

Estudio sobre la percepción de la calidad de vida en una población de pacientes trasplantados cardíacos

Autores

María Mar Sarasa Monreal¹, Leticia Jimeno San Martín²

1 RN, MSc. Supervisora del Área de Críticos. Clínica Universidad de Navarra.

2 RN, MSc. Enfermera. Departamento de Cirugía Cardíaca. Clínica Universidad de Navarra.

DOI: <https://doi.org/10.59322/87.2532.SB4>

Dirección para correspondencia

Leticia Jimeno San Martín
Clínica Universidad de Navarra
C/ Pío XII, 36
31008 Pamplona (Navarra)
Correo electrónico
ljimeno@unav.es

Resumen

Introducción. El enfoque de los profesionales de la salud está cambiando, orientándose hacia la salud como experiencia que incluye el bienestar del paciente. Cobra especial relevancia los pacientes trasplantados cardíacos, quienes experimentan dificultades asociadas a la percepción de que el corazón es el lugar de las emociones y los rasgos de personalidad. El objetivo es conocer la calidad de vida y afrontamiento en pacientes trasplantados cardíacos.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en pacientes trasplantados cardíacos. Se incluyen 60 pacientes que cumplen ser mayores de 18 años, trasplantados como mínimo hace 6 meses, que sepan comunicarse en español y cuyo estado de salud les permita cumplimentar los cuestionarios: *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*, *Brief COPE* y un cuestionario sociodemográfico. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS V25.

Resultados. La media de edad es de 63 años. La mayoría son varones, jubilados y conviven en pareja. El tiempo medio transcurrido desde el trasplante es de 9 años. El 74% definen su calidad de vida como bastante buena o muy buena, y muestran una alta percepción del disfrute y sentido de la vida. Un tercio presentan sentimientos negativos de forma moderada. El 93% utilizan un afrontamiento activo, aceptan la realidad y toman medidas para mejorar la situación.

Conclusiones. Este estudio amplía el conocimiento sobre la experiencia de los pacientes trasplantados. Se enfatiza la importancia de implantar metodologías que apoyen la expresión del paciente, para poder diagnosticar posibles complicaciones de forma temprana e iniciar nuevas intervenciones de enfermería.

Palabras clave: percepción, trasplante de corazón, calidad de vida, estrés psicológico, estrategias de afrontamiento.

Study of the perception of quality of life in a population of heart transplant patients

Abstract

Introduction. The focus of health professionals is changing, turning towards health as an experience that includes the patient's well-being. Cardiac transplant patients are especially relevant, they experience difficulties associated with the perception that the heart is the site of emotions and personality traits. The objective is to perceive the quality of life and coping in heart transplant patients.

Materials and methods. Descriptive, cross-sectional, quantitative study in cardiac transplant patients. Included are 60 patients over 18 years of age, transplanted at least six months ago, who can communicate in Spanish and whose state of health allows them to complete the questionnaires: *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*, *Brief COPE*, and a sociodemographic questionnaire. Statistical analysis was performed with the SPSS V25 program.

Results. The median age was 63 years. The majority were male, retired, and living with a partner. The mean time elapsed since transplantation was nine years. Of these, 74 % define their quality of life as fairly good or very good and demonstrated a high perception of enjoyment and meaning in life. A third presented negative feelings in a moderate way, and 93 % used active coping, accepted reality, and took measures to improve the situation.

Conclusions. This study expands the knowledge about the experience of transplant patients. The importance of implementing methodologies that support the patient's expression is emphasized, to diagnose possible complications early and initiate new nursing interventions.

Keywords: perception, heart transplantation, quality of life, psychological stress, strategies of coping.

Enferm Cardiol. 2022; 29 (87): 25-32

INTRODUCCIÓN

El enfoque de la atención de los profesionales de la salud está cambiando, pasando de centrarse en la enfermedad a orientarse hacia el cuidado de las personas más allá de la mera consecución de la curación. En esta línea, la enfermería está modificando su enfoque de cuidado biomédico hacia un paradigma en el que la persona es vista como un todo unitario. Así, la persona se considera un individuo único con múltiples dimensiones que forman una unidad^{1,2}.

En relación con lo anterior, varios autores afirman que, para conseguir una excelencia en el cuidado, el cuerpo de conocimiento enfermero debe incluir la comprensión de las vivencias de los pacientes, la visión que tienen éstos respecto a su lugar en el mundo y su percepción en torno a si sus preocupaciones están siendo o no abordadas². Sin embargo, a pesar de que este enfoque en enfermería se considera el ideal, no es el más utilizado en la práctica actual.

La necesidad de adoptar esta perspectiva de cuidado se considera especialmente relevante en la atención a las personas con una enfermedad crónica, ya que sufren procesos muy prolongados en el tiempo que les afectan profundamente en su calidad de vida (CdV). Una de las poblaciones beneficiada de este cambio sería la de los pacientes sometidos a un trasplante cardiaco (TC)¹.

El interés por esta población se debe a que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en la Unión Europea, siendo la insuficiencia cardiaca terminal una de las principales causas de fallecimiento^{3,4}. El tratamiento de elección en estos pacientes es el TC^{3,4} siendo una terapia consolidada y de uso rutinario en muchos hospitales de España, con una supervivencia del 82 % al año⁵. El TC ofrece un aumento en la cantidad y en la calidad de vida, aunque no es una panacea, ya que la investigación sugiere que los pacientes además de tener que lidiar con las consecuencias físicas propias de un trasplante de órgano sólido, experimentan dificultades adicionales, asociadas a la percepción culturalmente aceptada de que el corazón es el lugar de las emociones, el amor, la vitalidad, el alma y los rasgos de personalidad^{6,7}.

Entre las dificultades más comunes ante las que se encuentran estos pacientes, están aquellas que surgen como consecuencia de la dificultad de aceptar el corazón de un donante, así como las derivadas del dolor de la pérdida del suyo propio, con todo el simbolismo que ello conlleva.

Hay por tanto gran preocupación con respecto a la calidad de vida de los pacientes receptores de TC y al modo en el que son capaces de afrontar esta situación⁸.

El término calidad de vida relacionada con la salud describe el impacto de la enfermedad en la vida⁹. La CdV es por tanto la autoestima y el bienestar personal e incluye la capacidad funcional, el nivel socioeconómico, el estado emocional, la interacción social, el autocuidado, el soporte familiar, el propio estado de salud, los valores culturales, éticos y la religiosidad, el estilo de vida, la satisfacción con el empleo y con las actividades diarias y el ambiente en que se vive⁸.

Se define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona^{9,10}. Un afrontamiento adecuado conduce a un ajuste, y como resultado encontramos el «bienestar, el funcionamiento social y la salud somática». Las estrategias de afrontamiento que tienen los pacientes son un gran predictor del resultado exitoso del TC^{11,12}.

En este estudio, se buscó evaluar la calidad de vida y el tipo de afrontamiento de los pacientes sometidos a TC, a través de la implementación de la escala de calidad de vida *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* y el cuestionario de afrontamiento *Brief-COPE Inventory*^{13,14} buscando además la correlación entre ambas.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, mediante análisis cuantitativo, en pacientes sometidos a TC.

Ámbito de estudio: consulta ambulatoria de la Unidad de Cirugía Cardiaca de un hospital terciario.

Participantes: la muestra constó de 60 pacientes adultos trasplantados cardiacos que estaban en seguimiento ambulatorio en la consulta de cirugía cardiaca y que hubieran sido trasplantados hace más de 6 meses, que supieran comunicarse en español hablado y escrito y que su estado de salud les permitiera cumplimentar los cuestionarios. Los criterios de exclusión fueron aquellos pacientes que se encontraban ingresados, con alteraciones cognitivas o psiquiátricas, o con un mal estado de salud. Fueron excluidos del estudio 21 pacientes, 15 por alteración de su estado de salud a nivel físico o psicológico, y 6 por rechazar participar en la investigación.

No se procedió a realizar el cálculo del tamaño muestral ya que la muestra estuvo compuesta por la totalidad de la población que cumplieron los criterios de inclusión.

Procedimiento: los pacientes fueron invitados a participar en el estudio, se les explicó el proyecto y se les entregó una carta informativa y un consentimiento informado. La recogida de datos la realizó la enfermera de práctica avanzada en la consul-

ta de seguimiento a la que acudió el paciente entre septiembre de 2021 y marzo del 2022.

Instrumentos:

-**Variables sociodemográficas (VS):** se incluyó el género, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, modalidad de empleo, convivientes, y el tiempo transcurrido desde el trasplante.

-**Escala de vida WHOQOL-bref:** está compuesta por 26 preguntas, 2 abordan preguntas generales sobre la percepción de la calidad de vida, y los 24 restantes se clasifican en cuatro dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente). Cada una de las 26 preguntas se puntúa del 1 al 5 en una escala Likert¹⁵⁻¹⁷.

-**Escala de afrontamiento Brief-COPE:** está compuesta por 28 ítems que incluyen afrontamiento activo, inadaptado, centrado en emociones, centrado en el humor, religión y abuso de sustancias. Cada una de las preguntas se puntúa de 0 a 3 en una escala Likert¹⁴.

Todos los datos se analizaron con SPSS versión 25. El análisis de las variables categóricas se realizó mediante el test de Chi-cuadrado; el análisis de fiabilidad de las escalas de medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach; y el análisis de la correlación entre variables con el coeficiente de asociación de Spearman. Se consideraron significativos los valores de probabilidad asociada < 0,05.

RESULTADOS

Descripción del grupo de estudio: de los 81 pacientes en seguimiento, 60 fueron incluidos en el estudio. En relación con el género, 43 eran hombres. El rango de edad varió entre 31 y 80 años. La franja etaria predominante del TC fue el grupo mayor

de 70 años (33,3 %), tan solo el 15 % eran menores de 50 años. 40 pacientes estaban casados y convivían con su pareja. El 78 % estaban jubilados y tan solo el 10 % estaban en activo. El tiempo de trasplante con mayor prevalencia estuvo entre los 6 meses y 10 años y el menor para el período de más de 20 años. Solo el 16,7 % de la muestra tuvo estudios universitarios (tabla 1).

Calidad de vida: desde el punto de vista descriptivo, en lo que se refiere a la pregunta general: ¿cómo calificaría su calidad de vida? El 53,3 % la calificaron como bastante buena, el 21,7 % la definieron como buena, tan solo cuatro pacientes como regular y ninguno como mala.

Si analizamos la CdV en relación con la edad, tiempo de trasplante, género, estado civil y nivel educativo, los pacientes entre 50 y 60 años obtuvieron la mayor puntuación. Por otro lado, los varones y los pacientes con más de 20 años de TC presentaron peor CdV. En cuanto al estado civil, aquellos que estaban casados obtuvieron puntuaciones más altas de CdV que el resto, resultando estadísticamente significativo ($p=0,04$) (tabla 2).

En relación con los dominios que componen la escala de CdV, el **dominio físico** incluye las cuestiones relacionadas con la incapacidad por el dolor, sueño, capacidad para el trabajo, para las actividades de la vida diaria, y necesidad de tratamiento médico. El 54 % refirieron tener poco o nada de dolor. En cuanto al sueño, 41 pacientes (67 %) tenían un patrón normal o bastante bueno. El 58 % de los pacientes estaban bastante o muy satisfechos con su habilidad para realizar las actividades de la vida diaria y el 46 % con su capacidad de trabajo.

El **dominio psicológico** retrata el sentido de la vida, concentración, aceptación de la apariencia física, satisfacción consigo mismo y sentimientos negativos. Alrededor del 65 % se muestra

Tabla 1. Características de la muestra

VARIABLES	N*	%**	VARIABLES	N*	%**	VARIABLES	N*	%**
GÉNERO			NIVEL EDUCATIVO			CONVIVIENTES		
Mujer	17	28,30 %	Estudios primarios	29	48,30 %	Solo	7	11,70 %
Hombre	43	71,70 %	Estudios secundarios	7	11,70 %	Otros familiares	4	6,70 %
EDAD			Bachiller	5	8,30 %	Esposo/pareja	33	55,00 %
< 50 años	9	15,00 %	FP superior	4	6,70 %	Esposo e hijos	8	13,30 %
50-60 años	15	25,00 %	Universitarios	10	16,70 %	No contestado	8	13,30 %
60-70 años	16	26,70 %	No contestado	5	8,30 %	TIEMPO DE TC		
> 70 años	20	33,30 %	MODALIDAD DE EMPLEO			< 10 años	34	56,70 %
ESTADO CIVIL			Jornada completa	5	8,30 %	10-20 años	19	31,70 %
Soltero	13	21,70 %	Jornada parcial	1	1,70 %	> 20 años	7	11,70 %
Casado	40	66,70 %	Baja laboral	4	6,70 %			
Divorciado	3	5,00 %	Ama de casa	1	1,70 %			
Viudo	3	5,00 %	Jubilado	47	78,30 %			
No contestado	1	1,70 %	No contestado	2	3,30 %			

*N: Número de pacientes. **%: Porcentajes

Tabla 2. Correlación entre variables sociodemográficas y calidad de vida

VARIABLES	CALIDAD DE VIDA				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (SE)*
EDAD	Muy buena	Bastante buena	Normal	Regular	
< 50	1 (11 %)	7 (77,8 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	p= 0,599 NS
50-60	5 (35,7 %)	4 (28,6 %)	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	
60-70	3 (18,8)	9 (56,3 %)	3 (18,8 %)	1 (6,3 %)	
> 70	4 (20 %)	12 (60 %)	2 (10 %)	2 (10 %)	
TIEMPO DE TRASPLANTE					
< 10 años	8 (24,2 %)	18 (54,5 %)	5 (15,2 %)	2 (6,3 %)	p = 0,935 NS
10-20 años	4 (21,1 %)	10 (52,6 %)	3 (15,8 %)	2 (10,5 %)	
> 20 años	1 (14,3 %)	4 (57,1 %)	2 (28,6 %)	0 (0 %)	
GÉNERO					
Mujer	4 (23,5 %)	10 (58,8 %)	2 (11,8 %)	1 (5,9 %)	p =0,914 NS
Varón	9 (21,4 %)	22 (52,4 %)	8 (19 %)	3 (7,1 %)	
ESTADO CIVIL					
Soltero	2 (15,4 %)	8 (61,5 %)	3 (23,1 %)	0 (0 %)	p =0,04 **
Casado	11 (28,2 %)	22 (56,4 %)	3 (7,7 %)	3 (7,7 %)	
Divorciado	0 (0 %)	2 (66,7 %)	0 (0 %)	1 (33,3 %)	
Viudo	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (100 %)	0 (0 %)	
NIVEL EDUCATIVO					
Estudios primarios	6 (20,7 %)	13 (44,8 %)	7 (24,1 %)	3 (10,3 %)	p = 0,427 NS
Estudios secundarios	3 (42,9 %)	3 (42,9 %)	1 (14,3 %)	0 (0 %)	
Bachiller	1 (20 %)	4 (80 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
FP Superior	0 (0 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Universitarios	1 (10 %)	8 (80 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	

*SE (p): significación estadística. **P< 0,05= estadísticamente significativo.

ban bastante o muy satisfechos con su estado general de salud, con el disfrute de la vida y consigo mismo. Tan solo dos pacientes sintieron que su vida apenas tenía sentido y prácticamente un tercio de la muestra presentaron sentimientos negativos de forma moderada.

El **dominio de las relaciones sociales** retrata las relaciones personales con los amigos, familiares y la vida sexual. El 95 % obtuvo de otras personas el apoyo que necesitaba, frente a un 3 % de la muestra que refirió no tener ningún tipo de apoyo. A pesar de esto, el 17 % de los pacientes apenas tuvo oportunidad para realizar actividades de ocio. En torno al 20 % se mostró poco satisfecho tanto con sus relaciones personales como con su vida sexual.

El **dominio del medio ambiente** retrata la seguridad, ambiente físico saludable, renta, disponibilidad de información, condiciones de vivienda, acceso a los servicios de salud y medio de transporte. 57 pacientes (95 %) estaban satisfechos con el ambiente físico, las condiciones del lugar donde vivían y el acceso a los servicios sanitarios. Llama la atención que un 10 % de la muestra disponía de poco dinero para cubrir sus necesidades.

Al correlacionar los diferentes dominios con edad, género y tiempo de trasplante, se observa que los trasplantados menores de 50 años tenían mayor puntuación en el dominio físico, psicológico y social con respecto al resto de grupos de edad. Sin embargo, el grupo > de 70 años tuvo mayor satisfacción en

el dominio ambiente. Los varones obtuvieron mayor puntuación en el dominio físico frente a las mujeres (**tabla 3**).

Afrontamiento: desde el punto de vista descriptivo, el 93 % utilizaba un afrontamiento activo, aceptaban la realidad de lo que había sucedido y tomaba medidas para mejorar la situación. Apenas ningún paciente utilizaba un afrontamiento inadaptado. De igual modo, entre el 81-91 % utilizaba estrategias basadas en emociones ya que cuando se enfrentaban a un problema conseguían el consuelo y la comprensión de alguien. El 1,7 % consumía sustancias, como alcohol o drogas y el 45 % afrontaba los problemas con humor y/o se apoyaba en la religión.

Si relacionamos las estrategias de afrontamiento con edad, género y tiempo de trasplante, se observa que el grupo más joven y las mujeres utilizaban mayormente el humor, en cambio la religión fue la estrategia más utilizada en el grupo de > 70 años y en los que llevan más tiempo trasplantados (**tabla 4**).

Correlación dominios de CdV con estrategias de afrontamiento: los resultados muestran una correlación negativa entre el dominio físico y los afrontamientos inadaptado y centrado en emociones, si bien con una probabilidad asociada en el límite de la significación. Además, existe una correlación moderada entre el afrontamiento activo y los dominios psicológico y social (**tabla 5**).

Tabla 3. Correlación entre los dominios de la Escala de calidad de vida WHOQOL-bref, con variables sociodemográficas.

DOMINIOS CdV	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS											
	EDAD				GÉNERO				TIEMPO DE TC			
	< 50 años	50-60 años	60-70 años	> 70 años		MUJER	VARÓN		< 10 años	10-20 años	>=20 años	
	Medias				SE*(p)	Medias		SE*(p)	Medias			SE*(p)*
FÍSICO	14,07	12,57	13,29	12,34	0,322	12,36	13,14	0,605	12,68	13,06	13,61	0,654
PSICOLÓGICO	15,61	15,1	15,25	15,5	0,678	15,5	15,51	0,067	15,45	15,65	15,35	0,932
SOCIAL	14,88	14,14	14,62	14,5	0,857	14,82	14,38	0,898	14,18	15,05	14,57	0,346
AMBIENTE	16,06	15,14	16,46	16,65	0,255	16,3	16,09	0,328	15,91	16,72	15,75	0,417

Puntuaciones transformadas 5 -20. *SE (p): significación estadística. P< 0,05= estadísticamente significativo. TC: trasplante cardíaco.

Tabla 4. Correlación entre las estrategias de afrontamiento escala Brief- COPE y variables sociodemográficas.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS											
	EDAD				GÉNERO				TIEMPO DE TC			
	< 50 años	50-60 años	60-70 años	> 70 años		MUJER	VARÓN		< 10 años	10-20 años	>=20 años	
	Medias				SE*(p)	Medias		SE*(p)	Medias			SE*(p)*
ACTIVO	2,05	2,12	2,24	2,09	0,860	2,08	2,15	0,341	2,08	2,29	1,92	0,313
INADAPTADO	0,64	0,85	1,02	0,76	0,270	0,85	0,83	0,703	0,92	0,70	0,82	0,330
EMOCIONES	1,86	2,05	2,02	1,97	0,795	2,08	1,95	0,660	2,00	1,96	2,00	0,967
SUSTANCIAS	0	0,04	0,19	0,03	0,271	0,09	0,06	0,454	0,06	0,00	0,29	0,07
HUMOR	1,78	1,57	1,25	1,00	0,277	1,65	1,19	0,575	1,42	1,32	0,86	0,485
RELIGIÓN	0,61	0,93	1,22	1,35	0,245	1,24	1,05	0,439	1,02	1,11	1,50	0,502

*SE (p): significación estadística. [P< 0,05= estadísticamente significativo]; TC: trasplante cardíaco.

Tabla 5. Correlaciones entre los dominios de calidad de vida (CdV) y las estrategias de afrontamiento.

DOMINIOS CdV		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO					
		Activo	Inadaptado	Emociones	Sustancias	Humor	Religión
Físico	R Spearman	0,059	-0,238	-0,161	0,225	0,225	-0,246
	SE(p)*	0,655	0,069	0,223	0,087	0,051	0,061
Psicológico	R Spearman	0,347	-0,128	0,123	0,018	0,275	-0,199
	SE(p)*	0,07	0,334	0,335	0,890	0,035**	0,132
Social	R Spearman	0,362	0,020	0,396	-0,021	0,117	0,084
	SE(p)*	0,005**	0,879	0,002**	0,874	0,379	0,527
Ambiental	R Spearman	0,227	-0,61	0,400	-0,119	0,069	-0,46
	SE(p)*	0,32	0,647	0,002**	0,131	0,606	0,728

*SE (p): significación estadística. **P< 0,05= estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

Nuestro objetivo fue evaluar la CdV, las estrategias de afrontamiento y su correlación en un grupo de pacientes trasplantados cardíacos. En la literatura se encontraron características sociodemográficas similares a las observadas en nuestro estudio, predominando el género masculino^{8, 15, 18-20}. Esto se puede justificar por la edad avanzada y porque el género masculino está asociado a un gran número de factores de riesgo cardiovascular²⁰. Nuestros pacientes mostraron una alta satisfacción de CdV, con menor puntuación en los que llevaban más de 20 años trasplantados. Esto es debido a que a lo largo de los años se enfrentan a dificultades debido al alto índice de hospitalización por complicaciones tardías^{8, 21}. Por el contrario, los pacientes con menos de 10 años de TC estaban más satisfechos, quizás en relación con la proximidad del sufrimiento durante el tiempo de espera y el comienzo de una nueva vida con gran esperanza⁸. El género femenino también obtuvo un nivel de satisfacción mayor que el masculino, y es que las mujeres, por tener un comportamiento más activo en lo que se refiere a la salud, procuran con mayor frecuencia la atención médica precoz. Además, los pacientes casados obtuvieron mayor puntuación, puesto que se sentían «acompañados» y «apoyados» emocionalmente⁸.

Los pacientes relataron estar bastante satisfechos en el dominio físico especialmente el grupo <50 años. Tal y como describen Aguiar *et al.*⁸ y Trevizan *et al.*²⁰ los pacientes más jóvenes tienen una mejor recuperación, lo que favorece la independencia, la reincorporación a las actividades de la vida diaria y a la vida laboral. Asimismo, los pacientes dedican más tiempo a la planificación futura en lo que respecta a las necesidades de ayuda y apoyo social²⁰. Al margen de este resultado, un tercio de la muestra reveló tener sentimientos negativos e incluso dos pacientes sintieron que su vida apenas tenía sentido. Este

hallazgo puede guardar relación con el hecho de que, tras el TC, los pacientes se enfrentan a la dificultad de incorporar este nuevo corazón, lo que les produce una disrupción de su propia identidad que conlleva cambios en su personal y alteraciones psicológicas²². En el dominio social, los pacientes estaban satisfechos y contaban con el apoyo de la familia y amigos, que les estimulaban y les proporcionaban seguridad, al igual que describen diversos autores^{8, 21, 23}. El enfoque en el apoyo social se considera un factor de protección y promoción de la salud y permite incrementar las habilidades adaptativas del paciente²⁰. A pesar de ello, comentaban que la pandemia por COVID-19 había impactado negativamente en su vida social, hecho que justifica que un tercio de los pacientes estuvieran poco satisfechos con sus actividades de ocio. El índice de satisfacción fue muy elevado en cuanto a los servicios sanitarios, información y entorno físico, dato de gran interés, ya que una buena relación con el equipo sanitario se correlaciona directamente con el éxito del tratamiento⁸.

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento**, la mayoría de los encuestados utilizaron estrategias de afrontamiento activo y basado en emociones coincidiendo con los hallazgos de otros estudios¹⁹⁻²¹. Es fundamental enseñar a los pacientes la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas y no tanto en las emociones. Los autores que discuten el afrontamiento centrado en la emoción postulan que el uso de esta estrategia expresa sentimientos de culpa sobre uno mismo y potencia las conductas evitativas, lo que conlleva a complicaciones psicológicas y por tanto peor percepción de CdV^{20, 22}. En la revisión de la literatura encontramos resultados similares a los obtenidos en este estudio con respecto al afrontamiento basado en la religión, predominante en mujeres y en los mayores de 70 años. Algunas mujeres des-

criben la enfermedad como un «proceso de negociación con Dios, de vida y de salud, una oportunidad de adquirir nuevos valores y valorar el estado espiritual»²⁰. Con respecto a la estrategia de afrontamiento basada en el humor, esta fue más utilizada por jóvenes y mujeres.

Con respecto a las correlaciones entre CdV y afrontamiento, este autor describe datos similares a nuestros resultados con una correlación positiva entre el afrontamiento activo y los dominios psicológico, social y ambiental. Además, la estrategia centrada en emociones se correlacionó con peor percepción de CdV en el dominio físico²⁰. Cuanto más centrados están los pacientes en la emoción, mayores son los síntomas de ansiedad y depresión conduciendo a un deterioro de la calidad de vida²⁰.

Se pueden señalar algunas limitaciones de este estudio. Si bien el diseño ha permitido obtener información y evaluaciones de las variables de interés, el método de corte transversal no permite la definición de asociaciones causales entre dominios e impide el uso de criterios de causalidad. Además, el reclutamiento de una muestra de pacientes de un solo centro de trasplante, y el hecho de excluir a aquellos con un estado de salud subóptimo pueden llegar a sesgar los resultados.

Este estudio se podría beneficiar si se obtuviera una muestra mayor, que incluyera a varios centros de trasplante, y cuya recogida de datos fuera longitudinal. Todo ello permitiría extraer conclusiones sobre el impacto tiene el TC en la calidad de vida y el afrontamiento en la salud de los pacientes.

Con respecto a los instrumentos utilizados, cabe señalar que el cuestionario *Brief-COPE* ha sido utilizado previamente en otro tipo de poblaciones a estudio, pero no en pacientes trasplantados cardíacos en nuestro país.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio amplían el conocimiento sobre la experiencia que viven los pacientes que han sido sometidos a un TC. Podemos concluir que los pacientes mostraron una buena percepción de la calidad de vida general en todos sus dominios, pero también demuestran que los pacientes tienen que hacer frente a una realidad llena de complicaciones y de cambios, y que el hecho de adaptarse a los mismos les resulta un proceso complejo que, en muchas ocasiones, los desalienta y perjudica en su calidad de vida⁷.

Se debe considerar prioritario evaluar los síntomas psicológicos de forma rutinaria, a través de instrumentos válidos y

fiabiles que permitan diagnosticar posibles complicaciones de forma temprana en iniciar así terapias. Resultaría incluso recomendable poder realizar una preparación psicológica previa al trasplante. Se sugieren visitas individuales que ayuden a la reorganización psíquica y la readaptación frente a esta nueva situación de salud^{20,24}.

De acuerdo con los resultados debe prestarse gran importancia al apoyo social y familiar ya que permiten un manejo más adecuado de emociones, ayudando a incrementar las habilidades adaptativas del paciente. Por ello, se aconseja evaluar muy de cerca el apoyo con el que cuentan los pacientes e intentar suplirlo en los casos en los que es insuficiente. Tanto es así que la inclusión de la familia y del grupo social en futuras investigaciones podría ser interesante para una mejor comprensión del fenómeno en cuestión²³.

Es fundamental enseñar a los pacientes la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas y no tanto orientadas al afrontamiento de emociones, ya que este último favorece que los pacientes se centren en los sentimientos de culpa²⁰.

Por último, cabe destacar que, en el proceso de trasplante cardíaco, el equipo multidisciplinar es fundamental. En concreto la enfermera se sitúa dentro del proceso, como aquel profesional que supe, ayuda y acompaña al paciente en su evolución. Por lo que en la medida que esta conozca mejor el proceso que atraviesa el paciente, se acercará más a él y mejorará su atención²⁵.

Además, se debe potenciar el enfoque cualitativo, ya que no sólo ayuda a perfeccionar las herramientas cuantitativas, sino que contribuye a valorar vivencias propias de los pacientes y a hacer que muchos de los aspectos de la enfermería denominado como «cuidados invisibles» puedan salir a la luz y se tenga constancia de ello²⁵.

PREMIOS

Primer premio a la mejor comunicación oral en el 43.º Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología 2022, celebrado en Palma de Mallorca del 20 al 22 de octubre.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olano M, Oroviogiochea C, Errasti B, Saracibar M. The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. *JNC*. 2016; 25: 2413-29. doi.org/10.1111/jocn.1328.
2. Newman M, Smith M, Dexbeimer M, Jones D. The Focus of the Discipline Revisted. *Adv Nurs Sci*. 2008; 31(1): 16-27. doi:10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1.
3. Instituto Nacional de Estadística. (Acceso el 20 de marzo de 2018). Disponible en: <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion>.
4. Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiology and treatment of heart failure in Spain: the HF-PATHWAYS study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022 Jan;75(1):31-38. doi:10.1016/j.rec.2020.09.033.
5. González-Vílchez F, Gómez-Bueno M, Almenar-Bonet L, Crespo-Leiro MG, Arizón Del Prado JM, Blázquez-Bermejo Z et al, en representación de los Equipos Españoles de Trasplante Cardíaco. Spanish heart transplant registry. 33rd official report of the Heart failure Association of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022 Jul 16;S1885-5857(22)00185-2. doi:10.1016/j.rec.2022.06.011.
6. Cierpka A, Matek K, Horondéńska M. What does it mean to live after heart transplantation? The lived experience of after transplant recipients. A qualitative study. *HPR*. 2015; 3(2):123-30. doi:10.5114/hpr.2015.49678.
7. Bunzel B, Wollenek B, Grundbock A. Psychosocial Problems of Donor Heart Recipients Adversely Affecting Quality of Life. *Qual Life Res*. 2009; 1(5):207-13. doi:10.1007/BF00434944.
8. Aguiar MI, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim IL, Almeida PC. Quality of life of patients that had a heart transplant: application of Whoqol-Bref scale SBC. *Arq Bras Cardiol*. 2011 Jan;96(1):60-8. doi:10.1590/s0066-782x2010005000133.
9. Tackmann E, Detmer S. Health-related quality of life in adult heart-transplant recipients—a systematic review. 2020; 45:475–48. doi:10.1007/s00059-018-4745-8.
10. Morán, C., Landero, R. & González. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*. 2010; 9 (2): 543-552. doi:10.11144/Javeriana.upsy9-2.cpv.
11. Anand V, Kung M, Painter L, Broadbent E. Impact of organ transplantation in heart, lung and liver recipients: Assessment of positive life changes. *Psychol Health*. 2014;29(6):687-97. doi:10.1080/08870446.2014.882922.
12. Janelle C, O'Connor K, Dupuis G. Evaluating illness representations in heart transplant patients. *J Health Psychol*. 2016 Sep;21(9):1850-9. doi:10.1177/1359105314567210.
13. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol*. 2014; 5(1):99-114.
14. Amoyal N, PhD, Anne C. Fernandez, PhD, Reuben Ng, PhD, and Dwain C. Fehon, Psy. Measuring Coping Behavior in Liver Transplant Candidates: A Psychometric Analysis of the Brief COPE. *Prog Transplant*. 2016 Sep;26(3):277-85. doi:10.1177/1526924816655253.
15. Carvalho WDN, Alves Maria GDS, Gonçalves KC, Miranda AL, Moreira MDCV. Health-Related Quality of Life of Heart Transplant Recipients Living in a Developing Country. *Transplant Proc*. 2021 Jan-Feb; 53(1):358-363. doi:10.1016/j.transproceed.2020.05.027.
16. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people. *Rev.Med. Chile*. 2011; 139:579-586.
17. Duvant P, Fillat M, Garaix F, Roquelaure B, Ovaert C, Fouilloux V et al. Quality of life of transplant children and their parents: a cross-sectional study. *Orphanet J Rare Dis*. 2021 Aug 17;16(1):364. doi:10.1186/s13023-021-01987-y.
18. Jowsey SG, Cutshall SM, Colligan RC, Stevens SR, Kremers WK, Vasquez AR et al. Seligman's theory of attributional style: optimism, pessimism, and quality of life after heart transplant. *Prog Transplant*. 2012 Mar;22(1):49-55. doi:10.7182/pit2012451.
19. Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Hubner F K, Sadowski J. Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. *Transplant Proc*. 2011 Oct;43(8):3076-81. doi:10.1016/j.transproceed.2011.07.012.
20. Trevizan FB, Miyazaki MCOS, Silva YLW, Roque CMW. Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart TransplantationBraz J Cardiovasc Surg. 2017 May-Jun;32(3):162-170. doi:10.21470/1678-9741-2017-0029.
21. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Sadowski J. Psychological predictors (personal resources) of quality of life for heart transplant recipients. *Transplant Proc*. 2014 Oct; 46(8):2839-43. doi:10.1016/j.transproceed.2014.09.026.
22. Sarasa MM, Olano-Lizarraga M. [Exploring the experience of living with a heart transplant: a systematic review of the literature]. *An Sist Sanit Navar*. 2019 Dec 5;42(3):309-324. doi:10.23938/ASSN.0719.
23. Sirri L, Magelli C, Grandi S. Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: The role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course. *Psychol Health*. 2011 Jan;26(1):77-94. doi:10.1080/08870440903377339.
24. Kugler C, Bara C, Waldthausen T, Einhorn I, Haastert B, Fegbeutel C, et al. Association of depression symptoms with quality of life and chronic artery vasculopathy: A cross-sectional study in heart transplant patients. *J Psychosom Res*. 2014; 77:128-34.
25. Sanchez L. Experiencia de los trasplantados cardiacos en una unidad de cuidados intensivos. *Nure Inv*. 2017; 14(91):1-8.