



Actitud ante el trasplante renal.

Oriol Arqué Arnaiz

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

Actitud ante el trasplante renal.

Grado en Enfermería.

Autor: Oriol ARQUÉ ARNAIZ
Tutor: Maria Teresa ALONSO TORRES
Fecha de presentación: 05/06/2015

ÍNDICE

Resumen.....	pág.5
Abstract.....	pág.6
Abreviaturas.....	pág.7
Introducción.....	pág.8
Enfermedad Renal Crónica (ERC).....	pág.10
-Definición ERC.....	pág.10
-Tratamiento.....	pág.11
-Etapas ERC.....	pág.11
-Definición Trasplante.....	pág.12
-Tipo de donantes.....	pág.13
-Aspectos legales.....	pág.13
-Aspectos éticos.....	pág.15
Justificación.....	pág.16
Marco teórico	pág.18
Hipótesis y objetivos	pág.20
Metodología.....	pág.21
Consideraciones éticas del trabajo.....	pág.23
Resultados.....	pág.24
Discusión.....	pág.30
Conclusiones.....	pág.32
Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido.....	pág.33
-Relevancia para la enfermería.....	pág.33
Referencias bibliográficas.....	pág.34
Anexos	pág.42
Agradecimientos	pág.44

ÍNDICE de Figuras

Figura 1: Clasificación piramidal de la ERC.....	pág.6
Figura 2: Primeras etapas de la ERC.....	pág.9
Figura 3: ERC en su etapa tardía.....	pág.9
Figura 4: Última etapa de la ERC.....	pág.10
Figura 5: Teoría de la acción razonada.....	pág.16

ÍNDICE de Tablas

Tabla 1:Comparativa de donantes vivos y fallecidos.....	pág.7
---	-------

Resumen:

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la causa principal que conlleva al trasplante y está cada día más presente en la sociedad ya que son muchos los factores adyacentes que la causan, como la obesidad, la diabetes y la hipertensión. Todas estas enfermedades se acentúan con el aumento de la longevidad humana que vivimos y por la falta de atención que le damos a nuestra salud en muchas ocasiones. Todo esto ha llevado a que más de diecinueve millones de personas padezcan ERC en alguna de sus etapas, ya sea temprana o terminal. **Objetivo Principal:** Explorar en la literatura científica la actitud frente al trasplante renal. **Metodología:** Se trata de una revisión de la literatura realizada mediante la búsqueda de artículos en bases de datos de ciencias de la salud y social, utilizando los booleanos, métodos y criterios de inclusión y exclusión adecuados para la realización del estudio. **Resultados:** Los resultados de este estudio muestran la gran diferencia que existe entre culturas a la hora de afrontar y entender el trasplante renal, siendo la religión y la educación de la población los factores más determinantes en las diferencias existentes. Otros factores como el nivel socio-económico influyen directamente a la comprensión del conflicto. También podemos apreciar el gran trabajo que se realiza en España y Cataluña alrededor del trasplante renal, gracias a la organización del sistema sanitario y la ONT-OCATT. **Conclusiones:** El obstáculo principal en la donación renal es la desinformación, la educación, cultura, el nivel socio-económico de cada país y el egoísmo o miedo de las personas a ser donante. Por ello es de vital importancia implantar programas educativos para toda la sociedad, esto podría ser posible mediante anuncios televisivos, posters informativos y programas de formación en los centros de atención primaria o escuelas.

Palabras clave: donante vivo, riñón, trasplante, actitud.

Abstract:

Introduction: The Chronic Kidney Disease (CKD) is increasingly in the society and there are many factors that cause adjacent, such as obesity, diabetes mellitus or hypertension. All these diseases are accentuated with increasing human longevity which we live, and the lack of attention we give to our health in many cases. More than nineteen million people suffering from CKD in some stage, either early or terminal. **Main Objective:** To explore the scientific literature attitude before the kidney transplant. **Methodology:** Literature review conducted by searching databases of scientific papers, using Boolean, methods and criteria of inclusion and exclusion suitable for the study. **Results:** The results of this study show the difference between cultures in addressing and understanding the renal transplantation, being the religion and education of the population most decisive factors in the differences. Other factors such as socio-economic status directly affect the understanding of the conflict. We can also appreciate the great work being done in Spain and Catalonia around the kidney transplant, thanks to the organization of the health system and the ONT-OCATT. **Conclusions:** The main obstacle in the kidney donation is misinformation, education, culture, socio-economic status of each country and selfishness or fear of people to be a donor. It is therefore of vital importance to do educational programs for society, this could be possible through television publicity, informative posters and training programs in primary care centers or schools.

Keywords: living donor , kidney , trasplant, attitude.

Abreviaturas:

CAP: Centro de Atención Primaria

CKD: Chronic Kidney Disease

DM: Diabetes Mellitus

ERT: Enfermedad Renal Terminal

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETPOD: Programa Europeo de Formación en el Proyecto de Donación de Órganos

FG: Filtrado Glomerular

KST: Korean Society of Transplant

HTA: Hiper Tensión Arterial

HLA: Antígenos Leucocitarios Humanos

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

ISN: International Society of Nephrology

NKF: National Kidney Foundation

OCATT: Organización Catalana de Trasplantes

ONT: Organización Nacional de Trasplantes

PMP: Por Millón de Personas

TAR: Teoría de la Acción Razonada

TR: Trasplante Renal

VFG: Velocidad de Filtrado Glomerular

WHO: Third World Health Organization

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es uno de los principales problemas de salud pública que puede desencadenar en la necesidad de un Trasplante Renal (TR), es cierto que la enfermedad consta de varias etapas (Figura 1) dependiendo de la Velocidad de Filtrado Glomerular (VFG) y no todas necesitan un trasplante como tratamiento sustitutivo. Aunque la ERC es la causa más directa hacia el TR, otras patologías adyacentes cursan con un deterioro del sistema renal, principalmente la Diabetes Mellitus de tipo I y II (DM I y DM II), la obesidad y la Hipertensión arterial (HTA), entre otras [1, 6, 8, 11].

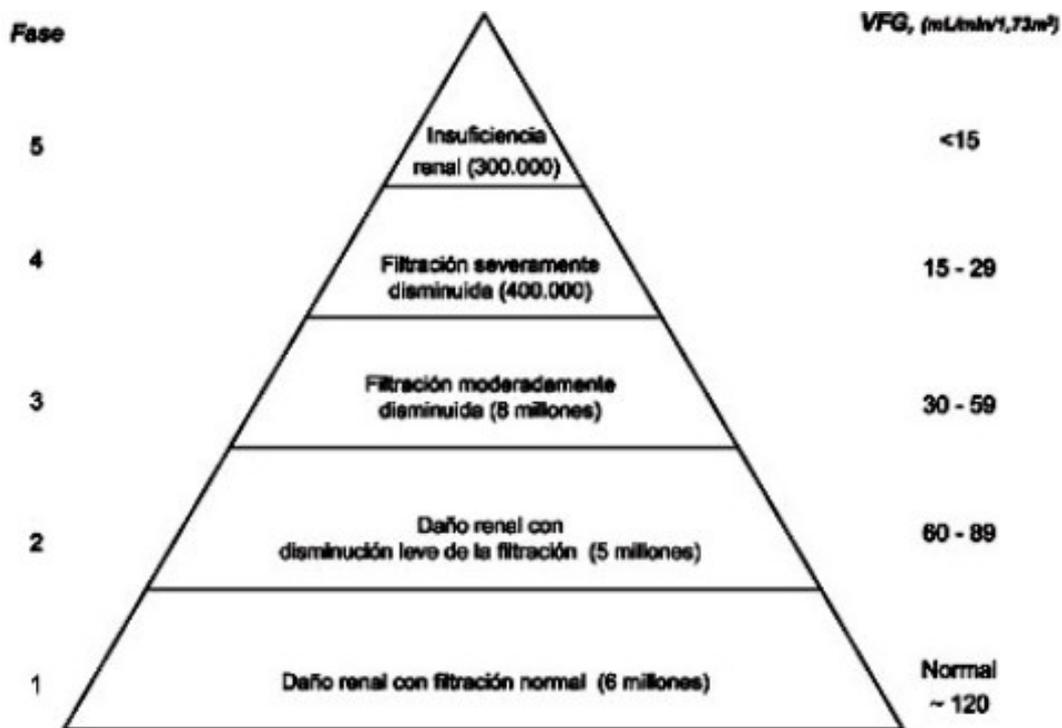


Figura 1. Clasificación piramidal de la ERC

En nuestro país más de 54.000 pacientes han sido trasplantados desde que se inició esta técnica en 1965 [2], teniendo en cuenta que los primeros trasplantes funcionales fueron en 1954 nos hacemos una idea del gran avance que hemos vivido en este campo. Hoy en día la cifra de pacientes con ERC en diálisis se sitúa en torno a 25.200, y más de 25.000 pacientes tiene un trasplante renal funcional [6]. Cada año aumenta el número de trasplantes tanto de

donantes vivos como de donantes fallecidos, como podemos apreciar en la siguiente tabla.

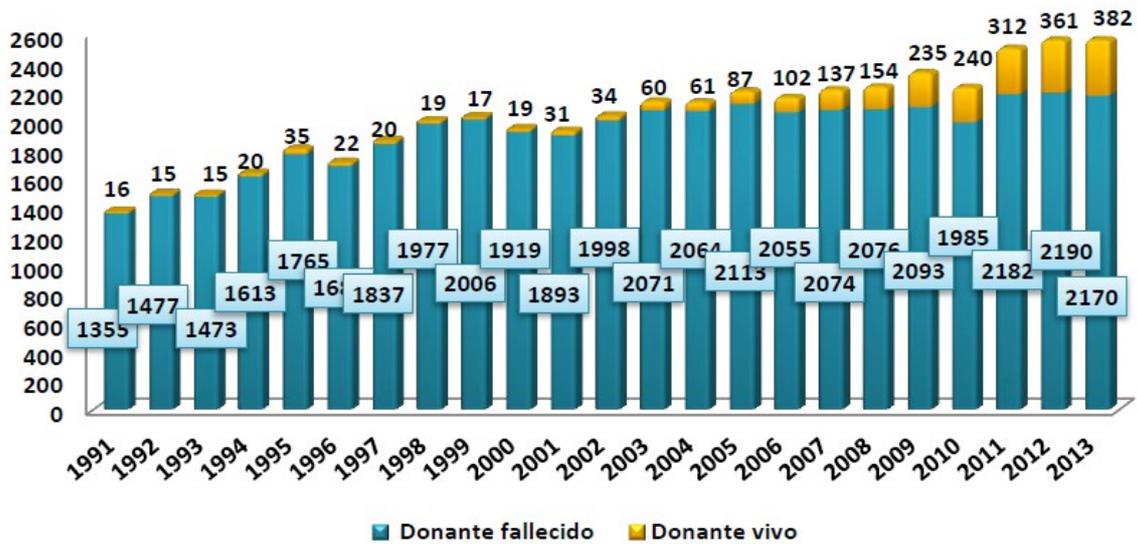


Tabla 1. Tabla comparativa de donantes vivos y fallecidos

En los últimos años, España ha llegado a cifras realmente importantes en el trasplante renal, ya que cada trasplante renal supone una supervivencia de 19,3 años y una ganancia media de 15,3 años de vida. En España se realizaron el pasado año 2.678 trasplantes renales, lo que eleva a 40.973 los años de vida ganados con este tipo de intervención en 2014 y en más de 7.700 siglos si referimos el dato a los 50.390 trasplantes realizados desde el inicio de la ONT hace 25 años [5].

En el mundo, más de 19 millones de personas padecen ERC, teniendo en cuenta todas las fases de la enfermedad renal [1]. La incidencia de pacientes con ERC que necesitan tratamiento aumenta anualmente, éste aumento en la prevalencia puede explicarse por un aumento de la supervivencia durante la enfermedad. El 50% de los pacientes afectados tienen una media de tres factores de riesgo de comorbilidad asociados, entre los que se encuentran: el incremento progresivo de la edad, la patología cardiovascular y la diabetes mellitus [32]. El ejemplo de ello es que tan sólo un 30% de los pacientes en diálisis son candidatos de recibir un trasplante renal. La tasa de ingreso hospitalario es de 14 días/paciente/año y con una calidad de vida inferior a la población normal [33]. Todo ello supone un coste estimado de 600 millones de euros con un incremento anual del 10% [34]. Éstas son las cifras

aproximadas y las consecuencias para el futuro son fácilmente adivinables si seguimos incrementando el número de personas con ERC cada año que pasa.

Enfermedad Renal Crónica.

Definición:

La ERC es un término genérico que define un conjunto de enfermedades que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión, que se caracteriza por:

- Velocidad de Filtrado Glomerular (VFG) inferior a 60 ml/min/1,73m².
- Lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG) [28].

Si VFG es mayor o igual a 60 ml/min/1,73 m², el diagnóstico de ERC se establece mediante evidencias de daño renal, que puede ser definido por:

1. Alteraciones urinarias (albuminuria, micro-hematuria)
2. Anormalidades estructurales (por ej: imágenes renales anormales)
3. Enfermedad renal probada histológicamente
4. Enfermedad renal genética (riñones poliquísticos)

La ERC es reconocida como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las graves complicaciones que produce. La falta de reconocimiento precoz tiene consecuencias, ya que la disminución de la función renal se asocia directamente a la acumulación de complicaciones. Durante su evolución silenciosa, el paciente puede experimentar morbilidad cardiovascular [39] .

Hasta hace pocos años se hacía referencia a Insuficiencia Renal Crónica (IRC) , hecho que cambió recientemente cuando la National Kidney Foundation (NKF-USA) , en su iniciativa para la mejoría de los resultados globales en enfermedades renales, propuso una definición formal, denominándola Enfermedad Renal Crónica (ERC) , así se estandarizó la comunicación médico-clínica, con el objetivo de ser más comprensible a los pacientes [2] .

Tratamiento:

La ERC usualmente no tiene ningún signo o síntoma hasta que está muy avanzada, la única manera de saber si se presenta es con exámenes clínicos. Así entendemos que el primer tratamiento ante ésta, es mantener hábitos saludables para evitar situaciones de riesgo como la DM, la HTA, algunas otras enfermedades, medicaciones nocivas para nuestro sistema renal como el abuso de analgésicos, heridas/golpes e infecciones [1].

Como los daños del riñón no son reversibles, sólo queda cuidarse lo máximo posible para mantener el control de la enfermedad y esperar a necesitar un tratamiento sustitutivo (ya sea diálisis peritoneal, hemo-diálisis, o el trasplante) con el fin de sustituir el trabajo imprescindible de nuestro riñón.

Ésta enfermedad se caracteriza por estar compuesta de varias etapas (Figura 1) , las cuales van a tener un tratamiento distinto y, por supuesto, una influencia en nuestro organismo más o menos grave dependiendo de la etapa en la que nos encontremos.

Éstas etapas se determinan por la VFG que consideramos peligrosas para la salud cuando son menores de 60ml/min/1,73 m² y que va a ser el punto determinante a la hora de hablar de la enfermedad renal en etapa temprana, etapa tardía y etapa terminal [3] .

Enfermedad renal en etapa temprana (Etapas 1, 2 y 3) :

Por lo general, muchas personas que están en las primeras tres etapas de la ERC no experimentan signos o síntomas de daño renal. Ésta etapa temprana es más difícil de diagnosticar, controlar y tratar. Es por eso que es importante comprender las causas y los factores de riesgo para la ERC.

Etapa y descripción	TFG (ml/min/1,73 m)	Los signos o síntomas clínicos pueden incluir
Etapa 1: Daño renal con (TFG) normal o aumentada	Mayor que 90	Presión arterial alta, infecciones del tracto urinario, análisis de orina anormal (examen de orina)
Etapa 2: Daño renal con disminución leve de(TFG)	Entre 60 y 89	Presión arterial alta, infecciones del tracto urinario, análisis de orina anormal (examen de orina)
Etapa 3: Disminución moderada en (TFG)	Entre 30 y 59	Conteo sanguíneo bajo, desnutrición, dolor óseo, sensaciones nerviosas anormales como hormigueo y entumecimiento, disminución de la función mental y la sensación de bienestar

Figura 2. Primeras etapas de la ERC

Enfermedad renal tardía (Etapa 4) :

En ésta cuarta etapa de la enfermedad renal, es importante evaluar la efectividad del tratamiento medico empleado, juntamente con las complicaciones de la ERC, el tratamiento de la HTA que está presente en más de la mitad de pacientes en ésta etapa y que se siga teniendo en cuenta la importancia de la dieta.

Etapa y descripción	TFG (ml/min/1,73 m)	Los signos o síntomas clínicos pueden incluir
Etapa 4: Disminución severa en (TFG)	Entre 15 y 29	Complicaciones graves tales como anemia, presión arterial alta y enfermedades óseas.

Figura 3. ERC en su etapa tardía

Enfermedad renal terminal (ERT) (Etapa 5) :

La quinta etapa es la etapa final de la ERC. Ésta ocurre cuando ambos riñones se han detenido o casi no hacen su trabajo (función renal inferior al 15% restante) . En éste momento aparece la planificación del acceso para la diálisis o el trasplante, ya que las medidas utilizadas anteriormente para tratar los estadios anteriores dejan de ser válidas y nuestro cuerpo necesita del trabajo del riñón para vivir.

Etapa y descripción	TFG (ml/min/1,73 m)	Los signos o síntomas clínicos pueden incluir
Etapa 5 Insuficiencia renal	Inferior a 15	Uremia (acumulación de productos de desecho en su sangre), anemia, desnutrición, hiperparatiroidismo, presión arterial alta, hinchazón de manos/piernas/ojos/espalda baja (también llamada el sacro), dificultad para respirar.

Figura 4. Última etapa de la ERC

Definición de trasplante:

Un trasplante de riñón sucede cuando un riñón saludable y un uréter de otra persona son injertados en otro cuerpo para ayudar a hacer el trabajo de los riñones enfermos. Se trata de un tratamiento substitutivo para la persona afectada, en ningún caso estamos hablando de una cura, ya que después de recibir un trasplante todavía hay una probabilidad de que el cuerpo

rechace el nuevo riñón, lo que haría necesario regresar al tratamiento de diálisis. Éste rechazo dependerá de los Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA) , son proteínas en la membrana de los glóbulos blancos que ayudan al sistema inmunitario del cuerpo a diferenciar entre sus propias células y sustancias extrañas y dañinas [29] . Es necesario un resultado negativo en el examen de la HLA del donante y receptor , para asegurar que el cuerpo no rechaza el órgano.

Tipos de donantes:

1-Cadavérico: Un trasplante cadavérico es un riñón tomado de alguien que ha muerto se retiran sólo después de una serie de pruebas para establecer que el donador tiene muerte cerebral.

2- Donación en vivo: En un trasplante de donación en vivo, se retira uno de los dos riñones sanos del donante vivo y se coloca en el cuerpo del receptor vivo. El donante podrá vivir una vida completamente normal con el riñón restante ya que una vez realizado el trasplante se le realiza un seguimiento médico a nivel legal por parte del centro trasplantador. La mayoría de los trasplantes exitosos son de donantes vivos que pueden ser familiares o no del receptor y éstos suelen vivir más años de media que una persona no-donadora.

Es muy probable que el trasplante de un familiar vivo funcione más que un trasplante cadavérico porque hay más posibilidades de que coincida mejor que el de un donador anónimo. La mayoría de los donantes y receptores reciben intensa asesoría antes de llegar a tomar una decisión final [13] .

Aspectos legales relacionados con el trasplante

La donación de vivo en España está legislada en la Ley de Trasplantes de 27 de Octubre de 1979 y desarrollada en el Real Decreto 2070/1999 de 30 de Diciembre [41] . Ésta legislación pretende garantizar la protección del donante vivo, estableciendo una serie de requisitos:

- Que el donante sea mayor de edad, en plenas facultades mentales y buen estado de salud.

- Debe tratarse de un órgano (o parte) , cuya extracción sea compatible con la vida posteriormente y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- Que haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión.
- Que otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, por escrito ante la autoridad pública.
- Que el destino del órgano sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida.

Según nuestra legislación el estado de salud físico y mental del donante debe ser comprobado por un médico distinto del que vaya a efectuar la extracción o trasplante, que informará sobre los riesgos relativos a la intervención, las consecuencias y repercusiones. También es necesario un informe del Comité de Ética del hospital trasplantador (el hospital que realiza la implantación del órgano) .

El donante deberá otorgar su consentimiento por escrito mediante un documento firmado por: el interesado, el médico que ha informado, el médico que ha de efectuar la extracción y la persona del centro a quien corresponda autorizar la intervención ante juez. Entre la firma de la documentación y la extracción deberán transcurrir al menos 24 horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento.

Por último la legislación también dice que la extracción de órganos procedentes de donantes vivos sólo podrá realizarse en centros sanitarios expresamente autorizados.

El Consejo de Europa también ha elaborado una serie de recomendaciones en relación a la donación de vivo recogidas en un Protocolo Adicional, formalmente aprobada por la Comisión de Ministros en Estrasburgo (24/01/2002) [30] .

En ellas define lo que es un donante vivo, la información pre-donación, el consentimiento informado y los requerimientos legales, así como la evaluación del potencial donante de la misma manera que en España.

Aspectos éticos relacionados con el trasplante

El principal tema a entender es que para ser donante se debe dejar constancia en disposición testamentaria, que deberá comunicarse por escrito ante notario. Pero a nivel práctico no existe la comunicación necesaria en éste procedimiento, así que se pide expresamente que se comunique a los familiares la voluntad de donar antes de morir, ya que serán quienes tendrán la última palabra.

En la mayoría de los países, la obtención del consentimiento formal para proceder a la donación de órganos representa un reto importante, ya que no existe ninguna acreditación oficial que te distinga como donante. En un principio se considera que todos somos posibles donantes después de muertos, a menos que el paciente se haya manifestado expresamente en contra previamente, pero normalmente la muerte de las personas está rodeada de ciertas connotaciones muy personales relacionadas con la ética que dificultan el procedimiento [14] .

La asignación de los órganos de un donante fallecido también es un tema delicado, quién es ‘dueño’ de los órganos y quién toma la decisión relativa a la asignación, son cuestiones que requieren aclaración [15] . Sin embargo, existe la pre-suposición general de que el Estado tiene la responsabilidad de asignar o desechar los órganos donados, la cual se delega en el equipo de trasplante adecuado. Se considera inaceptable que la donación de un donante fallecido y su asignación dependan de las características personales del receptor, por ejemplo: raza, religión o riqueza. En el trasplante de riñón, los sistemas sanitarios europeos intentan maximizar los beneficios distribuyendo los riñones en función de la HLA. Se asignan puntos a los posibles receptores según el tiempo de espera, la compatibilidad y la sensibilización. Los sistemas de distribución de riñones deben ser transparentes y ser auditados periódicamente [16] .

El abordaje ético de la donación de órganos se guía principalmente por reglas que pretenden ser benéficas. El trasplante de donante vivo se ha considerado una necesidad debido al éxito de este tipo de trasplante y la escasez de órganos de donantes fallecidos [17] .

El bienestar físico del donante es de vital importancia , además debe ser informado de los beneficios para la salud del receptor y los riesgos para la salud propia y asegurarse que no hay ningún tipo de interés secundario alrededor del trasplante.

Justificación

Actualmente existe una brecha entre la oferta y la demanda de pacientes que necesitan un trasplante renal y la oferta de riñones, por lo que es importante dar lugar a nuevas ideas alrededor de la ERC.

La edad de los humanos cada vez es más longeva, la población envejece, por lo cual las patologías que demandan un trasplante son más probables cada año que pasa. La importancia de este estudio se centra en analizar el problema que existe actualmente en la actitud hacia la donación de órganos.

Conceptos como la **actitud** o el **comportamiento** de las personas tienen una relación estrecha con los trasplantes. Estas definiciones son importantes a la hora de entender las circunstancias intrínsecas al hombre que están relacionadas en todo acto humano, y más si es un acto desinteresado como es la donación de órganos.

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, para sentir y actuar de una manera determinada [23].

De ésta manera entendemos como está relacionada la actitud con el comportamiento y el comportamiento con los **actos**. Asimismo se puede ver la gran relación entre la actitud de las personas a la hora de actuar, sobre todo delante de actos que requieren tener una **actitud desinteresada** como en la donación. Ésta es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio [24]. También está muy relacionada con el comportamiento se define como la forma de proceder de las personas frente a los estímulos en relación con el entorno, la cultura y la actitud que presente en todo momento [25].

La **opinión humana** también tiene gran relevancia a la hora de entender algo tan complejo como un trasplante. Se define como un juicio que se forma sobre algo cuestionable, también es el concepto que se tiene respecto a algo o alguien [26]. Por lo tanto entendemos que el **juicio** sobre algo cuestionable como puede ser decidir donar tus órganos, tiene una gran relevancia a la hora de tomar la decisión.

Esta revisión bibliográfica es importante porque todos éstos conceptos van a ser distintos dependiendo de la religión y la cultura, tanto es así que existen varios grupos que se oponen al trasplante, como son los evangelistas conservadores o los ortodoxos griegos. Hay otras religiones como la musulmana y la judía que no se oponen, pero dejan clara una condición que se debe tratar de un trasplante directo, sin el almacenarse en bancos de órganos. La gran mayoría de religiones ve los trasplantes con buenos ojos, ya que son una obra de generosidad, humanismo y solidaridad si se hacen de manera desinteresada y altruista.

Marco teórico:

El modelo propuesto por la Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Fishbein & Ajzen (1975, 1980) , es ideal para evaluar la conducta humana, ya que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, enfatizando el rol de la intención personal en la determinación de si ocurrirá o no un comportamiento determinado. La teoría implica que el comportamiento generalmente sigue a la intención y no ocurrirá sin ésta. Las intenciones de las personas también se encuentran influenciadas por otras actitudes frente al comportamiento, como por ejemplo si consideran que el comportamiento es importante [31] . Ésta teoría supone que los seres humanos son esencialmente racionales, siendo la cualidad clave a la hora de tomar la decisión mas acertada.

Los autores plantearon la hipótesis de que las actitudes están determinadas por las características que los observadores asocian con un objeto (sus creencias acerca del objeto) . En el modelo se propone una fórmula que especifica cómo se integran las creencias importantes de los individuos para formar una actitud general:

$$A_o = \sum b_i e_i \text{ (Suma desde } i=1 \text{ hasta } i=n \text{)}$$

-**A_o** es la actitud hacia el objeto, \sum significa sumatoria, **b_i** es la creencia sobre el objeto, **e_i** es la evaluación de la característica involucrada en la creencia **i** y **n** es el número de creencias importantes [31] .

Ésta teoría también puede mostrarse de forma esquemática, para poder apreciar la secuencia desde el inicio en las creencias hasta llegar a la conducta:

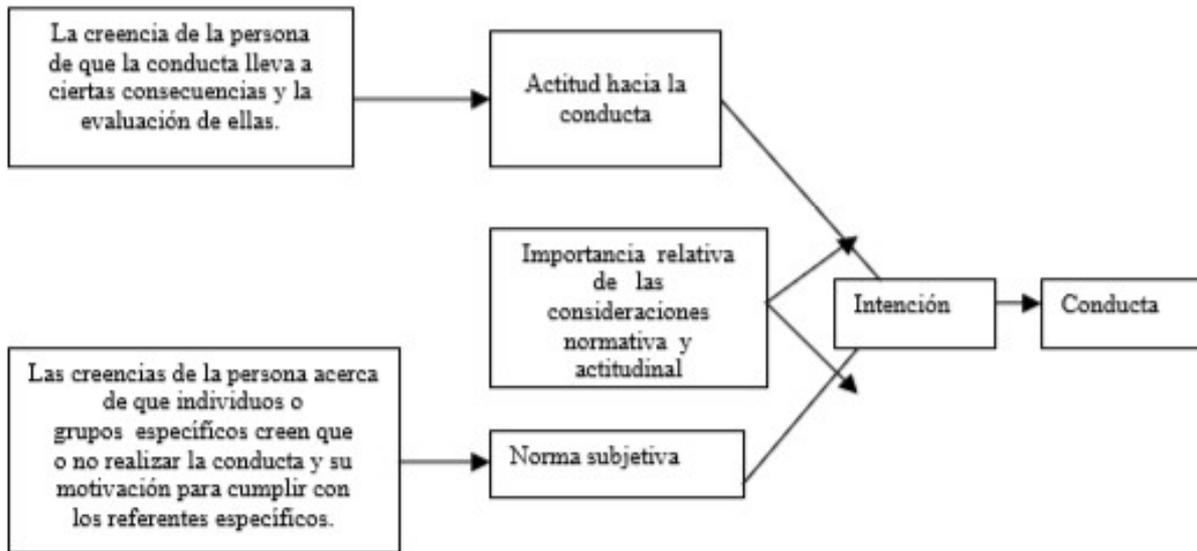


Figura 5. Teoría de la Acción Razonada de Fishbein & Ajzen

Un estudio llevado a cabo en 2005 por Stefani D [40] describe el proceso sugerido por Ajzen y Fishbein en la Teoría de la Acción Razonada, para la construcción del cuestionario utilizado en un estudio cuali-cuantitativo con el fin de evaluar la actitud, la norma subjetiva y la intención de internar a una persona anciana en una residencia geriátrica. Una vez realizado el formulario se concluye que existe un cierto grado de error, ya que es difícil predecir la intención de llevar a cabo ésta conducta en sujetos de diferentes edades. Valorando individualmente el conocimiento, la actitud hacia internar a un anciano en un geriátrico y las normas subjetivas se observa que los predictores no muestran mucha lógica entre ellos.

Fishbein y Ajzen sugieren, que las actitudes y las normas no tienen el mismo peso en la predicción del comportamiento: "De hecho, dependiendo de la persona y de la situación, estos factores pueden ser de muy diferentes efectos en la intención de conducta, por lo que un peso se asocia con cada uno de estos factores en la fórmula de predicción de la teoría, por ejemplo, puede ser el tipo de persona que se preocupa poco por lo que otros piensan. Si este es el caso, las normas subjetivas tienen poco peso en la predicción de su comportamiento. "

Hipótesis

El propósito de éste estudio es dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿ La actitud influye en el trasplante renal ?

Objetivos

Los objetivos de éste estudio son:

Objetivo principal

Explorar en la literatura científica la actitud delante del trasplante renal

Objetivo secundario

Identificar las barreras étnicas que dificultan la donación de órganos en el trasplante renal.

Metodología

Tipo de estudio:

Es un estudio de la revisión de la literatura, es decir, a partir de la evidencia científica, conocer las diferencias culturales y de creencias alrededor de los trasplantes renales, teniendo en cuenta todo lo que rodea esta situación y todas las personas implicadas en ello. Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos científicos en diferentes bases de datos: PubMed, Scielo, Lilacs, Cochrand y webs de referencia en organizaciones como la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), la de la National Kidney Foundation (NKF), la Organización Catalana de Trasplantes (OCAT) y la International Society of Nephrology (ISN).

Los descriptores utilizados fueron introducidos en castellano e inglés: “Atittude”, “Renal”, utilizando los booleanos AND and OR and NOT con un total de 285.243 resultados en fecha 6/11/14. A continuación añadí la palabra clave Transplant a las dos anteriores, utilizando el booleano AND obteniendo un resultado de 549 artículos.

En una segunda búsqueda, las palabras clave en inglés: Atittude, Kidney, Trasplant, Nurse y Living donor, utilizando los mismos booleanos que anteriormente pero utilizando tres descriptores: estudios en humanos, no más antiguos de 5 años y que fuesen artículos de texto completo, obtuve un resultado de 92 artículos. Al introducir los methods (MeSH) que estaban relacionados con los perfiles de estudio: moral, cultura, y la enfermería, dándome un resultado de 46 artículos relacionados con el tema principal de éste trabajo.

- Criterios de inclusión: Artículos originales, estudios del trasplante renal en adultos, sobre la actitud en la donación, trabajos aceptados por el comité de ética.
- Criterios de exclusión: Estudios antiguos, estudios que hablen del trasplante renal pediátrico, trasplante diferente al renal y artículos que no aporten conceptos acerca la actitud ante la donación.

De estos 46 artículos resultantes, 34 de ellos no han sido seleccionados después de leer la introducción. En una segunda revisión, tras hacer la lectura completa de todos los artículos, se excluyeron 18 dado que no aportaron datos relevantes al tema de estudio.

A continuación se realiza una búsqueda en la web de la ONT y la NKF dónde encontré en su apartado de artículos científicos 5 artículos adecuados para mi revisión literaria, seleccionando los mismos tras leer los enunciados.

Se realiza una segunda búsqueda en PubMed con el fin de ampliar los resultados en Asia, el día 1/5/15, utilizando las palabras clave: Kidney, Transplant, Asia, China, Attitude y los booleanos AND y OR.

Finalmente se basa en 16 artículos científicos en la primera búsqueda, 5 en búsqueda web y 5 artículos en la segunda búsqueda. Un total de 26 (Anexo 2) .

Consideraciones éticas del trabajo.

- Se evitarán plagios en el redactado.
- El Trabajo Final de Grado (TFG) desarrollado se adjunta a la metodología vigente de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) , responde a los requisitos del reglamento del TFG y final de Máster aprobado por la comisión ejecutiva de la junta de Gobierno con fecha 30/07/12.
- Se tendrá en cuenta por un comité de ética para su aprobación.

Resultados

Entre los resultados encontrados diversos autores hacen referencia a una situación similar a nivel internacional, dónde las barreras sociales e intelectuales son el principal obstáculo de los trasplantes con el fin de clasificar estos estudios por culturas se exponen los resultados según continentes:

África:

El autor Chamsi-Pasha H [7] plasman en su estudio la gran diferencia que hay entre la oferta y la demanda del trasplante renal en el mundo árabe. Indica que aparte de la cultura y la economía, la religión y la legislación (ya que no existe una ley mundial de los órganos, sí a nivel nacional) van a marcar el proceso en la intervención. Se concluye que el principal factor que podría cambiar la situación actual en el mundo musulmán en relación al trasplante es la intervención directa a nivel religioso, aumentando la consciencia de los líderes políticos en éste tema.

No son los únicos autores que opinan esto, ya que Bakari AA [8] y Panico M [9] vuelven a hablar de las limitaciones religiosas que conviven con la evolución africana, dónde es más caro realizar diálisis que el propio trasplante, se quejan de la ausencia de programas y la falta de recursos para los enfermos renales, remarcando la gran barrera religiosa, sobretudo en los judíos que no parecen estar dispuestos a intentar un cambio ideológico en este aspecto. Como punto positivo se dice que Arabia Saudita es el primer caso en el mundo del islam dónde se promueven los donantes muertos.

Sudamérica:

En el estudio de Gordon E [10] podemos valorar una situación similar, habla de que los hispanos necesitan más trasplantes renales que la media mundial debido al elevado índice de obesidad que padecen. Los miembros que participan en el estudio de éste artículo refieren falta de información, déficit de conocimientos sobre la enfermedad, no entender la diferencia entre donante vivo y muerto, por último, y más importante, refieren la existencia de barreras sociales y económicas (sobre todo en inmigrantes) . También, en este estudio se habla de un falso mito que parece ser uno de los puntos clave en la escasa cantidad de donantes vivos, pensando que con un riñón se va a tener una vida mas corta o de menos calidad.

Sin marchar del continente americano haré mención a Rodrigue J [11] quien en su artículo estudia la barrera social y cultural que existe a la hora de ver el trasplante renal. Concluye que la mayoría de la gente solamente contempla un trasplante de donante vivo y que por ello es importante incluir en el plan de trasplantes educación específica a todos los pacientes que tengan ERC, ya sea en fase 1 ó 5. Esta información se ha de dar al paciente delante de amigos o familiares para que así se extienda una idea correcta de lo que es un trasplante renal, quitando miedo y abriendo camino a un cambio posible. El objetivo de esta educación es que llegue al máximo de gente posible ya que nunca sabremos quien puede ser un donante vivo.

Norteamérica:

El autor Boulware L [18] remarca en su estudio un aspecto de importancia a la hora de encarar la educación al paciente en Estados Unidos intentando salvar las diferencias sociales que encontramos entre la población. Se propone la posible intervención de un trabajador social en las familias desfavorecidas para gestionar la información con el fin de ayudar sobre todo a las familias sin recursos, que tienen algún miembro con ERC en estadio 4 ó 5. El protocolo de éste autor tiene como fin conseguir una educación igual para todo el mundo, asegura que es la única manera de disminuir las diferencias étnicas entre trasplantes sin importar el país en el que se quiera realizar.

La última referencia acerca de éste tema la hace Waterman A [12] donde su estudio demuestra que los americanos blancos están mejor informados, tienen más recursos, se les evalúa más médicamente y reciben más trasplantes que los afro-americanos. Concluye que la mejor manera de actuar es intervenir en la conducta de los pacientes de menor perfil social

Australia:

Se encuentran ciertos paralelismos en Australia entre los indígenas australianos y los no indígenas. El autor Anderson K [19] en su estudio concluye que hay una gran diferencia en la adhesión del tratamiento, siendo los indígenas menos propensos a seguir el tratamiento indicado, dificultando la toma de decisiones de medico a la hora de establecer un tratamiento adecuado.

Europa:

En Europa también existe una desigualdad entre la parte occidental y oriental siendo ésta, superior en la tasa de trasplantes vivos según los estudios de Ismail S [20]. Sus evidencias indican que ésta diferencia se debe a una mayor comunicación acerca de la ERC, mayor conocimiento y más visitas al médico. Concluye que la solución reside en mejorar el nivel educativo de la población alrededor de la ERC y el conocimiento del trasplante.

Este desconocimiento en Europa se constata en los estudios de Buturović P [21] y Morgan M [22]. El estudio realizado en Serbia por Buturovic se centra en valorar el desconocimiento de los pacientes con ERC con tratamiento de diálisis, y un 13'7% de los pacientes rechazan la opción de un trasplante, en su estudio también valora el conocimiento de los enfermos tratados con diálisis peritoneal y concluye que estos contemplan mejor la opción del trasplante.

Desde el Reino Unido, Morgan en su estudio asegura que las tasas de donantes muertos son tan bajas por el desconocimiento de la población o por sus creencias. También muestra que el 46% de los encuestados no confían en el seguimiento médico que le vayan a realizar si dona un riñón en vida y que por eso no lo darán.

España es el país de referencia delante del trasplante renal, y son varios los autores que muestran los avances en éste campo tan complejo. La autora Deulofeu R [35], muestra en su artículo los avances en los conocimientos acerca del trasplante y en consecuencia el cambio de actitud. El artículo muestra que la población española tiene una actitud muy favorable frente al trasplante, tan solo el 20% se negaría a dar sus órganos después de morir, esto se debe al gran trabajo publicitario realizado por la sanidad Española, a través de la ONT y la OCATT (en Cataluña), proporcionando carteles informativos en los centros de atención primaria por ejemplo, publicando trípticos, promocionando el día del donante, el carnet de donante, etc.

El estudio que realiza ésta autora se basa en una encuesta a médicos de urgencias, emergencias y CAP, donde se les presentan varias preguntas sobre su opinión y sus conocimientos acerca del trasplante renal; aproximadamente el 54% están bien informados y el 96% muestran su aceptación frente a la idea de dar sus órganos una vez muertos.

El artículo de Domínguez B [36] muestra la relevancia del modelo Español a nivel mundial, en 2010 la Third World Health Organization (WHO) viaja a Madrid para crear un modelo de gestión del donante fallecido que incluyera todo el proceso del trasplante, aplicable a cualquier país, independientemente de su nivel de desarrollo social, del sistema de salud o la experiencia en el campo. Después de definir conceptos, tanto éticos como técnicos del proceso, se especifica la necesidad de una red específica que sirva de transacción ó intermediario del órgano hacia el receptor, ya que sin éste sistema específico sería imposible. Finalmente se llega a una definición/protocolo que puede aplicarse a todos los países después de evaluar las necesidades de donación-trasplante de cada país, logrando su auto-suficiencia en un futuro.

El artículo de Scandroglío B [37] alaba el trabajo realizado en España, dónde muestra que es el país con la tasa más alta del mundo en las donaciones, habiendo alcanzado una tasa de 34,2 donantes fallecidos por millón de personas (pmp) y la media de los otros países europeos alcanzados es 16,9 pmp, Estados Unidos 26,3 pmp, Canadá 14.6 pmp y Australia 12,1 pmp. Por su parte, España presenta una tasa de 17,9% de negativas familiares, en contraste con los números conocidos en algunos países como Italia (32,6%) o el Reino Unido (38,1%). Éste éxito se debe a el programa de detección proactiva de donantes realizada por coordinadores de trasplantes bien entrenados, la introducción de auditorías a la muerte en los hospitales y un ambiente social positivo. A partir de la importancia potencial de la situación española para otros contextos, el propósito de este estudio es analizar la disposición de la población en general hacia la donación de órganos después de la muerte. También tiene el objetivo de dirigir las políticas de promoción de la donación en el contexto español, y de ofrecer pautas útiles para diseñar intervenciones en otros lugares que comienzan con un menor nivel de donaciones.

Manyalich M [38] plantea los posibles factores que influyen en el proceso de trasplante en Europa, tales como: las diferencias entre legislaciones, la gestión/organización de los programas de recuperación de órganos fallecidos, la educación de los profesionales activos en este campo, campañas de los medios de comunicación ,la religión, la ética, el grado de formación de los profesionales que trabajan en la donación de órganos, y su participación en la implementación de sistemas de detección de donantes proactivos.

El análisis de las mejores prácticas muestra que la presencia de un coordinador de donantes entrenado en todos los hospitales es uno de los principales factores clave para maximizar el potencial donante fallecido y finalmente, aumentar las tasas de donación. Se presenta una iniciativa emprendida por la Comisión Europea; el Programa Europeo de Formación en el Proyecto de Donación de Órganos (ETPOD) para analizar si un proyecto educativo integral en coordinación de trasplantes y mejorar los índices de donación en Europa .

Asia:

Los resultados encontrados en Asia son de gran relevancia a la hora de entender el conflictos existentes todavía en el ámbito del trasplante y del trasplante renal en concreto. El autor Mc.Connell J. [42] expone la gran diferencia que ha habido entre los países desarrollados del mundo y Japón en el ámbito médico y del trasplante. Esto es debido a que la ética japonesa, está profundamente arraigada a la religión y la tradición, ésto ha afectado su visión de la vida y la muerte. La mezcla de religiones y creencias que existe en Japón: sintoísta, taoísta, confuciana y budista, ha culminado en un consenso social que ve que el trasplante devalúa la vida en éste mundo y en el más allá.

Mientras que la mayoría de la clase médica en Japón han suprimido estas actitudes culturales a favor del concepto de muerte cerebral y el trasplante, la gran población de edad avanzada continúa defendiendo los valores tradicionales. En combinación con el tremendo respeto que es mostrado hacia las personas mayores, hay una desconfianza general hacia el trasplante.

En China también existe un conflicto similar pero un tanto especial ya que es un tema totalmente tabú, y mas tratándose del riñón, que para ellos es un órgano sagrado que purifica su alma. El autor Treasure T [43] expone la situación vivida en éste país hasta hace pocos años (2006) cuando se regularon los trasplantes por ley, debido a la gran especulación social que existía. Lo que sucedía, es que la fuente principal de órganos eran de criminales ejecutados y personas en muerte cerebral a los que mantenían las constantes hasta que llegaba el momento de la extracción del órgano y seguida implantación al receptor en una operación simultanea a dos bandas. Éste escenario tan trágico es la antesala de una cultura china, que actualmente se encuentra lejos de la postura que tenemos en la cultura occidental.

El autor Biggins SW [44] reafirma la postura reacia de China ante el trasplante en una encuesta realizada a 674 personas relacionadas con el ámbito médico, donde solo un 4% de los encuestados creen que la práctica del trasplante es éticamente correcta en este país. También denuncia la obtención de órganos de presos y concreta que aproximadamente un 95% de los órganos trasplantados tienen esta procedencia.

No existe la misma situación en toda la cultura asiática, en Corea la situación es distinta, ya que incluso existe la Korean Society for Transplantation (KST), por lo que encontramos cierta comprensión sobre el trasplante renal. A pesar de esto el autor Kwoon CH [45] explica en su artículo que existe una disparidad entre los pacientes en espera de TR y órganos disponibles, y que esto obligó a muchos pacientes a ir al extranjero para recibir un trasplante. Existen pocos datos sobre el trasplante en el extranjero en Corea, por lo que la Sociedad de Trasplante de Corea llevó a cabo una encuesta que siguió a los pacientes después de recibir el TR. Los resultados muestran un aumento de 6 en 2001 a 206 en 2005 y la información sobre el trasplante en el extranjero llegó en su mayoría de otros pacientes. El coste medio de TR era \$ 21.000 por lo que entendemos que todavía están muy lejos del modelo europeo, donde también existe disparidad entre la oferta y la demanda, pero la situación es totalmente distinta.

El autor Saleem T [46] propone un estudio para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en materia de donación de órganos en una población de adultos seleccionados en Pakistán. Es interesante ver como los resultados dicen que el conocimiento sobre la donación de órganos se asocia significativamente con la educación y el nivel socio-económico, además de que un 54% de las personas expresaran una alta motivación para donar. También demuestra que la religión se asocia significativamente con la motivación para donar pero que también es muy importante la creencia de que se permita o no, la donación de órganos en la religión.

Discusión

En ésta revisión se ha puesto de manifiesto que la falta de actitud en la donación de órganos ante el trasplante renal está condicionada por la educación, religión, legislación, cultura y otras barreras sociales que nos muestran los autores analizados en los resultados.

Según la revisión observamos que está poco estudiada la actitud hacia la donación-trasplante, tan solo el artículo de Deulofeu R [35] menciona ésta variable de estudio con fundamentos sólidos. Ella dice que los avances en el ámbito del trasplante llevan a un cambio de actitud generalizado de la población a la hora de ver el conflicto. Si es cierto que éstos avances del trasplante en España son gracias al trabajo realizado por el sistema sanitario de nuestro país, ya que se preocupa de coordinar todo el procedimiento, formar profesionales en éste aspecto y crea programas de detección pro-activa de donantes entre otras muchas cosas.

Por lo contrario, casi todos los autores hablan de las barreras sociales, económicas, étnicas, la falta de información, la cultura, creencias, la diferencia ente oferta y demanda, la legislación de cada país, pocos recursos y la religión. Hecho que nos hace entender la importancia de estudiar la actitud de la gente ante la donación, ya que se trata de un factor igual de importante que los anteriores y no se ha estudiado lo suficiente.

Según los artículos de Chamsi-Pasha [7], Rodriguez J [11], Panico M [9] y Abubakar Bakari [8] es de gran importancia la educación, las barreras sociales y la religión, ya que sin llegar a regular éstos aspectos es imposible llegar a un acuerdo para la realización de un plan para favorecer el trasplante, y todavía más, si es en un país del subdesarrollado.

El autor Saleem T [46] hace hincapié en todos los aspectos como el conocimiento, que puede traducirse en última instancia, en el acto de donación. En relación a la educación se deben tomar medidas eficaces para educar a la gente con información relevante, con la participación de los medios de comunicación, médicos y responsables religiosos.

Tras finalizar la revisión se demuestra que la educación, la cultura y todos los aspectos relacionados que mencionan los autores influyen en la actitud ante el trasplante renal, siendo de gran importancia a la hora de influir en la actitud de la gente ante la donación.

Asimismo, entendemos que trabajar sobre todos éstos aspectos ya es empezar a realizar un cambio en la actitud de la gente, ya que es la única manera de avanzar hacia un conocimiento más pleno de éste problema de salud pública tan importante hoy en día.

Conclusiones

Hay una serie de factores relacionados con la enfermedad renal crónica, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y el tabaco, entre otros que difícilmente llegaremos a poder controlar por completo. La sociedad en la que vivimos posiblemente es demasiado compleja como para erradicar estos factores de riesgo por completo, con el fin de disminuir la ERC en un futuro, ya que estas enfermedades silenciosas son la principal causa.

Pero si algo se concluye en esta revisión de la literatura es que el obstáculo principal delante del trasplante renal y la ERC es la desinformación, seguido del miedo y su secuela, el egoísmo. Es muy necesario crear un programa de información para toda la sociedad mediante la publicidad, ya sea mediante la televisión o Internet, posters informativos en los Centros de Atención Primaria o universidades, sesiones sobre historias de donantes y trasplantados en persona y otras actividades sociales en escuelas de primaria por ejemplo. Creo que es la manera más eficaz de incluir a la gran mayoría de la población.

Realizar un anuncio de corta duración podría ser una ventana a muchas personas dispuestas a donar un riñón, no necesariamente en vida. Buscando publicidad y presentando el proyecto a “verkamy” para recaudar fondos mediante “criufundinf” creo que se podría tirar adelante éste proyecto.

Además queda evidenciado que el grado de escolaridad, nivel cultural y socioeconómico va estrechamente relacionado con el número de donantes.

Creo que si realmente se consigue una oferta superior a la demanda mediante estos planes informativos, además de hacer un bien a todos los enfermos renales, le estaríamos haciendo un bien a la sociedad. Éste cambio podría significar el fin del tráfico ilegal de órganos por ejemplo, ya que con una demanda inferior a la oferta no tendrían tanto valor económico, de ésta manera nadie podría lucrarse de ello ni infringir sufrimiento a los desafortunados o “víctimas” de éste tráfico.

Reflexión personal sobre el aprendizaje obtenido

Realmente mi visión sobre los trasplantes ha cambiado, antes concebía que éste tema era algo ajeno a mi persona y he entendido que toda la sociedad forma parte del problema. Creo que el error actual en nosotros mismos a la hora de ver el trasplante y la opción de donar en vida, es imaginarnos la peor situación para nuestra salud en un futuro próximo, sin pensar que no necesariamente ha de ser así. De ésta manera cerramos la puerta al trasplante, sin valorar el gran valor de nuestros órganos una vez morimos.

Después de meditarlo unos días decidí hacerme la tarjeta de donante de órganos, sólo me llevó cinco minutos (mediante una aplicación del móvil), así que se lo conté a mis amigos, novia y familia. Ellos sabían perfectamente todo lo que estudiaba en mi trabajo alrededor de los trasplantes y ante mi sorpresa decidieron hacerse también el carnet de donante.

Creo que ésta experiencia personal es un ejemplo claro de que la solución ante la situación actual entre la oferta y la demanda de riñones (en éste caso), es la educación de la población, con el fin de sensibilizar a toda la sociedad ante una situación que sólo requiere de nosotros.

Estoy contento de todo lo aprendido en éste trabajo, y más importante aún, contento de ver las cosas desde otro punto de vista una vez finalizado.

Relevancia del tema para la disciplina enfermera.

Creo que mucha de la importancia reside en el gran papel que tenemos en la educación sanitaria en lugares como los CAP, pero también a nivel hospitalario, basándonos en la evidencia científica a la hora de administrar medicación, ésta evidencia nos permite valorar el riesgo de los pacientes con ERC ante los analgésicos por ejemplo.

Aunque la relevancia más importante reside en estar formado y preparado para poder afrontar ésta situación tan desconocida para muchos, ya que si ni los mismos profesionales que están al frente de los centros de salud no tienen una idea de todo el proceso que se lleva a cabo durante el trasplante, no se podrá ofrecer una atención adecuada a los pacientes.

Referencias bibliográficas

- 1- Mezzano S, Aros C. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección .Unidad de Nefrología, Instituto de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Rev. méd. Chil. 133n.3 Santiagomar 2005. [consultado el 11 de Enero 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872005000300011&script=sci_arttext&tlng=es#back.
- 2- Levey A, Coresh J, Balk E, Kausz A. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39 suppl 1: S1-S266. [consultado el 11 de Enero 2015] Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=National+Kidney+Foundation.+Clinical+Practice+Guidelines+for+Chronic+Kidney+Disease:+Evaluation,+Classification,+and+Stratification.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=iDpPVaXtOYv0UofogKAO&ved=0CB8QgQMwAA
- 3- National Kidney Fundation [Internet] USA [consultado el 16 de Enero 2015] . Disponible en: <https://www.kidney.org/>
- 4- Organización Nacional de Trasplantes [Internet] España [consultado el 16 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ont.es>
- 5- Organización Nacional de Trasplantes [Internet] España, publicaciones. Nota de prensa del Ministerio de Sanidad. Servicios sociales e igualdad. Día Mundial del Riñón, 12 de marzo del 2015. [consultado el 1 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ont.es/publicaciones/Paginas/Publicaciones.aspx>
- 6- Organización Nacional de Trasplantes [Internet] España, datos históricos. Memoria trasplante renal 2012-2013 [consultado el 16 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DatosdeDonacionyTrasplante.aspx>
- 7- Chamsi-Pasha H, Albar MA. Kidney transplantation: ethical challenges in the Arab world. Saudi Kidney Dis Transpl. 2014 May;25(3):489-95. PubMed PMID:24821144. [consultado el 16 de Enero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821144>

- 8-** Bakari AA, Abbo Jimeta US, Abubakar MA, Alhassan SU, Nwankwo EA. Organ Transplantation: Legal, Ethical and Islamic Perspective in Nigeria. Niger J Surg. 2012 Jul-Dec; 18(2): 53–60. doi:10.4103/1117-6806.103103. [consultado el 5 de Febrero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Organ+Transplantation%3A+Legal%2C+Ethical+and+Islamic+Perspective+in+Nigeria>
- 9-** Panico M, Jenq G, Brewster U. When a patient refuses life-saving care: issues raised when treating a Jehovah's Witness. Am J Kidney Dis. 2011 Oct;58(4):647-53. Doi: 10.1053/j.ajkd.2011.05.030. Epub 2011 Sep 8. Review. PubMed PMID: 21862193. [consultado el 5 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=When+a+patient+refuses+life-saving+care%3A+issues+raised+when+treating+a+Jehovah%27s+Witness.>
- 10-** Gordon E, Mullee J, Ramirez D, MacLean J, Olivero M, Feinglass J, et al. Hispanic/Latino concerns about living kidney donation: a focus group study. Prog Transplant. 2014 Jun;24(2):152-62. Doi: 10.7182/pit2014946. PubMed PMID: 24919732. [consultado el 5 de Febrero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hispanic%2FLatino+concerns+about+living+kidney+donation>
- 11-** Rodrigue J, Pavlakis M, Egbuna O, Paek M, Waterman A, Mandelbrot D. The "House Calls" trial: a randomized controlled trial to reduce racial disparities in live donor kidney transplantation: rationale and design. Contemp Clin Trials. 2012 Jul;33(4):811-8. doi: 10.1016/j.cct.2012.03.015. Epub 2012 Apr 3. PubMed PMID: 22510472. [consultado el 5 de Febrero 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The%22House+Calls%22+trial%3A+a+randomized+controlled+trial+to+reduce+racial+disparities+in+live+donor+kidney+transplantation%3A+rationale+and+design>
- 12-** Waterman A, Peipert J, Hyland S, McCabe M, Schenk E, Liu J. Modifiable patient characteristics and racial disparities in evaluation completion and living donor transplant. Clin J Am Soc Nephrol. 2013 Jun;8(6):995-1002. Doi: 10.2215/CJN.08880812. Epub 2013 Mar 21. PubMed PMID: 23520044. [consultado el 5 de Febrero 2015] Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?>

[term=Modifiable+patient+characteristics+and+racial+disparities+in+evaluation+completion+and+living+donor+transplant](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Modifiable+patient+characteristics+and+racial+disparities+in+evaluation+completion+and+living+donor+transplant)

13- Fundación Renal Iñigo Alvarez, la enfermedad renal y el trasplante [Internet] España. [consultado el 25 de Febrero 2015] Disponible en: <https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/el-trasplante-renal/trasplante-de-rinon-donante-vivo-informacion-para-donante-y-receptor/>

14- Matesanz R, Miranda B. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *J Nephrol* 2002 Jan-Feb;15(1):22-8. [consultado el 5 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11936422>

15- Andrews L. My body, my property. *Hastings Cent Rep* 1986 Oct;16(5):28-38. [consultado el 11 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3771198>

16- Dossetor J. Ethics in Transplantation. In: Morris P Jr (ed). *Kidney transplantation*. 4th edn. [consultado el 11 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.sjkd.org/article.asp?issn=1319-2442;year=1996;volume=7;issue=2;spage=115;epage=120;aui=Daar>

17- Kreis H. The question of organ procurement: beyond charity. *Nephrol Dial Transplant* 2005 Jul;20(7): 1303-6. [consultado el 11 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15919689>

18- Boulware L, Hill B, Kraus E, Melancon J, McGuire R, Bonhage B, et al. Protocol of a randomized controlled trial of culturally sensitive interventions to improve African Americans' and non-African Americans' early, shared, and informed consideration of live kidney transplantation: the Talking About Live Kidney Donation (TALK) Study. *BMC Nephrol*. 2011 Jul 8;12:34. PubMed PMID: 21736762; [consultado el 25 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150247/>

19- Anderson K, Devitt J, Cunningham J, Preece C, Jardine M, Cass A. If you can't comply with dialysis, how do you expect me to trust you with transplantation? Australian

nephrologists' views on indigenous Australians' 'non-compliance' and their suitability for kidney transplantation. *Int J Equity Health*. 2012 Apr 18;11:21. doi: 10.1186/1475-9276-11-21. PubMed PMID: 22513223. [consultado el 25 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352022/>

20- Ismail S, Luchtenburg A, Gestel J, Zuidema W, Weimar W, Busschbach J, et al. Modifiable factors in access to living-donor kidney transplantation among diverse populations. *Transplantation*. 2013 Sep;96(6):586-90. doi: 10.1097/TP.0b013e31829b754c. PubMed PMID: 23799425. [consultado el 25 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529691/>

21- Buturović P, Gubenšek J, Arnol M, Bren A, Kandus A, Ponikvar R. Dialysis patients refusing kidney transplantation: data from the Slovenian Renal Replacement Therapy Registry. *Ther Apher Dial*. 2011 Jun;15(3):245-9. doi:10.1111/j.1744-9987.2011.00945.x. PubMed PMID: 21624070. [consultado el 29 de Marzo 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-9987.2011.00945.x/full>

22- Morgan M, Adams O, Seed P, Jones R. Ethnicity and attitudes to deceased kidney donation: a survey in Barbados and comparison with Black Caribbean people in the United Kingdom. *BMC Public Health*. 2010 May 21;10:266. doi:10.1186/1471-2458-10-266. PubMed PMID: 20492664. [consultado el 29 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2893092/>

23- Significados.com, actitud [Internet] España 2013 [consultado el 14 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.significados.com/actitud/>

24- Definición.de, actitud - Qué es, Significado y Concepto [Internet] España 2008 [consultado el 14 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/actitud/#ixzz3QtF58sT7>

25- Definición.de, comportamiento - Qué es, Significado y Concepto [Internet] España 2008 [consultado el 14 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/comportamiento/#ixzz3QtHOyLtQ>

- 26-** Definición.de, opinión - Qué es, Significado y Concepto [Internet] España 2008 [consultado el 14 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/opinion/#ixzz3QtI3j34Q>
- 27-** Eduardo A, Santiago D, Ruiz S. Trasplante, humanismo, ética y sociedad . Volumen 8, 2ªedición. México: El manual moderno ;2001. 260 p.
- 28-** Organizacion Nacional de Trasplantes [Internet] España, datos históricos. Censo sobre la ERC 2012 [consultado el 16 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DatosdeDonacionyTrasplante.aspx>
- 29-** Medlineplus , National Library of Medicine [Internet] EE.UU, Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA) [consultado el 19 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003551.htm>
- 30-** Perea M, Vilardell J y Manyalich M. Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo, gestión y coordinación del proceso. Arch. Esp. Urol.v.58n.6 Madrid jul.-ago. 2005. [consultado el 7 de Marzo 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000600004
- 31-** Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudios de actitudes. Nº7, Setiembre de 2007. Universidad pedagógica de Durango. [consultado el 7 de Marzo 2015] Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=teor%C3%ADa+de+la+acci%C3%B3n+razonada+%28Fishbein+%26+Ajzen&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=exALVdO9J4b2Uoz9gtAB&ved=0CB4QgQMwAA
- 32-** MacClellan W, Anson C, Tuttle E. Functional status and quality of life: predictors or early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. Clin Epidemiol 44: 83-89, 1991. [consultado el 7 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1986062>
- 33-** Oreo P. Haemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival hospitalization and dialysis-attendance compliance. Am J Kidney Dis 30: 204212, 1997. [consultado el 7 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

[term=Haemodialysis+patient-
assessed+functional+health+status+predicts+continued+survival+hospitalization](#)

34- Evaluación epidemiológica de las Tecnologías de Salud [Internet] España. Informe de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias. [consultado el 29 de Enero 2015] Disponible en: <http://publicaciones.isciii.es/>

35- Deulofeu R, Blanco MJ, Twose J y Matesanz R. Actitud y conocimiento sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos de médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España. Med Clin (Barc). 2009. doi:10.1016/j.medcli.2009.07.012. [consultado el 21 de Marzo 2015] Disponible en: https://www.google.es/search?q=rosa+deulofeu.+Actitud+y+conocimiento+sobre+la+donaci%C3%B3n+y+el+trasplante+de++%C3%B3rganos+y+tejidos+de+m%C3%A9dicos+de+atenci%C3%B3n+primaria,+emergencias+y+urgencias+en+Espa%C3%B1a&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=inZQVcmiHsavUa6XgdAH.

36- Domínguez B, Delmonico F, Shaheen A, Matesanz R, O'Connor K, Minina M, et al. The critical pathway for deceased donation: reportable uniformity in the approach to deceased donation. Transplant International 2011 European Society for Organ Transplantation 24 (2011) 373–378. [consultado el 21 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=the+critical+pathway+for+deceased+donation+%3A+reportable+uniformity+in+the+approach+to+deceased+donation>.

37- Scandroglio B, Beatriz D, López SJ, Valentín MO, Martín MJ, Elisabeth C, et al. Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death. Transplant International 2010 European Society for Organ Transplantation 24 (2011) 158–166. [consultado el 21 de Marzo 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2010.01174.x/abstract>

38- Manyalich M, Guasch X, Paez G, Valero R, Istrate M. . ETPOD (European Training Program on Organ Donation): a successful training program to improve organ donation. 2012 Sociedad Europea de Trasplante de Órganos. Publicado por Blackwell Publishing Ltd 26 (2013) 373-384 373 . [consultado el 21 de Marzo 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23279320>

- 39-** Flores JC, Albo M, Hernán B, Morales J, Vega J, Zuñiga C, et al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones . Sociedad Chilena de Nefrología Rev. méd. Chile v.137 n.1 Santiago ene.2009 [consultado el 29 de Abril 2015]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026
- 40-** Dorina S. Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. 2005, n ° 5 (octubre) Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).ISSN N ° 1515 – 1867. [consultado el 29 de Abril 2015] Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Dorina+S.+Teor%C3%ADa+de+la+Acci%C3%B3n+Razonada%3A+Una+propuesta+de+evaluaci%C3%B3n+cuali-cuantitativa+de+las+creencias+acerca+de+la+institucionalizaci%C3%B3n+geri%C3%A1trica.&ie=utf-8&oe=utf-8>
- 41-** Agencia Estatal, Boletín Oficial del Estado [Internet] España. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. (visitado 1/5/15). [consultado el 29 de Abril 2015] Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-79
- 42-** McConnell J. The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement. J Med Ethics. 1999 August; 25(4): 322–324. PMID: PMC479241. [consultado el 29 de Abril 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC479241/?page=1>
- 43-** Treasure T. The Falun Gong, organ transplantation, the holocaust and ourselves. J R Soc Med. 2007 March; 100(3): 119–121. doi: 10.1258/jrsm.100.3.119. PMID: PMC1809171 [consultado el 29 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1809171/>
- 44-** Biggins SW, Bambha K, Terrault N, Inadomi J, Roberts JP y Bass N. Transplant Tourism to China: The Impact on Domestic Patient Care Decisions. available in PMC 2010 May 10. Published in final edited form as: Clin Transplant. 2009 November 1; 23(6): 831–838.

Published online 2009 January 10. [consultado el 29 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866030/>

45- Kwoon CH, Lee SK y Ha J. Trend and Outcome of Korean Patients Receiving Overseas Solid Organ Transplantation between 1999 and 2005. J Korean Med Sci. 2011 January; 26(1): 17–21. Published online 2010 December 22. doi: 10.3346/jkms.2011.26.1.17. [consultado el 29 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3012844/>

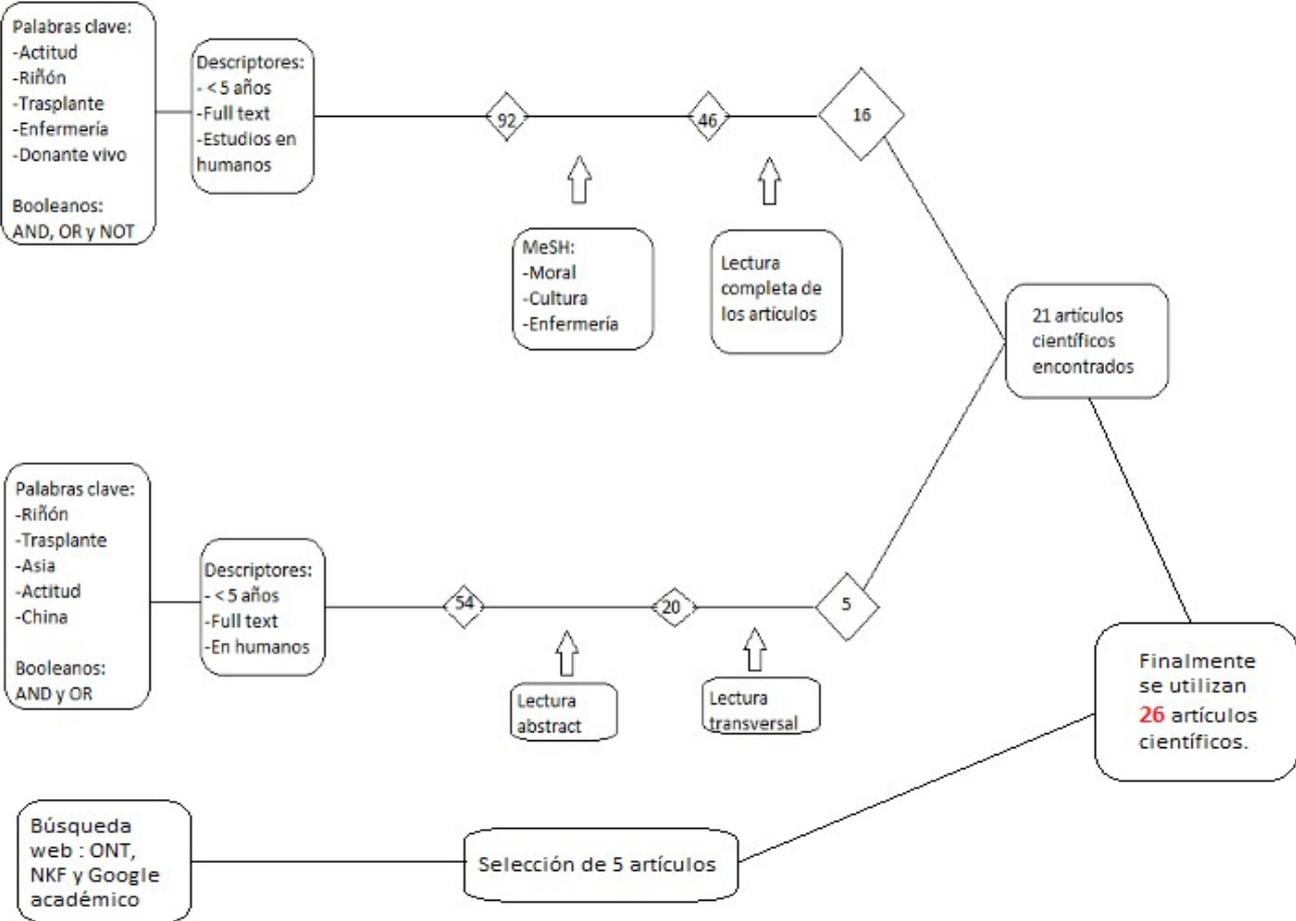
46- Saleem T, Ishaque S y Nida H. Knowledge, attitudes and practices survey on organ donation among a selected adult population of Pakistan. BMC Med Ethics. 2009; 10: 5. Published online 2009 June 17. doi: 10.1186/1472-6939-10-5 [consultado el 29 de Abril 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702378/>

Anexos:

Anexo 1: Cronograma del TFG

Fecha	Actividad
Septiembre 2014	Ubicación en el tema de estudio y en la planificación de la asignatura
Octubre 2014	<ul style="list-style-type: none">- Redacción de objetivos generales y específicos.- Planificación de palabras clave para la búsqueda bibliográfica.- Asistencia a sesiones formativas de Refworks y Pubmed.
Noviembre 2014 - Enero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Primeras búsquedas de artículos en las bases de datos.- Modificación de la búsqueda bibliográfica.- Selección de artículos de las diferentes bases de datos.- Esbozo de la introducción.
Enero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Lectura de artículos escogidos.- Eliminación de algunos artículos tras la lectura, debido a que no se ajustan al tema principal de la revisión de la literatura.- Finalizar la introducción.
Febrero 2015	<ul style="list-style-type: none">- Planificación de los diferentes apartados del esquema del trabajo.- Redacción de la introducción y objetivos.- Esbozo de la metodología.
Marzo 2015	<ul style="list-style-type: none">- Selección final de artículos.- Lectura de artículos seleccionados y resumen.- Redacción de la revisión de la literatura.
Abril 2015	<ul style="list-style-type: none">- Finalizar la metodología.- Redacción de los apartados de resultados, discusión y conclusiones.- Redacción mas amplia de resultados, discusión, marco teórico y algunos ajustes mas del redactado.
Mayo 2015	<ul style="list-style-type: none">- Redacción de la reflexión personal y agradecimientos.- Redacción del resumen/abstract.- Finalización del diseño del trabajo (anexos, bibliografía).- Entrega del trabajo escrito.
Junio 2015	<ul style="list-style-type: none">- Preparación de la presentación oral.- Defensa oral del trabajo ante tribunal.

Anexo 2: Esquema metodológico de la búsqueda bibliográfica.



Agradecimientos

Me gustaría agradecer a mi madre por todas las horas que ha invertido en ayudarme a encontrar defectos de redactado. A mis compañeros por la paciencia que han tenido durante éste trabajo, ayudándome y escuchándome en cada momento, además de implicarse a la hora de hacerse el carnet de donante .

También a mi tutora de la tesina final de grado por la asesoría recibida durante todo éste tiempo y los feed-backs realizados. Por último me gustaría agradecer a un viejo amigo del instituto que actualmente ocupa un cargo de coordinador en la OCATT, con el que he podido compartir opiniones y puntos de vista además de comentar éste trabajo.