidades de fracaso en el injerto asociado al donante es en receptores >65 años.

9. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO

El inicio de este trabajo no ha sido fácil, porque aún diseñando diversas estrategias de búsqueda seguía sin encontrar la información que necesitaba, aunque gracias a la ayuda de mi tutora que me ha guiado y animado a lo largo del proyecto he podido acabarlo de manera satisfactoria, ya que al principio me veía perdida debido a la complejidad de un trabajo a tan largo plazo. Lo más dificultoso de todo ha sido diseñar una estrategia de búsqueda para poder empezar, y llegar a sintetizar todos los resultados. Pero una vez terminado considero que he adquirido nuevas habilidades para futuros proyectos.

Gracias a este proyecto he podido conocer una pequeña parte de este gran mundo, la investigación. Considero que es un ámbito muy enriquecedor y que la enfermería no debería dedicarse únicamente a lo asistencial, sino que compaginándola con la investigación y publicación de resultados se podría visibilizar más esta profesión. Aunque poco a poco estamos cambiando y se empiezan a ver más estudios dirigidos por enfermería.

He entendido que gran parte de la sociedad está afectada de ERC y que es un problema social de gran importancia, por lo que quizás se debería informar mejor a la población. Con una mayor visibilidad de esta enfermedad y en consecuencia con un mayor entendimiento, se podrían aumentar los trasplantes de donaciones vivo a vivo que no suponen repercusiones clínicas importantes para el donante y consiguen una mejor CV en los receptores.

10. RELEVANCIA DEL TEMA PARA LA ENFERMERIA

El papel de enfermería en el ámbito de los trasplantes tiene gran importancia en la educación sanitaria. En el caso del TR con la modificación de hábitos de vida para prevenir los riesgos cardiovasculares tales como: mala dieta, obesidad, sedentarismo, HTA, tabaquismo... sobretodo pre y post trasplante.

El seguimiento del paciente debe ser estricto para asegurar la comprensión y la adherencia al tratamiento farmacológico y así conseguir la mejor CV para el receptor del trasplante renal. Está demostrado que la CV de los pacientes sin un TR se encuentra reducida en relación a la población sana.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Friat.es [sede Web]. Fundación renal Iñigo Álvarez de Toledo. Disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/>

[2] Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Sat A, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. Rev cubana med. 2007; 46(3) .

[3] Píriz R, De la Fuente M. Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Difusión Avances Enfermería; 2001.

[4] Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, et al. Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. Nefrología 2014; 34(2):243-262.

[5] Sellarés V, López J.M, Hernández F, Hernández D. Nefrología al día. Barcelona: Sociedad Española de Nefrología; 2010.

[6] Otero A, De Francisco ALM. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Nefrología.2003; 23:475-7.

[7] Alcázar R, Orte L, Otero A. Enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología. 2008; 3: 3-6.

[8] Domínguez-Gil B, Oliva M, Martín E, García M, Cruzado JM, et al. Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. Nefrología. 2010; 30(2):3-13.

[9] Registrorenal.es [sede Web]. Registros autonómicos de enfermos renales. Disponible en: <http://www.registrorenal.es/>

[10] ONT.es [sede Web]. Organización Nacional de Trasplantes. Disponible en: <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>

[11] University of Maryland Medical Center [sede Web]. Baltimore; 2013. [actualizada el 10 de Febrero de 2013; Acceso 23 de Noviembre de 2015]. Disponible en: <http://umm.edu/Health/Medical/SpanishEncy/Articles/Enfermedad-renal-terminal>

[12] Decreto 231 - 2000 Uso Obligatorio de Casco Protector en Motocicletas. Boletín Oficial del Estado, nº 231, (14-12-2000).

[13] Dgt.es.Dirección General de Tráfico [sede Web]*. España: dgt.es. Disponible en: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/>

[14] Daga D, Fernández C, Segura F, Carballo M. Indicaciones y resultados a largo plazo de los trasplantes de órganos sólidos. Calidad de vida en pacientes trasplantados. Med Intensiva. 2008; 32(6):296-303.

[15] Hernández D, Castro-de la Nuez P, Muriel A, Ruiz-Esteban P, Alonso M. Mortality on a renal transplantation waiting list. Nefrología 2015; 35:18-27.

[16] Rebollo A, Morales JM, Pons ME, Mansilla JF. Review of studies on health related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease in Spain. Nefrologia 2015; 35(1):92-109

[17] Valdés C, Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con salud y trasplante renal. Nefrología. 2006; 26(2):157-62.

[18] Labrador PJ, González P, Mengotti T, Jiménez M. El trasplante renal de donante vivo da los mismos resultados que el trasplante renal de donante cadáver. Nefrología. 2008; 28 (5) 561-2.

[19] Bahadur MM, Binnani P, Gupta R, Pattewar S. Marginal donor kidney in a marginal recipient: Five year follow-up. Indian J Nephrol. 2010; 20(2):100-2.

- [20] Iordanous Y, Seymour N, Young A, Iansavichus AV, Cuerden MS, et al. Recipient Outcomes for Expanded Criteria Living Kidney Donors: The Disconnect Between Current Evidence and Practice. *American Journal of Transplantation*. 2009; 9: 1558–73.
- [21] Parsaei Z, Hami M, Moshtagh Z. Anxiety and Depression: A comparison between Living and Cadaveric Renal Transplant Recipients. *Int J Organ Transplant Med*. 2011; 2(4):178-83.
- [22] Pérez C, Moyano M^aC, Estepa del Árbol M, Crespo R. Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enferm Nefrol* 2015: Julio-Septiembre; 18 (3): 204-26.
- [23] Vilaguta G, Ferrera M, Rajmilb L, Rebollo P, Permanyer-Miraldad G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):135-50.
- [24] Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Rev Méd Chile* 2009; 137: 200-7.
- [25] Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013, 11: 88-100.
- [26] Pérez MA, Martín A, Díaz R, Pérez J. Evolution of health-related quality of life. *Nefrologia*. 2007; 27 (5): 621-6.
- [27] Mera ML. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006 [tesis doctoral]. Chile: Universidad Austral de Chile; 2007.
- [28] Nava MG. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol (Mex)* 2012; 3: 129-37.

- [29] Martínez M, Pérez L, Sanabria G. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. 2010; 26(1):147-59.
- [30] Pérez C, Moyano M^aC, Estepa M, Crespo R. Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enferm Nefrol* 2015; 18 (3): 204-26.
- [31] Medellín J, Carrillo GM. Perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation. *Av.enferm.* 2014; 42(2): 206-16.
- [32] Acosta PA, Chaparro LC, Rey CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista colombiana de psicología.* 2008; 17: 9-26.
- [33] Redondo de Cárdenas AM, Calvanese de Petris N, Gracia HL, Hernández L. Evaluación de factores psicológicos asociados a la nefropatía crónica del injerto. *Argos.* 2010; 52:62-97.
- [34] García K. Calidad de vida y trasplante renal. Una necesidad a investigar. *Investigaciones Medicoquirúrgicas.* 2010; 2 (2):43-9.
- [35] Quinn D, Kellerman M.A, Alan J, Christensen, Austin S, et al. Association Between Depressive Symptoms and Mortality Risk in Chronic Kidney Disease. *Health Psychol.* 2010; 29(6): 594–600.
- [36] Morales R, Salazar E, Flores F, Bochicchio T, López AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx.* 2008; 144 (2): 91-8.
- [37] Vasconcelos S, Sesso R, Madureira Pará Diniz DH. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol.* 2015; 37(1):55-63.

[38] Rodriguez M, Castro R, Oliveira L, Prata C, et al. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia*. 2011; 31(1):91-6.

[39] Yepes CE, Montoya M, Orrego BE, Santaella C, Yepes JJ, et al. Health related quality of life in patients with chronic kidney disease without dialysis or transplant: a random sample from two insurance companies. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología*. 2009; 29(6):548-56.

[40] Pinter P, Joanne PhD, Krasnoff B, Kukowski M, Frasseto L, et al. Effects of Modality Change on Health Related Quality of Life. *Hemodial Int*. 2012; 16(3): 377–86.

[41] Stomer U, Bergrem H, Goransson LG. Health-related quality of life in kidney transplant patients and non-renal replacement therapy patients with chronic kidney disease stages 3b–4. *Ann Transplant*. 2013; 18: 635-42.

[42] Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Global*. 2012; 18: 257-75.

[43] Lee Y, Hung S, Wang HH, Wang HK, Lin C, et al. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine*. 2015; 94 (36): 1-9.

[44] Noppakun K, Cosio FG, Dean PG, Taler SJ, Wauteur R, et al. Living Donor Age and Kidney Transplant Outcomes. *American Journal of Transplantation*. 2011; 11: 1279–86.

[45] Chang P, Gill J, Dong J, Rose C, Yan H, et al. Living Donor Age and Kidney Allograft Half-Life: Implications for Living Donor Paired Exchange Programs. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 835–41.

[46] Carmona C, Huidobro JP, Vegas J. Resultados a 10 años en Trasplantes Renales con donantes vivos no relacionados. Experiencia de 22 años. Rev Med Chile 2015; 143: 147-57.

[47] Niemi MD, Mandelbort A. The Outcomes of Living Kidney Donation from Medically Complex Donors: Implications for the Donor and the Recipient. Curr Transplant Rep. 2014; 1(1): 1-9.

[48] Douthat WG, Fernández P, Rechene J, Chiurchiu CR, Arteaga J, et al. Trasplante renal y disminución de la mortalidad en los programas de diálisis crónica. Medicina (B. Aires). 2014; 74 (1):1-8.

[49] Rodriguez M, Parra M, Rocha S, Castro M, Villalobos Sepúlveda C. Supervivencia del injerto y del receptor en el trasplante renal en el hospital Guillermo Gran Benavente (Concepción, Chile). Enferm Nefrol 2014; 17 (4): 292-8.

[50] Prasanna D, Abdul LM, Ariyaratne P. Survival of Living Donor Renal Transplant Recipients in Sri Lanka: A Single-Center Study. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2014; 25(6):1334-40.

12. Anexo 1: Tabla resumen selección de artículos

PUBMED					
Año	Título	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Datos relevantes
2015	Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients.	Vasconcelos S, Sesso R, Madureira DH.	Comparativo - transversal	N=100	<ul style="list-style-type: none"> · La ERC al ser crónica presenta mayor incidencia de psicopatología, por lo que muestran tasas de suicidio de 10-400 veces más que la población general. · La mayoría de los pacientes (89%) tenían síntomas mínimos de desesperanza los factores relacionados con síntomas depresivos.
2015	Different risk of common gastrointestinal disease between groups undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis or with non-end renal stage disease.	Lee Y, Hung S, Wang HH, Wang HK, Lin C, et al.	Retrospectivo	N=10746	<ul style="list-style-type: none"> · La HD y DP se asocian a mayores problemas gastrointestinales en relación con TR a largo plazo debido al pH del dializante que daña la membrana peritoneal.
2014	The Outcomes of Living Kidney Donation from MedicallyComplex Donors: Implications for the Donor and the Recipient.	Niemi MD, Mandelbort A.	Individual centro	N=80	<ul style="list-style-type: none"> · El tamaño del injerto pronostica los resultados a largo plazo para donante y receptor, por lo que debe determinarse en función del Índice de Masa Corporal (IMC). · Se observa una relación entre a menor volumen, mayor riesgo de rechazo, cambios histopatológicos, glomerulonefritis del trasplante o rechazo de este y FG inferior.

2014	Survival of Living Donor Renal Transplant Recipients in Sri Lanka: A Single-Center Study	Prasanna Galbada D, Abdul LM, Ariyaratne P	Retrospectivo de cohortes	N= 110	<ul style="list-style-type: none"> · El fracaso del injerto durante el primer año después del TR se debe al rechazo agudo, trombosis del injerto y recurrente enfermedad renal. · La edad y el sexo del donante no tiene repercusión en la supervivencia del injerto.
2013	Health-related quality of life in kidney transplant patients and non-renal replacement therapy patients with chronic kidney disease stages 3b–4	Stomer U, Bergrem H, Groransson LG.	Transversal	N= 76	<ul style="list-style-type: none"> · No se observaron diferencias significativas en la CVRS evaluadas en el grupo de pacientes TR en comparación con un grupo de edad y sexo de los no trasplantados y tuvieron un FG similar. · El uso de medicación inmunosupresora se ha asociado con una reducción de la CVRS
2013	Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France	Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, et al.	Transversal, multicéntrico.	N= 741	<ul style="list-style-type: none"> · Las variables socio-demográficas tiene una alta influencia sobre la CVRS.
2012	Effects of Modality Change on Health Related Quality of Life	Pinter P, Joanne PhD, Krasnoff B, Kukowski M, Frasseto L, Johansen K.	Chorte	N= 43	<ul style="list-style-type: none"> · La HD diaria, es más eficaz que la HD convencional, a nivel de CVRS con mejoras constantes en ámbitos de vitalidad: función de auto-reporte de física, función social y energía. · La CV de los TR era similar al grupo control (donantes sedentarios). Todos los cambios observados son a nivel físico y mental (rol emocional, funcionamiento social, salud mental) no varían según la modalidad de tratamiento. · Los pacientes que pasaron de HD a TR presentaron una notable mejoría en el test SF-36.

2012	Living Donor Age and Kidney Allograft Half-Life: Implications for Living Donor Paired Exchange Programs	Chang P, Gill J, Dong J, Rose C, Yan H, Landsberg D, Cole E, Gill J.	Transversal	N=50	<ul style="list-style-type: none"> · La edad del donante tiene un efecto clínicamente significativo sobre el resultado a largo plazo del trasplante renal.
2011	Living Donor Age and Kidney Transplant Outcomes	Noppakun K, Cosio FG, Dean PG, Taler SJ, Wauteur R, Grande JP.	Grupo control	N= 610	<ul style="list-style-type: none"> · La edad del DC es un determinante importante a largo plazo en la supervivencia del injerto, sobre todo a partir de los 5 años · El riesgo de fracaso del injerto aumenta progresivamente. A partir de los 40 años, meses en diálisis pre trasplante y el FG pre trasplante por lo que se recomienda un trasplante precoz.
2010	Association Between Depressive Symptoms and Mortality Risk in Chronic Kidney Disease	Quinn D, Kellerman M.A, Alan J, Christensen, Ph.D, Austin S, Baldwin Ph.D, William J, Lawton M.D	Prospectivo	N= 359	<ul style="list-style-type: none"> · La depresión puede afectar el riesgo de mortalidad temprana en ERC. · Las causas de muerte en ERC son: 22.6% cardiovasculares, 23.1% complicaciones diabéticas, 18.8% complicaciones ERC, 10.2% cáncer, 9.1% infección, 2.7% enfermedad pulmonar, 2.2% accidentes, 1.6% hemorragia gastrointestinal, 2.7% otros.
2009	Recipient Outcomes for Expanded Criteria Living Kidney Donors: The Disconnect Between	Iordanous Y, Seymour N, Young A, Iansavichus AV, Cuerden MS, et	Metanálisis y revisión literatura	N=36	<ul style="list-style-type: none"> · No se observan diferencias significativas en los resultados de donante hipertenso y normotenso con los niveles de creatinina. · No encuentran estudios de donantes con obesidad, proteinuria o hematuria microscópica

	Current Evidence and Practice	al.			
SCIELO					
Año	Título	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Datos relevantes
2015	Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón	Pérez C, Moyano M ^a C, Estepa M, Crespo R.	Revisión de la literatura	N= 42	<ul style="list-style-type: none"> · El grado de mejoría en CVRS es variable en pacientes sometidos a la misma terapia, por variables: sociodemográficas, médicas o psicosociales · El tiempo previo en HD antes TR se correlaciona negativamente con la CV. Un menor tiempo en HD se asocia a una reducción de la depresión y ansiedad. · Los receptores de donante cadáver refieren peor salud general y funcionamiento físico que los procedentes de donante vivo.
2015	Review of studies on health related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease in Spain	Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla JF.	Revisión de la literatura	N= 53	<ul style="list-style-type: none"> · Existe asociación entre la presencia de síntomas ansiosos y depresivos y una peor CVRS percibida. · Las condiciones culturales poblacionales y situación en concreto del país deben tenerse en cuenta para ajustar CVRS.
2014	Supervivencia del injerto y del receptor en el trasplante renal en el hospital Guillermo Gran Benavente (Concepción,	Rodriguez M, Parra M, Rocha S, Castro M, Villalobos C.	Descriptivo, transversal, correlacional y comparativo	N= 243	<ul style="list-style-type: none"> · No habían diferencias en relación al sexo del donante y del receptor ni al tipo de tratamiento inmunosupresor. · La edad del donante influye en la supervivencia del injerto. Y el donante vivo presento mejor supervivencia que el donante cadáver.

	Chile)				
2014	Trasplante renal y disminución de la mortalidad en los programas de diálisis crónica	Douthat WG, Fernández P, Rechene J, Chiurchiu CR, Arteaga J, Massari P, De la Fuente J.	Análisis multivariado	N= 118	<ul style="list-style-type: none"> · El TR tiene mejor supervivencia y CV que HD y reduce los costes a medio plazo. · La lista de TR está en constante crecimiento y supera a los trasplantes anuales realizados. · Uno de los factores más importantes para establecer el beneficio del trasplante en términos de supervivencia es la causa de la IRC
2012	Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida	Malheiro P, Arruda D.	Descriptivo	N=19	<ul style="list-style-type: none"> · La percepción en la CV como ausencia de enfermedad, puede estar influenciada por los profesionales de la salud.
2011	Quality of life in chronic kidney disease	Rodriguez M, Casto R, Oliveira L, Prata C, Morgado T.	Experimental	N= 111	<ul style="list-style-type: none"> · Los niveles de hemoglobina media en TR fueron mejores que los pacientes HD y DP. Los niveles de albúmina se mantuvieron similares sin diferencias significativas. · Los pacientes con DP tuvieron mejores resultados que HD en: carga a la enfermedad renal, efectos de la enfermedad, satisfacción del paciente por lo que son grupos más autónomos y motivados.
2008	Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis	Acosta PA, Chaparro LC, Rey CA.	Experimental	N= 120	<ul style="list-style-type: none"> · Los estilos activos de afrontamiento para solucionar el problema generan mejor percepción CV.

	peritoneal o trasplante renal				
2007	Indicaciones y resultados a largo plazo de los trasplantes de órganos sólidos. Calidad de vida en pacientes trasplantados	Daga D, Fernández C, Segura F, Carballo M.	Prospectivo y longitudinal	N= 28	<ul style="list-style-type: none"> · La comorbilidad previa del paciente es determinante en la CV del TR. · El TR ofrece tasas de supervivencia y CV superior a HD y además es mucho menos costoso a largo plazo. · Los TR de donante vivo tienen mejor supervivencia que DC, por condiciones biológicas, tiempos de isquemia fría y factores inmunológicos.
2007	Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes Con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión	Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas F, Bochicchio-Riccardelli T, López-Caudana AE	Transversal	N= 123	<ul style="list-style-type: none"> · La evaluación psiquiátrica temprana, puede mejorar el deterioro y respuesta al tratamiento antidepresivo durante la IRT
LILIACS					
Año	Título	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Datos relevantes
2010	Calidad de vida y trasplante renal. Una necesidad a investigar	García Rodríguez K	Revisión literatura	N=18	<ul style="list-style-type: none"> · El aspecto emocional es el que presenta mayor deterioro debido al proceso de adaptación con miedo, ira y ansiedad. · La ansiedad y trastornos emocionales, mejoran cuando se realiza el TR.

2007	Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal.	Borroto Díaz G, Almeida J, Lorenzo A, Famet A, Guerrero C.	Prospectivo - comparativo	N= 52	<ul style="list-style-type: none"> · El trasplante de un órgano funcionando, se acompañan de una mejor percepción CV. · El apoyo familiar es un factor determinante para mejorar su CV.
GOOGLE ACADÉMICO					
Año	Título	Autores	Tipo de estudio	Muestra	Datos relevantes
2015	Resultados a 10 años en Trasplantes Renales con donantes vivos no relacionados. Experiencia de 22 años	Carmona C, Huidobro JP, Vegas J.	Observacional de cohorte retrospectivo	N= 253	<ul style="list-style-type: none"> · Un TR de DV evita la diálisis, por lo que haciendo un trasplante de manera anticipada, con menor isquemia. · La supervivencia de los pacientes los primeros 10 años fue similar en los DV relacionados y no relacionados y los donante cadáver.
2014	Perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation.	Medellín J, Carrillo GM.	Descriptivo correlacional de corte transversal	N= 210	<ul style="list-style-type: none"> · El soporte social, contribuye a la adaptación de la nueva situación generando con ello una mejor CV. · Los pacientes sometidos a TR buscan una mejor CV, recuperar su rol y reducir la necesidad de ayuda. · Los trasplantados presentan menores índices de depresión y ansiedad que otras TRS.
2014	Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease	Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura J, et al.	Revisión literatura	N=77	<ul style="list-style-type: none"> · En España el coste anual asociado en las fases más avanzadas ERC es de 800 millones de euros anuales. · La evaluación del FG mediante ecuaciones obtenidas con la concentración de creatinina, edad, sexo y etnia, son mucho más exactas que la creatinina sérica aislada. · La proteinuria y albuminuria persistentes, no son solo

					<p>signo de lesión renal sino que también indica a veces un daño sistémico. La proteinuria nos indica la progresión de la ERC y la albuminuria el pronóstico renal y mortalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Se considera que un paciente tiene progresión renal, cuando presenta un descenso FG > 5 ml/min/año o >10ml/min/ 5 años.
2010	Evaluación de factores psicológicos asociados a la nefropatía crónica del injerto	Redondo de Cárdenas AM, Calvanese de Petris N, Gracia HL, Hernández L.	Estudio descriptivo-discriminante y transversal	N= 74	<ul style="list-style-type: none"> · Las emociones pueden afectar en la salud del receptor de manera indirecta a nivel de adherencia al tratamiento o directamente con alteraciones del sistema nervioso central, inmunológico, endocrino o cardiovascular.
2009	Health related quality of life in patients with chronic kidney disease without dialysis or transplant: a random sample from two insurance companies. Medellín, Colombia, 2008	Yepes CE, Montoya M, Orrego BE, Santaella C, Yepes JJ, et al.	Descriptivo transversal	N=411	<ul style="list-style-type: none"> · Pacientes con ERC sin TRS su calidad de vida es inferior que la de la población en general.
2007	Evolution of health-related quality of life	Pérez MA, Martín A, Díaz R, Pérez J	Prospectivo y longitudinal	N= 28	<ul style="list-style-type: none"> · Los pacientes con TR presentan mejor CV en comparación con HD y muy similar a la población general. · En el trasplantado su CVRS no se estabiliza, ya que pasa por distintas fases fluctuantes en función del momento que se estudie.
2006	Avances en la Calidad de Vida Relacionada con	Valdés C, Ortega F.	Revisión bibliografía	N=43	<ul style="list-style-type: none"> · En el TR las expectativas en CVRS mientras están en lista de espera son más altas de las que realmente tendrán.

	Salud y Trasplante Renal				<ul style="list-style-type: none">· Se ha observado que el tratamiento con eritropoyetina mejora la CVRS.· La CVRS de DV es mejor que la de DC.
--	--------------------------	--	--	--	--

13. Anexo 2: Calendario de actividades programadas

Fecha	Actividad
Septiembre 2015	Introducción en el tema de búsqueda, presentación de temas de interés y objetivos del Trabajo de Fin de Grado. Inicio de introducción.
Octubre 2015	Diseño de estrategia de búsqueda inicial y decisión de palabras clave.
Noviembre-Diciembre 2015	Se amplían bases de datos y se deciden criterios de inclusión y exclusión. Inicio de justificación.
Diciembre-Enero 2016	Lectura crítica de los artículos para realizar la selección definitiva de la revisión bibliográfica. Desarrollo de la metodología del trabajo y marco teórico.
Febrero 2016	Desarrollo de resultados y diseño de la tabla de resultados.
Marzo 2016	Desarrollo de conclusiones, discusión y reflexiones.
Abril 2016	Versión casi definitiva del trabajo.
Mayo 2016	Corrección del feed-back dado por la tutora y preparación del power point.
Junio 2016	Defensa oral.