

# PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

*Ana M<sup>a</sup> Oliva Vilaró, M<sup>a</sup> José Vivó Mañez.*  
(Enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis y Trasplante renal).

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica terminal (IRT) tiene un fuerte impacto en la población que la sufre. Afecta muy directamente al entorno familiar, repercutiendo en los aspectos emocionales, cognitivos, físicos, psicopatológicos y sociales. En suma, altera notablemente la calidad de vida del enfermo que le afecta. La percepción de la calidad de vida es un conjunto de datos subjetivos, tales como sensación de bienestar, satisfacción de vivir, etc., al tiempo que objetivos como la capacidad física de efectuar determinadas actividades.

El trasplante renal es el tratamiento de elección para muchos de los pacientes con IRT. En España la población trasplantada renal supone en la actualidad el 43% del total de los enfermos en tratamiento sustitutivo renal. Los avances habidos en éste campo han hecho mejorar la supervivencia respecto de los pacientes en diálisis.

La O.M.S. define "*calidad de vida*" como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural en que vive y en relación con sus expectativas, valores e intereses". Por ello, podremos afirmar que es un concepto multidimensional, difícilmente medible.

En el presente trabajo hemos querido verificar en nuestra población de pacientes trasplantados la hipótesis de que el trasplante proporciona una mejoría en la calidad de vida.

## OBJETIVOS

1. Conocer el nivel sociocultural de la población trasplantada renal.
2. El nivel de conocimiento sobre trasplante renal antes y después de recibir el injerto.
3. El grado de satisfacción derivado del trasplante renal.
4. El grado de satisfacción de la atención recibida desde el punto de vista asistencial.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio transversal en 53 pacientes trasplantados renales, en nuestro hospital desde el 1-11-96 hasta el 31-10-98, con evolución superior a 6 meses. Las características clínicas más relevantes de la población analizada incluyeron que 29 fueron hombres y 24 mujeres; tenían una edad media entre 40-50 años (rango entre 24 y 69 años). Del total de pacientes 47 habían sido tratados mediante HD, 4 con DPCA y HD, y 2 exclusivamente con DPCA. El tiempo medio de estancia en diálisis fue de 2-3 años (rango 4 meses - 13 años).

Las mediciones se han realizado a través de un cuestionario de 52 ítems elaborado exclusivamente para este estudio. La encuesta era de fácil comprensión, voluntaria, anónima, con cuestiones cerradas en gradación y cuestiones abiertas.

El cuestionario constaba de varios apartados: datos personales y sociales, grado de

conocimiento acerca del trasplante, grado de satisfacción tras el trasplante y valoración del servicio y atención que estaban recibiendo.

## RESULTADOS

El análisis del nivel sociocultural mostró que un 64 % de la población encuestada, poseía estudios primarios, 15,1 % estudios medios y el 17 % estudios universitarios. Un 3,8 % de la población era analfabeta.

En la Tabla I se recoge que la mayor fuente de información acerca del trasplante la adquirieron en la consulta de trasplante del hospital (64,2 %), a través de las visitas y en entrevistas específicamente concertadas para este fin. En los restantes casos los pacientes destacaron la información previa obtenida a través del personal sanitario de sus respectivos centros de diálisis (32,1 %).

En la Tabla II se recoge el grado de información que los pacientes consideraron que tenían previamente al trasplante. Destacamos que el 43 % de los pacientes consideraron que la información que disponían era mucha. Solamente el 24,5 % de los pacientes manifestaba mucho miedo antes del trasplante y éste se relacionaba fundamentalmente con el temor a perder el injerto. En general, en la mayoría de los pacientes (71,7 %) un mayor grado de información contribuyó a una mayor tranquilidad a la hora de abordar el trasplante.

La evolución del estado clínico y sociocultural tras el trasplante se resume en la Tabla III, siendo de destacar la notable mejoría del estado físico (84,9 %) y liberalización de la dieta (75,5 %), frente a una menor mejoría en el ámbito de las relaciones sexuales (52,8%) sociales (49,2 %), familiares (45,3 %) y laborales (52,85).

Tras el trasplante, la mayoría de pacientes (83 %) consideraron que el grado de información recibida para afrontar su nueva situación era mucha. Con relación a los inmunosupresores, el (96,2 %) de los pacientes refirieron conocer los que estaban recibiendo. Acerca del grado de cumplimiento terapéutico, el (92 %) refirió que tomaba la medicación puntualmente, mientras que el (8 %) restante admitió algún grado de incumplimiento.

En relación a la atención médica y de enfermería, recogida en la Tabla IV, el (92,5 %) de los pacientes la consideraron muy buena, con mucho tiempo dedicado (88,7 %). Respecto al trato personal el (83 %) de los pacientes refirieron que era muy buena. A los problemas que plantean consideran muy buena respuesta (58,5 %) y buena (39,6 %).

## DISCUSION

El hombre es un ser bio-psico-socio-cultural y la enfermedad es en general multifactorial. El proceso de enfermar y consecuentemente su prevención, estarán vinculadas al nivel cultural y económico de la población. En el presente estudio observamos que, nuestros pacientes trasplantados procedían de un área socialmente media-baja (estudios primarios en el 64 %). Dado que una población adecuadamente instruida estará en mejores condiciones de afrontar los retos que toda nueva situación conlleva, se intentó transmitir una información lo más veraz y objetiva posible acerca del trasplante a través del personal facultativo y de enfermería, en las visitas previas a la inclusión del paciente en lista de espera de trasplantes, y a través de sesiones con grupos de pacientes específicamente diseñados a tal fin. A pesar de ello, cabe destacar que, en este análisis retrospectivo en pacientes con un trasplante de más de seis meses de evolución, solamente el (43,4 %) afirmarán que la información que disponían acerca del trasplante era mucha cuando recibieron el injerto renal. De ello sin duda se debe traducir que a pesar del esfuerzo dedicado a informar, la complejidad del propio trasplante, derivada de la cirugía, los tratamientos médicos y las posibles complicaciones, hacen que no es sino la vivencia personal del mismo, lo que da la justa medida de esta forma de tratamiento. No se debe despreciar la posibilidad de mejorar la información con la que el paciente llega en el momento de ser trasplantado.

Como era de esperar, la principal fuente de información acerca del trasplante fue la propia

consulta de trasplante renal. En este sentido, además de la información ofrecida en las visitas ambulatorias se organizaron reuniones conjuntas de varios pacientes con el nefrólogo, de modo que pudieron discutir las distintas opciones de tratamiento así como las dudas al respecto. En modo alguno ello no invalida la que el propio paciente adquiere a través de otras fuentes de información, como pacientes que han recibido un trasplante o la que reciben en las unidades de diálisis, todas ellas sin duda útiles y que permitirán incrementar el nivel de discusión cuando acuden a la consulta de trasplante para su evolución e inclusión en lista de espera. La información con la que los pacientes llegaron al trasplante contribuyó a la aceptación de esta forma de tratamiento, siendo el temor al fracaso del injerto, la principal preocupación mostrada por los pacientes.

El trasplante renal conllevó en la mayoría de los pacientes una mejoría del estado clínico, con recuperación de su estado físico y reducción de las restricciones dietéticas. Menos satisfactoria fue la mejoría en el ámbito de las relaciones sexuales, de modo que tan solo la mitad de los pacientes (52,8 %) señalaron haber mejorado tras el trasplante. Esta relación insatisfactoria, no siempre manifestada de manera espontánea o explícita, constituye un reto para todos los profesionales relacionados con la asistencia al paciente trasplantado, situación en que sin duda concurren factores de diversa índole como son: la circulación vascular en el territorio pélvico, que en parte puede estar alterada por el propio trasplante (o trasplantes) renal, diversa medicación administrada (antihipertensivos), grado de anemia, sin poder destacar la concurrencia de factores psicológicos. En este trabajo tan sólo hemos constatado este hecho, pero consideramos que está justificado un estudio particular al respecto, con el fin de contribuir a mejorar esta parcela sin duda importante para la mayoría de pacientes.

La falta de mejoría tras el trasplante, en un elevado porcentaje de pacientes, de las relaciones sociales, familiares y laborales debe constituir motivo de preocupación y sin duda, deben relacionarse con las limitaciones que una enfermedad crónica, como es la insuficiencia renal, y el propio tratamiento dialítico imponen. La etapa previa al trasplante, cuya duración en ocasiones se cuenta por lustros, condicionan a menudo los objetivos vitales de los pacientes y que no siempre el trasplante va a evolucionar. Las restricciones impuestas por el mercado laboral tampoco favorecen las expectativas de trabajo y reinserción después del trasplante. Todo ello, debe llevarnos a estimular a los pacientes nefrópatas, a mantener las relaciones en los distintos ámbitos familiar, social y laboral, siempre que sea posible, en la etapa previa al trasplante.

Uno de los desafíos más importantes de todo proceso médico que requiere de la toma indefinida de medicación, es lograr un cumplimiento adecuado por parte del paciente. Se sabe, por ejemplo, del grado de incumplimiento de la medicación antihipertensiva por parte de los pacientes nefrópatas o de los pacientes o de los quelantes del fósforo en los pacientes incluidos en diálisis.

Se suponía que, dado el riesgo de rechazo al injerto, los pacientes trasplantados cumplirían de manera estricta el régimen terapéutico. Sin embargo, comienza a destacarse que la falta de cumplimiento del tratamiento médico, tanto el referido a los inmunosupresores como a la restante medicación antihipertensiva o hipolipemiente, por citar algunos de ellos, puede constituir un hecho frecuente, que puede contribuir en ocasiones al fracaso tardío del trasplante, particularmente en algunos grupos de pacientes más jóvenes o con un menor apoyo a nivel familiar.

En nuestra serie el (92 %) de los pacientes señalaron que cumplían puntualmente con las indicaciones terapéuticas y el porcentaje de olvidos era mínimo. Conviene en este punto destacar que el tiempo de seguimiento osciló entre los seis y treinta meses, y el riesgo del incumplimiento terapéutico se incrementa con los años de seguimiento postrasplante. Constituye en nuestra opinión un reto lograr que los pacientes sigan las indicaciones terapéuticas y creemos que está justificado diseñar estrategias dirigidas a que el paciente mantenga en todo momento el nivel de alerta y seguimiento que la situación particular en cada caso demande.

Así mismo, los indicadores de satisfacción asistencial reflejaron un alto índice de carácter

positivo, en cuanto a la atención médica y de enfermería se refiere (92,5 %). El tiempo dedicado (88,7 %) tiene unas características de recursos humanos exclusiva dedicación al paciente trasplantado.

## **CONCLUSIONES**

A pesar de la dificultad, en un estudio de estas características, para detectar variables que tienen una mayor influencia en la calidad de vida de los pacientes trasplantados, expondremos aquellos que nos parecen más relevantes.

La población trasplantada en nuestro hospital mostró una mejoría del estado clínico con relación a su estado previo en diálisis. Las condiciones físicas y la amplitud de la dieta mejoraron en mayor medida que las referidas a los ámbitos de las relaciones sexuales, familiares, sociales y laborales.

La enfermedad renal deja su impronta en el área física, pero también familiar, laboral y social. Por lo tanto los profesionales de enfermería conjuntamente con el profesional médico, hemos de seguir planteando estrategias a fin de favorecer el bienestar del paciente renal y de sus familiares. Estimular al paciente en diálisis a mantenerse activo en la medida de sus posibilidades en el ámbito laboral, contribuir al equilibrio familiar y cultivar las relaciones en el ámbito social, deben potenciar el nivel de autoestima con el que afrontar las exigencias que impone un proceso de naturaleza crónica como es la insuficiencia renal, cualquiera que sea la forma de tratamiento, la diálisis o el trasplante renal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Borrego, J.: Calidad en el trasplante renal. IX Seminario Español de la Sociedad Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplante, Ubeda, 1999, 105-115.
2. Iborra, C., Corbi, F D.: Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis. Revisión bibliográfica. Rev. Enfermería Nefrológica, 1998, 23-26.
3. Rochera, A.: Información al paciente en insuficiencia renal que va a entrar en lista de espera para un trasplante renal en el Hospital Universitario La Fe. Rev. Enfermería Nefrológica, 1996, 40-48.
4. Prieto, A. y otros.: Percepción de calidad asistencial en el paciente renal. Estudio multicéntrico. Rev. Enfermería Nefrológica, 1998, 35-44.
5. Notter, L. E., Hott, J. R.: Principios de la Investigación en Enfermería. Barcelona. Doyma, 1992. 6. Alvira, E. Técnicas de investigación sociológica. Madrid. Alianza Universidad, 1989.
6. Rochera, A.: La enfermera como educadora del paciente con trasplante renal. Libro de comunicaciones de XVII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona, 1992, 148-157.
7. Ureña González, A., y otros.: Evolución de la Calidad de vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado. Libro de comunicaciones de XXII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Santander, 1997, 291-299.

Tabla II. Grado de información relativa al trasplante y actitud al ser incluido en lista de espera				
	Mucha	Regular	Poco	Nada
Información previa trasplante	43,4%	24,5%	19,9%	5,7%
Miedo previo al trasplante	24,5%	20,9%	18,9%	34%
Temor a la pérdida del riñón	49,1%	32,1%	9,4%	9,4%
Relacion información-tranquilidad	71,7%	0%	20,85	3,8%

Tabla III. Evolución de parámetros clínicos y de relación familiar, social y laboral tras el trasplante			
	Mejoría	Sigue igual	Empeoramiento
Satisfacción fuerza física	84,9%	9,4%	1,9%
Satisfacción sexual	52,86%	35,8%	3,8%
Satisfacción en la alimentación	75,5%	15,1%	3,8%
Relaciones sociales	49,1%	45,3%	5,7%
Relaciones familiares	45,3%	45,3%	3,8%
Rendimiento laboral	52,8%	26,4%	7,5%

Tabla I. Principal fuente de información sobre el trasplante	
Consulta de trasplante renal	64,1%
Personal sanitario de los centros de diálisis	32,1%
Compañeros paciente o amigos	1,9%
Asociación de enfermos renales	1,9%

<b>Tabla IV. Grado de satisfacción de la atención recibida a nivel asistencial.</b>			
	<b>Muy buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>
<b>Atención médica y de enfermería</b>	92,5%	3,8%	1,9%
<b>Atención humana</b>	83%	15,1%	0
<b>Tiempo dedicado</b>	88,7%	0	9,4%
<b>Respuesta a los problemas</b>	58,5%	39,6%	1,9%

### **Agradecimiento**

Queremos acabar agradeciéndolo la colaboración y participación en este estudio del Dr. L. Pallardó, Jefe de Servicio de nuestra Unidad, del Dr. J. L. Górriz y del Dr. J. Crespo, adjuntos de la misma. Gracias a su disponibilidad y a de los pacientes ha sido posible este estudio.