

## Calidad de vida de las personas receptoras de trasplante renal en Amazonas

Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2633-9435>

Tatiana Castro da Costa<sup>2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2493-5495>

Monique Figueiredo Teixeira<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9534-6853>

Noeli das Neves Toledo<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5624-1813>

Gilsirene Scantelbury de Almeida<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2153-5330>

**Objetivo:** analizar la calidad de vida de las personas receptoras de trasplante renal en el Estado de Amazonas. **Método:** estudio transversal descriptivo, realizado con 222 personas, con posterioridad a la realización de un trasplante renal, inscriptos en una clínica privada y en un hospital público. La recolección de datos se realizó mediante entrevista semiestructurada y se midió la calidad de vida por medio del *Kidney Disease Quality of Life – Short Form*. En el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva. **Resultados:** El puntaje de calidad de vida obtenido osciló de 36,5 a 83,1. Los dominios de calidad de vida propios de la enfermedad renal, tuvieron un puntaje superior al genérico. Los más comprometidos fueron: situación laboral, sueño, función física y función emocional, con puntajes de 36,5; 53,7; 52,4; 55,1, respectivamente, y correlacionados moderada y significativamente entre sí. **Conclusión:** la mayoría (63,2%) de los dominios relativos a la calidad de vida obtuvieron puntajes elevados y el componente específico de la enfermedad renal obtuvo un puntaje superior al componente genérico.

**Descriptor:** Calidad de Vida; Insuficiencia Renal Crónica; Trasplante de Riñón; Atención al Paciente; Receptores de Trasplantes; Salud Pública.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas, Departamento de Saúde e Qualidade de Vida, Manaus, AM, Brasil.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Manaus, Secretaria Municipal de Saúde, Manaus, AM, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Amazonas, Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor, Manaus, AM, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus, Manaus, AM, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Cordeiro EDO, Costa TC, Teixeira MF, Toledo NN, Scantelbury GA. Quality of life of individuals receiving kidney transplantation in Amazonas State. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3291. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3775.3291>. mes día año

URL

## Introducción

La preponderancia mundial de la enfermedad renal crónica terminal (ERC) ha aumentado considerablemente en los últimos años. El avance tecnológico relacionado con las Terapias Renales Substitutivas (TRS) – hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante (Tx) renal – han permitido una mayor sobrevida a los pacientes, aunque con secuelas y/o comorbilidades<sup>(1)</sup>. En este contexto, Brasil se destaca en la coordinación y en la reglamentación de trasplantes de órganos en servicios públicos, puesto que ocupa el 2º lugar en número de trasplantes en el mundo<sup>(2)</sup>, sin embargo, baja al 25º lugar si se considera la proporción de su población<sup>(3)</sup>.

Es importante resaltar que se ha considerado al Tx renal como la mejor alternativa, financiera y clínica, en los casos de ERC en etapa terminal, hecho que implica ahorros significativos para las arcas del Estado<sup>(4)</sup>. A pesar de ello, Brasil no ha alterado la tasa de Tx renales en los últimos seis años: 28,5 pmp y se efectivizaron menos del 50% de los Tx renales que se estimaban necesarios en el último año. Se advierte, además, una caída (32,9%) en la tasa de trasplantes con donante vivo en contraposición al pequeño aumento (10,3%) de la tasa relativa a donante fallecido<sup>(3)</sup>.

Aunque la insuficiencia renal haya cobrado importancia en el listado de las enfermedades crónicas, son escasos los artículos que tratan el tema. Entre ellos, predominan los referentes a usuarios en hemodiálisis, evidenciando las problemáticas de salud relacionadas con la ERC y el modo como las mismas influyen en la calidad de vida (CV)<sup>(5)</sup>.

Para evaluar la efectividad e incluso ayudar a elegir entre las modalidades de tratamiento disponibles, se ha utilizado con frecuencia a la calidad de vida como parámetro en todo el mundo<sup>(6)</sup>. Con este fin, los estudios han presentado instrumentos formulados para medir la calidad de vida de forma genérica y también específicamente en grupos de individuos que presentan características distintas de la población general, como aquellos con ERC.

Uno de los instrumentos genéricos más conocidos y comúnmente utilizados para medir la calidad de vida es la Encuesta de Salud SF-36, publicada en 1993, traducida y validada en Brasil, en 1997. De allí deriva el *Kidney Disease Quality of Life - Short Form* (KDQOL-SF), publicado en 1997 y específicamente utilizado para medir la calidad de vida en pacientes renales crónicos sometidos a diálisis. En 2003, el KDQOL-SF fue traducido y validado para Brasil y es hoy uno de los instrumentos de CV más completos disponibles para la población renal<sup>(7)</sup>.

En 2006, un estudio realizado en Budapest/Hungría mostró que KDQOL-SF también es confiable y válido para pacientes post-trasplante renal, e incluso puede usarse para comparar diferentes poblaciones con enfermedad renal en etapa terminal<sup>(8)</sup>. Sin embargo, pocos estudios publicados analizan la calidad de vida de los receptores de trasplante renal a través del KDQOL y solo uno de ellos es brasileño<sup>(6)</sup>.

Este único estudio nacional se realizó en la Región Sur del país, que, a su vez, tiene diferencias profundas en relación a la Región Norte en términos de población, geografía, cultura, desarrollo, economía, acceso a bienes y servicios de salud, además de las diferencias en el servicio de trasplantes que ubican a las dos regiones en extremos opuestos en lo atinente a la tasa de trasplantes renales, hallándose la Región Sur en primer lugar, con una tasa 11.16 veces mayor que la de la Región Norte, que ocupa el último lugar en el país<sup>(3)</sup>.

Esto también se debe al hecho de que tres de los siete estados que conforman la región norte no realizaron trasplantes renales en el último año (Amapá, Roraima y Tocantins) y el Estado de Amazonas realizó apenas un Tx renal<sup>(3)</sup>. Estas consideraciones refuerzan las diferencias que existen entre las regiones de Brasil y la necesidad de profundizar los estudios sobre el tema en la Región Norte y en otras regiones del país.

En vista de lo expuesto, el objetivo del presente estudio ha sido analizar la calidad de vida de los receptores de trasplantes de órganos en el Estado de Amazonas.

## Método

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, realizado en las dos únicas instituciones que monitorean pacientes renales luego después del trasplante en el Estado de Amazonas, siendo un hospital público y una clínica privada, ambos ubicados en la capital, Manaus.

Antes del comienzo de la recolección de datos, las instituciones proveyeron una carta de consentimiento para la investigación y una lista de pacientes post-Tx inscriptos en cada una de ellas: 194 usuarios en el hospital público y 74 en la clínica privada, suma que asciende al total de 268 pacientes trasplantados, que conforman la población de estudio.

Para la selección de los participantes, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad ( $\geq 18$  años); residir en el Estado de Amazonas; estar disponible en Manaus/AM durante el período de recolección de datos; haberse realizado el trasplante hace al menos tres meses; tener un injerto renal en funcionamiento y/o no hallarse en terapia de diálisis

y tener condiciones cognitivas para responder a los instrumentos. Además, cuatro receptores de trasplantes fueron excluidos por declararse indígenas, dado que no había tiempo viable para obtener el consentimiento de los organismos responsables de realizar las investigaciones con esta población. En consecuencia, la muestra final se constituyó con 222 (82.8%) receptores de trasplante de riñón.

La recolección de datos se realizó entre junio de 2018 y febrero de 2019. Durante este período, se realizó una búsqueda activa de todos los receptores de trasplantes que estaban en las dos listas suministrados a través de llamados telefónicos, asociaciones de usuarios, redes sociales virtuales, además de ser invitados en persona en el momento en que acudieron a la consulta de seguimiento en las propias instituciones. Aquellos que no pudieron ser contactados o que no asistieron a las visitas de control post-Tx y/ o no pudieron ser contactados después de tres o más intentos telefónicos se consideraron "no encontrados".

Durante la recopilación de datos, se realizaron entrevistas individualizadas, en un lugar reservado, previamente acordado con cada usuario, generalmente en el ambulatorio o en la clínica. Cada persona trasplantada completó un formulario de caracterización de población y al KDQOL-SF.

El KDQOL-SF consta de 21 subescalas de calidad de vida divididas en 80 ítems, incluido el *Medical Outcomes Survey - 36 Item Short -Form Health Survey* (SF-36) como medida genérica, además de los ítems propios de las particularidades del paciente renal crónico<sup>(7)</sup>. El KDQOL-SF es de dominio público, está disponible en el sitio web del desarrollador *Research and Development Corporation* (RAND)<sup>(9)</sup> y consta de 19 dimensiones de CL, ocho de las cuales provienen del SF-36: funcionamiento físico; función física; función emocional; función social; bienestar emocional; dolor, energía/fatiga; salud general y un elemento sobre salud actual calculado de forma aislada. A su vez, once pertenecen a la parte específica de KDQOL-SF: síntomas/problemas; efectos de la enfermedad renal; sobrecarga de enfermedad renal; situación laboral; función cognitiva; calidad de las interacciones sociales; función sexual; sueño; soporte social; estimulación del equipo de diálisis; satisfacción del paciente y un ítem de salud general calculado de forma aislada<sup>(7)</sup>. En este estudio, se excluyeron cinco ítems que corresponden a dos dimensiones de la parte específica del instrumento porque están dirigidos a pacientes en diálisis.

Las respuestas KDQOL-SF dan puntajes de cero a 100, donde los valores más altos siempre representan estados de calidad de vida más baja. Cada dimensión de CL corresponde a la media aritmética de los elementos

que la componen. El manual con instrucciones de codificación e interpretación está disponible en el sitio web de RAND<sup>(9)</sup>.

Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas para las cuestiones relativas a la caracterización de la población estudiada y los promedios y desviaciones estándar para los puntajes de las dimensiones de la calidad de vida. Posteriormente, se usó la prueba de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las dimensiones de calidad de vida más comprometidas, donde los valores de  $r$  entre 0,1 y 0,29 se consideraron como un efecto pequeño; entre 0,3 y 0,49, efecto medio, y mayor o igual a 0,5, un efecto grande. Para evaluar la fiabilidad y la consistencia interna de las respuestas al instrumento, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), donde los valores superiores a 0,7 se consideran confiables. En el proceso de almacenamiento, codificación, análisis e interpretación de los datos compilados, se utilizó el paquete Estadístico para Ciencias Sociales SPSS® para Windows®, herramienta de la versión 21.0.

Se cumplieron las recomendaciones éticas sobre investigación con seres humanos, sugeridas por el Consejo Nacional de Salud, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Amazonas con el dictamen nº 2.724.945 y CAAE 88684218.7.0000.5020.

## Resultados

La muestra final del estudio estuvo compuesta por 222 receptores de trasplante renal, entre los cuales predominaron los hombres (60,4%), casados (45,5%), con edad promedio de 45,8 ( $\pm$  12,8) años, pardos (74, 3%), con 11,3 ( $\pm$  4,6) años de estudio. En cuanto al municipio de residencia actual, 194 (87,4%) vivían en Manaus (capital). El servicio público se encargó del monitoreo del 77% de los receptores de trasplantes. En cuanto al tipo de donante de órganos, 110 recibieron órganos de donantes familiares, 35 de donantes vivos no familiares y 77 (34,7%) de donantes fallecidos. La mayoría (72,1%) negó poseer trabajo actual, sin embargo, la escala de ingreso personal osciló de 0,0 a 30,1 sueldos mínimos, con un promedio de 1,3 [1,0; 3,3].

Los resultados relacionados con la calidad de vida asociada a la salud del grupo en un estudio se muestran en la Tabla 1 y se dividen entre los puntajes de la salud genérica y los dominios específicos de ERC. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach fue de 0,95, lo que indica una fuerte consistencia interna y fiabilidad de las respuestas encontradas.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de las puntuaciones de calidad de vida (KDQOL-SF\*) en receptores de trasplante renal en cada uno de sus dominios. Manaus, AM, Brasil, 2018-2019 (n = 222)

Dominios de la Calidad de vida	Promedio( $\pm$ DP*)
<b>KDQOL*</b>	
Síntomas/problemas	83,1( $\pm$ 14,5)
Efectos de la enfermedad renal	83,1( $\pm$ 16,3)
Sobrecarga de la enfermedad renal	71,0( $\pm$ 28,8)
Situación laboral	36,5( $\pm$ 40,0)
Función cognitiva	82,8( $\pm$ 19,3)
Calidad de las interacciones sociales	77,7( $\pm$ 20,7)
Función sexual	75,4( $\pm$ 25,4)
Sueño	53,7( $\pm$ 17,3)
Soporte social	83,5( $\pm$ 23,0)
Evaluación de la salud general	78,5( $\pm$ 16,8)
<b>SF-36†</b>	
Funcionamiento físico	73,1( $\pm$ 26,1)
Función física	52,4( $\pm$ 39,7)
Función emocional	55,1( $\pm$ 43,5)
Función social	75,7( $\pm$ 27,1)
Bienestar emocional	73,7( $\pm$ 21,2)
Dolor	78,7( $\pm$ 25,2)
Vitalidad (Energía/Fatiga)	67,1( $\pm$ 21,1)
Salud general	64,7( $\pm$ 24,3)
Salud actual – comparada a la de un año atrás	61,9( $\pm$ 25,7)

\*KDQOL-SF = Kidney Disease Quality of Life; †Short Form; †DP = desviación-estándar

En la Tabla 1 se puede observar que el sueño (53,7) y la situación laboral (36,5) tuvieron los promedios más bajos entre las dimensiones específicas de la enfermedad renal, siendo la situación laboral (o el rol profesional) el promedio más bajo (36,5) entre ellos. En cuanto a las dimensiones generales de la salud, ninguna de ellas presentó un valor demasiado bajo. Sin embargo, entre ellas, los promedios más bajos se encontraban en función física (52,4) y función emocional (55,1).

Al analizar la relación entre las dimensiones más comprometidas de los componentes específicos (sueño y trabajo) y genéricos (función emocional y función física) de KDQOL, mediante la prueba de correlación de Pearson, se encuentran correlaciones moderadas entre el sueño y la función emocional ( $r = 0,32$ ) y entre trabajo y función física ( $r = 0,42$ ), ambos significativos al nivel 0,01.

## Discusión

Este es el primer estudio en analizar la calidad de vida de los receptores de trasplante de riñón en el Estado de Amazonas, además de ser el segundo brasileño en utilizar un instrumento de calidad de vida específico para pacientes con enfermedad renal crónica en este tipo de individuos.

Se observó una población similar a la encontrada en otros estudios nacionales<sup>(6,10-11)</sup> e internacionales<sup>(8,12)</sup> en términos de sexo, edad, estado civil, lugar de residencia (capital/interior), trabajo y años completos de estudio.

En relación al color y/o raza autoinformado, pocos estudios sobre el tema se han pronunciado sobre esta característica de la población y, entre ellos, predominó el color/raza blanca (11,13), en contraste con la gran mayoría marrón presente en esta investigación. Estas observaciones son consistentes con el contexto brasileño donde la mayoría de la población se declara blanca, principalmente en las regiones Sur (78.5%) y Sudeste (55.2%) (de donde proviene la mayor cantidad de publicaciones científicas), en contraposición a lo que se advierte en otras regiones, como en la región Norte, donde la mayoría de los habitantes se autodefinen pardos (66,9%)<sup>(14)</sup>.

En cuanto al tipo de donante, el mayor número de donantes vivos hallados en la investigación, se opone al escenario nacional, en el cual el número de trasplantes por donante fallecido siempre ha sido mayor. En 2018, solo el 17,18% de los Tx renales en el país provenían de donantes vivos<sup>(3)</sup>. Un estudio similar realizado en un municipio de la Región Sur del país también detectó una prevalencia de Tx-renaes de donantes vivos (75%)<sup>(6)</sup>. El tipo de donante más frecuente en el Estado de Amazonas, también es un reflejo de la tasa de donantes efectivos de órganos: 3 pmp, muy por debajo de la tasa nacional de 17 pmp<sup>(3)</sup>.

Cabe señalar que el trasplante de un donante fallecido solo comenzó a realizarse en el Estado de Amazonas en el año 2011. Sin embargo, la logística del transporte hacia ese Estado dificulta la recepción temporánea de órganos de otras regiones para la cirugía. En el caso del riñón, el mismo debe injertarse dentro de las 24 horas para asegurar la probabilidad de un trasplante exitoso.

Se destaca la necesidad de jerarquizar la captación de donantes vivos (potenciales y efectivos), problema este que no se limita a la localidad o al país, sino a los programas de trasplante en todo el mundo.

En un estudio realizado en Andalucía, región autónoma de España, el 45% de los receptores de riñón de donantes vivos declararon que necesitaban más información sobre este tipo de Tx. Además, en este estudio, solo el 7,5% de los receptores recibió información sobre Tx de un donante vivo a través de una enfermera. Con respecto a los donantes, ninguno mencionó haber sido informado sobre el tema por este profesional<sup>(15)</sup>, destacándose la importancia de realizar una difusión más amplia de información relativa al proceso de donación de riñón y generar concientización,

propiciando un aumento en la posibilidad de captación de probables donantes vivos.

En general, al observar los resultados en la Tabla 1, se puede advertir que los puntajes de los dominios específicos del instrumento fueron más bajos que las puntuaciones de los dominios genéricos. Pese a ello, fue también en la parte específica donde se encontraron las dos dimensiones con los peores puntajes de KDQOL, lo que demuestra la importancia de utilizar instrumentos que consideren las especificidades de un grupo con diferentes características, como es el caso de los que presentan ERC.

Al comparar los resultados de CV de otros estudios con los presentados aquí, se encontró que, en Amazonas, la CV del paciente post-trasplante renal es inferior, en la mayoría de las dimensiones, a la de los receptores de Rio Grande do Sul<sup>(6)</sup>, que forma parte de la Región Sur del país, que, a su vez, es más desarrollada y presenta tasas y evaluaciones muy superiores a las de la Región Norte con respecto al sistema nacional de trasplantes.

En relación a otros países del mundo, los receptores de trasplantes en este estudio tuvieron puntajes más altos que en la mayoría de los países en los que se publicaron resultados de KDQOL-SF en este tipo de población, como Noruega, Hungría, Polonia, Estados Unidos, entre otros<sup>(8,16-18)</sup>, hecho que tal vez se deba al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, basado en un concepto integral de universalidad, que brinda cobertura y atención integral de salud a toda la población, sin que por ello deban excluirse otros posibles factores relacionados<sup>(19)</sup>.

Con respecto a la situación laboral, la mayoría de los receptores de trasplantes (72,1%) sostuvieron que no estaban trabajando, sin embargo, el ingreso personal promedio fue de 1,3. Este contrapunto se debe al hecho de que la mayoría de ellos afirmaron que reciben subsidios por enfermedad o pensiones por invalidez. Además, algunos informaron un medio informal de composición del ingreso, una realidad consistente con la literatura, dado que los vínculos informales son más fácilmente adaptables, permitiéndoles a los receptores de trasplante de riñón elegir la actividad que mejor se adapte a sus habilidades, condición general y tiempos, con mayor flexibilidad<sup>(20)</sup>.

Este aspecto se reflejó directamente en la dimensión "Situación laboral", que terminó con el puntaje más bajo (36,5 ± 40) entre los pacientes trasplantados. Esta dimensión también fue una de las más comprometidas en estudios similares con pacientes post-Tx renal en Brasil<sup>(6)</sup> y en otros países<sup>(16-17,20)</sup>.

Otro dominio específico de KDQOL-SF bastante comprometido fue el sueño (53.7 ± 17,3), con una puntuación muy inferior a la de un estudio similar

realizado en la Región Sur de Brasil, con un promedio de 77,4 (± 19.5)<sup>(6)</sup>. En estudios internacionales que utilizaron el mismo instrumento después del trasplante de riñón, la puntuación más baja obtenida en el dominio del sueño se obtuvo en Boston/Massachusetts, EE. UU. en 2016<sup>(18)</sup>, con un promedio de 64.1 (± 16.7).

En cuanto a la parte genérica del instrumento, derivada del SF-36, las dimensiones más comprometidas fueron la función física (52.4) y la función emocional (55.1), que se vinculan con la cuestión de si los problemas físicos y emocionales interfieren en las actividades cotidianas o funciones del sujeto y si el mismo tuvo que reducir esas actividades debido a esos problemas. En otro estudio brasileño, realizado en una ciudad del sur del país, las funciones físicas y emocionales obtuvieron un puntaje de 11,1% y 15,7% por encima de la puntuación obtenida en el Estado de Amazonas<sup>(6)</sup>. Ninguna otra dimensión genérica de CV en el estudio precedentemente mencionado obtuvo un puntaje tan bajo como los que aquí se presentan.

Entre los estudios internacionales similares, algunos también presentaron la dimensión función física entre los dominios con puntajes más bajos<sup>(8,17,21)</sup>, sin embargo, la función emocional tuvo buenos puntajes en estos estudios. Solo dos estudios, uno realizado en Varsovia/Polonia y el otro en Daka/Bangladesh, reflejaron un mayor compromiso de la función emocional, con puntajes inferiores a los obtenidos en esta investigación, de 37,33 (± 43,6) y 46 (± 44), respectivamente<sup>(17,22)</sup>.

Como se mencionó anteriormente, hubo una correlación moderada y significativa entre las dimensiones del sueño y la función emocional y entre las situaciones laborales y las funciones físicas. Esta correlación puede haberse visto reforzada por el precario servicio de seguimiento post-trasplante al momento de la recolección de datos, dando prioridad a la evaluación médica especializada, en desmedro del seguimiento multidisciplinario, evidente en la red privada, aunque comprometido en la red pública.

Los resultados encontrados aquí apuntan a la necesidad de disponer la educación en salud, considerando el cuidado y el estilo de vida post-Tx renal, incluidas las pautas y la promoción de actividades destinadas a la práctica de ejercicios físicos permitidos para este público específico. En este sentido, la Enfermería puede ser un punto clave para las intervenciones, ya que el enfermero es el profesional que tiene un contacto más frecuente y prolongado con los pacientes que se someten al tratamiento ambulatorio posterior al trasplante. Además, se sugiere que los profesionales de la salud involucrados presten especial atención en la calidad del sueño de los receptores de trasplantes, factores coadyuvantes y mecanismos o estrategias para la regulación del sueño.

Asimismo, se destaca la importancia de sensibilizar a la población mediante campañas de promoción de trasplantes y donación de órganos, con la realización de investigaciones que demuestren una mejora en la calidad de vida, tanto para el receptor como para el donante<sup>(22)</sup>, como así también de contar con inversiones en los servicios locales de captación de órganos y realización de trasplantes.

Una limitación encontrada en este estudio es su carácter transversal, que perjudica la determinación de las relaciones causa-efecto entre las variables estudiadas. Además, el método cuantitativo no cubre la totalidad ni la profundidad de un tema multifactorial y complejo como lo es la calidad de vida en lo atinente a salud.

Por lo tanto, se sugiere el desarrollo de futuros estudios con enfoques diferenciados que puedan abarcar la complejidad y la calidad de vida multifactorial en salud, entre ellos: longitudinal, a fin de demostrar la evolución y los cambios en la calidad de vida durante los años posteriores al trasplante, para investigar el deterioro psicológico/psiquiátrico de esta clientela; y analizar las áreas identificadas aquí como comprometidas (físicas, emocionales/mentales y laborales) y cualitativo, que permite profundizar la captación de los sentimientos y percepciones de los individuos que viven con ERC a lo largo de los años, incluidos aquellos que han alcanzado una mejor alternativa terapéutica en casos de insuficiencia renal crónica, con el objetivo de abordar sus expectativas, miedos, pérdidas, victorias y perspectivas actuales y futuras.

## Conclusión

La calidad de vida relacionada con la salud, evaluada por medio del *Kidney Disease Quality of Life - Short Form* obtuvo mejores promedios en el componente específico del instrumento, que resultó ser consistente y confiable para los receptores de trasplante de riñón en el estudio. Las dimensiones de calidad de vida más comprometidas, según el KDQOL-SF, fueron "Situación laboral", "Función física", "Sueño" y "Función emocional", que se correlacionaron entre sí de forma moderada y significativa.

Los receptores de trasplante de riñón en la región norte de Brasil tienen una calidad de vida más baja que los de la región sur del país, más desarrollada y con mejores índices de evaluación en términos del sistema nacional de trasplante. En comparación con otros países que han publicado estudios similares, predominantemente en el continente europeo, los puntajes que evalúan la calidad de vida de los receptores de trasplante de riñón brasileños fueron más altos, hecho que puede ser un reflejo del Sistema Único de Salud existente en el país,

gratuito y disponible para todos, sin que ello implique excluir otros posibles factores relacionados.

## Referencias

- Alvares J, Almeida AM, Szuster DAC, Gomes IC, Andrade EIG, Acurcio FA, et al. Factors associated with quality of life in patients in renal replacement therapy in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013 July [cited July 17, 2019];18(7):1903-10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700005&lng=en)
- Santos BP, Viegas AC, Paula EA, Lise F, Rodrigues LPV, Fuculo PRB Junior, et al. Perception of people undergoing kidney transplantation about organ donation. *ABCS Health Sci*. 2018;43(1):30-5. doi: 10.7322/abcshs.v43i1.928
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). *Registro Brasileiro de Transplantes*. [Internet]. 2018 [Acesso 9 may 2019];24(4):1-102. Disponível em: [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv\\_RBT-2018.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf)
- Silva SB, Caulliraux HM, Araújo CAS, Rocha E. Cost comparison of kidney transplant versus dialysis in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2016 [cited July 17, 2019];32(6):1-13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000605005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605005&lng=en)
- Weykamp JM, Nunes MHB, Cecagno D, Siqueira HCH. Quality of life and chronic renal failure. *Rev Pesqui*. [Internet]. 2017 Oct [cited July 17, 2019];9(4):1113-20. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5897>
- Beber GC, Fontela PC, Herr GEG, Winkelmann ER. Life quality of kidney transplant patients after a long transplant period. *Saude Pesqui*. 2017;10(1):163-70. doi: 10.177651/1983-1870.2017v10n1p163-170
- Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Translation and cultural adaptation of the quality of life assessment instrument for chronic renal patients (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2003 [cited July 17, 2019];49(4):375-81. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000400027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400027&lng=en)
- Barotfi S, Molnar MZ, Almasi C, Kovacs AZ, Rempert A, Szeifert L, et al. Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in kidney transplant patients. *J Psychosom Res*. 2006;60(5):495-504. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.09.009
- RAND Health Care. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL). [Internet]. [cited Nov 11, 2019]. Available from: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html)

10. Leite RF, Silva ACM, Oliveira PC, Silva LMG, Pestana JMA, Schirmer J, et al. Measurement of adherence to immunosuppressive drugs in renal transplant recipients. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2018 [cited July 17, 2019];31(5):489-96. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000500489&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000500489&lng=en)
11. Ribeiro DF, Ribeiro RCHM, Baptista MASF, Cesarino CB, Rodrigues CC, Landim WP. Demographic and clinical factors associated with health-related quality of life of kidney-transplanted patients. *Rev Enferm UFPE on line.* [Internet]. 2015 Jul 16 [cited July 17, 2019]; 10(1):57-64. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10921>
12. Abaci SH, Alagoz S, Salihoglu A, Yalin SF, Gulcicek S, Altiparmak MR, et al. Assessment of anemia and quality of life in patients with renal transplantation. *Transplant Proc.* [Internet]. 2015 Dec [cited July 17, 2019];47(10):2875-80. Available from: <https://www.sciencedirect.ez2.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S004113451501043X>
13. Andrade SV, Sesso R, Diniz DHMP. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2015 Mar [cited July 17, 2019];37(1):55-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002015000100055&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100055&lng=en)
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios: Resultados do Universo. [Internet]. 2010 [acesso 25 mai 2019]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>
15. Calvo-Calvo MA, Morgado Almenara I, Gentil Govantes MA, Moreno Rodríguez AM, Puertas Cruz TP, García Álvarez T, et al. Socio-sanitary profile and information for living kidney donors and recipients in three Andalusian hospitals. *Nefrologia.* [Internet]. 2018 Feb [cited Dec 16, 2019];38(3):304-14. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/en-pdf-S2013251418300154>
16. von der Lippe N, Waldum-Grevbo B, Varberg Reisæter A, Os I. Is HRQOL in dialysis associated with patient survival or graft function after kidney transplantation? *BMC Nephrol.* [Internet]. 2016 Jul [cited July 17, 2019];17:94. Available from: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12882-016-0316-5>
17. Czyżewski Ł, Frelik P, Wyzgał J, Szarpak Ł. Evaluation of quality of life and severity of depression, anxiety, and stress in patients after kidney transplantation. *Transplant Proc.* [Internet]. 2018 Jul-Aug [cited July 17, 2019];50(6):1733-7. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0041134518305967?token=0CBE8A21A180DA0359A7DAF14C33B59580DA6D660345B3DF614767ECB585BD4ED9FD154561E2E3ABCE4027CCACAC7BE9>
18. Madariaga MLL, Spencer PJ, Shanmugarajah K, Crisalli KA, Chang DC, Markmann JF, et al. Effect of tolerance versus chronic immunosuppression protocols on the quality of life of kidney transplant recipients. *JCI Insight.* [Internet]. 2016 Jun [cited July 17, 2019];1(8):1-7. Available from: <https://insight.jci.org/articles/view/87019>
19. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Mar;23(6):1763-76. doi: 10.1590/1413-81232018236.05562018
20. Pereira NCS, Gléria JSC. Patient return chronic kidney to production activities after kidney transplantation. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* [Internet]. 2017 May-Aug. [cited December 16, 2019];28(2):221-9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/122708/134993>
21. Kostro JZ, Hellmann A, Kobiela J, Skóra I, Lichodziejewska-Niemierko M, Debska-Ślizieński Z. Quality of life after kidney transplantation: a prospective study. *Transplant Proc.* [Internet]. 2016 Jan-Feb [cited July 17, 2019];48(1):50-4. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S004113451501194X?via%3Dihub>
22. Hossain RM, Iqbal MM, Alam MR, Islam SF, Faroque MO, Selim SI. Quality of life in renal transplant recipient and donor. *Transplantation Proc.* [Internet]. 2015 May [cited July 17, 2019];47(4):1128-30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0041134515002213?via%3Dihub>

Recibido: 18.07.2019

Aceptado: 12.03.2020

Editora Asociada:  
Andrea Bernardes

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

---

Autor de correspondencia:

Eliza Dayanne de Oliveira Cordeiro

E-mail: [elizadayanne@hotmail.com](mailto:elizadayanne@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-2633-9435>