



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de grado

Modalidad 1

“Trabajos de revisión bibliográfica”

**Calidad de vida
relacionada con la
salud en pacientes
con trasplante renal:**

Una revisión de la literatura

Autor/a del TFG

Andrea Cougil García

Grado en Psicología
Año 2018

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

Índice

Índice	2
Resumen	3
Abstract	4
1. Introducción	5
2. Método	12
3. Resultados	14
3.1. Características de los estudios	14
3.2. Instrumentos más utilizados para medir la Calidad de vida	15
3.3. Impacto del trasplante renal en la Calidad de vida	15
3.4. Cambios pre-pos trasplante renal	16
3.5. Evolución Calidad de vida tras el trasplante renal	17
3.6. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con diálisis	17
3.7. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con donantes	18
3.8. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con población general	19
3.9. Factores que se relacionan con la Calidad de vida en trasplante renal	20
4. Discusión	27
5. Conclusiones	34
Referencias bibliográficas	35
Índice de figuras	41
Índice de tablas	42
Anexos	43

Resumen

El trasplante renal es la terapia renal sustitutiva que proporciona mayores beneficios a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, pero la calidad de vida de los pacientes puede continuar afectada.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud tras el trasplante renal e identificar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales que la determinan.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE y PsychINFO de estudios publicados en los últimos 5 años, en los que se evalúa la calidad de vida de los pacientes adultos con trasplante renal.

Resultados: La calidad de vida de los pacientes mejora tras el trasplante renal y supera a la de los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, aunque no llega a igualarse a la de la población general y donantes. Los factores asociados con mayor frecuencia a una peor calidad de vida son el sexo femenino, mayor edad, alto IMC, presencia de diabetes y enfermedades infecciosas, hipertensión, presencia de emociones negativas y alexitimia.

Conclusiones: La calidad de vida se encuentra moderadamente afectada en pacientes con trasplante renal pero es posible intervenir sobre algunos factores que la determinan como el IMC, la hipertensión y las emociones para conseguir su mejora.

Palabras clave: Trasplante renal, calidad de vida relacionada con la salud, enfermedad renal crónica.

Número de palabras del trabajo: 9.291

Abstract

Kidney transplant is the renal replacement therapy that provides substantial benefits to patients with advanced chronic kidney disease, although the quality of life of patients might continue to be affected.

Objectives: To assess health-related quality of life after kidney transplant and to identify the sociodemographic, clinical and psychosocial factors that determine it.

Methods: A systematic search was carried out in the MEDLINE and PsychINFO databases of studies published in the last 5 years, which assesses quality of life of adult patients with kidney transplant.

Results: The quality of life of patients improves after kidney transplant and exceeds the values of patients in hemodialysis and peritoneal dialysis, although it does not reach the levels of quality of life that donors or the general population have. The factors most frequently associated with a worse quality of life are the female sex, older age, high BMI, presence of diabetes and infectious diseases, hypertension, presence of negative emotions and alexithymia.

Conclusions: The quality of life of patients is moderately affected after kidney transplantation, but by monitoring and adjusting factors such as BMI, hypertension and emotions of the patient, it is possible to improve the patients quality of life.

Keywords: Kidney transplant, health-related quality of life, chronic kidney disease.

1. Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según el informe del Atlas Global de la Salud del Riñón (2017), una de cada diez personas en todo el mundo padece ERC, pero nueve de cada diez no son conscientes de ello existiendo grandes brechas en la atención y prevención de enfermedades renales en países desarrollados y en desarrollo, de modo que muchos países no priorizan la salud renal.

En febrero del 2002 la National Kidney Foundation (NKF)-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) publicó una serie de guías sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la ERC. De este modo, la ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por una reducción de la filtración glomerular (FG)¹ <60 ml/min/1.73m², o la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses.

Se clasifica en 5 estadios ordenados por grado de intensidad o gravedad de la patología y sus complicaciones están relacionadas con cada estadio, de modo que las recomendaciones terapéuticas se deben adaptar en función de cada uno. Para ello, se deberá estimar el FG mediante la ecuación del estudio Modification of Diet in Renal Disease o la fórmula Cockcroft-Gault (NFK, K/DOQI, 2002) (ver tabla 1).

¹ Proceso efectuado en el riñón que permite una depuración de la sangre a medida que ésta fluye a través de los capilares glomerulares; el agua y las sustancias contenidas en la sangre se filtran y dirigen hacia la cápsula de Bowman

Tabla 1

Clasificación de los estadios de la ERC

Estadio	Descripción	FG
1	Daño renal con FG normal	>90ml/min/1.73 m ²
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-89 ml/min/1.73 m ²
3	FG moderadamente disminuido	30-59 ml/min/1.73 m ²
4	FG gravemente disminuido	15-29 ml/min
5	Fallo renal	<15 ml/min o diálisis

Nota. Fuente: Levey, A.S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A.T., Levin, A., Steffes, M.W.,... Eknoyan, G. (2002). Clinical practice guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis, 39, S1-S266.

El estudio EPIRCE es la primera investigación epidemiológica de la prevalencia de la ERC en la población española cuyos resultados ponen de manifiesto que el 6.8% de la población en los estadios 3-5 padecían tal enfermedad (Otero, de Francisco, Gayoso y García, 2010).

Según el registro de la Sociedad Española de Nefrología (2017) la prevalencia ha crecido un 20% en la última década, pasando de 1.001 pacientes por millón de población (pmp) en 2006 a 1.211 en 2015. La prevalencia media en adultos de más de 15 años se situó en 1.418 pmp, la de la población entre 65 y 74 años en 3.000 pmp, la de la población de más de 75 años en 2.638 pmp mientras que la población entre 45 y 64 años en 1.765 pmp. Por tanto afectaría al 23% de los pacientes mayores de 64 años y al 40% mayores de 80 años.

Existen múltiples causas de la ERC, aunque frecuentemente esta afectación renal es debida a enfermedades como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial (Santamaría y Gorostidi, 2013). Los pacientes con ERC, sobre todo en los estadios iniciales (1-3), están frecuentemente sin diagnosticar (ERC oculta), ya que esta enfermedad suele ser asintomática

y muchas veces se detecta solamente durante la valoración de otra condición comórbida (Martínez et al., 2012).

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluye los estadios 4-5, donde el funcionamiento de los riñones se ve gravemente reducido, perdiendo su capacidad de limpieza del exceso de agua corporal y productos de desecho que se acumulan en la sangre. Los objetivos terapéuticos están dirigidos a disminuir y tratar las complicaciones asociadas a la insuficiencia renal, y en su caso implementar el tratamiento renal sustitutivo (TRS) (Alcázar, Orte y Otero, 2008).

En la primera parte del siglo XX se fueron desarrollando diferentes modalidades de TRS para los pacientes con insuficiencia renal, pero no es hasta los años 60 cuando los tratamientos con diálisis o trasplante renal (Tx) se van estableciendo en los países desarrollados (Peters, 1982).

La diálisis tiene como finalidad limpiar el cuerpo de toxinas no deseadas, productos de desecho y exceso de líquidos filtrándolos de la sangre a través de una membrana semipermeable. Una forma de diálisis es la denominada Diálisis peritoneal (DP) en la que el recubrimiento del abdomen, la membrana peritoneal, actúa como un filtro natural. Otra técnica es conocida como Hemodiálisis (HD) que elimina el exceso de líquidos y productos de desecho por el traspaso de sangre a través de un riñón artificial (Piaskowski, 2011).

El Tx es un procedimiento quirúrgico que consiste en colocar un riñón sano de un donante vivo o fallecido en las personas con ERC (Mercado et al., 2004). Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (2018), desde su creación en 1989 en nuestro país se han efectuado hasta ahora más de 100.000 trasplantes de órganos, de los cuales más de 65.600 han sido renales. Esto supone que 6 de cada 10 trasplantes han sido de riñón.

Las TRS tienen consecuencias físicas, pero a mayores pueden afectar el plano psicológico, social y la forma de vida del paciente y del entorno. Estudiar la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con ERC es fundamental, ya que permite disponer de una percepción global y ocuparse tanto de aspectos objetivos (condiciones de vida) como subjetivos (satisfacción del paciente), es decir, conocer y actuar sobre su bienestar físico, emocional y social, de acuerdo con la situación vital de cada paciente. La

propia Organización Mundial de la Salud en su informe general del año 2012, apuesta por la CVRS y no solamente por añadir más años a la vida.

La CVRS es un concepto multidimensional que se compone de diferentes dimensiones relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente (Ruiz y Pardo, 2005). En la evaluación de la CVRS se pueden emplear diferentes instrumentos divididos en genéricos y específicos (Rebollo, Morales, Pons y Mansilla, 2015).

Los instrumentos genéricos se pueden emplear en una gran variedad de poblaciones y evalúan dimensiones relevantes para un amplio rango de sujetos, permitiendo comparaciones entre diferentes poblaciones pero sin ser tan sensibles a los cambios de salud. El instrumento más empleado es el 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) traducido al castellano y elaborado originalmente por Ware y Sherbourne (1992). Se compone de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: Funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM) (ver Tabla 2).

Los instrumentos específicos están diseñados para la medición de la CVRS en poblaciones concretas de pacientes y por tanto incorporan dimensiones más relevantes para la población en cuestión. En ERC el más utilizado es el Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL-SF) traducido al castellano y elaborado originalmente por Hays et al. (1997). Se compon de 97 ítems agrupados en 12 dimensiones: síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, función cognitiva, estatus laboral, función sexual, calidad de la interacción social, sueño, apoyo social, apoyo del personal en diálisis y bienestar general (ver Tabla 3).

Tabla 2

Dimensiones genéricas del SF-36 y del KDQOL-SF

Dominios	Significado de la peor puntuación posible (0)	Significado de la mejor puntuación posible (100)
Funcionamiento físico	Limitación en la realización de todas las actividades físicas, entre ellas vestirse y asearse	Realización de todo tipo de actividades sin limitaciones debidas a la salud
Rol físico	Limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas debidas a problemas físicos	Ausencia de limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de problemas físicos
Dolor corporal	Muy grave y extremadamente limitante	Sin dolor ni limitaciones debidas al mismo
Salud general	Creer que la salud personal es mala y que probablemente empeorará	Creer que la salud personal es excelente
Vitalidad	Sensación de cansancio y agotamiento todo el tiempo	Sensación de vigor y energía todo el tiempo
Función social	Limitación de la actividad social normal por problemas físicos o emocionales	Actividad social normal, independientemente de la existencia de problemas físicos o emocionales
Rol emocional	Limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas debidas a problemas emocionales	Ausencia de limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de problemas emocionales
Salud mental	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de tranquilidad y felicidad todo el tiempo

Nota. Fuente: Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, f., y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *DyT*, 25 (2), 79-92.

Tabla 3

Dimensiones específicas del KDQOL

Dominios	Significado de la peor puntuación posible (0)	Significado de la mejor puntuación posible (100)
Síntomas/listado de problemas	Extremadamente molesto por síntomas relacionados con la diálisis	Ninguna molestia
Efectos de la enfermedad renal	Extremadamente molesto por restricciones de la dieta, de la ingesta de líquidos, de la capacidad para viajar y por la continua dependencia del personal sanitario	Ninguna molestia
Carga de la enfermedad renal	Extremadamente molesto por el tiempo que se consume en diálisis y por la sensación de ser una carga para la familia	Ninguna molestia
Función cognitiva	Incapacidad para concentrarse, confuso, con poca capacidad de reacción	Ninguna molestia
Estatus laboral	Desempleado debido a problemas de salud	Laboral mente activo
Función sexual	Graves problemas en la estimulación y disfrute de la actividad sexual	Ningún problema
Calidad de la interacción social	Irritación constante en el trato con otras personas, aislamiento	Ningún problema, socialmente interactivo
Sueño	Muy malo, con somnolencia durante el día	Ningún problema
Apoyo social	Muy insatisfecho	Muy satisfecho con el nivel de apoyo social
Apoyo del personal en diálisis	Mensajes de ánimo y estímulo para hacer frente a la enfermedad renal y llevar una vida independiente	Ausencia de apoyo
Bienestar general	Muy baja	La mejor

Nota. Fuente: Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, f., y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *DyT*, 25 (2), 79-92.

El Tx es conocido como el mejor y más rentable tratamiento para la ERCA. Además de una mayor supervivencia, algunos estudios han indicado que los pacientes Tx tendrían una mejor CVRS en comparación con los pacientes en HD y DP (Liem, Bosch, Arrends, Heijenbrok y Hunink, 2007; Rebollo et al., 2015; Wyld, Morton, Hayen, Howard y Webster, 2012). Estas revisiones sobre la CVRS en TRS se han centrado en comparar la CVRS en pacientes Tx con pacientes en diálisis. Sin embargo, es necesario profundizar más en el impacto del Tx en la CVRS de los pacientes y los factores con los que se relaciona dada la cronicidad de la enfermedad renal.

Los objetivos de esta revisión son: 1) Conocer qué dimensiones de la CVRS estaban más y menos afectadas, 2) Observar si la CVRS mejora a través del tiempo en los pacientes Tx, 3) Comparar la CVRS de pacientes Tx con HD y DP así como con la de la población sana y la de los donantes y 4) Ver en qué medida los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales determinan la CVRS de pacientes Tx.

2. Método

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica acerca de la CVRS en Tx, se han identificado artículos empíricos relacionados con la temática, publicados desde Febrero de 2013 hasta Febrero de 2018, ambos incluidos.

La búsqueda sistemática se ha realizado mediante las bases de datos MEDLINE y PsychINFO, empleando como términos de búsqueda las palabras clave “*renal transplant*”, “*kidney transplant*”, “*renal transplantation*”, “*kidney transplantation*”, “*quality of life*” y “*health related quality of life*”, incluidos en los campos: Título (TI) y Abstract (AB).

El cribado de los artículos se ha llevado a cabo teniendo en cuenta una serie de criterios de inclusión: el idioma (publicados en inglés o español), la fecha de publicación (artículos posteriores al año 2013), la edad de la población estudio (adultos mayores de 19 años) y que se empleasen cuestionarios genéricos o específicos de la CVRS.

Se han excluido los estudios en los que el tamaño de la muestra era $n = 1$, revisiones o meta-análisis, estudios de intervención, estudios que se pretendían validar un instrumento y en los que los datos de la población estudio se consideraban conjuntamente los pacientes Tx con otros pacientes trasplantados, otras formas de TRS u otras patologías.

Teniendo en cuenta estos criterios y eliminando los solapamientos, se han encontrado un total de 235 publicaciones entre las bases de datos MEDLINE y PsychINFO. Una vez revisados los resúmenes de cada una de las publicaciones encontradas quedaron 125 artículos para ser evaluados a texto completo. Finalmente 35 cumplían todos los criterios de los que se ha tenido acceso directo a 22, los cuales fueron utilizados para la realización de este trabajo.

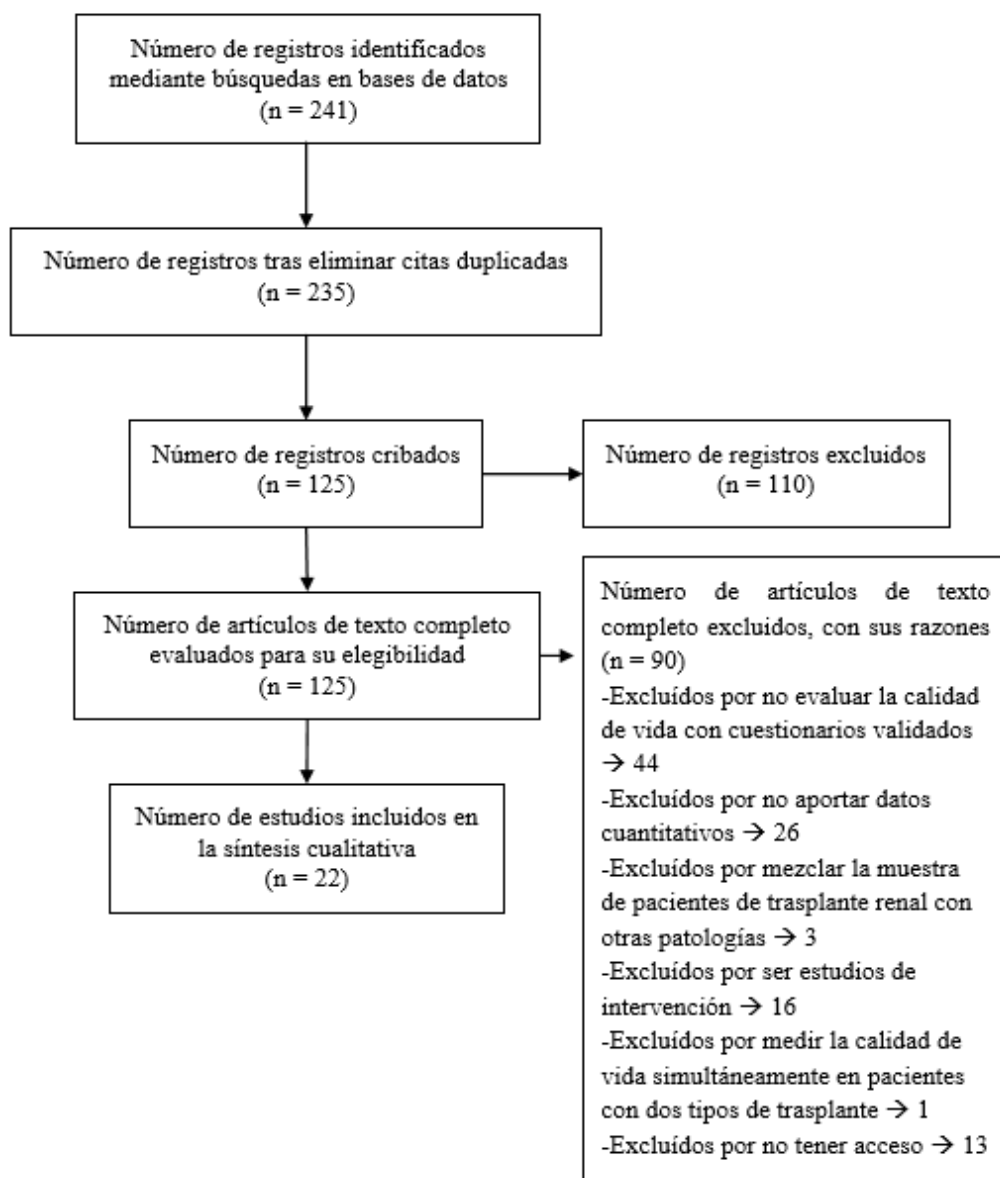


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre las diferentes fases de la revisión sistemática.

3. Resultados

3.1. Características de los estudios

El número total de participantes a lo largo de los 22 estudios fue de $n = 9.379$ que osciló entre $n = 5.538$ (Weber et al., 2014) y $n = 30$ (Pistorio et al., 2015). El total de pacientes Tx fue de $n = 4995$, en un rango de $n = 1694$ (Weber et al., 2014) y $n = 30$ (Pistorio et al., 2015). El resto de población estudiada se reparte en 175 pacientes en HD, 41 pacientes en DP, 21 pacientes preTx sin diálisis, 67 donantes de riñón y 4.080 personas sanas.

El tipo de donante no se especificó en un total de 7 estudios (31.82%) y en el resto, el porcentaje de donante vivo osciló entre el 100% (Hossain et al., 2014; Nurettin et al., 2015) y el 0% (Colak et al., 2015; Müller et al., 2015; Pistorio et al., 2015; Pistorio, Veroux, Sinagra, Basile y de Pasquale, 2017).

En el 95.45% ($n = 21$) de los estudios, el porcentaje de mujeres incluidas en la muestra de Tx era menor que el de hombres. El porcentaje de mujeres osciló entre el 56.67% (Pistorio et al., 2015; Pistorio et al., 2017) y el 15% (Hossain et al., 2014).

En cuanto al diseño de los estudios incluidos en esta revisión, el 77.27% ($n = 17$) son de tipo observacional transversal mientras que el 22.73% ($n = 5$) restante son de tipo observacional longitudinal con un tiempo de seguimiento que oscila entre 6 meses (Colak et al., 2015) y 5 años (Amro et al., 2015; Von der Lippe et al., 2014).

3.2. Instrumentos más utilizados para medir la Calidad de vida

Solo 2 estudios utilizan varios instrumentos para medir la CVRS (Gentile et al., 2013; Muehrer, Lanuza, Brown y Djamali, 2014), empleando el resto solo uno.

El instrumento más utilizado ha sido el SF-36 en un total de 15 estudios (54.55%), seguido del KDQOL-SF usado en 6 estudios (27.27%). Las versiones reducidas del SF-36 (SF-8 y SF-12) solo se emplearon en 1 (4.54%) y 2 (9.09%) estudios respectivamente. Finalmente, los instrumentos World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF; 1998), escala VAS y ReTransQoL (RTQ) fueron empleados en 1 estudio cada uno.

3.3. Impacto del trasplante renal en la Calidad de vida

A lo largo de 4 estudios se han encontrado más dañadas las dimensiones genéricas VT (Gentile et al., 2013; Gozdowska et al., 2016; Kostro et al., 2016; Liaveri et al., 2017) y SG (Czyżewski, Sanko, Wyzgal y Kurowski, 2014; Gentile et al., 2013; Kostro et al., 2016; Liaveri et al., 2017). En 2 estudios, ha sido la dimensión específica sueño la más dañada (Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014). Mientras que carga de la enfermedad renal, estatus laboral, satisfacción, función sexual y trabajo solo se han encontrado en 1 estudio respectivamente (Czyżewski et al., 2014; Czyżewski et al., 2014; Kostro et al., 2016; Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014).

En cuanto a las dimensiones más preservadas, fueron 6 los estudios que encontraron el FF (Colak et al., 2015; Gentile et al., 2013; Gozdowska et al., 2016; Kostro et al., 2016; Liaveri et al., 2017; Czyżewski et al., 2014) y 3 estudios el componente sumatorio físico (CSF) (Kim et al., 2016; Lim et al., 2016; Müller et al., 2015). En las dimensiones específicas, tanto los síntomas/listado de problemas (Czyżewski et al., 2014; Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014) como los efectos de la enfermedad renal (Abaci et al., 2015; Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014) fueron encontradas como las más preservadas a lo largo de 3 estudios, mientras que el apoyo social en 2 estudios (Kostro et al., 2016; Czyżewski et al., 2014).

3.4. Cambios pre-pos trasplante renal

A lo largo de 6 estudios se evaluaron los cambios pre-posTx empleando los instrumentos SF-36 (Colak et al., 2015; Müller et al., 2015) y KDQOL-SF (Amro et al., 2015; Kostro et al., 2016; Lim et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014).

En los 6 estudios se puso de manifiesto una mejoría de las dimensiones tanto genéricas como específicas de la CVRS tras el Tx. En las dimensiones genéricas, Colak et al. (2015) encontraron puntuaciones significativamente más elevadas en FF, RF, FS, RE, SM y SG tras el Tx. El estudio de Von der Lippe et al. (2014) observó una mejoría en FS en pacientes Tx \leq 45 años mientras que Lim et al. (2016) observaron esta mejoría en las puntuaciones totales del SF-36, CSF y componente sumatorio mental (CSM). Finalmente Kostro et al. (2016) encontraron puntuaciones significativamente mayores tras el Tx entre los pacientes previamente en HD en FF, RF, DC, SM, RE y VT y entre los pacientes previamente en DP en FF, RF, DC, SG, SM, RE y VT.

En las dimensiones específicas, Amro et al. (2015) observaron puntuaciones significativamente más elevadas en 7 síntomas: picor, calambres, sentirse excluido, dolor muscular, piel seca, entumecimiento y sentirse mareado. Por grupos de síntomas, tanto el síndrome urémico (náusea, falta de apetito, sentirse mareado, sentirse excluido, dificultad respiratoria y dolor de pecho), neuromuscular (entumecimiento, dolor muscular y calambres) como la piel (picor y piel seca) mejoraron tras el Tx. El estudio de Von der Lippe et al. (2014) vieron cómo efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, síntomas/listado de problemas, sueño y función sexual eran significativamente mejores tras el Tx.

En la misma línea, Kostro et al. (2016) plantean que aquellos pacientes Tx previamente en HD obtuvieron mejores puntuaciones en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, función cognitiva, calidad de la interacción social, función sexual, sueño, apoyo social y satisfacción. Mientras que los pacientes Tx previamente en DP obtuvieron mejores puntuaciones en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, función cognitiva, calidad de la interacción social, función sexual, sueño y satisfacción.

Sin embargo, Colak et al. (2015), Müller et al. (2015) y Von der Lippe et al. (2014) observaron un deterioro significativo de la CVRS en las dimensiones genéricas DC y CSF respectivamente tras el Tx.

3.5. Evolución Calidad de vida tras el trasplante renal

Fueron 9 los estudios en los que ha sido evaluada la CVRS a lo largo del tiempo tras el Tx. Se emplearon los instrumentos SF-36 (Kim et al., 2016; Mazzoni et al., 2014; Nurettin et al., 2015; Pistorio et al., 2015; Pistorio et al., 2017; Weber et al., 2014) y KDQOL-SF (Czyżewski et al., 2014; Lim et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014).

En 4 estudios no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones tanto genéricas como específicas de la CVRS (Czyżewski et al., 2014; Mazzoni et al., 2014; Pistorio et al., 2015; Pistorio et al., 2017).

Sin embargo, fueron 2 los estudios que encontraron mejoría con el paso del tiempo tras el Tx en las dimensiones genéricas. Lim et al. (2016) observaron puntuaciones significativamente más elevadas tanto en la puntuación total del SF-36 como en el CSF y CSM a los dos años del Tx. Del mismo modo, el estudio de Nurettin et al. (2015), vio cómo la dimensión FF en Tx al 9º mes fue significativamente mayor que la de los Tx al 3º mes.

En 3 estudios se encontró un empeoramiento de la CVRS con el paso del tiempo en las dimensiones genéricas. El estudio de Kim et al. (2016) encontró significativamente más deteriorado el componente CSM. Mientras que Von der Lippe et al. (2014) y Weber et al. (2014) encontraron peores puntuaciones en el componente CSF.

3.6. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con diálisis

En 3 estudios se comparó la CVRS de pacientes Tx con pacientes en HP o DP. Dos de ellos emplearon el cuestionario SF-36 (Liaveri et al., 2017; Müller et al., 2015) mientras que el estudio restante hizo uso del KDQOL-SF (Czyżewski et al., 2014).

En las dimensiones genéricas, todos los estudios manifiestan que los pacientes Tx presentan una mejor CVRS que los pacientes en diálisis, a excepción de Müller et al. (2015)

que encontraron un deterioro significativo en CSF entre los pacientes Tx. De este modo, en el estudio de Czyżewski et al. (2014) se encontraron puntuaciones significativamente más elevadas en CSF, FF, DC y SG en relación con los pacientes en HD y en CSF y FF en relación con los pacientes en DP tanto al 3° mes como al 12° mes tras el Tx. En la misma línea, puntuaciones significativamente más elevadas fueron encontradas en FF, RF y SG en relación con los pacientes en HD (Liaveri et al., 2017).

En las dimensiones específicas, también se observó una mejor CVRS entre los pacientes Tx. El estudio de Czyżewski et al. (2014) encontró que los pacientes Tx al 3° mes obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, sueño y bienestar general en relación con los pacientes en HD. Al 12° mes fueron significativamente mayores las mismas dimensiones junto con el estatus laboral. En pacientes Tx al 3° mes se observaron puntuaciones significativamente más elevadas en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal y calidad de la interacción social en relación con los pacientes en DP. Finalmente, al 12° mes solo se encontraron significativas las diferencias en la dimensión carga de la enfermedad renal.

3.7. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con donantes

En 2 estudios se comparó la CVRS de pacientes Tx con la de los donantes. El instrumento empleado fue el SF-36 (Hossain et al., 2014; Nurettin et al., 2015).

No hubo diferencias significativas entre los pacientes Tx al 9° mes y los donantes en las dimensiones genéricas de la CVRS (Nurettin et al., 2015). Sin embargo, se han observado mejores puntuaciones en las dimensiones genéricas de la CVRS entre el grupo de donantes en FS en relación con los pacientes Tx al 3° mes.

El estudio de Hossain et al. (2014) también observaron puntuaciones significativamente más elevadas en CSM y RE entre el grupo de donantes.

3.8. Comparación Calidad de vida de trasplante renal con población general

A lo largo de 6 estudios se comparó la CVRS de pacientes Tx con la de la población general. Se utilizaron los instrumentos SF-36 (Hossain et al., 2014; Liaveri et al., 2017; Mazzoni et al., 2014; Nurettin et al., 2015; Weber et al., 2014) y KDQOL-SF (Von der Lippe et al., 2014).

Salvo el estudio de Hossain et al. (2014) en el que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones genéricas de la CVRS, en los 5 restantes se observa una mayor CVRS entre el grupo de población general en las dimensiones genéricas en comparación con los pacientes Tx. Von der Lippe et al. (2014) encontraron puntuaciones significativamente más elevadas en FF, RF, SG y RE mientras que Liaveri et al. (2017) encontraron que la población general presentaba puntuaciones significativamente más elevadas en todas las dimensiones genéricas del SF-36.

En el estudio de Nurettin et al. (2015), la población general obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en FF, RF y RE en comparación con los pacientes Tx al 3º mes y en RF en comparación con los pacientes Tx al 9º mes. Por otro lado, Weber et al. (2014) encontraron que la población sana obtuvo mejores puntuaciones en CSF, FF, RF, CSM, SM, VT y RE al compararlas con los pacientes Tx \geq 65 años y en CSF, FS al compararlas con los pacientes Tx < 65 años.

Finalmente, Mazzoni et al. (2014) observaron puntuaciones más elevadas en FF, RF y SG entre la población general en comparación con los Tx sedentarios. Sin embargo, establecen que la actividad física podría mediar la CVRS, ya que los pacientes Tx físicamente activos obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en FS y SM en comparación con la población general.

3.9. Factores que se relacionan con la Calidad de vida en trasplante renal

a) Factores sociodemográficos y estilo de vida

En 7 los estudios revisados se consideró el sexo como variable de estudio. En 3 de ellos no se encontraron relaciones significativas con las dimensiones genéricas de la CVRS (Calia et al., 2015; Liaveri et al., 2017; Müller et al., 2015). En los 4 estudios restantes se evidenció una peor CVRS entre el grupo de mujeres tanto en las dimensiones genéricas como específicas. En las dimensiones genéricas, las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente menores en DC, VT, FS y SM (Mazzoni et al., 2014). En el estudio de Nurettin et al. (2015) se encontró que los pacientes Tx de sexo masculino obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en DC y CSF al 3° mes y en FF, RF, DC y CSF al 9° mes. Asimismo, Gentile et al. (2013) observaron que el sexo femenino era una de las variables que más contribuía a una peor CVRS mientras que Pistorio et al. (2015) encontraron una correlación positiva entre sexo masculino y RE.

En las dimensiones específicas, el estudio de Gentile et al. (2013) usando el ReTransQoL, encontró que el sexo femenino era una de las variables que más contribuía a una peor CVRS.

Otro factor de interés hace referencia a la edad de los pacientes, observada a lo largo de 10 estudios. En 3 de ellos no se encontraron relaciones significativas entre la edad y las dimensiones genéricas de la CVRS (Mazzoni et al., 2014; Müller et al., 2015; Pistorio et al., 2017).

Fueron 6 los estudios que encontraron correlaciones negativas entre la edad y la CVRS. En las dimensiones genéricas, observamos un empeoramiento de la CVRS entre los pacientes de mayor edad (Gentile et al., 2013). De forma más concreta, la edad correlaciona con las dimensiones FF, DC y VT (Calia R et al., 2015) mientras que Pistorio et al. (2015) encontraron correlación con la dimensión RE y Czyżewski et al. (2014) con el CSM en pacientes Tx al 3° mes. Von der Lippe et al. (2014) solo encontraron correlación con la dimensión FF. Finalmente Weber et al. (2014) apuntan que los componentes CSF, FF, RF,

CSM y SM se encontraban más deteriorados en los pacientes Tx \geq 65 años que en los Tx $<$ 65 años. En las dimensiones específicas usando el ReTransQoL, Gentile et al. (2013) apuntan que la CVRS estaba más deteriorada entre los pacientes de mayor edad.

Solo 2 estudios encontraron correlaciones positivas entre la edad y las dimensiones genéricas de la CVRS. Según Weber et al. (2014) los componentes CSF y SM eran significativamente mejores entre los Tx \geq 65 años. Por otro lado, Kim et al. (2016) observaron que la edad correlacionaba positivamente con el componente CSM.

El nivel de ingresos económicos y la situación laboral han sido factores relevantes en la CVRS en Tx a lo largo de 2 estudios. Se ha encontrado una correlación positiva entre estas variables y la CVRS tanto en las dimensiones genéricas como específicas. Costa y Nogueira (2013) encontraron que aquellos pacientes con ingresos familiares 3 veces superiores al salario mínimo, obtuvieron puntuaciones más elevadas en RE en comparación con los que tenían menos ingresos. También observaron que aquellos pacientes Tx en situación laboral activa obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones FF, RF, DC, FS y RE. Además el estudio de Gentile et al. (2013) observó que el desempleo se asociaba una peor CVRS tanto en las dimensiones genéricas como en las específicas.

También se analizó la relación entre el nivel de estudios y la CVRS en 4 estudios. Dos de ellos no encontraron correlaciones significativas con las dimensiones genéricas de la CVRS (Pistorio et al., 2015; Pistorio et al., 2017). Los 2 estudios restantes pusieron de manifiesto una correlación positiva entre el nivel de educación y la CVRS. En las dimensiones genéricas, Gentile et al. (2013) vieron cómo aquellos pacientes Tx con una educación superior tenían puntuaciones significativamente más elevadas en la CVRS. El estudio de Nurettin et al. (2015) encontró que los pacientes Tx al 9º mes analfabetos obtuvieron peores puntuaciones en FF, RF, RE y CSF. En las dimensiones específicas la tendencia es la misma, los pacientes Tx con educación superior obtuvieron puntuaciones más elevadas en la CVRS (Gentile et al., 2013).

El efecto de la actividad física también fue relevante entre los pacientes Tx en el estudio transversal de Mazzoni et al. (2014). De este modo, se observó que los pacientes Tx

físicamente activos obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en las dimensiones genéricas FF, RF, SG, VT, FS, RE y SM en comparación con los pacientes Tx sedentarios.

Finalmente, el Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido un factor de interés a lo largo de 4 estudios. Kim et al. (2016) no encontraron correlación significativa entre el IMC y las dimensiones genéricas de la CVRS. Mientras que en los 3 estudios restantes se encontró que el IMC correlacionaba negativamente con las dimensiones genéricas y específicas de la CVRS. En las dimensiones genéricas, el estudio de Czyżewski et al. (2014) observó que los pacientes Tx al 12º mes con IMC elevado obtuvieron puntuaciones significativamente menores en el CSM. De una forma más general se vio como un alto IMC perjudicaba la CVRS (Gentile et al., 2013; Lim et al., 2016).

En las dimensiones específicas, Lim et al. (2016) observan que pacientes con un IMC ≥ 30 obtuvieron peores puntuaciones en la CVRS.

b) Factores Clínicos

A lo largo de 2 estudios se estudió la relación entre el tipo de donante y la CVRS. Según Costa et al. (2013), el tipo de donante no se relacionó significativamente con ninguna dimensión de la CVRS. Por el contrario, el estudio de Gozdowska et al. (2016) encontró que el donante vivo correlacionaba positivamente con las dimensiones genéricas de la CVRS. Las puntuaciones en la dimensión mental, ambiental, participación en la vida social y satisfacción con las relaciones interpersonales fueron significativamente mayores entre los pacientes Tx con donante vivo en comparación con los de donante cadáver (Gozdowska et al., 2016).

A lo largo de 3 estudios se comparó la CVRS en pacientes Tx que fueron previamente tratados con HD o DP. Sin embargo no se encontraron correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones genéricas y específicas de la CVRS (Gozdowska et al., 2016; Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014).

El tiempo de duración de la diálisis preTx se tuvo en cuenta en 5 estudios. Pistorio et al. (2015) no encontraron correlaciones significativas con las dimensiones genéricas de la

CVRS. Sin embargo, 2 de ellos encontraron una correlación positiva entre el tiempo en diálisis y la CVRS. En las dimensiones genéricas, el tiempo en diálisis correlacionó con CSF (Müller et al., 2015). En las dimensiones específicas solo se encontraron diferencias significativas en la dimensión carga de la enfermedad renal (Von der Lippe et al., 2014). En los 2 estudios restantes se encontró una correlación negativa entre el tiempo en diálisis y la CVRS. En las dimensiones genéricas, una mayor duración de la diálisis se asociaba a peores puntuaciones en la CVRS (Gentile et al., 2013) y más concretamente los pacientes Tx < 65 años peores puntuaciones en CSF y CSM (Weber et al., 2014). En las dimensiones específicas, el estudio de Gentile et al. (2013) puso de manifiesto que a mayor duración de la diálisis peores eran las puntuaciones en la CVRS.

La presencia de diabetes y enfermedades infecciosas se ha encontrado como un predictor de deterioro de la CVRS a lo largo de 2 estudios. Ambos, encontraron una correlación negativa de estas enfermedades con la CVRS. En las dimensiones genéricas, Weber et al. (2014) observaron como los pacientes Tx < 65 años con diabetes obtuvieron puntuaciones significativamente peores en CSF y CSM mientras que el estudio de Gentile et al. (2013) observó cómo la diabetes y enfermedades infecciosas estaban relacionadas con un deterioro de la CVRS. En la misma línea, las dimensiones específicas de la CVRS estaban más deterioradas entre aquellos pacientes con diabetes y enfermedades infecciosas (Gentile et al., 2013).

Abaci et al. (2015) realizaron un estudio con el fin de identificar la frecuencia de la anemia y los factores asociados, así como sus implicaciones en la CVRS. Observaron que los pacientes Tx con anemia presentaban puntuaciones significativamente más bajas en el CSM. También, se ha encontrado que la hemoglobina correlaciona negativamente con las dimensiones DC y FF (Colak et al., 2015).

En esta revisión también hemos encontrado una serie de parámetros de laboratorio que se relacionan con la CVRS. Los niveles de creatinina se han tenido en cuenta a lo largo de 4 estudios, sin embargo en 2 de ellos no se encontraron correlaciones significativas tanto con las dimensiones genéricas como específicas de la CVRS (Abaci et al., 2015; Müller et al., 2015). Los 2 estudios restantes observaron una correlación negativa entre los niveles de

creatinina y las dimensiones genéricas de la CVRS. Colak et al. (2015) encontraron que las dimensiones FS y SM estaban más dañadas entre los pacientes con niveles altos de creatinina. Por otro lado, el estudio de Czyżewski et al. (2014) apuntaba que el CSF estaba más dañado en los pacientes Tx al 12º mes con niveles altos de creatinina.

A lo largo de 2 estudios no se ha encontrado correlación significativa entre los niveles eGFR y las dimensiones genéricas y específicas de la CVRS (Müller et al., 2015; Von der Lippe et al., 2014). Solamente uno ha encontrado correlación positiva entre estos niveles y las dimensiones genéricas y específicas de la CVRS (Lim et al., 2016).

La presión arterial se ha tenido en cuenta en 2 estudios. Ambos encuentran una correlación negativa con las dimensiones genéricas de la CVRS. El estudio de Czyżewski et al. (2014) observó un deterioro del CSF entre aquellos pacientes Tx con la presión arterial sistólica y diastólica más elevada. Del mismo modo, Colak et al. (2015) observaron este fenómeno en las dimensiones SG y SM en pacientes Tx con mayor presión arterial sistólica.

Finalmente cabe mencionar el estudio de Colak et al. (2015) que encontró correlaciones negativas entre índice de colapso de la vena cava inferior con SG y SM, masa ventricular izquierda con SG, niveles de albúmina con FS, índice de la aurícula izquierda con RE y calcio con FF en los pacientes Tx.

c) Factores Psicosociales

Pistorio et al. (2017) estudiaron el impacto de la alexitimia en pacientes Tx, encontrando que correlacionaba negativamente con CSF y CSM.

El papel de las emociones se ha tenido en cuenta a lo largo de 3 estudios en las dimensiones genéricas. Para Gozdowska et al. (2016) las emociones positivas correlacionan positivamente con la dimensión mental, ambiental y social del WHOQOL-BREF. Del mismo modo, las emociones negativas correlacionan negativamente con la dimensión mental y ambiental. Por otro lado, Kim et al. (2016) observaron cómo la preocupación acerca del Tx y los sentimientos de culpa hacia el donante correlacionaban negativamente con el CSM. En el estudio de Pistorio et al. (2015) también se analizaron los aspectos emocionales encontrando

correlaciones negativas con la CVRS. Las dificultades interpersonales, el afecto restringido, los temas de tristeza y las dificultades de comunicación correlacionan con RE, mientras que estas últimas también correlacionan con FS y SM.

Por otro lado, la importancia de la sexualidad ha sido estudiada por Muehrer et al. (2014), encontrando correlaciones negativas entre las preocupaciones sexuales y las dimensiones genéricas de la CVRS. Concretamente, la calidad de las relaciones sexuales, placer sexual, problemas de funcionamiento sexual y pensamientos pesimistas correlacionaban con el CSF, mientras que las consecuencias de salud de la actividad sexual, calidad de la relación sexual, problemas de funcionamiento sexual y pensamientos pesimistas con el CSM.

El tipo de apoyo que recibían los pacientes tras el Tx también ha sido relevante en el estudio de Gozdowska et al. (2016). Se encontró correlación positiva entre el apoyo y las dimensiones genéricas de la CVRS. Concretamente el apoyo por parte de los profesionales del sistema de salud correlacionaba con la dimensión mental y ambiental mientras que el apoyo del ambiente y de los familiares con la dimensión mental.

También fue interesante el estudio de Calia et al. (2015) sobre los estilos de apego. Solo encontró correlación positiva entre la confianza y las dimensiones genéricas SG y RE, el resto correlacionaban negativamente. La preocupación por las relaciones correlacionaba con SM, considerar las relaciones como secundarias con VT, SM y RE, la incomodidad con la cercanía con SM, el apego ansioso con SM y RE mientras que el apego evitativo con SG, VT, SM y RE. Además se observó que los pacientes con apego evitativo obtuvieron mayores puntuaciones en SG que los ansiosos o seguros pero peores en RE en comparación con los ansiosos.

La autoeficacia también se relacionó con las dimensiones genéricas de la CVRS en el estudio de Gozdowska et al. (2016) de manera que a mayor autoeficacia, mejores puntuaciones en la dimensión mental, ambiental y social de la CVRS. Otra variable que se ha encontrado en este estudio que correlaciona positivamente con estas dimensiones es la evaluación subjetiva del estado mental y de salud.

Otro aspecto interesante estudiado a lo largo de 2 estudios ha sido la imagen corporal de los pacientes Tx. Yagil et al. (2014) investigaron el papel de la imagen corporal y su asociación con la CVRS, observando cómo la puntuación final de imagen corporal correlacionaba negativamente con las dimensiones genéricas RE, FF, SG y FS. En el estudio de Gentile et al. (2013) se observó que la presencia de modificaciones corporales estaba asociada a una peor CVRS tanto en las dimensiones genéricas como específicas.

Finalmente, Liaveri et al. (2017) evaluaron la calidad del sueño y los posibles factores que pueden contribuir al mismo, encontrando una correlación significativa con la salud mental, la frecuencia de los síntomas de estrés postraumático, depresión, presencia de síndrome de piernas inquietas, dolor y presión sanguínea.

4. Discusión

El Tx es conocido como el mejor y más rentable tratamiento para la ERCA. Además de una mayor supervivencia, los pacientes Tx tendrían una mejor CVRS en comparación con los pacientes en diálisis (Liem et al., 2007; Rebollo et al., 2015; Wyld et al., 2012). A lo largo de esta revisión, se observó que la CVRS de los pacientes con ERC tras el Tx, mejoró tanto en las dimensiones genéricas como específicas. Además, se observó que el puntaje de la CVRS fue superior que el de los pacientes sometidos a otros tratamientos como la HD o DP. Sin embargo la CVRS de los pacientes Tx todavía es menor que la de la población general. Se encontraron como dimensiones más afectadas la SG, VT y sueño mientras que las más conservadas eran el FF, CSF, síntomas/listado de problemas y efectos de la enfermedad renal.

Respecto a las características sociodemográficas, tanto sexo femenino como edad elevada se asociaron a una peor CVRS entre los pacientes Tx. Además se tuvieron en cuenta otros factores como nivel de ingresos económicos y situación laboral, nivel de estudios, el grado de actividad física e IMC. Los factores clínicos han evidenciado una fuerte asociación con la CVRS, entre ellos destacamos la presencia de diabetes y enfermedades infecciosas, la presión arterial, tipo de donante y otros parámetros de laboratorio, los cuales fueron analizados a lo largo de los estudios. A nivel psicosocial, cabría destacar el papel de las emociones en la CVRS aunque también se tuvo en cuenta la sexualidad, tipo de apoyo, estilos de apego, autoeficacia, imagen corporal, entre otros.

El estudio de la CVRS es de gran interés en el ámbito sanitario. A partir de todos los avances en la conceptualización, caracterización y medición de la CVRS, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, tanto a la población general como a grupos específicos (Gómez y Sabeh, 2000). A lo largo de esta revisión los instrumentos más frecuentemente utilizados han sido el SF-36 (genérico) y el KDQOL-SF (específico).

El Tx es la forma de TRS que ofrece mejor CVRS en pacientes renales ya que los estudios concuerdan en que estos presentan una mejoría tanto en las dimensiones genéricas como específicas en comparación con otras terapias de diálisis. En las dimensiones genéricas, se observó como a lo largo de los diferentes estudios eran las dimensiones físicas aquellas que mostraban una mayor mejoría (Czyżewski et al., 2014; Liaveri et al., 2017), lo que podría ser debido a la mayor dependencia física de los cuidados de salud frecuentes y comunes en los tratamientos de HD y DP.

En cuanto al impacto que puede generar la situación de Tx en los enfermos renales, podemos observar que las dimensiones genéricas de la CVRS más dañadas, eran la VT y SG mientras que tanto el CSF como el FF se mantenían más preservadas tras el Tx. Esto puede ser explicado por la mayor autonomía física que presentan los pacientes sometidos a esta intervención pero que sin embargo tienen que seguir enfrentándose con otros tipos de problemas y enfermedades que pueden afectar a la valoración que llevan a cabo sobre su salud general (Pérez et al., 2018).

En las dimensiones específicas, se ha encontrado el sueño como la dimensión más afectada. Esto es interesante ya que el estudio de Liaveri et al. (2017) evaluó los problemas de sueño, encontrando cómo los pacientes a pesar de tener una mejor CVRS tras el Tx, la calidad del sueño se encontraba muy dañada entre este grupo poblacional.

Son pocos los estudios que hemos encontrado comparando la CVRS de donantes y pacientes Tx y a pesar de que no hubo diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones, aquellas que las tuvieron estaban más elevadas entre el grupo de donantes y en ningún caso más deterioradas. Concretamente tanto el estudio de Hossain et al. (2014) como Nurettin et al. (2015) apuntaron que eran las dimensiones mentales las que se encontraban mejor con respecto a los pacientes Tx. Es posible que estos resultados deban ser atribuidos a que los pacientes con ERC suelen presentar comorbilidad con otros trastornos emocionales y psicológicos (Rebollo et al., 2001), por lo que cabría esperar que las dimensiones mentales estuviesen más afectadas.

Además, Gozdowska et al. (2016) encontraron una mejor CVRS entre aquellos pacientes con donante vivo en comparación con los de donante cadáver. Estos hallazgos van en la línea con un estudio de Guiraldo y Oppenheimer (2017) que plantea los beneficios que

el uso de donante vivo puede tener en el Tx, por lo que cabría esperar que la CVRS también se incrementase.

A pesar de que el Tx posibilita mayor CVRS que la HD o la DP en pacientes con ERC, los estudios han puesto de manifiesto cómo la población general presentaba una mayor CVRS que los pacientes Tx tanto en dimensiones genéricas como específicas (Von der Lippe et al., 2014; Liaveri et al., 2017; Nurettin et al., 2015; Weber et al., 2014). Esto es esperable debido al impacto que el Tx tiene en las personas con ERCA los cuales tienen que vivir con las complicaciones asociadas a tal enfermedad que pueden llegar a verse directamente reflejadas en un deterioro de la CVRS (González et al., 2018).

Un estudio interesante es el de Mazzoni et al. (2014) ya que establece que la actividad física podría mejorar la CVRS, de manera que los pacientes Tx físicamente activos llegaron a obtener puntuaciones más elevadas que la población general. Aunque es necesaria más investigación, sería interesante valorar la utilidad que los programas específicos de actividad física tienen en la atención rutinaria posterior al trasplante y su relación con la CVRS.

Cabe destacar que en los estudios revisados en este trabajo se puso de manifiesto que la CVRS de los pacientes Tx varía en función de distintas características sociodemográficas, clínicas y psicosociales.

En algunos estudios no se encontraron correlaciones significativas en cuanto al sexo de los pacientes en la CVRS (Calia et al., 2015; Liaveri et al., 2017; Müller et al., 2015), sin embargo aquellos que sí encontraron, evidenciaron de una manera unánime una mejor CVRS entre los pacientes Tx de sexo masculino. Este resultado es esperable si tenemos en cuenta que los problemas emocionales como la ansiedad o depresión que pueden interferir en la CVRS de los pacientes, son más prevalentes entre el grupo de mujeres (Rebollo et al., 2001).

Con respecto a la edad, se ha encontrado una mayor variabilidad a lo largo de los diferentes estudios. La hipótesis de partida es que la CVRS estaba más deteriorada entre los pacientes Tx de mayor edad tanto en las dimensiones genéricas como específicas (Calia R et al., 2015; Czyżewski et al., 2014; Gentile et al., 2013; Pistorio et al., 2015; Weber et al., 2014). Esto podría ser debido a la mayor comorbilidad que presenta el grupo de pacientes de mayor edad (Cavero, Martí y Casas, 2012). Sin embargo 4 estudios no encontraron

correlación significativa (Mazzoni D et al., 2014; Müller H et al., 2015; Pistorio M et al., 2017). Mientras que de forma un tanto paradójica, Weber et al. (2014) y Kim et al. (2016) observaron que la edad correlacionaba positivamente con el CSM en los pacientes de mayor edad. Por lo tanto se requiere que en futuros estudios se continúe analizando la relación entre edad y CVRS.

Existen muchas barreras para el retorno al trabajo posTx como las dificultades en el ingreso del mercado de trabajo para individuos mayores de 50 años o que los pacientes se sientan incapacitados para el trabajo tanto física como psicológicamente (Lôbo y Bello, 2007). Por tanto sería interesante paliar estas limitaciones e implementar programas de integración laboral, lo que podría significar una mejoría de la CVRS entre los pacientes ya que Costa et al. (2013) y Gentile et al. (2013) encontraron que los pacientes Tx desempleados tenían una peor CVRS tanto en las dimensiones genéricas como específicas.

A pesar de que hay estudios que apuntan que el nivel educativo no se asoció con la CVRS (Pistorio et al., 2015; Pistorio et al., 2017), otros encontraron correlación positiva (Gentile et al., 2013; Nurettin et al., 2015) por lo que los datos de los estudios revisados no son lo suficientemente consistentes como para poder determinar una clara relación del nivel de estudios con la CVRS, ya que el abanico de aspectos que abarca este factor es muy amplio.

Tras el Tx se suele observar un aumento de peso corporal que puede ser debido a la sensación de bienestar, la desaparición de las restricciones dietéticas, y también el aumento del apetito, provocando a la larga un aumento de la ingesta de nutrientes (Halimi et al., 2017). A excepción de Kim et al. (2016), los estudios han encontrado una clara relación entre el nivel IMC de los pacientes y la CVRS (Czyżewski et al., 2014, Gentile et al., 2013; Lim et al., 2016) observando que tanto las dimensiones genéricas como específicas se encontraban más dañadas cuanto mayor era el IMC, por lo que sería de interés tal y como apuntan Martín et al. (2017) en su estudio, una mayor supervisión de la dieta y el ejercicio físico apropiado. Todo esto permitiría controlar el IMC de forma adecuada y por tanto una mejora de la CVRS.

El tratamiento previo al Tx, HD o DP se observó a lo largo de 3 estudios (Gozdowska et al., 2016; Kostro et al., 2016; Von der Lippe et al., 2014). En todos ellos no se encontró

ningún tipo de relación clara en función del tipo de tratamiento, por lo que a pesar de ser necesaria más investigación, este factor no parece tener impacto en la CVRS de los pacientes Tx.

Ya en otra dirección apuntan los estudios que tuvieron en cuenta no tanto el tipo de diálisis, sino el tiempo. Se ha encontrado correlación significativa de este factor con la CVRS, sin embargo los resultados no son del todo concluyentes. Por un lado, Müller et al. (2015) y Von der Lippe et al. (2014) vieron que el tiempo en diálisis correlacionó positivamente con el CSF y carga de la enfermedad renal. En sentido contrario, Gentile et al. (2013) y Weber et al. (2014) observaron peores puntuaciones en la CVRS con el paso del tiempo. Sería interesante que se estudiase más este aspecto ya que la dependencia física del tratamiento entre los pacientes con ERC puede ser elevado, por lo que cabría esperar que tanto sus dimensiones sociales como físicas se viesen más limitadas.

La diabetes e hipertensión arterial son las causas más frecuentes de ERC (Santamaría y Gorostidi, 2013). Weber et al. (2014) observaron como los pacientes Tx < 65 años con diabetes obtuvieron puntuaciones significativamente peores en CSF y CSM mientras que el estudio de Gentile et al. (2013) observó cómo la diabetes estaba relacionada con un deterioro de la CVRS. Con respecto a la presión arterial sistólica y diastólica, se ha encontrado un deterioro a lo largo de las dimensiones CSF, SG y SM (Czyżewski et al., 2014; Colak et al., 2015). Por lo tanto, los pacientes con diabetes e hipertensos se constituyen en un grupo que requiere especial atención entre los pacientes con Tx.

La ERC se diagnostica mediante la estimación del FG en muestra simple de sangre con fórmulas basadas en la concentración de creatinina sérica o mediante la determinación del cociente albumina/creatinina en muestra simple de orina (Martínez et al., 2012). De este modo, cabría esperar que los niveles de creatinina y eGFR posTx pudiesen modular la CVRS de los pacientes tal y como afirman los estudios de Colak et al. (2015) y Czyżewski et al. (2014) con puntuaciones significativamente más bajas en las dimensiones FS, SM y CSF entre los pacientes con elevados niveles de creatinina.

El papel de las variables psicológicas se ha tenido en cuenta en 3 estudios y ha resultado relevante cómo todos ellos han mostrado el gran impacto que tanto las emociones negativas como los problemas emocionales pueden tener en la CVRS. Concretamente Pistorio et al. (2015) vieron cómo las dificultades de comunicación correlacionaban con RE, FS y SM mientras que las dificultades interpersonales, el afecto restringido y los temas de tristeza con RE. Del mismo modo, Kim et al. (2016) observaron que la preocupación acerca del Tx y los sentimientos de culpa hacia el donante correlacionaban negativamente con el CSM. De este modo, parece lógico que el hecho de prestar una mayor atención y cuidado al estado emocional sea una posible vía de intervención para mejorar la CVRS de los pacientes Tx.

En la misma línea, Calia et al. (2015) estudiaron el papel de los estilos de apego, que se han relacionado de una manera significativa con la CVRS. La preocupación por las relaciones correlacionaba con SM, considerar las relaciones como secundarias con VT, SM y RE, la incomodidad con la cercanía con SM, el apego ansioso con SM y RE mientras que el apego evitativo con SG, VT, SM y RE. Dada la evidente relación con la CVRS, sería interesante evaluar y mejorar los programas de apoyo psicológico entre los pacientes Tx con el fin de controlar estas variables.

Además, otros aspectos como la imagen corporal y calidad del sueño han sido relacionados con la CVRS (Yagil et al., 2014; Liaveri et al., 2017). Sin embargo, sería necesaria más investigación al respecto para observar el impacto que pueden tener en la CVRS, ya que los estudios que incluyeron estas variables han sido escasos.

Caben destacar algunas limitaciones de los estudios que se incluyeron en esta revisión como los pequeños tamaños muestrales en algunos estudios (Calia et al., 2015; Colak et al., 2015; Liaveri et al., 2017) y no incluir la identificación del estatus psicosocial y laboral de los pacientes incluidos en la muestra (Czyżewski et al., 2014). Además, la mayoría de los estudios son transversales ($n = 17$), por lo que no es posible establecer relaciones de causalidad. Finalmente se ha observado que las muestras estaban compuestas mayoritariamente por hombres (95.45%) por lo que el análisis de la CVRS en las mujeres puede verse afectado por la baja representación femenina. Debido a las claras relaciones entre

una peor CVRS y el sexo femenino, sería importante prestar una mayor atención a este colectivo así como revisar en qué medida la muestra de mujeres es representativa y no hay un sesgo que afectase a la interpretación de los resultados.

Asimismo, es preciso señalar como limitaciones de esta revisión bibliográfica que no hubo acceso directo a todas las publicaciones sobre el tema elegido, concretamente a 13 estudios y que no se valoró la calidad de los estudios analizados.

En conclusión, los resultados de esta revisión muestran que el Tx aporta una clara mejoría de la CVRS a lo largo de los pacientes con ERCA y en comparación con otros tratamientos de TRS. Sin embargo, se ha observado cómo la CVRS puede verse muy influida por distintos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales. Los programas específicos de actividad física e integración laboral serían una alternativa interesante para mejorar la CVRS así como una mayor supervisión de la dieta que mejoraría el IMC de los pacientes Tx. Del mismo modo, los problemas emocionales parecen tener un gran impacto, sin embargo no han sido numerosos los estudios encontrados a lo largo de la revisión en relación a estos aspectos. Sería fundamental una investigación más exhaustiva con el fin de probar la efectividad que la atención psicológica puede tener a lo largo de los pacientes afectados con tales problemas.

5. Conclusiones

1. La CVRS de los pacientes Tx supera a la de los pacientes en HD y DP, aunque no llega a igualarse a la de la población general y donantes.
2. Las dimensiones genéricas de la CVRS más dañadas fueron VT y SG mientras que las más preservadas FF y CSF. La dimensión específica más dañada fue el sueño mientras que las más preservadas fueron síntomas/listado de problemas y efectos de la ERC.
3. La CVRS mejora tras el Tx, sin embargo no hay consenso en cómo evoluciona tras el Tx. Algunos estudios no encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones, otros encontraron una mejoría con el paso del tiempo mientras que hay estudios que vieron un empeoramiento de la CVRS a lo largo del tiempo.
4. El sexo femenino, mayor edad, bajo nivel de estudios, peor situación laboral y alto IMC se asocian a una peor CVRS entre los pacientes Tx.
5. Diabetes y enfermedades infecciosas así como la hipertensión y anemia se han asociado a un mayor deterioro de la CVRS entre los pacientes Tx.
6. Factores clínicos como los niveles de creatinina, eFGR y el tipo de diálisis (HD o DP) previo al Tx no se relacionaron con ninguna de las dimensiones de la CVRS.
7. Las emociones negativas y alexitimia, así como los estilos de apego y la peor imagen corporal, se relacionaban con una peor CVRS. Otros aspectos como la sexualidad, tipo de apoyo y autoeficacia solo han sido estudiados a lo largo de un estudio por lo que sería necesaria mayor investigación para poder extraer conclusiones.

Referencias bibliográficas

- Abaci, S.H., Alagoz, S., Salihoglu, A., Yalin, S.F., Gulcicek, S., Altiparmak, M.R., y Seyahi, N. (2015). Assessment of Anemia and Quality of Life in Patients With Renal Transplantation. *Transplantation proceedings*, 47(10), 2875-2880.
doi:10.1016/j.transproceed.2015.10.043.
- Alcazar-Arroyo, R., Orte-Martinez, L., y Otero-González, A. (2008). Enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*, 28(3), 3-6.
- Amro, A., Waldum-Grevbo, B., Von der Lippe, N., Brekke, F.B., Miakowski, C., y Os, I. (2015). Symptom Clusters From Dialysis to Renal Transplantation: A Five-Year Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 512-519.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.10.012.
- Bello, A.K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I.G., Feehally, J., Harris, D.,... Johnson, D.W. (2017). Global Kidney Health Atlas: A report by the International Society of Nephrology on the current state of organization and structures for kidney care across the globe. International Society of Nephrology, Brussels, Belgium.
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Camardese, S., Lai, S.,... Citterio, F. (2015). Attachment style predict compliance, quality of life and renal function in adult patients after kidney transplant: preliminary results. *Renal Failure*, 37(4), 678-680.
doi:10.3109/0886022X.2015.1010989.
- Cavero-Perrero, E., Martí i Monros, A., y Casas-Cuesta, R. (2012). Comorbilidad en la enfermedad renal. Resultados en la población del estudio DOOPPS en España. *Enfermería Nefrológica*, 15.

- Colak, H., Ser, I., Ekmekci, C., Tugmen, C., Kurtulmus, Y., Kursat, S., y Töz, H. (2015). Correlation of the Volume Control Parametres With Health Relates Quality of Life in Renal Transplant Patients. *Transplantation proceedings*, 47(5), 1369-1372. doi:10.1016/j.transproceed.2015.04.012.
- Costa, J.M., y Tolstenko Nogueira, L. (2014). Association Between Work, Income and Quality of Life of Kidney Transplant Recipient the Municipality of Teresina, PI, Brazil. *Employment, income and quality of life of kidney transplant recipients*, 36(3), 332-338. doi:10.5935/0101-2800.20140048.
- Czyżewski, L., Sańko-Resmer, J., Wyzgał, J., y Kurowski, A. (2014). Assessment of Health-Related Quality of Life of Patients after Kidney Transplantation in Comparison with Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Ann Transplant*, 19, 576-585. doi:10.12659/AOT.891265.
- Gentile, S., Beauger, D., Speyer, E., Jouve, E., Dussol, B., Jacquelinet, C., y Briançon, S. (2013). Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. Gentile et al. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11. doi: 10.1186/1477-7525-11-88.
- Gomez-Vela, M., y Sabeh, E.N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*, 9. <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
- Gozdowska, J., Zatorski, M., Torchalla, P., Białek, L., Bojanowska, A., Tomaszek, A.,... Durlik, M. (2016). Living-Donor Versus Deceased-Donor Kidney Transplantation: Comparison of Psychosocial Consequences for Recipients. *Transplantation proceedings*, 48(5), 1498-1505. doi:10.1016/j.transproceed.2016.01.075.
- Guirado-Perih, L., y Oppenheimer-Salinas, F. Trasplante renal de donante vivo. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) *Nefrología al Día*. Recuperado de: <http://dev.nefro.elsevier.es/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-trasplante-renal-donante-vivo-144>.

- Hossain Mokarram, R., Masud Iqbal, M., Raquiful Alam, M., Fazlul Islam, S., Omar Faroque, M., e Islam Selim, S. (2015). Quality of Life in Renal Transplant Recipient and Donor. *Transplantation proceedings*, 47(4), 1128-1130.
doi:10.1016/j.transproceed.2014.10.068.
- Kim, K., Bae, S.H., Son, S., Kim, M.S., Jun, S.Y., y Ju, M.K. (2016). Health-Related Quality of Life and Psychologic Distress in Korean Kidney Transplant Recipients. *Transplantation proceedings*, 48, 855-857. doi:10.1016/j.transproceed.2015.12.084.
- Kostro, JZ., Hellmann, A., Kobiela, J., Skóra, I., Lichodziejewska-Niemierko, M., Dębska-Ślizień, A., y Śledziński, Z. (2016). Quality of Life After Kidney Transplantation: A Prospective Study. *Transplantation proceedings*, 48(1), 50-54.
doi:10.1016/j.transproceed.2015.10.058.
- Levey, A.S., Coresh, J., Balk. E., Kausz. A.T., Levin, A., Steffes, M.W.,... Eknoyan, G. (2002). Clinical practice guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification an Stratification. *Am J Kidney Dis*, 39, S1-S266.
- Liaveri, P.G., Dikeos, D., Ilias, I., Lygkoni, E.P., Boletis, I.N., Skalioti, C., y Paparrigopoulos, T. (2017). Quality of sleep in renal transplant recipients and patients on hemodialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 93, 96-101.
doi:10.1016/j.jpsychores.2016.12.013.
- Liem, Y.S., Bosch, J.L., Arends, L.R., Heijenbrok-Kal, M.H., Hunink, M.G. (2007). Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*, 10.
- Lim, H.J., Koo, T.Y., Lee, J., Hub, K.H., Park, J.B., Cho, J.,...KNOW-KT Study Group. (2016). Health-Related Quality of Life of Kidney Transplantation Patients: Results from the KoreaN Cohort Study for Outcome in Patients With Kidney Transplantation (KNOW-KT) Study. *Transplantation proceedings*, 48(3), 844-847.
doi:10.1016/j.transproceed.2015.12.101.

- Lôbo, M.C., y Bello, A. (2007). Reabilitação Profissional Pós Transplante Renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, volume XXIX, nº 1, 30-32.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, f., y Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *DyT*, 25(2), 79-92.
- Martín-Salvador, A., García-García, I., Aguilar-Cordero, M.J., Esteban-de la Rosa, R.J., Bravo-Soto, J., Fernández-Castillo, R.(2018). Estudio longitudinal del IMC y de la Obesidad como factores de riesgo de rechazo del injerto renal. *JONNPR*,3, 102-112. doi: 10.19230/jonnpr.2189.
- Martinez-Castelao, A., Górriz, J.L., Bover, J., Segura-de la Morena, J., Cebollada, J., Escalada, J.,...Tranche, S. (2012). Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. doi:10.1016/j.semerng.2014.09.001.
- Mazzoni, D., Cicognani, E., Mosconi, G., Totti, V., Roi, G.S., Trerotola, M., y Nanni Costa, A. (2014). Sport Activity and Health-Related Quality of Life After Kidney Transplantation. *Transplantation proceedings*, 46(7), 2231-2234. doi:10.1016/j.transproceed.2014.07.049.
- Mercado-Martínez, F.J., Hernández-Ibarra, E., Ascencio-Mera, C.D, Díaz-Medina, B.A., Padilla-Altamira, C., y Kierans, C. (2004). Viviendo con trasplante renal, sin protección social en salud: ¿Qué dicen los enfermos sobre las dificultades económicas que enfrentan y sus efectos?. *Cadernos Saúde Pública*, 30.
- Muehrer, R.J., lanuza, D.M., Brown, R.L., y Djamali, A. (2014). Sexual concerns among kidney transplant recipients. *Clin Transplant*, 28, 1294-1302. doi:10.1111/ctr.12454.
- Müller, H.H., Englbrecht, M., Wiesener, M.S., Titze, S., Heller, K., Groemer, T.W.,...Maler, J.M. (2015). Depression, Anxiety, Resilience and Coping Pre and Post Kidney Transplantation – Initial Findings from the Psychiatric Impairments in Kidney Transplantation (PI-KT)-Study. *PLOS ONE*, 10(11). doi:10.1371/journal.pone.0140706.

- Nurettin A., Anil, M., Alp, V., Sevük, U., Dinç, B., Çelik, M., y Danış, R. (2015). Evaluation of Quality of Life Early and Late After Kidney Transplantation. *Ann Transplant*, 20, 493-499. doi:10.12659/AOT.895139.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La buena salud añade vida a los años. www.who.int/world_health_day/2012.
- Organización Nacional de Trasplantes (2018). España, líder mundial en donación y trasplantes, vuelve a alcanzar un nuevo record con 46,9 donantes p.m.p y 5.261 trasplantes. Balance de actividad de la O.N.T en 2017. Recuperado de: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/Forms/AllItems.aspx>.
- Otero, A., de Francisco, A.L.M., Gayoso, P., y García, F. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología*, 30, 78-86.
- Pérez-Tamajón, L., Marrero-Miranda, D., Álvarez-González, A., Rodríguez-Adanero, C., González-Rinnea, A., y Gonzalez-Posada, J.M., (2012). Complicaciones médicas precoces tras el trasplante renal. *Nefrología al día*, 7. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-complicaciones-medicas-precoces-tras-el-trasplante-renal-140>
- Peters, P.C. (1982). Dialysis and Transplantation: The Past. *Semin Nephrol*, 2, 78-89.
- Piaskowski, P. (2011). Hemodiálisis y diálisis peritoneal. B. Allegranzi, M. Borg, P. Brenner, M. Bruce, S. Callery, N. Damani,.... Unahalekhaka, A. *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC*, 289-302.
- Pistorio, M.L., Veroux, M., Giaquinta, A., Sinagra, N., Corona, D., Veroux, P., y De Pasquale, C. (2015). A Study on Emotional-Affective Aspects and the Perception of General Health in Kidney Transplant Subjects. *Transplantation proceedings*, 47(7), 2135-2138. doi:10.1016/j.transproceed.2015.01.034.
- Pistorio, M.L., Veroux, M., Sinagra, N., Basile, G., y De Pasquale, C. (2017). Alexithymia in Kidney Transplantation Patients. *Transplantation proceedings*, 49(4), 642-645. doi:10.1016/j.transproceed.2017.02.031.

- Rebollo, P., Mon, C., Alvarez-Ude, F., Vázquez, A., Fernández-reyes, M.J., y Sánchez, R. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología* 21, 191-199.
- Rebollo-Rubio, A., Morales-Asensio, J.M, Pons-Raventos, M., y Mansilla-Francisco, J.J, (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología*, 35, 92-109.
doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133.
- Ruiz, M.A., y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoecon*, 2, 31-43. doi:10.1007/BF03320897.
- Santamaría-Olmo, R., y Gorostidi-Pérez, M. (2013). Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. *NefroPlus*, 5, 4-11.
doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.May.12105.
- Von der Lippe, N., Waldum, B., Brekke, F.B., Amro, A.A., Reisæter, A.V., y Os, I. (2014). From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrology*, 15. doi:10.1186/1471-2369-15-191.
- Weber, M., Faravardeh, A., Jackson, S., Berglund, D., Spong, R., Matas, A.J.,... Ibrahim, H.N. (2014). Quality of life in elderly kidney transplant recipients. *J Am Geriatr Soc.*, 62(10), 1877-1882. doi:10.1111/jgs.13065.
- Wyld M, Morton RL, Hayen A, Howard K, Webster AC. (2012). A systematic review and meta-analysis of utility-based quality of life in chronic kidney disease treatments. *PLoS Med*, 9(9).
- Yagil, Y., Geller, S., Side, Y., Tirosh, Y., Katz, P., y Natache, R. (2015). The implications of body-image dissatisfaction among kidney-transplant recipients. *Health & Medicine*, 20, 955-962. doi:10.1080/13548506.2014.972417.

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre las diferentes fases de la revisión sistemática.

Pág. 13

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de los estadios de la ERC (NFK, K/DOQI, 2002). Pág 6

Tabla 2. Dimensiones genéricas del SF-36. Pág 9

Tabla 3. Dimensiones específicas del KDQOL. Pág 10

Tabla 4. Principales características de los estudios analizados sobre la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Trasplante renal. Pág 44

Anexos

Tabla 4

Principales características de los estudios analizados sobre la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Trasplante renal

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Abaci S et al. (2015), Turquía	<p>n total= 200</p> <p>Tx con anemia (Hgb < 12g/dL): n=3 8 Edad: 35.1 ± 9.2 años Mujeres: 55.3% Donante vivo: 84.2% Donante cadáver: 15.8%</p> <p>Tx sin anemia (Hgb ≥ 12 g/dL): n=162 Edad: 40.1 ± 11.7 años Mujeres: 21.9% Donante vivo: 92.9% Donante cadáver: 7.1%</p>	<p>Identificar la frecuencia de la anemia y los factores asociados y demostrar sus implicaciones en la CVRS de pacientes con Tx.</p> <p>Diseño Transversal.</p>	<p>Calidad de vida: KDQOL-SF</p> <p>Depresión: BDI</p>	<p>Puntuaciones dimensiones KDQOL-SF: -Síntomas/listado de problemas: 87.1 ± 12.2 -Efectos de la enfermedad renal: 89.8 ± 12.9 -Carga de la enfermedad renal: 64.7 ± 27.3 -CSF: 47.7 ± 8.7 -CSM: 46.0 ± 9.5</p> <p>Tx con anemia vs Tx sin anemia: -CSM: 42.2 ± 11.4 Tx con anemia vs 46.9 ± 8.9 Tx sin anemia; p=.024</p> <p>No hubo diferencias significativas entre pacientes Tx con anemia y sin anemia en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal y CSF.</p> <p>No fueron significativas las correlaciones entre síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, CSM, CSF y creatinina.</p>
Amro A et al. (2015), Noruega	<p>n total=110</p> <p>Pre Tx: Edad: 51.3 ± 14.8 años Mujeres: 33.6%</p> <p>Pos Tx: Edad: 56.6 ± 14.7 años Mujeres: 36.6%</p>	<p>Evaluar los cambios en la prevalencia de síntomas en una muestra de pacientes con enfermedad renal en etapa terminal durante la diálisis y</p>	<p>Calidad de vida: Escala de síntomas del KDQOL-SF</p> <p>Depresión: BDI</p>	<p>Escala de síntomas del KDQOL-SF: -Picor: 61 ± 30 preTx vs 85 ± 21 posTx; p=.001 -Calambres: 66 ± 32 preTx vs 87 ± 21 posTx; p=.001 -Sentirse excluido: 65 ± 30 preTx vs 73 ± 31 posTx; p=.002 -Dolor muscular: 63 ± 33 preTx vs 73 ± 28 posTx; p=.003 -Piel seca: 63 ± 31 vs 71 preTx ± 29 posTx; p=.005 -Entumecimiento: 69 ± 31 preTx vs 78 ± 29 posTx; p=.008 -Sentirse mareado: 80 ± 25 preTx vs 88 ± 20 posTx; p=.008</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
	No se especifica el tipo de donante.	después del Tx. Diseño longitudinal (5 años).		No hubo diferencias significativas en náuseas, falta de apetito, dolor de pecho y dificultad respiratoria Comparación pre-posTx por grupos de síntomas: -Síndrome urémico (náusea, falta de apetito, sentirse mareado, sentirse excluido, dificultad respiratoria y dolor de pecho): 82 ± 16 preTx vs 85 ± 17 posTx; $p=.008$ -Neuromuscular (entumecimiento, dolor muscular y calambres): 66 ± 24 preTx vs 79 ± 18 posTx; $p=.001$ -Piel (picor y piel seca): 62 ± 27 preTx vs 78 ± 22 posTx; $p=.001$
Calia R et al. (2015), Italia	n= 43 Tx Edad: 50.50 ± 15.10 años Mujeres: 44.2% No se especifica el tipo de donante.	Evaluar la asociación entre los estilos de apego, adherencia, CVRS y función renal en pacientes adultos tras el Tx. Diseño Transversal.	Calidad de Vida: SF-36 Escala VAS Estilos de apego: ASQ-40	La edad correlaciona con las dimensiones FF ($r=-0.47$; $p=.002$), DC ($r=-.50$; $p=.001$) y VT ($r=-.34$; $p=.026$). No fueron significativas las correlaciones entre edad y RF, SG, FS, SM, RE. ASQ-40 y dimensiones del SF-36: La confianza correlaciona con las dimensiones SG ($r=.32$; $p=.037$) y RE ($r=.32$; $p=.038$). No fueron significativas las correlaciones con FF, RF, DC, VT, FS y SM. La preocupación por las relaciones correlaciona con la dimensión SM ($r=-.43$; $p=.004$). No fueron significativas las correlaciones con FF, RF, DC, SG, VT, FS y RE. Considerar las relaciones como secundarias correlaciona con VT ($r= -.33$; $p=.03$), SM ($r=-.36$; $p=.016$) y RE ($r=-.38$; $p=.012$). No fueron significativas las correlaciones con FF, RF, DC, SG y FS.

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Colak H et al. (2015), Turquía	n= 77 Tx Edad: 37 ± 12.7 años Mujeres: 51.9% Donante cadáver: 100%	Determinar los cambios en parámetros de laboratorio y parámetros de control de volumen preTx y a los 6 meses del Tx y la asociación de los mismos con la	Calidad de vida: SF-36	<p>La incomodidad con la cercanía correlaciona con SM ($r=-.43$; $p=.004$). No fueron significativas las correlaciones con FF, RF, DC, SG, VT, FS y RE.</p> <p>El apego ansioso correlaciona con SM ($r=-.32$; $p=.046$) y RE ($r=-.32$; $p=.032$). No fueron significativas las correlaciones con las dimensiones FF, RF, DC, SG, VT y FS. El apego evitativo correlaciona con SG ($r=-.31$; $p=.043$), VT ($r=-.33$; $p=.032$), SM ($r=-.41$; $p=.006$) y RE ($r=-.43$; $p=.004$). No fueron significativas las correlaciones con FF, RF, DC y FS.</p> <p>Los pacientes con apego evitativo obtuvieron mayores puntuaciones en la dimensión SG ($p<.01$) que los pacientes con apego ansioso o seguro pero peores puntuaciones en la dimensión RE ($p<.05$) en comparación con los pacientes con apego ansioso.</p> <p>El sexo y la necesidad de aprobación (ASQ-40) no correlacionan significativamente con la CVRS.</p> <p>Puntuaciones del SF-36: -FF: 27 ± 3.1 preTx vs 94.5 ± 1.5 posTx; $p<.001$ -RF: 0 preTx vs 100 posTx; $p<.001$ -DC: 91.4 ± 8 preTx vs 20.3 ± 7.1 posTx; $p<.001$ -FS: 10.6 ± 7.6 preTx vs 88.7 ± 9.1 posTx; $p<.001$ -RE: 40.6 ± 24.1 preTx vs 66.6 ± 0.00 posTx; $p<.001$ -SM: 42.3 ± 6.2 preTx vs 56 ± 6.8 posTx; $p<.001$ -SG: 38.6 ± 6.1 preTx vs 61.4 ± 6.8 posTx; $p<.001$ No hubo diferencias significativas en la dimensión VT.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Costa J et al. (2013), Brasil	n= 147 Tx Edad: 40.8 ± 11.6 años Mujeres: 37.4 % No se especifica el tipo de donante.	Analizar la asociación entre ingresos, empleo y CVRS en pacientes con Tx. Diseño transversal.	Calidad de vida: SF-36	<p>Parámetros: Índice de colapso de la vena cava inferior correlaciona con las dimensiones SG (r=.365; p=.019) y SM (r=.266; p=.050). Masa ventricular izquierda correlaciona con la dimensión SG (r=-.294; p=.049). Presión arterial sistólica correlaciona con las dimensiones SG (r=-.312; p=.047) y SM (r=-.312; p=.014). La Hgb correlaciona con las dimensiones DC (r=-.262; p=.049) y FF (r=.267; p=.049). La albúmina correlaciona con la dimensión FS (r=-.292; p=.050). La creatinina correlaciona con las dimensiones FS (r=-.267; p=.050) y SM (r=-.387; p=.013). Índice de aurícula izquierda correlaciona con RE (r=-.266; p=.049) Calcio correlaciona con FF (r=-.379; p=.015)</p> <p>Puntuaciones del SF-36: CSF: 63.8 ± 29.4 -FF: 71.9 ± 19.4 -RF: 48.4 ± 42.6 -DC: 71.0 ± 27.8 -SG: 60.8 ± 23.7 CSM: 65.6 ± 29.2 -VT: 66.6 ± 21.2 -FS: 73.9 ± 26.8 -RE: 56.5 ± 44.0 -SM: 70.2 ± 20.8</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Czyżewski T et al. (2014), Polonia	DP: n= 30 Mujeres: 50% DPA: 32% DPCA: 68% HD: n=40 Mujeres: 42.5%	Evaluar la CVRS en pacientes con enfermedad renal en función del tipo de TRS (DP, HD o Tx). Diseño Transversal.	Calidad de vida: KDQOL-SF	<p>El tipo de donante (vivo o cadáver) no se relacionó significativamente con ninguna dimensión de la CVRS.</p> <p>Relación entre las puntuaciones del SF-36 e ingresos familiares: -RE: 97.8 Tx con ingresos familiares 3 veces superiores al salario vs 71.6 Tx con menores ingresos; p=.02. No hubo diferencias significativas en las dimensiones: FF, RF, DC, SG, VT, FS y SM.</p> <p>Relación entre las puntuaciones del SF-36 y situación laboral: -FF: 76.7 Tx con trabajo vs 69.0 Tx sin trabajo; p=.02 -RF: 62.9 Tx con trabajo vs 39.5 Tx sin trabajo; p<.01 -DC: 76.6 Tx con trabajo vs 69.0 Tx sin trabajo; p=.04 -FS: 80.6 Tx con trabajo vs 69.9 Tx sin trabajo; p=.01 -RE: 67.3 Tx con trabajo vs 49.9 Tx sin trabajo; p=.02</p> <p>No hubo diferencias significativas en SG, VT y SM.</p> <p>Comparación de las dimensiones genéricas del KDQOL-SF: Tx al 3º mes vs HD -CSF: 45.01 ± 9.43 Tx 3º mes vs 34.7 ± 7.4 HD; p<.05 -FF: 71.67 ± 19.33 Tx 3º mes vs 49.78 ± 25.37 HD; p<.05 -DC: 78.06 ± 23.69 Tx 3º mes vs 45.50 ± 29.79 HD; p<.05 -SG: 45.00 ± 24.19 Tx 3º mes vs 28.00 ± 12.29 HD; p<.05 No hubo diferencias significativas en CSM, RF, bienestar emocional, energía/fatiga.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
	Tx: n=47 Mujeres: 44.7% No se especifica el tipo de donante.			<p>Tx al 3º mes vs DP -CSF: 45.01 ± 9.43 Tx 3º mes vs 37.51 ± 10.63 DP; $p < .05$ -FF: 71.67 ± 19.33 Tx 3º mes vs 52.14 ± 18.58 DP; $p < .05$ No hubo diferencias significativas en CSM, RF, DC, SG, RE, FS, bienestar emocional, energía/fatiga.</p> <p>Tx al 12º mes vs HD -CSF: 45.55 ± 8.62 Tx 12º mes vs 34.7 ± 7.4 HD; $p < .05$ -FF: 76.43 ± 23.35 Tx 12º mes vs 49.78 ± 25.37 HD; $p < .05$ -DC: 66.79 ± 29.48 Tx 12º mes vs 45.50 ± 29.79 HD; $p < .05$ -SG: 43.81 ± 22.13 Tx 12º mes vs 28.00 ± 12.29 HD; $p < .05$</p> <p>No hubo diferencias significativas en CSM, RF, FS, bienestar emocional y energía/fatiga.</p> <p>Tx al 12º mes vs DP -CSF: 45.55 ± 8.62 Tx 12º mes vs 37.51 ± 10.63 DP; $p < .05$ -FF: 76.43 ± 23.35 Tx 12º mes vs 52.14 ± 18.58 DP; $p < .05$ No hubo diferencias significativas en CSM, RF, DC, SG, RE, FS, bienestar emocional y energía/fatiga.</p> <p>No hubo diferencias significativas entre los grupos de Tx al 3º y 4º mes en ninguna de las dimensiones.</p> <p>Comparación de las dimensiones específicas del KDQOL-SF: Tx al 3º mes vs HD -Síntomas/listado de problemas: 84.85 ± 13.21 Tx 3º mes vs 65.51 ± 19.96 HD; $p < .05$ -Efectos de la enfermedad renal: 75.69 ± 18.14 Tx 3º mes vs</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
				<p>53.97 ± 19.64 HD; p<.05</p> <p>-Carga de la enfermedad renal: 48.26 ± 30.53 Tx 3º mes vs 30.00 ± 20.79 HD; p<.05</p> <p>-Sueño: 69.03 ± 16.18 Tx 3º mes vs 56.67 ± 19.76 HD; p<.05</p> <p>-Bienestar general: 61.67 ± 20.65 Tx 3º mes vs 42.22 ± 13.02 HD; p<.05</p> <p>No hubo diferencias significativas en estatus laboral, función cognitiva, calidad de la interacción social, función sexual, apoyo social y apoyo del personal en diálisis.</p> <p>Tx al 3º mes vs DP</p> <p>-Síntomas/listado de problemas: 84.85 ± 13.21 Tx 3º mes vs 73.85 ± 3.13 DP; p<.05</p> <p>-Efectos de la enfermedad renal: 75.69 ± 18.14 Tx 3º mes vs 65.11 ± 12.77 DP; p<.05</p> <p>-Calidad de la interacción social: 70.00 ± 20.61 Tx al 3º mes vs 85.13 ± 11.27 DP; p<.05</p> <p>No hubo diferencias significativas en carga de enfermedad, estatus laboral, función cognitiva, función sexual, sueño, apoyo social, apoyo personal y bienestar general.</p> <p>Tx al 12º mes vs HD</p> <p>-Síntomas/listado de problemas: 83.43 ± 14.04 Tx 12º mes vs 65.51 ± 19.96 HD; p<.05</p> <p>-Efectos de la enfermedad renal: 78.79 ± 19.44 Tx 12º mes vs 53.97 ± 19.64 HD; p<.05</p> <p>-Carga de la enfermedad renal: 55.95 ± 29.81 Tx 12º mes vs 30.00 ± 20.79 HD; p<.05</p> <p>-Estatus laboral: 42.86 ± 45.51 Tx 12º mes vs 44.44 ± 46.40 HD; p<.05</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Gentile S et al. (2013), Francia	n=1061 Tx Edad: 55.2 ± 12.4 años Mujeres: 38.2% Donante vivo: 2.5% Donante cadáver: 97.5%	Identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la CVRS en	Calidad de vida: SF-36 ReTransQol	<p>-Sueño: 71.90 ± 16.78 Tx 12° mes vs 56.67 ± 19.76 HD; p<.05</p> <p>-Bienestar general: 65.24 ± 16.32 Tx 12° mes vs 42.22 ± 13.02 HD; p<.05</p> <p>No hubo diferencias significativas en función cognitiva, calidad de la interacción social, función sexual, apoyo social y apoyo del personal de diálisis.</p> <p>Tx al 12° mes vs DP</p> <p>-Carga de la enfermedad renal: 55.95 ± 29.81 Tx 12° mes vs 54.33 ± 20.63 DP; p<.05</p> <p>No hubo diferencias significativas en síntomas/listado de problemas, efectos de la enfermedad renal, estatus laboral, función cognitiva, calidad de la interacción social, función sexual, sueño, apoyo social, apoyo del personal de diálisis y bienestar general.</p> <p>En los pacientes Tx al 12° mes, se encontró correlación de la presión arterial sistólica (r=-0.54; p<0.05), presión arterial diastólica (r=-0.58; p<0.05) y concentración de creatinina (r=-0.46; p<0.05) con CSF.</p> <p>En los pacientes trasplantados al 3° mes se encontró correlación entre la edad (r=-0.49; p<0.05) y CSM. En los pacientes Tx al 12° mes entre el IMC y CSM (r=-0.47; p<0.05).</p> <p>Puntuaciones del SF-36: -FF: 74.8 ± 24.3 -FS: 74.9 ± 23.6 -RF: 64.4 ± 41.3 -RE: 68.8 ± 41.3</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
		pacientes con Tx.		-SM: 65.5 ± 18.7
		Diseño Transversal.		-VT: 53.3 ± 19.3
				-DC: 68.3 ± 25.8
				-SG: 55.4 ± 21
				-CSF: 45.8 ± 9.7
				-CSM: 46.0 ± 10.5
				<p>Las variables que se asocian significativamente a una peor CVRS evaluadas con el SF-36 son: edad avanzada, sexo femenino, desempleo, educación inferior, vivir solo, alto IMC, diabetes, enfermedades infecciosas, enfermedad grave y hospitalización en las últimas 4 semanas, incumplimiento, ex fumador, larga duración de la Diálisis, efectos secundarios en la salud general y a nivel mental o modificación corporal.</p>
				<p>De ellas, las que más contribuyeron fueron los efectos secundarios en la salud general y mental, la presencia de enfermedades infecciosas, hospitalización en las últimas 4 semanas y el sexo femenino.</p>
				<p>Puntuaciones del ReTransQol:</p>
				-SF: 63.8 ± 17.4
				-SM: 72.6 ± 16.7
				-AM: 75.0 ± 14.9
				-PI: 58.4 ± 20.4
				-T: 70.7 ± 13.9

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Gozdowska J et al. (2016), Polonia	<p>n total=89</p> <p>Tx con Donante vivo n=48 Edad: 40 ± 11 años Mujeres: 16.7%</p> <p>Tx con Donante cadáver n=41 Edad: 49 ± 12 años Mujeres: 39%</p>	<p>Investigar las diferencias entre dos grupos de pacientes (con donante vivo o cadáver) en términos de funcionamiento somático, psicológico y social.</p> <p>Diseño Transversal.</p>	<p>Calidad de vida: WHOQOL-BREF</p> <p>Autoeficacia: GSES</p> <p>Emociones: SUPIN-C20</p> <p>Trasplante renal: TxEQ</p>	<p>Las variables que se asocian significativamente a una peor CVRS evaluadas con el ReTransQol son: sexo femenino, desempleo, despido, educación inferior, vivir solo, alto IMC, enfermedades infecciosas, enfermedad grave y hospitalización en las últimas 4 semanas, incumplimiento, ex fumador, cirugía reciente y larga duración de la Diálisis, efectos secundarios relacionados con la salud general y a nivel mental o modificación corporal.</p> <p>De ellas, las que más contribuyeron fueron: los efectos secundarios a nivel mental, presencia de modificaciones corporales, dominios de salud general y sexo femenino.</p> <p>Puntuaciones en el WHOQOL-BREF:</p> <p>-Mental: 20.48 ± 1.55 Tx donante vivo vs 18.60 ± 2.88 Tx donante cadáver; p<.001</p> <p>-Ambiental: 38.86 ± 3.31 Tx donante vivo vs 28.69 ± 3.86 Tx donante cadáver; p<.001</p> <p>-Participación en la vida social: 3.57 ± 0.86 Tx donante vivo vs 3.11 ± 0.84 Tx donante cadáver; p<.001</p> <p>-Satisfacción con las relaciones interpersonales: 4.05 ± 0.74 Tx donante vivo vs 3.76 ± 0.68 Tx donante cadáver; p<.001</p> <p>No hubo diferencias significativas en la dimensión social y satisfacción con las relaciones cercanas.</p> <p>Autoeficacia correlaciona con la dimensión mental (r=.45; p<.01), ambiental (r=.57; p<.01) y social (r=.55; p<.01) de la CVRS.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
				<p>Las emociones positivas correlacionan con la dimensión mental ($r=.59$; $p<.01$), ambiental ($r=.51$; $p<.01$) y social ($r=.59$; $p<.01$) de la CVRS. Las emociones negativas correlacionan con la dimensión mental ($r=-0.37$; $p<.01$) y ambiental ($r=-0.33$; $p<.01$) de la CVRS. No fueron significativas las correlaciones con la dimensión social.</p>
				<p>La evaluación subjetiva del estado mental correlaciona con la dimensión mental ($r=0.37$; $p<.01$), ambiental ($r=0.27$; $p<.05$) y Social ($r=0.27$; $p<.05$) de la CVRS. La evaluación subjetiva del estado de salud correlaciona con la dimensión mental ($r=0.47$; $p<.01$), ambiental ($r=0.37$; $p<.01$) y social ($r=0.41$; $p<.01$) de la CVRS.</p>
				<p>El apoyo del sistema de salud correlaciona con las dimensiones mental ($r=.28$; $p<.05$) y ambiental ($r=.43$; $p<.01$) de la CVRS. No fueron significativas las correlaciones con la dimensión social. El apoyo del ambiente correlaciona con la dimensión mental ($r=.31$; $p<.05$). No fueron significativas las correlaciones con la dimensión ambiental y social. El apoyo de los familiares correlaciona con la dimensión mental ($r=.44$; $p<.01$) y social ($r=0.27$; $p<.05$). No fueron significativas las correlaciones con la dimensión ambiental.</p>
				<p>No fueron significativas las correlaciones con la duración de la enfermedad o la terapia de diálisis y las dimensiones del WHOQOL-BREF.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Hossain R et al. (2014), Bangladés	n total: 80 Personas sanas: n=20 Edad: 35 ± 8 años Donantes: N=20 Edad: 40 ± 11 años Mujeres: 67% Tx: n=40 Edad: 37 ± 10 años Mujeres: 15% Donante vivo: 100%	Evaluar la CVRS en un grupo de Tx y donantes y comparar los resultados con las personas sanas. Diseño Transversal.	Calidad de vida: SF-36	Puntuaciones pacientes Tx del SF-36: -SG: 59 ± 20 -FF: 76 ± 26 -RF: 63 ± 53 -DC: 69 ± 25 -FS: 91 ± 15 -SM: 73 ± 34 -VT: 58 ± 15 -RE: 46 ± 44 -CSF: 72 ± 23 -CSM: 68 ± 19 Pacientes Tx vs Donantes: -RE: 46 ± 44 Tx vs 74 ± 39 Donantes; p<.01 -CSM: 68 ± 19 Tx vs 76 ± 18 Donantes; p<.03 No hubo diferencias significativas en las dimensiones CSF, SG, FF, RF, SM, FS, VT y DC ni con respecto a la población sana
Kim et al. (2016), Korea	n= 105 Tx Edad: 46.9 ± 11.8 años Mujeres: 46.7% Donante vivo: 52.2% Donante cadáver: 47.8%	Determinar los niveles de CVRS y problemas emocionales y las relaciones entre ellos en pacientes que han sido sometidos a Tx. Diseño Transversal.	Calidad de vida: SF-36 Efectos subjetivos o personales posTx: TEQ	Puntuaciones del SF-36: -CSF: 50.23 ± 5.80 -CSM: 46.19 ± 9.29 Relación entre las puntuaciones del TEQ y SF-36: Preocupación acerca del Tx (r=-0.297; p=.001), sentimientos de culpa hacia el donante (r=-0.198; p=.037) y adherencia (r=.185; p=.48) correlacionan con la dimensión CSM. No fueron significativas las correlaciones entre revelación de ser pacientes Tx, responsabilidad con el funcionamiento del nuevo órgano y

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Kostro J et al. (2016), Polonia	<p>n total=69</p> <p>Pacientes Tx previamente en: HD: n=44 Edad: 49 años Mujeres: 31.8%</p> <p>No se especifica el tipo de donante.</p> <p>Pacientes Tx previamente en: DP: n=25 Edad: 42 años Mujeres: 44%</p>	<p>Comparar la CVRS en pacientes con Tx que fueron previamente tratados con HD o DP.</p> <p>Diseño Transversal.</p>	<p>Calidad de vida: KDQOL-SF</p>	<p>CSM y entre la preocupación acerca del Tx, sentimientos de culpa hacia el donante, revelación de ser pacientes Tx, adherencia, responsabilidad con el funcionamiento del nuevo órgano y CSF.</p> <p>La edad correlaciona ($r=0.185$; $p=.048$) con el CSM. Período tras el Tx correlaciona ($r=-0.204$; $p.028$) con CSM.</p> <p>No fueron significativas las correlaciones entre edad, período tras el Tx, estrés psicológico y CSF. Tampoco fueron significativas las correlaciones de IMC con CSF y CSM.</p> <p>Cambios preTx-posTx en dimensiones genéricas en pacientes previamente en HD: -FF: 58 ± 25 preTx vs 74 ± 25 posTx; $p=.002$ -RF: 15 ± 31 preTx vs 52 ± 44 posTx; $p<.001$ -DC: 52 ± 27 preTx vs 67 ± 29 posTx; $p=.01$ -SM: 45 ± 18 preTx vs 63 ± 19 posTx; $p<.001$ -RE: 30 ± 39 preTx vs 65 ± 41 posTx; $p<.001$ -VT: 41 ± 18 preTx vs 60 ± 17 posTx; $p<.001$ No hubo diferencias significativas en SG y FS.</p> <p>Cambios preTx-posTx en dimensiones específicas en pacientes previamente en HD: -Síntomas/listado de problemas: 61 ± 18 preTx vs 85 ± 14 posTx; $p<.001$ -Efectos de la enfermedad renal: 52 ± 16 preTx vs 78 ± 20 posTx; $p<.001$ -Función cognitiva: 67 ± 24 preTx vs 77 ± 23 posTx; $p=.006$</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
	No se especifica el tipo de donante.			<p>-Calidad de la interacción social: 72 ± 20 preTx vs 79 ± 19 posTx; $p=.04$</p> <p>-Función sexual: 54 ± 31 preTx vs 72 ± 32 posTx; $p=.003$</p> <p>-Sueño: 51 ± 22 preTx vs 69 ± 22 posTx; $p<.001$</p> <p>-Apoyo social: 69 ± 18 preTx vs 83 ± 1 posTx; $p<.001$</p> <p>-Satisfacción: 41 ± 19 preTx vs 57 ± 22 posTx; $p<.001$</p> <p>No hubo diferencias significativas en carga de la enfermedad renal, estatus laboral y apoyo del personal de diálisis.</p> <p>Cambios preTx-posTx en dimensiones genéricas en pacientes previamente en DP:</p> <p>-FF: 55 ± 25 preTx vs 68 ± 27 posTx; $p<.01$</p> <p>-RF: 23 ± 35 preTx vs 46 ± 41 posTx; $p<.005$</p> <p>-DC: 56 ± 28 preTx vs 70 ± 29 posTx; $p<.045$</p> <p>-SG: 32 ± 15 preTx vs 40 ± 18 posTx; $p<.001$</p> <p>-SM: 44 ± 22 preTx vs 63 ± 17 posTx; $p<.001$</p> <p>-RE: 45 ± 46 preTx vs 68 ± 39 posTx; $p<.009$</p> <p>-VT: 43 ± 23 preTx vs 58 ± 19 posTx; $p<.005$</p> <p>No hubo diferencias significativas en FS.</p> <p>Cambios preTx-posTx en dimensiones específicas en pacientes previamente en DP:</p> <p>-Síntomas/listado de problemas: 65 ± 20 preTx vs 81 ± 20 posTx; $p<.001$</p> <p>-Efectos de la enfermedad renal: 56 ± 21 preTx vs 81 ± 16 posTx; $p<.001$</p> <p>-Función cognitiva: 59 ± 25 preTx vs 74 ± 17 posTx; $p<.007$</p> <p>-Calidad de la interacción social: 69 ± 23 preTx vs 78 ± 16 posTx; $p<.005$</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Liaveri P et al. (2017), Grecia	n total=268 Tx: n=152 Edad: 49.2 ± 14.0 años Mujeres: 49% Donante vivo: 44% Donante cadáver: 56% HD: n=67 Edad: 51.4 ± 14.3 años Mujeres: 46% Personas sanas: n=49 Edad: 49.1 ± 15.8 años Mujeres: 51%	Evaluar los problemas de sueño y los posibles factores que pueden contribuir a estos problemas en los pacientes de Tx. Diseño Transversal.	Calidad de vida: SF-36 Problemas de sueño: AIS Ansiedad y Depresión: HADS	-Función sexual: 61 ± 30 preTx vs 77 ± 35 posTx; p<.005 -Sueño: 51 ± 27 preTx vs 70 ± 23 posTx; p<.002 -Satisfacción: 46 ± 24 preTx vs 60 ± 22 posTx; p<.002 No hubo diferencias significativas en carga de la enfermedad, renal, estatus laboral, apoyo social y apoyo del personal de diálisis. Pacientes posTx previamente en HD vs pacientes posTx previamente en DP: en ninguna dimensión de la CVRS hubo diferencias significativas. Puntuaciones del SF-36: -FF: 81.4 ± 17.8 -RF: 69.1 ± 39.5 -RE: 68.2 ± 40.1 -VT: 65.8 ± 21.0 -SM: 68.9 ± 16.2 -FS: 75.1 ± 30.0 -DC: 79.6 ± 31.5 -SG: 48.2 ± 24.7 Pacientes Tx vs HD: -FF: 81.4 ± 17.8 Tx vs 69.4 ± 25.4 HD; p=.0002 -RF: 69.1 ± 39.5 Tx vs 51.5 ± 44.1 HD; p=.004 -SG: 48.2 ± 24.7 Tx vs 26.4 ± 19.8 HD, p=.0001 No hubo diferencias significativas en RE, VT, SM, FS y DC.

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Lim H. et al. (2016), Korea	n= 175 Tx Edad: 45.3 ± 12.0 años Mujeres: 31% Donante vivo: 65.8% Donante cadáver: 34.2%	Evaluar el estatus psicosocial de pacientes con Tx, los cambios en la CVRS antes y después del Tx y los factores asociados con el Tx en relación con la CVRS.	Calidad de vida: KDQOL-SF	<p>Pacientes Tx vs personas sanas: -FF: 81.4 ± 17.8 Tx vs 94.4 ± 8.9 personas sanas; p=.0001 -RF: 69.1 ± 39.5 Tx vs 88.3 ± 26.6 personas sanas; p=.0001 -RE: 68.2 ± 40.1 Tx vs 93.2 ± 21.5 personas sanas; p=.0001 -VT: 65.8 ± 21.0 Tx vs 74.6 ± 12.2 personas sanas; p=.022 -SM: 68.9 ± 16.2 Tx vs 85.0 ± 10.1 personas sanas; p=.0001 -FS: 75.1 ± 30.0 Tx vs 96.2 ± 10.6 personas sanas; p=.0001 -SG: 48.2 ± 24.7 Tx vs 68.7 ± 23.2 personas sanas; p=.0001 No hubo diferencias significativas en DC.</p> <p>Calidad del sueño se relaciona significativamente con las variables SM, frecuencia de los síntomas de estrés postraumático, depresión, presencia del síndrome de piernas inquietas, dolor y presión sanguínea. No se encontraron relaciones significativas entre la Calidad del sueño y edad, sexo, estado socio-económico, estado civil y nivel educativo.</p> <p>Puntuaciones del KDQOL-SF: -Puntuación total de Calidad de vida: 1137.9 ± 250.7 preTx vs 1458.9 ± 209.0 a los 2 años postTx; p<.01 -SF-36: 459.7 ± 149.7 preTx vs 632.2 ± 104.2 a los dos años postTx; p<.01 -CSF: 236.7 ± 74.9 preTx vs 323.2 ± 54.9 a los dos años postTx; p<.01 -CSM: 236.7 ± 88.0 preTx vs 309.0 ± 57.2 a los dos años postTx; p<.01 Las puntuaciones totales de la Calidad de vida fueron significativamente menores entre aquellos que tenían niveles de</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Mazzoni D et al. (2014), Italia	<p>n total=317</p> <p>Tx en pacientes físicamente activos: n= 118 Edad: 46.4 ± 12.1 años Mujeres: 17%</p> <p>No se especifica el tipo de donante.</p> <p>Tx en pacientes sedentarios: n= 79 Edad: 46.0 ± 10.6 años Mujeres: 47%</p> <p>No se especifica el tipo de donante.</p> <p>Personas sanas físicamente activas : n=120 Edad: 43.6 ± 13.1 años Mujeres: 29%</p>	<p>Diseño longitudinal (2 años).</p> <p>Investigar los efectos de la actividad deportiva en la CVRS de los pacientes con Tx.</p> <p>Diseño Transversal.</p>	<p>Calidad de vida: SF-36</p>	<p>eGFR más bajos. El CSF no se asociaba con el eGFR.</p> <p>Tanto la puntuación total del SF-36 como el CSF fueron menores en pacientes con enfermedad renal avanzada.</p> <p>Tx activos vs personas sanas: -FS: 85.6 ± 15.6 Tx activos vs 79.2 ± 19.0 sanos; p<.05 -SM: 78.1 ± 14.9 Tx activos vs 71.5 ± 15.8 sanos; p<.05 No fueron significativas las diferencias en las dimensiones FF, RF, SG, RE, DC y VT.</p> <p>Tx sedentarios vs personas sanas: -FF: 84.9 ± 19.2 Tx sedentarios vs 95.5 ± 11.6 sanos; p<.05 -RF: 76.2 ± 33.9 Tx sedentarios vs 87.7 ± 23.3 sanos; p<.05 -SG: 64.7 ± 21.8 Tx sedentarios vs 71.9 ± 14.2 sanos; p<.05 No fueron significativas las diferencias en las dimensiones RE, DC, VT, FS y SM.</p> <p>Tx activos vs Tx sedentarios: -FF: 92.7 ± 12.8 vs 84.9 ± 19.2; p<.05 -RF: 89.0 ± 23.4 vs 76.2 ± 33.9; p<.05 -SG: 71.3 ± 17.9 vs 64.7 ± 21.8; p<.05 -VT: 71.1 ± 14.3 vs 66.1 ± 16.8; p<.05 -FS: 85.6 ± 15.6 vs 78.8 ± 18.3; p<.05 -RE: 89.4 ± 24.2 vs 80.4 ± 31.0; p<.05 -SM: 78.1 ± 14.9 vs 73.5 ± 17.2; p<.05 No fueron significativas las diferencias en DC. Tampoco hubo diferencias significativas en función del tiempo tras el Tx. El efecto de la actividad física fue significativo en SG</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Muehrer R et al. (2014), Estados Unidos	n=374 Tx Edad: 50.69 ± 12.53 años Mujeres: 41.7% Donante vivo: 47.6% Donante cadáver: 51.3%	Describir la importancia de la sexualidad en las personas con Tx. Investigar sus preocupaciones sexuales y examinar la relación de las mismas con la CVRS. Examinar las diferencias	Preocupaciones sexuales: SCQ Calidad de vida: -QOL escala VAS -SF-8	(p<.01) y RF (p=.04), a mayor actividad, mayor CVRS. No hubo diferencias significativas en las dimensiones FF, RE, DC, VT, FS y SM. El efecto de la edad no fue significativo en ninguna de las escalas. Comparación puntuaciones SF-36 en función del sexo: -DC: 83.8 ± 19.6 Tx hombre vs 73.8 ± 25.4 Tx mujer; p<.01 -VT: 71.0 ± 14.6 Tx hombre vs 63.6 ± 14.1 Tx mujer; p<.001 -FS: 84.5 ± 16.2 Tx hombre vs 75.8 ± 19.9 Tx mujer; p<.01 -SM: 76.5 ± 14.9 Tx hombre vs 69.7 ± 18.2 Tx mujer; p<.01 No hubo diferencias significativas en las dimensiones FF, RF, SG y RE. Relación entre preocupaciones sexuales y QOL escala VAS: Puntuaciones: 70.62 ± 22.42 Tx Calidad de relaciones sexuales (r=-.357; p≤.001), placer sexual (r=-.302; p≤.001), problemas de funcionamiento sexual (r=-.266; p≤.001) y pensamientos pesimistas sobre el tratamiento (r=-.206; p≤.001) correlacionan con la QOL escala VAS. No fueron significativas las correlaciones entre la QOL escala VAS y la consecuencia de salud de la relación sexual, reacciones de las parejas y comunicación con proveedores de servicios de salud sobre la sexualidad.

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
		<p>potenciales de interés sexual en función del género, estado de diálisis preTx y tipo de donante (vivo o cadáver).</p> <p>Diseño Transversal.</p>		<p>Relación entre preocupaciones sexuales y SF-8:</p> <p>CSF: 46.54 ± 10.03 Tx</p> <p>Calidad de relaciones sexuales ($r=-.261$; $p \leq .001$), placer sexual ($r=-.315$; $p \leq .001$), problemas de funcionamiento sexual ($r=-.422$; $p \leq .001$) y pensamientos pesimistas sobre el tratamiento ($r=-.172$; $p \leq .001$) correlacionan con el CSF. No fueron significativas las correlaciones con consecuencia de salud de la actividad sexual, reacciones de las parejas y comunicación con proveedores de servicios de salud sobre la sexualidad.</p> <p>CSM: 48.21 ± 10.30 Tx</p> <p>Consecuencias de salud de la actividad sexual ($r=-.197$; $p \leq .001$), calidad de la relación sexual ($r=-.148$; $p \leq .01$), problemas de funcionamiento sexual ($r=-.164$; $p \leq .01$), y pensamientos pesimistas sobre el tratamiento ($r=-.159$; $p \leq .01$) correlacionan con el CSM. No fueron significativas las reacciones de parejas, placer sexual y comunicación con los proveedores de servicios de salud sobre la sexualidad.</p>
Müller H et al. (2015), Brasil	<p>PreTx total</p> <p>-PD: n=11</p> <p>-HD: n=68</p> <p>-No diálisis: n=21</p> <p>Edad: 49.1 ± 14.3 años</p> <p>Mujeres: 32.7%</p> <p>PosTx: n=151</p>	<p>Comparar la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes preTx vs posTx y evaluar mejor a ambos grupos con respecto</p>	<p>Depresión/ansiedad: HADS-D/A</p> <p>Calidad de vida: SF-12</p> <p>Afrontamiento: Coping Self-Questionnaire</p>	<p>Puntuaciones del SF-36:</p> <p>-CSF: 49.39 ± 7.38 preTx en Diálisis vs 43.89 ± 5.27 posTx; $p=.003$</p> <p>No hubo diferencias significativas en el componente CSM.</p> <p>Vivir en pareja ($r=-.31$; $p=.038$) y duración de la diálisis ($r=.34$; $p=.026$) correlacionan con CSF. No fueron significativas las correlaciones de edad, sexo, niveles de creatinina, eGFR, proteína C reactiva y leucocitos con CSF. Tampoco fueron</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
	Edad: 53.3 ± 14.1 años Mujeres: 41.1% Donante cadáver: 100%	al afrontamiento, la resiliencia y la CVRS. Diseño Transversal.	Resiliencia: Resilience Scale	significativas las correlaciones de vivir en pareja, edad, sexo, duración de diálisis, eGFR, creatinina, leucocitos y CRP con CSM.
Nurettin A et al. (2015), Turquía	Tx: n= 47 Edad: 32.38 años Mujeres: 40.4% Donante vivo: 100% Donante: n=47 Edad: 41.23 años Mujeres: 53.2% Personas sanas: n=47 Edad: 38.2 años Mujeres: 48.9%	Comparar la CVRS postoperatoria al 3° y 9° mes en donantes y pacientes de Tx y grupo control usando el SF-36. Determinar si la CVRS se incrementó al 3° y 9° mes tras el Tx. Determinar la satisfacción y apreciación de los pacientes y donantes sobre la operación y el equipo de trasplante. Evaluar los datos descriptivos y	Calidad de vida: SF-36	Tx al 3° mes vs personas sanas: Las puntuaciones en las dimensiones FF, RF y RE en Tx al 3° mes fueron significativamente menores que las de las personas sanas (p=.016; p=.004; p=.03; respectivamente). No fueron significativas las diferencias en DC, SG, VT, FS, SM, CSF y CSM. Tx al 3° mes vs donantes: Las puntuación en la dimensión FS (p=.013) en Tx al 3° mes fueron significativamente menores que las de los donantes. No fueron significativas las diferencias en las dimensiones FF, RF, RE, DC, SG, VT, SM, PCS y MCS. Tx al 9° mes vs personas sanas: La puntuación en la dimensión RF en Tx al 9° mes fue significativamente menor que las de las personas sanas (p=.002). No fueron significativas las diferencias en FF, FS, RE, DC, SG, VT, SM, CSF y CSM. Tx al 9° mes vs donantes: no hubo diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del SF-36.

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
		satisfacción en trasplantados y donantes. Diseño Longitudinal (9 meses).		<p>Tx al 3° mes vs Tx al 9° mes: La puntuación en la dimensión FF en Tx al 3° mes fue significativamente mayor que la de los Tx al 9° mes (p=.028). No fueron significativas las diferencias en las dimensiones RF, FS, RE, DC, SG, VT, SM, CSF y CSM.</p> <p>Puntuaciones SF-36 en función del sexo: En pacientes Tx, los hombres tenían puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones DC y CSF al 3° mes del Tx (p=.012; p=.01, respectivamente) y mayores puntuaciones en FF, RF, DC y CSF al 9° mes del Tx (p=.001; p=.036; p=.001; p=.03, respectivamente).</p> <p>Puntuaciones SF-36 en función de la edad: Los trasplantados jóvenes (<45 años) tuvieron mayores puntuaciones en FF y DC a los 3 meses (p=.043; p=.036, respectivamente) y mayor FF a los 9 meses del Tx (p=.033) que los trasplantados mayores (≥45 años). Los trasplantados jóvenes tuvieron menores puntuaciones en FF tanto a los 3 y como 9 meses del Tx en comparación con las personas sanas (p=.015; p=.01, respectivamente).</p> <p>Los pacientes Tx al 9° mes analfabetos presentaron peores puntuaciones en FF, RF, RE y CSF en comparación con el resto de pacientes Tx (p=.017; p=.009; p=.006; p=.032, respectivamente). No hubo diferencias significativas al 3° mes.</p> <p>No hubo diferencias significativas en la CVRS entre pacientes con Tx preventivo y no preventivo.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Pistorio M et al. (2015), Italia	n=30 Tx Edad: 44.5 ± 13.10 años Mujeres: 56.67% Donante cadáver: 100%	Analizar los aspectos emocionales y la percepción general de salud en pacientes con Tx. Diseño Transversal.	Calidad de vida: SF-36 Personalidad: TAT	Las dificultades de comunicación correlacionan significativamente con las dimensiones RE (r=-.527), FS (r=-.468) y SM (r=-.589). No fue significativa la correlación entre las dificultades de comunicación y SG. Dificultades interpersonales correlacionan significativamente con RE (r=-.531). No fueron significativas las correlaciones con SG, FS y SM. Afecto restringido correlaciona significativamente con RE (r=-.422). No fueron significativas las correlaciones con SG, FS y SM. Temas de tristeza correlacionan significativamente con RE (r=-.447). No fueron significativas las correlaciones con SG, FS y SM. Edad ($\beta=-.85$; $p=.00$) y sexo ($\beta=.67$; $p=.01$) correlacionan con la dimensión RE. No fueron significativas las correlaciones con educación, tiempo en diálisis y años tras el trasplante.
Pistorio M et al. (2017), Italia	n= 32 Tx Edad: 53.06 ± 11.30 años Mujeres: 56.67% Donante cadáver: 100%	Analizar la presencia de alexitimia en pacientes Tx y comparar este constructo con la presencia de síntomas psicológicos y del estado físico y	Alexitimia: TAS-20 Síntomas psicológicos: SCL-90-R Calidad de vida: SF-36	Las puntuaciones TAS-20 correlacionan con CSF (r=-.432; $p<.05$) y CSM (r=-.621; $p<.05$). El análisis de regresión lineal no mostró relaciones significativas del CSF y CSM con edad, años tras el Tx, educación y alexitimia.

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Von der Lippe N et al. (2014), Noruega	n=110 Tx Edad: 56.6 ± 14.7 años Mujeres: 33.6% No se especifica el tipo de donante.	mental percibidos por los pacientes. Diseño Transversal. Evaluar los cambios en la CVRS tras el Tx y comparar la CVRS de los pacientes Tx con la población general. Diseño Longitudinal (5 años).	Calidad de vida: KDQOL-SF	Hubo cambios significativos tras el Tx en las dimensiones específicas: efectos de la enfermedad renal, carga de la enfermedad renal, síntomas/listado de problemas, trabajo, función sexual y sueño. No fueron significativas función cognitiva, apoyo social y calidad de la interacción social. Además, hubo cambios significativos tras el Tx en las dimensiones genéricas: FF, VT, SG y FS. No fueron significativas DC, SM, RE, CSF y CSM. Puntuaciones del KDQOL-SF en función del tiempo: -CSF: 49 ± 10 tiempo corto tras Tx vs 42 ± 10 tiempo largo tras Tx; p=.045 Puntuaciones del KDQOL-SF en función de la edad: -FS: 84 ± 14 ≤ 45 años vs 81 ± 19 ≥ 65 años; p=.035 No hubo diferencias significativas en el componente CSM en función del tiempo. Puntuaciones KDQOL-SF en función del tiempo en diálisis: -Carga de la enfermedad renal: 42 ± 43 largo tiempo vs 21 ± 39 corto tiempo Las puntuaciones del SF-36 en pacientes Tx fueron significativamente mayores en FF, RF, SG y RE en comparación

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Weber M et al. (2014), Estados Unidos	<p>Tx (< 65 años) n=1544 Edad: 43.0 ± 12.4 años Mujeres: 41.4% Donante vivo: 63.9% Donante cadáver: 36.1%</p> <p>Tx (≥ 65 años) n=150 Edad: 69.4 ± 3.2 años Mujeres: 40.7% Donante vivo: 48.7% Donante cadáver: 51.3%</p> <p>Población general: n=3844 Edad: 54.3 ± 0.3 años Mujeres: 52.9%</p>	<p>Evaluar la CVRS en pacientes con Tx (≥65 años), identificar los predictores de la CVRS y compararla con la de los pacientes con Tx (<65 años).</p> <p>Diseño Transversal.</p>	<p>Calidad de vida: SF-36</p>	<p>con la población general.</p> <p>No hubo diferencias significativas en la CVRS entre hombres y mujeres, el nivel eGFR y el tipo de diálisis.</p> <p>Puntuaciones SF-36: -CSF: 39.3/38.5 Tx ≥ 65 años vs 43.5/43.6 Tx < 65 años vs 49.2 población general; p<.005 -FF: Tx ≥ 65 años tenía este componente más deteriorado que los otros grupos; p<.005 -RF: Tx ≥ 65 años tenía este componente más deteriorado que los otros grupos; p<.005 -SG: Tx ≥ 65 años tenía este componente más deteriorado que los otros grupos; p<.005 -CSM: 54.6/53.2 Tx ≥ 65 años vs 51.0/51.3 Tx < 65 años; p<.005 -SM: 53.4/53.0 Tx ≥ 65 años vs 51.1/51.5 Tx < 65 años; p<.005 -VT: 49.8/49.1 Tx ≥ 65 años vs 53.7 población general; p<.005 -RE: 47.5/45.3 Tx ≥ 65 años vs 51.4 población general; p<.005 -FS: 47.5/48.0 Tx < 65 años vs 51.4 población general; p<.005 Años tras el Tx, rechazo agudo, diabetes tras el Tx, retraso en la función del injerto, arteriopatía coronaria, meses de diálisis antes del Tx son predictores de un deterioro de la dimensión CSF en Tx < 65 años.</p> <p>Años tras el Tx son predictores de un deterioro de la dimensión CSF en Tx ≥ 65 años. NS: rechazo agudo, diabetes tras el Tx, retraso en la función del injerto, arteriopatía coronaria y meses de diálisis antes del Tx.</p>

Tabla 4. Continuación

Autores (año), país	Participantes	Objetivo y tipo de diseño	Instrumentos	Principales resultados relacionados con la Calidad de vida
Yagil Y et al. (2014), Israel	n=45 Tx Edad: 53.2 ± 12.84 años Mujeres: 37.8% Donante vivo: 37.8% Donante cadáver: 62.2%	Investigación del papel de la imagen corporal y su asociación con la CVRS y el distrés psicológico entre pacientes con Tx.	Insatisfacción con la disonancia entre la imagen corporal real e ideal: BIIQ Calidad de vida: SF-12 (2ª versión) Distrés psicológico: BSI	Rechazo agudo, fumar, diabetes tras el Tx, meses de diálisis antes del Tx son predictores de un deterioro de la dimensión CSM en Tx < 65 años. No hay predictores del deterioro de la dimensión CSM en Tx ≥ 65 años. Puntuación final de insatisfacción de la imagen corporal correlaciona con las dimensiones RE (r=-.33; p<0.05), FF (r=-.33; p<0.05), SG (r=-.32; p<0.05) y FS (-.34; p<0.05). No fueron significativas las correlaciones: disonancia entre la imagen corporal real e ideal con todas las dimensiones SF-12; grado de importancia atribuido a esta disonancia con todas las dimensiones SF-12; puntuación final de insatisfacción de la imagen corporal con FF, RF y VT.

Nota: AIS: Athens Insomnia Scale; AM: Atención médica; AS: Actividades sociales; ASQ-40: Attachment Style Questionnaire; BDI: Beck Depression Inventory; BE: Bienestar emocional; BG: Bienestar general; BMI: Body Mass Index; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CVRS: Calidad de Vida relacionada con la salud; DC: Dolor corporal; DP: Diálisis Peritoneal; DPA: diálisis peritoneal automatizada; DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria; EF: Energía/fatiga; eGFR: estimated glomerular filtration rate; GSES: General Self Efficacy Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; Hgb: Hemoglobina; FF: Función física; FS: Función social; IMC: índice de masa corporal; HD: Hemodiálisis; KBpP: transplant recipient questionnaire; Hgb: Hemoglobina; KDQOL-SF: Kidney Disease and Quality of Life Short Form; PI: Miedo a perder el injerto; RE: Rol emocional; RF: Rol físico; SCQ: Sexual Concerns Questionnaire; SG: Salud general; SF: Salud física; SF-36: Short form health survey; SM: Salud mental; T: Tratamiento; TAS-20: Escala de Alexitimia de Toronto; TAT: Teste de apercepción temática; TEQ: Transplant Effects Questionnaire; Tx: Trasplante renal; TRS: Terapia Renal Sustitutiva; TxEQ: Transplant effects questionnaire; VT: Vitalidad.