



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE TRASPLANTE CARDÍACO

Autor: Natalia Ventura Morera

Tutor: Alberto Domínguez Rodríguez

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2023

RESUMEN

Palabras clave (cuidados de enfermería, calidad de vida, trasplante cardíaco, escalas de valoración de calidad de vida)

Introducción

La calidad de vida está definida como un concepto amplio que está influido por numerosos factores, de vital importancia para valorar de forma totalitaria su influencia en el paciente intervenido de trasplante cardíaco, en consecuencia, a que estos pacientes transcurren por un proceso complejo que precisan un tipo de cuidados enfermeros específicos para la contribución de mejora y de mejor calidad de vida.

El objetivo principal es analizar cuál es la relación de mejora entre un paciente intervenido de trasplante cardíaco en relación con cómo los cuidados prestados por el personal de enfermería influyen de forma directa en su calidad de vida.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de literatura mediante una búsqueda en diversas bases de datos relacionadas con Ciencias de la Salud, consultando bases de datos nacionales e internacionales y en buscadores especializados.

Resultados y discusión

Se han analizado 8 artículos que cumplían los criterios de inclusión establecidos en este trabajo. Los cuidados enfermeros están estrechamente relacionados con la calidad de vida de un paciente intervenido de trasplante cardíaco es por ello por lo que estas intervenciones enfermeras basadas en un diagnóstico enfermero han de ir orientadas tanto al pre-operatorio como al postoperatorio y a su mejora.

Conclusiones

Es primordial que el personal de enfermería brinde un cuidado óptimo a pacientes intervenidos de trasplante cardíaco para lograr en ellos una mejora de su calidad de vida, así como un adelanto en la evolución clínica mediante un diagnóstico enfermero.

ABSTRACT

Key words (nursing care, quality of life, heart transplant, scales of quality life)

Introduction

Quality of life is defined as a broad concept that is influenced by numerous factors, of vital importance to fully assess its influence on the patient undergoing heart transplantation, consequently, because these patients go through a complex process that requires specific type of nursing care to contribute to improvement and better quality of life.

The main objective is to analyze the improvement relationship between a patient undergoing heart transplantation in relation to how the care provided by the nursing staff directly influences their quality of life.

Methodology

A bibliographic review of the literature has been carried out through a search in various databases related to Health Sciences, consulting national and international databases and specialized search engines.

Results and discussion

8 articles that met the inclusion criteria established in this work have been analyzed. Nursing care is specifically related to the quality of life of a patient undergoing heart transplantation, which is why these nursing emergencies were based on a nursing diagnosis and must be oriented both to the preoperative and postoperative periods and to their improvement.

Conclusions

It is essential that the nursing staff provide optimal care to patients undergoing heart transplantation to achieve a better quality of life for them, as well as an advance in clinical evolution through a nursing diagnosis to contribute to it.

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 1.1 MARCO CONCEPTUAL**
- 1.2 ANTECEDENTES**
- 1.3 JUSTIFICACIÓN**
- 1.4 OBJETIVOS**
- 2. METODOLOGÍA**
- 3. RESULTADOS**
- 4. CONCLUSIONES**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**
- 6. AGRADECIMIENTOS**
- 7. ANEXOS**

INTRODUCCIÓN

Trasplante cardiaco

Como sabemos, la atención de los profesionales en el ámbito de la salud se haya en constante cambio en los últimos años, esta antes se centraba más en la enfermedad y su tratamiento, no obstante, hoy, está más orientada hacia la salud de las personas. ^{1,2}

Gracias a este nuevo enfoque, la salud está concebida como una experiencia humana, que se encuentra integrada en la vida de las personas. Hay que mencionar que la Organización Mundial de la Salud, define la salud como “*Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. ³

Gracias a la enfermería, se está modificando ese enfoque hacia el cuidado, tratando a la persona como un individuo propio con múltiples dimensiones que conforman una unidad. ²

Para lograr una mayor calidad en el cuidado, el cuerpo de conocimiento enfermero debe poseer la empatía y comprensión de las vivencias y situaciones de cada paciente, conociendo la visión que tiene cada uno de ellos en cuanto a la visión que poseen de su lugar en el mundo, o si sus preocupaciones están siendo abordadas. ^{2,4}

Es necesario modificar el enfoque del cuidado ya que es de vital importancia en la atención de pacientes que presenten una enfermedad crónica, ya que al ser una enfermedad que se prolongue en el tiempo, esto afecta de forma directa a su calidad de vida. ¹

Si hablamos de beneficiarios, cabe destacar que uno de los grupos poblacionales que más serían partícipes de este cambio, son aquellos pacientes intervenidos de trasplante cardíaco. ⁵

Tanto en la Unión Europea como en España, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad, además, la insuficiencia cardíaca crónica se trata de la enfermedad que está situada en la posición número seis de causa de muerte en España, ya que se encuentra en aumento el número de detección de casos. ^{1,5}

La insuficiencia cardíaca terminal, es de las principales causas de mortalidad en los pacientes, para la mejora de este pronóstico, el tratamiento que se utiliza es el trasplante cardíaco. ^{6,7}

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT), define a los trasplantes como “la sustitución de un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente”.⁸

En los trasplantes cardíacos el órgano que es sustituido es el corazón, el primer trasplante cardíaco, tuvo lugar en un quirófano del hospital Groote Schurr en la ciudad de El Cabo, en Sudáfrica. Esta intervención fue realizada por Christiaan Neethling Barnard y el receptor fue Louis Washkansy el domingo 3 de diciembre de 1967.⁹

Esta operación está indicada para pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, en la cual, tras haber desarrollado diversas alternativas de tratamientos, no se ha llegado a obtener una mejora de la calidad de vida o no se ha obtenido una garantía en la supervivencia del paciente. Para que se realice esta intervención el paciente ha de presentar alguna de estas indicaciones absolutas: compromiso hemodinámico relacionado con insuficiencia cardíaca congestiva, choque cardiogénico, síntomas de isquemia que dificulten la realización de actividades de la vida diaria y arritmias ventriculares que se realicen de forma regular.^{10,11,12}

El trasplante cardíaco es una terapia que se encuentra consolidada y que es de uso rutinario en un gran número de hospitales en España, esta intervención tiene una supervivencia de un 81% al año, y de un 72% una vez transcurridos cinco años.¹³

Además, junto a la asistencia circulatoria, el trasplante cardíaco es el tratamiento con mayor eficacia para una mejora significativa en el pronóstico de pacientes que presentan una insuficiencia cardíaca en fase terminal.¹⁴

La insuficiencia cardíaca en fase terminal cumple con todos los requisitos de enfermedad de órgano con criterios de terminalidad, el tratamiento con fármacos puede ayudar en el mantenimiento de la enfermedad estable en varios años, no obstante el paciente debe cumplir unas estrictas características para ser candidato al trasplante cardíaco, mencionar, que un porcentaje de pacientes no puede acceder a dicho tratamiento en consecuencia a otras enfermedades, limitaciones funcionales o una edad avanzada.¹⁵

La Insuficiencia cardíaca (IC), presenta una evolución heterogénea y progresiva, desde los estadios iniciales (estadios A-B) hasta su posterior aparición de síntomas (estadio C) y la fase de refractariedad al tratamiento (estadio D). Esta enfermedad representa uno de los problemas más importantes de salud pública en los países desarrollados, presentando una prevalencia de 1-2% en población adulta y de 6-10% en pacientes mayores de 65 años. En España es la principal causa de los pacientes hospitalizados mayores de 65 años.¹⁵

Según el registro de la International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT) en 2009, la supervivencia media de los adultos que recibían un trasplante cardíaco era superior al 50% a los 10 años, con una vida media de trece años, para los pacientes que lograban sobrevivir los primeros seis meses tras ser trasplantados.

Añadir, que según el ISHLT el número de trasplantes cardíacos registrados en el mundo es superior a 80.000. En nuestro país, en diciembre de 2009 habían registrados 6.048 trasplantes cardíacos. No obstante, aproximadamente el 20% de los candidatos a trasplante cardíaco en lista de espera fallecen por falta de donantes o tienen que ser excluidos por la aparición de complicaciones que contraindican el trasplante. Para la mejora de esta situación, mediante la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), se están llevando a cabo dispositivos de asistencia circulatoria que logren una mejora de la situación hemodinámica crítica y de esta forma, lograr que el paciente llegue a la intervención en condiciones aceptables para el TC (Trasplante cardíaco).¹⁴

Selección y extracción del corazón donante.

La valoración y selección además de la correspondiente valoración del corazón del donante para realizar de forma correcta el trasplante cardíaco, se establece en tres fases sucesivas.¹⁶

La primera fase es realizada por el equipo coordinador de trasplantes del hospital que genera el donante, esta fase consiste en la búsqueda de datos sobre la causa y el diagnóstico pertinente de la muerte cerebral, superficie corporal del donante, peso, tamaño y diámetros del tórax, además de, grupo sanguíneo, antecedentes personales sobre VIH, virus de hepatitis B y C, Toxoplasma cruzi, datos analíticos de laboratorio, hematología y gasométricos, así como, evolución clinicohemodinámica del donante y tipo y dosis de soporte inotrópico.¹⁶

La segunda fase trata sobre la valoración cardiorrespiratoria y hemodinámica del donante, es de vital importancia descartar la existencia de traumatismo que haya afectado al corazón y pulmones, enfermedad estructural de estos órganos, así como una parada previa, la parada previa no es un impedimento siempre y cuando la función cardíaca se mantenga normal sin alteraciones.¹⁶

Es necesario constatar la evolución de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, las diuresis, la función renal y la ausencia de infecciones sistémicas y tumores. Objetivar que la radiografía de tórax, el electrocardiograma, la gasometría arterial, los parámetros ventilatorios, el tiempo de ventilación mecánica, y en varias ocasiones también la coronariografía sea normal.¹⁶

La tercera y última fase se realiza por el equipo extractor y se basa en contrastar los datos obtenidos en las fases anteriores. En esta fase se valora la morfología, el tamaño y la motilidad cardíaca, así como la palpación de arterias coronarias y contracción ventricular.¹⁶

Indicaciones de trasplante cardíaco.

A modo general, el trasplante cardíaco, está indicado en aquellos pacientes que padezcan, cardiopatía isquémica, valvulopatías relacionadas y miocardiopatías dilatadas son las más frecuentes del trasplante cardíaco (se considera que es en torno a un 90% de los casos)^{17,18}

En la figura 1. Se observa la distribución de las indicaciones del trasplante cardíaco¹⁰

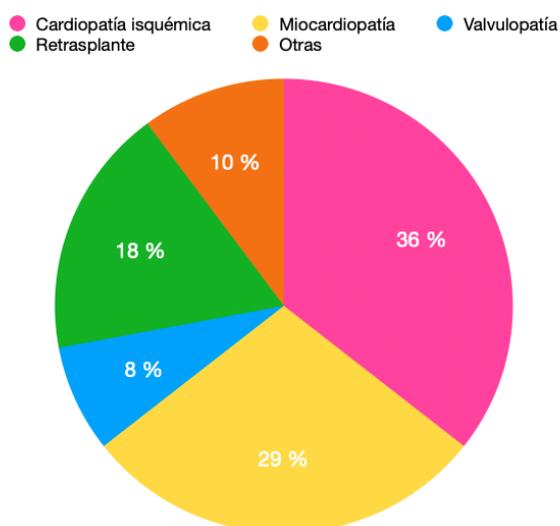


Figura1. Indicaciones de trasplante cardíaco

Fuente: Elaboración propia.¹⁰

A modo general, el trasplante cardíaco, está indicado en aquellos pacientes que padezcan, cardiopatía isquémica, valvulopatías relacionadas y miocardiopatías dilatadas son las más frecuentes del trasplante cardíaco (se considera que es en torno a un 90% de los casos)^{17,18}

Indicaciones poco frecuentes de trasplante cardíaco.

Aunque las indicaciones se hayan mencionado anteriormente, existen otras que, aunque no sean tan comunes están presentes.

Hace unos años, las arritmias ventriculares de tipo sintomático, se consideraban una indicación para la realización de trasplante cardíaco (TC), no obstante, se encontraban en debate ya que eran de bastante controversia. El motivo de ello es porque pueden ser revertidas con un tratamiento

médico, en este caso, con la implantación de un desfibrilador implantable (DAI) o tratamiento quirúrgico.¹⁹

En cuanto a enfermedades neuromusculares, forman parte de las contraindicaciones relativas para el trasplante cardíaco, no obstante, puede ser llevado a cabo tras el neurólogo y el rehabilitador hayan realizado una valoración de la situación funcional del paciente, así como una investigación de enfermedad en cuanto a pronóstico.²¹

La miocardiopatía restrictiva depende del tipo, en cuanto a la secundaria a hemocromatosis se lleva a cabo ambos trasplantes, es decir, trasplante cardíaco y trasplante hepático. Sin embargo, en la miocardiopatía restrictiva secundaria a amiloidosis hereditaria familiar, se pueden realizar ambos trasplantes al mismo tiempo o en tiempos diferentes.^{22, 23}

Factores de riesgo y contraindicaciones absolutas

Hoy en día, las contraindicaciones que presenta el trasplante cardíaco son escasas, por este motivo, se denominan condiciones que aumentan la morbilidad y/o mortalidad post-trasplante y no contraindicación como tal.

No obstante, aunque no haya contraindicaciones determinadas, cuando hay una contraindicación absoluta, dos contraindicaciones relativas o una mayor, el trasplante cardíaco está desaconsejado.

Es importante conocer los antecedentes del paciente ya que, la presencia de hipertensión pulmonar en el receptor puede hacer que el ventrículo derecho tenga un fallo inmediato post-trasplante. Hoy en día, no está establecido el grado de parámetros absolutos con la hipertensión pulmonar para que este sea una contraindicación del trasplante cardíaco, no obstante, gran parte de los centros en los que es realizado el trasplante, están de acuerdo en establecer como límite de inoperabilidad cuando haya una resistencia arterial pulmonar de más de cinco unidades de Wood.

Además, otro parámetro que se utiliza es el gradiente transpulmonar (presión que se mide de la arteria pulmonar-presión capilar pulmonar) mayor a 15mmHG. Hay que tener en cuenta, que en algunas ocasiones esta resistencia pulmonar se puede modificar mediante la utilización de fármacos, ya sea con inotrópicos como la dobutamina, vasodilatadores pulmonares como epoprostenol, o bien, mediante dispositivos de asistencia circulatoria ventricular mecánica temporal.

En consecuencia, a lo señalado con anterioridad, es importante que antes de que se dé por contraindicado un trasplante cardíaco, se intente una reducción de esa presión pulmonar con las alternativas mencionadas.

Otra contraindicación en el trasplante cardíaco son las infecciones sistémicas activas, importante saber que son contraindicaciones hasta que estas se hayan resuelto, ya que el tratamiento inmunosupresor hace que se produzca una mala evolución de estas.¹⁹

En cuanto a la infección por VIH se considera que es una contraindicación relativa ya que debe de ser valorada de forma concreta e individual en cada paciente, y observar el grado de afectación orgánica, así como en que estadio de enfermedad se encuentre. No obstante, si el paciente presenta algún antecedente de enfermedad tumoral sí que es importante y necesario descartar que haya una enfermedad residual.^{22,23}

El tratamiento con corticoides de forma prolongada dificulta el control metabólico en los pacientes con diabetes mellitus insulino dependientes, por lo que, no se trata de una contraindicación, pero si está demostrado que el pronóstico es peor frente a pacientes que no la presenten.²⁴

Si observamos el registro del ISHLT podemos observar que los trasplantes cardíacos han sido muy diversos en cuanto a las edades de los pacientes ya que dotan datos desde la edad perinatal hasta los 77 años, en cuanto a la media, está situada en los 50,7 años.

En referencia al límite superior de edad 65-70 años se ha observado y demostrado que el rechazo es menor al resto de los pacientes trasplantados, la morbilidad postoperatoria es mayor en cifras significativas, además del grado de recuperación funcional.²⁵

Teniendo en cuenta la dificultad para encontrar donantes, ya que es un número limitado, es de requisito obligatorio adquirir unos resultados lo óptimos posibles con relación a la supervivencia y la mejora funcional del paciente.

Cuando nos encontramos ante un paciente con consumo continuado de alcohol, tabaco o drogas, nos encontramos ante una contraindicación absoluta para el trasplante cardíaco. Un requisito para que puedan ser pacientes trasplantados es que al menos en seis meses demuestren una abstinencia, además de un informe por parte del equipo de psicólogos, en cuanto a contraindicaciones absolutas, además nos encontramos con psicopatías inestables, conductas suicidas o alteraciones significativas de personalidad.²⁶

En cuanto a la disfunción renal, se debe evaluar cuando las condiciones que presente el paciente hemodinámico sean óptimas para el descarte de la disfunción, y poder así excluir que se trate a una disfunción secundaria a una disminución del gasto cardiaco del paciente.²⁷

Características comunes entre receptores y donantes en los últimos años.

Receptores	Donantes
Prevalencia de género masculino.	Prevalencia de género masculino.
La edad media de los receptores es 52 años.	La edad media de los donantes es 42 años.
Índice de masa corporal (IMC): 25	Peso medio 72 kg.
Etiología de base: insuficiencia cardiaca dilatada no isquémica como primer factor.	Causas de la muerte: <ul style="list-style-type: none"> - 54,8% accidente cerebrovascular (acv) - 17,4% traumatismos - 27,6% otras causas
Presentaban un 15% de infecciones previas al trasplante.	La isquemia cardíaca después de fallecer, es decir, tiempo de isquemia se ha ido disminuyendo de forma considerable.
Enfermedades padecidas previas: diabetes tipo I, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	En torno a un 20% de los donantes sufrieron una parada cardiorrespiratoria antes de fallecer.

Cuadro 1. Característica de los receptores y de los donantes.

Fuente: Elaboración propia.²⁸

Selección de candidatos a trasplante cardiaco urgente

Para la selección del receptor hay que considerar que estamos ante una limitación en el número de donantes, la selectiva morbilidad relacionada con el trasplante y además de otras alternativas terapéuticas son vitales para la hora de la selección del donante y el receptor.²⁹

En todo paciente con shock cardiogénico o con insuficiencia cardiaca crónica que está agudizada que se encuentre en lista de espera de un trasplante cardiaco de tipo electivo, con menor edad de

65 años y un alto riesgo de fallecer teniendo en cuenta que el tratamiento optimizado y otras opciones quirúrgicas no funcionen de forma adecuada está planteado el trasplante cardiaco urgente.²²

Ante un trasplante cardiaco de urgencia, hay que tener en cuenta de que el paciente a intervenir sigue unos criterios para poder añadirlo en una lista de urgencia, es por ello, que el shock cardiogénico además de sus componentes que pueden ser revertidos, además del nivel de gravedad, el deterioro hemodinámico que presente el paciente, así como el tiempo que transcurra han de ser evaluados y valorados, así como si hay alguna presencia de fallos multiorgánicos.³⁰

No obstante, es importante mencionar que existen algunas contraindicaciones para el trasplante de urgencia, así como las mencionadas con anterioridad para el trasplante cardiaco en condiciones normales. Se ha de plantear el trasplante antes de que haya una complicación multiorgánica.

Además, en la inclusión de un paciente en la lista de trasplante cardiaco urgente participan distintas disciplinas, entre ellas, intensivistas, cirujanos cardiacos, cardiólogos...^{31,32}

Indicaciones de retrasplante cardiaco

El trasplante cardiaco no se realiza solo en pacientes de nueva causa, además se realizan retrasplantes, además son el 2% de los trasplantes hoy en día.³³

La enfermedad vascular del injerto es la causa principal de los retrasplantes cardiacos en un 66%. No obstante, es la última opción ya que primero se ha de intentar o considerar la revascularización coronaria. Si mencionamos la siguiente causa de re- trasplantación, se ha de mencionar el rechazo inicial de tipo agudo o grave, las indicaciones son estrictas ya que se trata de pacientes en estado grave que luego requieren de una estancia en un tiempo alargado en una unidad de cuidados intensivos ya que presentan una alta tasa mortalidad que contraindica de forma directa el retrasplante.^{18,27}

Mencionar, que un paciente que va a ser intervenido de un retrasplante cardiaco ha de ser analizado de la misma manera que un paciente que no haya sido nunca intervenido, prestando gran interés en la búsqueda de anticuerpos citotóxicos, en el caso de estos ser positivos, se realizarán pruebas cruzadas específicas. Presentan la misma supervivencia los pacientes negativos en estos anticuerpos como los positivos en los mismos.²²

Indicaciones para un retrasplante urgente y electivo

- Retrasplante urgente: se trata de un caso en el que hay un fallo agudo de injerto o bien un rechazo cardiaco agudo, grave o que no puede ser tratado de otra manera.
- Retrasplante electivo: se consideran, las enfermedades vasculares del injerto, la disfunción crónica del mismo o una enfermedad restrictiva del injerto.²²

Complicaciones crónicas en un trasplante cardiaco

- Insuficiencia renal tras TC

Ante un trasplante cardiaco, nos encontramos con la insuficiencia renal que se trata de una de las complicaciones a largo plazo más presentadas en pacientes intervenidos de esta cirugía. Además, el riesgo de padecerla aumenta de forma proporcional en base a la supervivencia de este tipo de pacientes.³⁴

Para la aparición de esta inciden muchos factores, entre ellos, la edad, el grado de deterioro de la función renal o la causa de la cardiopatía. La desventaja de esta complicación es que no existe una cura ni un tratamiento de carácter efectivo para su cura, es por ello por lo que la mejor elección es la prevención de su avance hacia un estado terminal de la siguiente manera:

- Identificar al paciente que presente un alto riesgo de insuficiencia renal terminal, en ello influye, la edad avanzada, la función renal que presentaba previa al trasplante y la aterosclerosis.³⁵
- Control exhaustivo de los factores de riesgo cardiovasculares como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipemia.³⁶

- Neoplasia tras TC

Dentro de las complicaciones que limitan la supervivencia de pacientes intervenidos de este tipo de trasplantes, las neoplasias están en a la cabeza limitándola a largo plazo.³⁷

Añadir, que, en nuestro país, los tumores en un 15-20% de los casos corresponden a la causa de mortalidad tardía.¹⁷

Es necesario un estudio profundo en consecuencia a que pueden surgir neoplasias de dos tipos, bien sea por la recidiva de una neoplasia que haya estado previamente³⁸ o por la transmisión por el donante o de nuevo origen.³⁹

Esta complicación se produce a los cinco años post-trasplante y afecta al 8% de los pacientes intervenidos, además, los tipos más frecuentes son los melanomas en este caso el espinocelular y seguidos a ellos, los tumores de tipo hematológico.^{40,41}

- Bradiarritmias

Tras la intervención, el paciente suele padecer bradiarritmias manifestadas como bradicardia sinusal normalmente en un 20% de los casos, y hasta entre un 2-20% necesitan la implantación de marcapaso por bradicardia persistente de tipo sintomática.^{42,43}

- Muerte súbita

En los pacientes trasplantados es una forma frecuente, además está en relación con enfermedad coronaria y con el rechazo de carácter agudo tras el primer año.^{44,45}

- Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus que aparece de forma nueva en los pacientes intervenidos de TC es una de las complicaciones que más reincidentes son a largo plazo, además, está indicada a los 5 años hasta en un 32%.^{46,47}

- Hipertensión arterial sistémica

Se encuentra en el 90% de los casos. El padecer esta enfermedad, supone un aumento en los niveles de angiotensina II que afecta directamente en que la enfermedad se mantenga de forma persistente.⁴¹

- Alteración metabólica

Estas alteraciones se deben a que la mayoría de los receptores padecen patologías de base, por lo que cuando a estas se le añaden inmunosupresores se produce un incremento del metabolismo celular por lo que, puede llegar a ocasionar obstrucciones vasculares de tipo coronario.⁴¹

Rechazo del trasplante cardiaco

El rechazo del trasplante cardiaco se produce en consecuencia a una respuesta inmunitaria del paciente que recibe la intervención.

Cuando se produce el rechazo, se realiza una biopsia endomiocárdica (BEM)⁴⁷. En base a esos resultados obtenidos, podemos clasificar el rechazo en tres tipos diferentes:

1. Rechazo hiperagudo:

Este tipo de rechazo no suele ser diagnosticado a través de esta biopsia en consecuencia a su gravedad, debido a que el ciclo que siguen impide la realización de esta. Sin embargo, supone la forma de rechazo que presenta un riesgo mayor. Este se desarrolla en las primeras horas una vez se restablezca el flujo sanguíneo.

2. Rechazo agudo celular:

Para el diagnóstico de este tipo de rechazo, se utiliza la BEM, además en ciertos casos está vinculada con signos de una insuficiencia cardíaca tales como disnea o aparición de enemas. No obstante, el pronóstico y la gravedad que tendrá el rechazo está relacionada directamente con la gravedad de estos síntomas, así como con la insuficiencia cardíaca.

Es el tipo más frecuente de rechazo cardíaco, además se detectan en torno al 40-70% de los casos de pacientes intervenidos de trasplante cardíaco. Se puede desarrollar en cualquier periodo una vez transcurrida la operación, pero es más frecuente en los seis meses siguientes.^{47,48}

3. Rechazo crónico:

Se trata de la complicación más tardía que es vital en el trasplante cardíaco debido a que este desemboca en un fallecimiento o en la necesidad de una nueva intervención cardíaca, es decir, en un retrasplante cardíaco.⁴⁹

Características del donante cardíaco

Uno de los requisitos primordiales para poder considerarse como posible donante es haberse diagnosticado y certificado en el donante una muerte encefálica, aunque haya criterios estrictos para ser donante hay que mencionar que como estamos en continuo crecimiento y necesidad de donantes ha hecho que en algunos casos no solo existan factores absolutos, sino que además haya factores relativos como los mencionados anteriormente.⁵⁰

Hay numerosas características que un donante ha de cumplir, no obstante, entre ellas se encuentran:^{51,52}

- Edad inferior en el hombre de 45 años y en la mujer de 50 años.
- No padecer ninguna enfermedad sistémica grave.
- Tener una completa ausencia de neoplasia con metástasis.
- Ausencia de enfermedades que son transmisibles, así como alguna infección que se encuentre activa.

- Que haya una compatibilidad en el grupo sanguíneo entre el donante y el receptor.
- El peso ha de ser equitativo, es decir, no puede ser ni superior ni inferior al del receptor en un 25%.
- Tiempo de extracción del corazón del donante no puede superar cinco horas.

Calidad de vida en pacientes intervenidos de trasplante cardiaco

Para poder evaluar la calidad de vida hay que conocer que su definición es multidimensional, es decir, están implicados varios factores, entre ellos, el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción en el ámbito que se desarrolle ya sea escolar o laboral o la situación económica.⁵³

La calidad de vida está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar, físico, mental y social, sin ser solo la ausencia de una enfermedad.⁵⁴

El término de calidad de vida lleva en estudio desde hace cincuenta años, en base a su implicación en la salud y en una enfermedad. En Ginebra en el foro Mundial de la Salud se determinó que la calidad de vida era la percepción que tenía un individuo acerca de su posición en la vida a nivel cultural, así como el sistema en el que desarrolla su vida, metas, expectativas y preocupaciones además de normas de este. En este concepto se veía englobado tanto la salud física, como el estado psicológico en el que se encuentra, nivel de independencia las relaciones sociales y con su entorno y por último con las creencias personales del individuo.⁵⁵

Sin embargo, en el ámbito médico la calidad de vida está estrechamente relacionada con la salud. Los profesionales sanitarios tenemos como objetivo garantizar y promover la calidad de vida en los pacientes mediante un tratamiento y una prevención. Para poder desarrollar de mejor manera la calidad de vida en estos pacientes, existen varias formas para medirla, entre ellas, cuestionarios para observar y analizar los problemas de la salud que estos presenten.^{56,57}

Los pacientes que son intervenidos de trasplante cardiaco se encuentran ante una nueva situación la cual les acarrea dificultades en su nueva vida, entre ellas es la aceptación del nuevo corazón proporcionado por un donante entre otros pensamientos, por ello se ve afectada su calidad de vida, en consecuencia, a que se ven condicionados, en consecuencia, es vital el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante esta nueva situación.^{58,59}

Además, el presentar este conflicto interno en estos pacientes, no solo condiciona la calidad de vida de estos, sino que, además, presentan un peor pronóstico en relación con que hay una

respuesta fisiológica peor que en una condición normal, por lo que, hay un aumento en los riesgos de padecer un rechazo al nuevo trasplante.⁵⁸

Para poder medir de forma adecuada la calidad de vida hay que tener en cuenta factores tanto objetivos como subjetivos, los factores objetivos tienen que ver con el individuo por lo que dependen del mismo, y los factores subjetivos son la satisfacción del individuo, así sean sentimientos negativos o positivos.^{59,60}

Escalas de medición de la calidad de vida

Para medir la calidad de vida en estos pacientes se pueden utilizar varios tipos de cuestionarios, por norma general se utilizan unos específicos para pacientes con insuficiencia cardíaca.⁵⁹

Tipos de cuestionarios	
Cuestionarios genéricos	Cuestionarios específicos
Health Survey (SF-36) EuroQol	Minnesota living with heart failure questionnaire. (MLHFG)

Cuadro 2. Tipos de cuestionarios para evaluar la calidad de vida de pacientes intervenidos de TC.

Fuente: Elaboración propia.⁵⁹

En cuanto al Health Survey (SF-36) es un cuestionario genérico que se suele emplear debido a que abarca un amplio abanico de ámbitos los cuales contribuyen a la comparación de varios parámetros para la evaluación de la calidad de vida de pacientes que presenten una enfermedad crónica.

En nuestro país, se utiliza el EuroQol sobre todo en el ámbito de atención primaria (AP), en consecuencia, a que se valora la salud en base al estado de gravedad mediante la utilización de una valoración social y midiendo el dolor que presente el paciente con una escala visual en este caso, la escala analógica EVA.

Como podemos apreciar en el *Cuadro 2*, también tenemos el cuestionario de Minnesota living with heart failure questionnaire, en este tenemos un análisis de una dimensión física y una dimensión emocional.⁵⁹

Historia de la Enfermería

Para poder entender la situación en la cual se encuentra hoy en día la Enfermería es de vital importancia conocer su historia, así como su evolución, así, además, podemos modificar y mejorar las necesidades sociales que se presentan día a día en nuestra sociedad.

Además, una enfermedad se ve claramente condicionada en base a como el paciente responde a dicha enfermedad, incluyéndose además cómo busca ayuda para solventar la misma, el profesional que interfiere y el grupo social al que pertenece. No obstante, no podemos crear un estereotipo en base a generalizaciones culturales ya que así de esta forma, el personal de enfermería será más sensible en cuanto a actitudes y aptitudes empáticas.⁶¹

No solo ha ido cambiando la Enfermería, sino que, además, los cuidados que esta aporta han estado en continua evolución, esto ha sido debido a los momentos históricos, la percepción de enfermedad-salud destinados a cada cultura o grupo cultural.

Señalar que los cuidados y en concreto la enfermería, han de basarse en conocimiento y acción, así como significados que estén implicados en los mismos y su correcta interpretación.⁶²

La historia de la Enfermería se encuentra estrechamente relacionada con la historia de los cuidados, por lo que se ha definido que la enfermería no es solo una profesión, sino que además es un ejercicio de las denominadas “prácticas cuidadoras”. En los orígenes de estos, las personas que los llevaban a cabo no disponían de conocimientos, sino que se basaba en intuición, no obstante, aunque no recibieran ningún nombre en específico desarrollaban cuidados enfermeros.⁶³

Por otro lado, la Enfermería ha estado influida por diversos hechos y valores sociales que han ocurrido en torno a la misma en cada momento y que en base al transcurso de la historia se han ido modificando. Como fundadora de la enfermería moderna es sin lugar a duda Florence Nightingale ya que introdujo con la profesión las ciencias de la salud en hospitales militares de tal forma que se redujo la tasa de mortalidad en este caso, del ejército británico de un 42% inicial a un 2%.⁶⁴

Cuidados enfermeros en pacientes intervenidos de trasplante cardiaco

Los cuidados de enfermería ante un paciente intervenido de trasplante cardiaco se caracterizan según en qué fase de este se encuentre el paciente.

Hay que señalar que cuando un paciente es intervenido de un trasplante cardiaco, se ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en las primeras horas y primer día, es decir, en el postoperatorio inmediato.

Como ha sido mencionado anteriormente, los cuidados dependen de la fase por lo que a continuación se mostrarán las actividades que desarrolla el personal de enfermería en cada una de ellas:

1. Preparación del paciente candidato a ser trasplantado:

Una vez el paciente vaya a ser trasladado a quirófano para su correspondiente intervención, la enfermera ha de disponer de su historia clínica, así como un informe cardiológico completo del mismo.

Las actividades enfermeras que se desarrollan en esta primera fase son: toma de signos vitales, peso y talla, realización de analítica sanguínea completa, así como pruebas cruzadas, muestra de orina y un electrocardiograma (ECG).

Seguidas a estas, la enfermera ha de canalizar una vía venosa periférica en un miembro superior, reservar cuatro unidades de concentrado de hematófés para una posible trasfusión, y cinco unidades de plasma, así como se encargará de asegurarse de que se disponga una radiografía de tórax de tipo postero anterior además de lateral.

El paciente, además, ha de estar completamente rasurado y aseado con antiséptico, así como con un enema de limpieza ya aplicado. En cuanto a la dieta del paciente, la enfermera ha de garantizar que este se halle en dieta absoluta y de administrar la medicación prequirúrgica pautaada por el médico responsable. Es muy importante revisar el consentimiento informado (check list de quirófano), así como de gestionar y educar al paciente en cuanto a sentimientos tales como miedo, inseguridad o desconfianza.^{65,66}

2. Recepción en la unidad de cuidados intensivos al paciente ya intervenido

Para esta recepción es necesario dos personales de enfermería, un auxiliar de enfermería y un médico. Los cuidados que el personal de enfermería ha de prestar son los siguientes:

En primer lugar, se ha de desconectar al paciente del respirador portátil que presente y se ha de conectar al respirador de la UCI, comprobando de esta manera la correcta ventilación, así como ver la simetría pulmonar.

A continuación, se ha de monitorizar al paciente obteniendo los siguientes datos: frecuencia cardiaca, electrocardiograma, presión de perfusión cerebral (PCP), la presión venosa central (PCV), una vez obtenidos los datos se ha de anotar en la historia clínica del paciente.

Luego, se ha de conectar los sistemas de drenaje a los sistemas de vacío comprobando su funcionamiento y permeabilidad, además, se revisan los catéteres, drenajes y dispositivos.

Se controlan los sondajes, tanto el vesical como el sondaje nasogástrico si se precisara, además se comprueba y se administran los fármacos pautados y se realiza una analítica estándar de la arteria radial así, de esta manera, se pueden determinar valores químicos, así como coagulación y hemograma, siempre por pauta médica.

Por último, se controla la temperatura del paciente y se evalúa su nivel de consciencia mediante escalas, se coloca al paciente en posición de semi-fowler y se realiza tanto un electrocardiograma como una radiografía de tórax.^{66,67}

3. Cuando el paciente se halla estable

Una vez el paciente se encuentra en estado estable, el personal de enfermería ha de:

Realizar una medición y registrar los parámetros hemodinámicos, así como respiratorios del paciente cada quince minutos en las primeras dos horas tras la operación, no obstante, a continuación de estas, se realizará cada hora.

Se ha de verificar la permeabilidad y llevar un control del sangrado de los drenajes torácicos, comprobar y verificar el sondaje nasogástrico. Verificar el estado de la sonda vesical, y en un control horario verificar, la temperatura, la glucemia y la diuresis que presente el paciente, se ha de mantener un ritmo de 0,5ml/kg/h.

Se utilizará la escala EVA para ir evaluando el dolor que presente el paciente intervenido, se realizará un cuidado de las vías en base al protocolo de bacteriemia zero, y se extraerá analítica y administrará tratamiento según orden y pauta médica.^{66,67}

4. Evolución de los cuidados

Las primeras horas tras el trasplante cardiaco también se denominan “día cero”, la enfermera ha de vigilar, así como registrar los signos vitales cada media hora o una hora en base a la situación clínica en la que se encuentre el paciente.

Se ha de realizar una higiene bucal cada 6-8 horas mediante el uso de clorhexidina al 0,2% seguida de una correcta aspiración, además, se extuba al paciente más o menos a las 8-12 h posteriores a la intervención, esto está condicionado en base a como este la situación hemodinámica del paciente por lo que se ha de valorar. Se realiza una fisioterapia respiratoria y se realiza una cura de la esternotomía (herida quirúrgica), cada 48 horas o si se produce sangrado, las curas se realizan de forma estéril para garantizar la seguridad del paciente.⁶⁸

Administración de tratamiento farmacológico según pauta médica, además, es muy importante la nutrición del paciente por lo que, se realizan cuidados de la sonda nasogástrica, mediante higiene bucal, cambio de apósitos diarios vigilando zonas de presión para evitar la formación de úlceras.⁶⁸

Se realizará un cuidado de la sonda vesical diariamente, vigilando la diuresis y manteniendo la permeabilidad de esta. Se han de iniciar ejercicios pasivos en las 24 h posteriores a la intervención y una vez transcurridas 48 h se ha de motivar e incentivar al paciente con sedestación y bipedestación.^{66,68}

Por último, se ha de extraer analítica en base a pauta, normalmente de forma diaria, además un control de la glucemia, realización de radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG) de forma rutinaria.⁶⁸

Es importante diferenciar entre el cuidado en el postoperatorio inmediato y en el cuidado en el postoperatorio no inmediato.

- Cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato

El personal de enfermería en el postoperatorio inmediato se encarga de asegurar el bienestar del paciente de tal forma que este se encuentre estable y que se evite de la mejor manera cualquier tipo de complicación que este pueda presentar. Estos cuidados son similares a la llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos, hay que destacar que puede haber un fracaso ventricular por lo que hay que ser expresamente cautos.⁶⁹

- Cuidados enfermeros en el postoperatorio no inmediato

El postoperatorio no inmediato está formado por el transcurso de tiempo en el cual el paciente es dado de alta en la unidad de cuidados intensivos y se traslada a planta, en planta el paciente recibe los siguientes cuidados enfermeros: toma de signos vitales, balance hídrico en cada turno, cuidados de la vía venosa periférica y de la sonda vesical, así como de la herida quirúrgica y realización de la cura de esta y los drenajes torácicos.⁶⁹

Además, en esta etapa, el personal de enfermería se encarga de fisioterapia respiratoria, administración de medicación según pauta médica, recolección de muestras y realización de analíticas pertinentes, además de administrar un tipo de dieta hiperproteica, baja en sal y en grasas de origen animal.⁶⁹

Otra función de la enfermera es supervisar las visitas que recibe el paciente, instruyendo en la familia, así como en el paciente en la vida del paciente una vez intervenido, en su higiene, medicación y efectos secundarios entre otros ámbitos. Además, es de vital importancia explicarle al paciente la sintomatología que ha de percibir y saber cómo actuar ante ella.⁷⁰

Los síntomas que ha de saber valorar el paciente son, la fiebre, presencia de tos, irritación de garganta, sudoración o presencia de escalofríos, cambios en la tensión arterial o en la frecuencia cardíaca ya sea bradicardia o taquicardia. Una vez recibida el alta médica, es importante recordarle la dieta, esta ha de ser equilibrada baja en sal, y animar al paciente a realizar ejercicio ligero.⁷⁰

JUSTIFICACIÓN

Como bien es sabido, el trasplante cardíaco es una intervención quirúrgica que se basa en la sustitución del corazón como órgano enfermo por otro que funcione de forma correcta, esta intervención además de suponer un avance en la medicina también produce un incremento notable en la supervivencia y en la esperanza de vida de pacientes que padecen de enfermedades cardíacas crónicas graves, además, es una alternativa para los pacientes que presentan una insuficiencia cardíaca terminal.

Las enfermedades cardiovasculares hoy en día constan la principal causa de muerte en el mundo⁷⁰, en nuestro país, es la segunda causa, siendo la insuficiencia cardíaca la cuarta causa de muerte de tipo cardiovascular, cabe destacar que es la principal causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años, por lo que esto supone un gasto sanitario del 2,5%.⁷¹

Para lograr un buen resultado de este, no solo es importante la intervención quirúrgica en sí, así como las complicaciones hemodinámicas o físicas que se puedan llegar a presentar, además, también influye de forma directa la respuesta emocional que el paciente manifiesta posteriormente a la intervención, es por ello, que el paciente se encuentra condicionado para la percepción de la calidad de vida por ambos factores.

Es de vital importancia, que los cuidados que proporciona el personal de enfermería estén orientados a las necesidades que el paciente presente en los diversos ámbitos, religioso, espiritual, emocional o social, entre ellos, los cuidados que presta el personal de enfermería producen una mejora en la evolución clínica del paciente, así como una mejor calidad de los cuidados.

Los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco recaen de forma directa en el papel que desarrolla el personal de enfermería ya que se les proporciona una visión nueva de adaptación ante la nueva situación, en la cual, se producen cambios en las actividades básicas de la vida diaria, por lo cual, el personal de enfermería debe contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente.

No solo los cuidados de enfermería son muy importantes en el proceso de adaptación a esta nueva situación, sino que, además, la valoración y las intervenciones que se realizan producen un mejor impacto en la recuperación y en la mejora de la calidad de vida. Es muy importante realizar una revisión bibliográfica sobre cómo afecta en el paciente esta intervención, para la mejora de y el estudio de esta así para su conocimiento para determinar en qué factores contribuye la participación enfermera.

Además, conocer cuáles son las patologías que hacen que el paciente requiera de esta intervención y su prevención, nos ayuda a los profesionales enfermeros a conocer la mejora previa de las mismas mediante una intervención activa.

OBJETIVOS

- Objetivo general: Describir la evidencia científica publicada a nivel internacional sobre cuidados enfermeros en pacientes intervenidos de trasplante cardíaco.
- Objetivos específicos:
 - Definir cuáles son los principales cuidados empleados para estos pacientes.
 - Analizar el papel de las enfermeras dentro de la investigación sobre los cuidados en los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco.
 - Enumerar cuáles son las principales variables descritas en la literatura, relacionadas con los cuidados enfermeros, en esta población.
 - Describir que aspectos mejoran en la vida de los pacientes intervenidos de trasplante cardíaco en base a los cuidados enfermeros.

METODOLOGÍA

Debido a que el objetivo de este trabajo es amplio, se decidió abordar este estudio a través de una revisión bibliográfica con la que se pretendió explorar y describir la evidencia disponible sobre la eficacia-efectividad de las intervenciones enfermeras para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trasplante cardíaco.

Todos los datos de esta revisión están disponibles en el siguiente qr, se encuentran los criterios de inclusión y exclusión, así como un Excel en el cual se representan los 147 artículos y su exclusión por motivo indicado.



Búsqueda bibliográfica

El proceso de búsqueda bibliográfica es un componente fundamental dentro de cualquier investigación ya que de este depende la calidad de la base de evidencia con que se desarrollaría el estudio que se pretende llevar a cabo.⁷² El objetivo en este caso se centra en conseguir una cobertura exhaustiva, manteniendo un grado moderado de precisión en las referencias recuperadas, lo que implica un nivel de complejidad, que varía en función de los objetivos.

El objetivo de esta búsqueda bibliográfica exhaustiva y sistémica, ha sido localizar estudios originales, a nivel internacional, que aborden experiencias de cuidados enfermeros dirigidas a mejorar la calidad d vida de los pacientes con trasplante cardiaco.

Para este trabajo, se llevaron a cabo diferentes acciones encaminadas a diseñar las estrategias de búsqueda bibliográficas, en los recursos de información seleccionados. El proceso de búsqueda completo incluyó varias acciones encaminadas a responder la pregunta de investigación con la que se pretendió describir el papel de los enfermeros en la mejora de la calidad de vida de pacientes con trasplante cardiaco.

Selección de fuentes de información

El primer paso en este proceso consistió en desarrollar una búsqueda manual para localizar investigación de calidad, basada en evidencias, publicada por alguna institución dedicada a la investigación u organismo gubernamental a nivel mundial. Para este primer objetivo, se consultó en el metabuscador Trip. Del mismo modo, fueron lanzadas diferentes búsquedas en la base de datos internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO desarrollada por el Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York.

Posteriormente, las estrategias de búsqueda estructuradas fueron diseñadas inicialmente en la base de datos Embase y posteriormente traducidas y ejecutadas en las bases de datos Medline All (a través de Elsevier-embase), CINAHL (a través de EbscoHOST) y la base de datos Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) y Scielo, accesibles a través de la Web of Science (WoS).

Diseño de la estrategia de búsqueda

Como ha sido indicado en el apartado anterior, la estrategia de búsqueda se testó en la base de datos Embase, donde fueron probadas diferentes combinaciones de términos a lo largo de varias

pruebas. Los resultados de las pruebas aparentemente más adecuadas se fueron comparando entre sí, con el objetivo de valorar la relación entre precisión y exhaustividad de los resultados⁷³. El tiempo disponible para el desarrollo de este trabajo fue un factor preponderante en la toma de decisiones respecto a la exhaustividad.

La estructura de las estrategias se basó en los principales conceptos definidos en el marco PICO. Las palabras clave se extrajeron por medio de la técnica de bola de nieve, de algunos trabajos de referencia recuperados a través de la búsqueda manual inicial, a partir de las palabras clave definidas por los autores de estos estudios, así como los términos pertinentes identificados dentro del título y resumen de estos. De la misma manera, se seleccionaron algunos de los sinónimos sugeridos en la búsqueda dentro del tesoro de Embase.

Las búsquedas se lanzaron a través de los campos título y resumen, es el caso de las palabras clave. Los descriptores (mesh y emtree), se seleccionaron atendiendo al vocabulario contralado, definido en los tesauros de las diferentes bases de datos. Los resultados se limitaron a publicados en inglés y español. La sintaxis de búsqueda fue traducida para su ejecución a través de las diferentes interfaces de los recursos seleccionados. Las estrategias de búsqueda completas, la información de las fuentes, así como el resumen de los resultados se detallan en el **anexo (1), anexo (2), anexo (3), anexo (4) y anexo (5)**.

Gestión de referencia

Los resultados de cada estrategia fueron exportados desde las bases de datos, en formato ris o txt, según el formato de exportación aplicable. La información incluida fueron las citas completas y el resumen de cada registro. Estos archivos fueron importados a RefWorks (ProQuest), donde se creó una base de datos para la posterior eliminación de duplicados, que fueron identificados, primeramente, a través de la función automática de Refworks. En este caso, se pidió al programa que comparara referencias por título, autor y año. En una segunda revisión se pidió a la herramienta de búsqueda de duplicados que localizara coincidencias por título, revista y año. Por último, se hizo una revisión manual con el objetivo de identificar algún posible duplicado, que no hubiese sido identificado en la búsqueda automática. Las referencias sin duplicados fueron nuevamente exportadas en formato txt, para la fase de selección. Las tablas con el resumen de los datos son las siguientes.

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha acceso	Nº de resultados obtenidos
Embase	Embase/Elsevier	18/04/2023	35
Medline All	Embase/Elsevier	18/04/2023	50
Cinahl	EbscoHOST	18/04/2023	91
SCI-EXPANDED	WoS	18/04/2023	15
Scielo	WoS	18/04/2023	5
TOTAL			196
DUPLICADOS			50
TOTAL SIN DUPLICADOS			146

Cuadro 3. Base de datos.

Fuente: Elaboración propia.

Criterios de elegibilidad

- Criterios de inclusión:

1. Idioma: trabajos en inglés, español y portugués.
2. Tema: intervenciones enfermeras para mejorar la calidad de vida de pacientes intervenidos de trasplante cardiaco.
3. Población: pacientes mayores de 18 años.
4. Tipo de publicación: Artículos originales
5. Diseño de estudio: Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudio de casos.

- Criterios de exclusión:

1. Idioma: trabajos que no estén en inglés, español y portugués.
2. Tema: artículos que no mencionen intervenciones enfermeras para mejorar la calidad de vida de pacientes intervenidos de trasplante cardiaco.
3. Población: menor de 18 años.
4. Tipo de publicación: diferente a artículos originales, diferentes a revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudio de casos.
5. Texto no disponible.

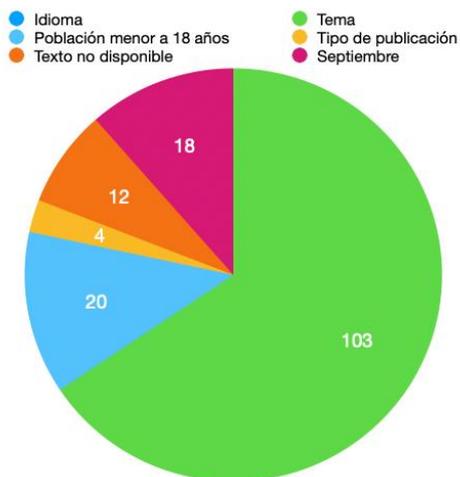


Figura 2: Distribución de los criterios de exclusión en la selección de los 146 artículos.

Fuente: Elaboración propia.

En la **figura 2** podemos apreciar que:

1. Por idioma no se descartaron artículos en consecuencia a encontrar todos en inglés, español y portugués.
2. Por tema, se descartaron un total de 103 artículos debido a que no hablaban de las intervenciones enfermeras para la mejora de la calidad de vida de pacientes intervenidos de trasplante cardiaco.
3. Por población, un total de 20 artículos al ser de menores de 18 años.
4. Tipo de publicación, 4 artículos descartados.
5. Por texto no disponible, se descartaron un total de 12 artículos.

Proceso de selección de estudios

El proceso de cribado de las referencias recuperadas con la búsqueda se llevó a cabo en dos fases. En primer lugar, por título y resumen y posteriormente a texto completo. Los trabajos marcados en la primera fase como seleccionados y aquellos que por alguna cuestión supusieron una duda, pasaron a la fase de selección a texto completo, en la que se tomó la decisión definitiva. La extracción de datos de los trabajos incluidos se llevó a cabo en Microsoft Excel 365.

RESULTADOS

De un total de 146 artículos se seleccionaron 8 (Véase en **qr** en apartado metodología). Un 50% de los mismos son de origen inglés. A pesar de ello el 15% de los estudios y las revisiones que han sido seleccionadas son procedentes de España. (Figura 2)

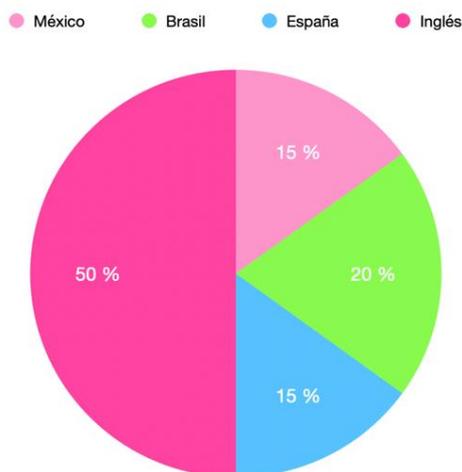


Figura 3. Clasificación de los artículos seleccionados en base al lugar de su publicación.

Los principales temas recogidos en los artículos seleccionados se han clasificado de la siguiente manera:

1. Mejora de la calidad de vida de pacientes intervenidos de trasplante cardiaco con relación a cuidados enfermeros
2. Cómo afecta la teoría Parse en la afrontación del paciente intervenido de trasplante cardiaco en la mejora de su calidad de vida
3. Cómo influye la actuación de un equipo multidisciplinar tras una intervención de trasplante cardiaco en un paciente

1. Mejora de la calidad de vida de pacientes intervenidos de trasplante cardiaco en relación con cuidados enfermeros

Se ha observado que conocer el perfil del receptor del trasplante cardiaco es fundamental para comprender de forma más amplia al paciente.

La edad en la cual se han observado que los pacientes requieren un trasplante cardiaco oscila entre los 18 y los 63 años, además, que un 33% eran del género masculino, si mencionamos el estado civil de estos, entorno a un 38-77% están casados. Además, como se ha mencionado

anteriormente, la calidad de vida depende de varios factores que se ven condicionados en situaciones tales como una intervención quirúrgica.⁷⁴

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el trasplante cardiaco en estos pacientes mejora la calidad de vida, además, se ha demostrado que la mayor parte de estos pacientes presentan un alto grado de satisfacción tras la intervención ya que consideran que están viviendo “una nueva vida”, mencionar además que durante la espera de este trasplante se produce un momento de angustia en la vida del paciente y de desesperación.

Como es normal, estos pacientes intervenidos de trasplante cardiaco han de seguir unas indicaciones más especiales, en este caso, por ejemplo, han de tener una prevención mayor frente a infecciones, alimentación sana y un mantenimiento del peso entre otras, es por ello que el equipo sanitario de enfermería tiene un papel prioritario en consecuencia a que ha de favorecer e intervenir en la promoción de la salud de estos.

La mayoría de los pacientes que se someten a esta operación, experimentan la cirugía como una nueva oportunidad, además se produce un aumento del bienestar tras esta intervención, sin embargo, con el transcurso de los días se genera una angustia y miedo al enfrentarse a una nueva situación de incertidumbre en el paciente y en su familia por no saber cómo han de convivir con esta nueva situación.⁷⁵

En consecuencia, a esto, no solo hay un cambio en el paciente, sino que, además, hay un cambio en el estilo de vida de sus seres más allegados. Por ello es de vital importancia que el personal de enfermería mediante la sensibilidad perciba, evalúe y ayude a estos pacientes, así como a su entorno a desarrollar estrategias de promoción de la salud y bienestar.

En base al NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), se ha obtenido como a partir del diagnóstico enfermero se pueden organizar intervenciones para lograr mejores resultados.⁷⁶

Mediante este diagnóstico no solo se puede ver al paciente de forma individual, sino que, además, se puede observar de forma más compleja y amplia, de tal forma que podemos evaluar sus necesidades y así contribuir en un plan de acción consecuente y efectivo.

Además, este diagnóstico aporta criterios que pueden ser evaluados para la mejora del cuidado, dando apoyo y animando al paciente en su tratamiento. De esta manera, mediante este diagnóstico enfermero, se puede garantizar una intervención ante el paciente en la fase postoperatoria,

mejorando la supervivencia y calidad de vida del paciente, por lo que, concluir con que el buen uso de este diagnóstico produce una acción facilitadora para la atención de las necesidades del paciente.⁷⁷

Las intervenciones enfermeras en la cirugía cardíaca tienen como objetivo la evaluación, la detecta y la intervención de complicaciones una vez el paciente se encuentra intervenido del trasplante cardíaco. Para que esto se desarrolle de forma correcta, es imprescindible que el personal de enfermería sepa los antecedentes del paciente.

Mencionar que una vez dado el paciente de alta hospitalaria este acudirá a consulta de enfermería para curas e intervenciones por lo que es importante continuar con las pautas y recomendaciones contribuyendo en la educación sociosanitaria del paciente. Hay que recordar que la educación de la salud no es solo transmitir los contenidos sino, además, prácticas educativas para la autonomía del paciente en su autocuidado y gestión.⁷⁷

Al incluir a los familiares como parte del paciente y su recuperación, fomentar su participación, se produce un incremento en la mejora de la calidad de vida del paciente. Además, añadiendo la enseñanza individual, la consulta de enfermería postoperatoria es de vital importancia para la promoción de la salud, el trabajo de los profesionales enfermeros ha de ser continuo proporcionando una recuperación en la calidad de vida del paciente y de su familia, así como su mejora.

2. Cómo afecta la teoría Parse en la afrontación del paciente intervenido de trasplante cardíaco en la mejora de su calidad de vida

La teoría Parse se basa en el respeto al ser humano, considerando a este como un ser único que tiene que ser valorado como agente de su propia salud. Es por ello, que los profesionales sanitarios tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida de estos pacientes, de forma que actúe como mediador mejorando su calidad de vida y estando al frente ante estas modificaciones.⁷⁸

Mediante el estudio de como un paciente intervenido de trasplante cardíaco mejora su calidad de vida en base a la introducción de teorías y con la ayuda del personal enfermero se obtuvo lo siguiente:^{78,79}

Significado de vivir con un trasplante cardiaco	Desarmonía en la vida tras el trasplante cardiaco	Búsqueda del buen vivir tras la intervención
La enfermera ha de acercarse al paciente mostrando interés y caminando de la mano con el sujeto sin juzgar o etiquetar.	Cambio en la rutina diaria de estos pacientes en base a cuidados nuevos como prevención de enfermedades o alimentación saludable.	Favorecer la trascendencia del sujeto trasplantado cardiaco.
Satisfacción ante el cuidado enfermero.	Estrés ocasionado por cambios hacia nuevos hábitos alimenticios.	La práctica educativa ha de estar centrado en la experiencia de cada uno en base a su perspectiva.
Insatisfacción para adaptarse al nuevo estilo de vida postrasplante.	Temor hacia el rechazo cardiaco.	Garantizar la singularidad del paciente.
Adaptaciones familiares, económicas, sociales.	Muestran deseo para recibir educación sanitaria para minimizar ansiedad y temores.	Toma de decisiones activa favorece que los sujetos participen en el proceso de su salud y enfermedad.
Los pacientes crónicos que llevan tiempo esperando el trasplante tienen un déficit grave en capacidad física.	Tratamiento farmacológico que produce un deterioro en las defensas inmunológicas.	Afrontamiento de situaciones des armónicas en el proceso.
Miedo a la muerte.	Miedo a padecer una enfermedad en consecuencia a tratamiento farmacológico.	Atención educativa desarrolladas por la enfermera favorece su autonomía e involucramiento en el proceso.
Preocupaciones tratadas por el enfermero como propone la teoría Parse.	Dificultad de las enfermeras para comprender a los sujetos.	Desarrollar cuidado basado en la teoría de Parse para que trascienda.

Cuadro 4. Resultados de la teoría Parse en pacientes intervenidos de trasplante cardiaco.

Fuente: Elaboración propia).

El cuidado orientado a la individualidad respetando las necesidades de cada paciente ha demostrado ser eficaz para que el paciente enfrente los cambios post trasplante en consecuencia

a participar a su mejora ya que se convierte en agente de su salud y en tomar decisiones para mejorar su calidad de vida con la ayuda del personal de enfermería y sus cuidados.⁷⁹

3. Cómo influye la actuación de un equipo multidisciplinar tras una intervención de trasplante cardiaco en un paciente

El éxito del trasplante cardiaco ha aumentado en base al tratamiento de las complicaciones infecciosas y a biopsias cardiacas en la monitorización del rechazo, así como la utilización de fármacos para la mejora de este y la evitación del rechazo.⁸⁰

Mediante un estudio sobre el trasplante se tuvo en cuenta como las enfermeras forman parte de un equipo multidisciplinar, por lo que se ha de conocer de forma correcta las complicaciones así como desarrollar habilidades para trabajar de forma más eficaz, el personal de enfermería es de vital importancia en la prevención de la infección (principal riesgo de rechazo y mortalidad) en el paciente intervenido de trasplante cardiaco, mediante esto logramos reducir en el paciente la angustia, ansiedad o dudas que puedan surgirle.⁸⁰

Sin embargo, conocer la experiencia por la que pasan los pacientes intervenidos en la unidad de cuidados intensivos es de vital importante y de gran aportación a los profesionales sanitarios para entender y ofertar unos cuidados de calidad.

Mediante este estudio se observaron diferentes comportamientos y reacciones ante las fases por las cual transcurre un paciente intervenido de trasplante cardiaco.

Situaciones por las que transcurre el paciente en su curso pre-en y post cuidados intensivos (UCI).			
Antes de acudir a la UCI	Pacientes enfermos esperando a ser intervenidos de trasplante cardiaco.	La enfermería para estos pacientes es vital porque podemos detectar los principales síntomas de insuficiencia cardiaca.	Fase más traumática del proceso, más angustiosa y con mayor número de limitaciones.

Fase en la que el paciente se encuentra en la UCI	Pacientes con respuestas anímicas, aunque con incertidumbre ante si este trasplante funcionará de forma efectiva.	Miedo por lo desconocido, por los cambios y estrés o tolerancia hacia esos cambios.	Transmitir cuidados de calidad transmite seguridad y tuvo repercusión en la mejora de estos pacientes.
Fase después de la UCI	Pacientes con sensación de comenzar una “nueva vida”.	Miedo a las complicaciones y al rechazo cardíaco.	Revisiones periódicas con enfermería y medicina que ocasionan tranquilidad y estabilidad en el paciente.

Cuadro 5. Situaciones por las que transcurre el paciente en su curso pre-en y post cuidados intensivos (UCI).

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Como sabemos el trasplante cardiaco es una intervención quirúrgica caracterizada por su complejidad, así como por su esperanzadora salvación y mejora de la vida de los pacientes que requieren de esta.

Sin embargo, esta operación además de generar una mejora en la calidad de vida interviene también de forma negativa en esta en consecuencia a los cambios físicos, sociales, económicos y de estrés o temor, entre ellos.

Entre las preocupaciones de los pacientes que se someten a esta intervención, se encuentra la ansiedad por lo desconocido, pero sobre todo el principal sentimiento que experimentan es el miedo a que se produzca en ellos un rechazo cardiaco y que este trasplante haya sido en vano,

Cuando introducimos los cuidados de enfermería en estos pacientes, le brindamos una mejora directa en su calidad de vida. Tenemos que ver la enfermería al igual que el término de calidad de vida, es decir, como un enfoque multidisciplinar ya que al combinar todos los factores que afectan al paciente en este ámbito, logramos intervenir de forma directa sobre ellos y conseguir en este una mejora en su calidad de vida, así como en la esperanza de esta al influir en los factores que disminuyen esta.

Además, cuando incluimos un diagnóstico enfermero, estamos adelantando este proceso, así como actuando directamente sobre el problema que le surge al paciente, por lo que hay un adelanto en la mejora y una calidad notable sobre la misma.

Para poder valorar la calidad de vida del paciente se utilizan numerosos cuestionarios para evaluar todos los factores influyentes, por ello, la enfermera ha de conocer y utilizar estas herramientas para poder realizar una correcta anamnesis y actuación, un ejemplo de un cuestionario útil para ello es el cuestionario SF-36.

Las intervenciones enfermeras en una cirugía cardiaca tienen como principal objetivo la evaluación, detecta e intervención de complicaciones cuando el paciente ya se halle intervenido de trasplante cardiaco.

Además, la enfermera desarrolla un papel vital en estos pacientes ya que se encuentra en primera línea ante la aparición de síntomas o signos, por ello es primordial que se disponga de un conocimiento de ello para saber cómo y cuándo actuar de la mejor forma posible.

Cuando se le da de alta al paciente la enfermera también realiza un papel de vital importancia ya que se encarga de la educación sociosanitaria de este paciente, así como de su seguimiento y cumplimiento de tratamiento y pautas médicas establecidas en su situación individual.

Además, existen teorías como la teoría Parse que hace que haya una mejor relación entre el personal de enfermería en relación con el paciente intervenido, esto hace que el paciente sienta seguridad y confianza y que, además, lo más importante, que el paciente tome consciencia y juicio sobre su enfermedad, así como en la toma de decisiones como en la detecta y aviso ante cualquier sintomatología, como un aumento de la presión arterial o fiebre, entre ellas.

La atención por parte de la enfermera se divide en dos etapas, el postoperatorio inmediato y el tardío, ya que no solo hay un aporte de enfermería en el ámbito hospitalario, sino que además cuando el paciente se encuentra en su domicilio esta tarea continua, manteniendo el estado de salud óptimo del paciente, controlando alimentación, ejercicio físico leve, el abandono de hábitos tóxicos y el cumplimiento del tratamiento farmacológico entre ellas.

Como es sabido, la enfermería es el arte del cuidar y fomentar el cuidado y la mejora de la salud, así como promover la salud es una tarea no visible que debemos de realizar, de esta manera ayudamos a los pacientes a incrementar su salud y por lo tanto contribuir en la medida de lo posible en generar en ellos un aumento de la calidad de vida, mediante conocimientos y además mediante empatía y tacto sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodwell J, Munro L. Relational regulation theory and the role of social support and organizational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22 (21-22):2160-9.
2. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The focus of the discipline revisited. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008; 31 (1): E16-27. Doi:10.1097/01. ANS.0000311533. 65941.f1.
3. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. www.who.int. 2021.
4. NEWMAN M, SIME M, CORCORAN S. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci* 1991;14: 1-6.
5. Garrido-Cantarero G, Matesanz-Acedos R. Epidemiología de la donación y el trasplante en España. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*. 2007; 25(1):54–62. <http://doi.org/10.1157/13096751>
6. SAYAGO I, GARCÍA F, SEGOVIA J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol* 2013;66: 649-656. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.014>
7. Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Trasplante. [consultado el 2 de abril de 2023] Disponible en: <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Trasplante.aspx>
8. Primer trasplante cardíaco [Internet]. www.ont.es. [consultado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ont.es/home/Paginas/Primertrasplantecardiaco.aspx>
9. Ubilla M, Mastrobouni S, Martín Arnau A, Cordero A, Alegría E, Gavira J et al. Trasplante cardíaco. *Anales Sist Sanit de Navar*. [Internet]. 2006 [citado 3 de marzo de 2023]; 29 (2):63-78. Disponible en: <https://bit.ly/2MzaxjN>
10. Fernán del C, Mendoza MD. Aspectos ético-legales del trasplante del corazón Ethical and legal aspects of heart transplant. *Rev. Col. Cardiol*. 2007; 14 (5): 259-275.
11. 12. Ríos-Martínez B, Huitrón-Cervantes G, Rangel-Rodríguez, G. Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Arch. Cardiol. Méx*. 2009;79 (4): 1665-1731.
12. Organización Nacional de Trasplantes. [Acceso el 14 de marzo de 2023]. Disponible en <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Memorias.aspx>.
13. M.G. Crespo Leiro, M.J, Paniagua Martín. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca refractaria o avanzada. *Rev Esp Cardiol*, 57 (2004), pp. 869-883. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15373993/>
14. Martínez-Sellés M, Vidán MT, López-Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, Cornide M, Carrillo P, Ribera JM, Díaz-Castro O, Bañuelos C; Spanish Society of Cardiology Section on Geriatric Cardiology & quot; Endstage heart disease in the elderly"

- working group. End-stage heart disease in the elderly. *Rev Esp Cardiol.* 2009 Apr;62(4):409-21. English, Spanish. doi:10.1016/s1885-5857(09)71668-8.
15. Almenar L, Alonso-Pulpón L, Crespo-Leiro MG, Arizón JM, González-Vílchez, Palomo J, et al. Influence of donor and recipient characteristics on recipient survival: an analysis of data in the Spanish Heart Transplantation Registry. *J Heart Lung Transplant.* 2005;25: S58-9.
 16. Taylor DO, Edwards LB, Boucek MM, Trulock EP, Deng MC, Keck BM, Hertz MI. Registry of the International Society for Heart, and Lung Transplantation: twenty-second official adult heart transplant report--2005. *J Heart Lung Transplant.* 2005 Aug;24(8):945-55. doi: 10.1016/j.healun.2005.05.018.
 17. Crespo-Leiro M, Paniagua-Martín M. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca refractaria o avanzada. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57:869-83.
 18. Tzakis A, Cooper M, Dummer J, Ragni M, Ward J, Starzl T. Transplantation in HIV+ patients. *Transplantation.* 1990; 49:354-8.
 19. Adajar F, Lawless C, Malinowska K. Outcome of heart transplant in patients with renal insufficiency. *J Heart Lung Transplant.* 2001; 20:248.
 20. John R, Chen J, Weinberg A, Oz M, Mancini D, Itescu S, et al. Long-term survival after cardiac retransplantation: a twenty-year single-center experience. *J thorac Cardiovasc Surg,* 1999;117:543-55.
 21. Dillon T, Sullivan M, Schatzlein M, Peterson A, Scheeringa R, Clark WJ et al. Cardiac transplantation in patients with preexisting malignancies. *Transplantation.* 1991; 52:82-5.
 22. Morgan J, John R, Weinberg A, Colleti N, Mancini D, Edwards N. Heart transplantation in diabetic recipients: A decade review of 161 patients at Columbia Presbyterian. *J Thorac Cardiovasc Surg,* 2004;127:1486-92.
 23. Baron O, Trochu J, Treilhaud M, Al Habash O, Remadi J, Petit T, et al. Cardiac transplantation patients over 60 years of age. *Transplant Proc.* 1999; 31:75-8.
 24. Shapiro P, Williams D, Foray A, Gelman I, Wukich N, Sciacca R. Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation* 1995; 60:1462-6.
 25. Costanzo M, Augustine S, Bourge R, Bristow M, O'Connell J, Driscoll D, et al. Selection and treatment of candidates for heart transplantation. A statement of candidates for heart transplantation. A statement for health professional from the Committee on Heart Failure and Cardiac Transplantation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association *Circulation.* 1995; 92:3593-612.
 26. González-Vílchez F, Almenar-Bonet L, Crespo-Leiro M, Alonso-Pulpón L, González-Costelo J, Sobrino-Márquez et al. Registro Español de Trasplante Cardíaco. XXIX

- Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2017). *Rev Esp Cardiol*. 2018;71 (11):952- 60
27. Mehra MR, Kobashigawa J, Starling R, Russell S, Uber PA, Parameshwar J, et al. Listing criteria for heart transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation guidelines for the care of cardiac transplant candidates—2006. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25:1024-42.
 28. Ceriani R, Mazzoni M, Bortone F, Gandini S, Solinas C, Susini G, et al. Application of the sequential organ failure assessment score to cardiac surgical patients. *Chest*. 2003; 123:1229-39.
 29. Lim E, Large S, Wallwork J, Parameshwar J. Candidate selection for heart transplantation in the 21st Century. *Curr Opin Organ Transplant*. 2002; 7:221-5.
 30. Samuels L, Darze E. Management of acute cardiogenic shock. *Cardiol Clin*. 2003; 21:43-9.
 31. Srivastava R, Keck B, Bennett L, Hosenpud J. The results of cardiac retransplantation an analysis of the Joint International Society for Heart and Lung Transplantation/United Network for Organ Sharing Thoracic Registry. *Transplantation*. 2000; 70:606-12.
 32. Sehgal V, Radhakrishnan J, Apple G, Valeri A, Cohen D. Progressive renal insufficiency following cardiac transplantation: cyclosporine, lipids, and hypertension. *Am J Kidney Dis*. 1995; 26:193-201.
 33. Angermann C, Stork S, Costard-Jackle A, Dengler T, Siebert U, Tenderich G, et al. Reduction of cyclosporine after introduction of mycophenolate mofetil improves chronic renal dysfunction in heart transplant recipients, the IMPROVED multi-centre study. *Eur Heart J*. 2004; 25:1626-34.
 34. Dantal J, Soulillou J. Immunosuppressive drugs, and the risk of cancer after organ transplantation. *N Engl J Med*. 2005; 352:1371-3.
 35. Penn I. The effect of immunosuppression on pre-existing cancers. *Transplantation*. 1993; 55:742-7.
 36. Wilson R, Penn I. Fate of tumors transplanted with a renal allograft. *Transplant Proc*. 1975; 7:327-31.
 37. Pedotti P, Poli F, Longhi E, Frison S, Caldara R, Chiaramonte S, et al. Epidemiologic study on the origin of cancer after kidney transplantation. *Transplantation*. 2004; 77:426-8.
 38. Magaña J, Argüero. R. Complicaciones crónicas del trasplante cardíaco. Implicaciones clínicas y estrategias futuras. *Rev. Invest. Clín*. 2005;57 (2): 338-343.
 39. Mackintosh A, Carmichael D, Wren C, Cory-Pearce R, English T. Sinus node function in first three weeks after cardiac transplantation. *Br Heart J*. 1982; 48:584-8.

40. Scott C, Dark J, McComb J. Sinus node function after cardiac transplantation. *J Am Coll Cardiol.* 1994; 24:1334-41.
41. Little R, Kay G, Epstein A, Plumb V, Bourge R, Neves J, et al. Arrhythmias after orthotopic cardiac transplantation. Prevalence and determinants during initial hospitalization and late follow-up. *Circulation.* 1989;80 (5Pt2): III 140-6.
42. Patel V, Lim M, Massin E, Jonsyn G, Ates P, Abou-Awdi N, et al. Sudden cardiac death in cardiac transplant recipients. *Circulation.* 1996;94 Supple 9:11273-7.
43. Kassie B, Snyder J, Gilbertson D, Matas A. Diabetes mellitus after kidney transplantation in the United States. *Am J Transplant.* 2003; 3:178-85.
44. Billingham ME, Cary NR, Hammond ME, Kemnitz J, Marboe C, McCallister HA, et al. A working formulation for the standardization of nomenclature in the diagnosis of heart and lung rejection: Heart Rejection Study Group. The International Society for Heart Transplantation. *J Heart Transplant.* 1990; 9:587-93.
45. T.R. Zerba, V. Arena. Diagnostic reliability of endomyocardial biopsy for assessment of allograft rejection. *Hum Pathol*, 19 (1988), pp. 1307-1314.
46. N.M. Van Besuw, A. H. Balk, B. Mochtar, et al. Phenotypic analysis of lymphocytes infiltrating human cardiac allografts during acute rejection and the development of graft vascular disease. *Transpl Int*, (1966), pp. S234-S236.
47. Almenar L, Delgado J, Crespo M, Segovia J. Situación actual del trasplante cardiaco en España. *Rev Esp Cardiol*; 63 (1): 132-149.
48. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835-840.
49. Lage Gallé E, Sobrino Márquez JM, Martínez Martínez Á. ¿Cuáles son las indicaciones y manejo del trasplante de corazón? *Cardiocre.* 45(4): 143-146.
50. Reguillo Lacruz F. El trasplante cardiaco. En: López Farré A, Macaya Miguel C. Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. Bilbao: Fundación BBVA; 2009. P. 377-383.
51. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85:365-76.
52. Silvestri G. Chemotherapy for advanced lung cancer: is the glass half full or half empty? *Thorax.* 2004;59 (10):821.
53. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-625.
54. Johnsson B. Assessment of quality of life in chronic diseases. *Acta Paediatr Scand* 1987;337 (Supple): 164-169.

55. Bunzel B, Wollenek B, Grundbock A. Psychosocial problems of donor heart recipients adversely affecting quality of life. *Qual Life Res* 2009;1: 207-213.
56. Sánchez L. Experiencia de los trasplantados cardiacos en una unidad de cuidados intensivos. *Nure Inv* 2017;14: 1-18.
57. Cierpka A, Matek K, Horondénska M. What does it mean to live after heart transplantation? The lived experience of after transplant recipients. A qualitative study. *Health Psychol* 2015; 3: 23-30.
58. Dulcey-Ruiz E. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. *Tratado de Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Academia; 1999:128-136.
59. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología*. Ciudad de la Habana: Científica Técnica;1996.
60. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Organización Mundial de la Salud [Online]; 2015 [citado el 10 de abril de 2023] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
61. Gutiérrez Ibarluzea, I. Protocolos de búsqueda bibliográfica. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2002. Informe nº: Osteba D-02-02.
62. Gracia D. Prólogo de Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis;1996.
63. Hernández Conesa J. Historia de Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. 1ª ed. Interamericana. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
64. Donahue MP. Historia de la Enfermería. St. Louis, Missouri: Ediciones Doyma; 1985.
65. Programa de Trasplante del Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza. 2003.
66. Rossi López M, Abella Arcos J, Roca Canzobre S, Pérez Taboada M, Pereira Ferreiro A. Protocolo del trasplante cardíaco en el postoperatorio inmediato. *Enferm Cardiol*. 2012; XIX (55-56): 76-79.
67. Perez Saborit N. Cuidados de enfermería en el prepost trasplante cardiaco, del Hospital universitario de Bellvitge. Barcelona (España).
68. Moreno-González A, Martínez-Ramírez L, Flores Figueroa F, Cueto-Robledo G, Antonio-de la Viña M, Martín Baranda-Tovar F. Cuidados posoperatorios del paciente no complicado. *Arch Cardiol Mex* 2011; 81 (2):16-23.
69. Burgos Lázaro RJ, Martínez Cabeza P, López Fernández J, García Montero C. Trasplante cardíaco. *Cirugía cardiovascular*. 2011;18 (2): 91-102.
70. Casado Dones MJ. Recomendaciones nutricionales para el paciente trasplantado de corazón. *Enferm Cardiol*. 2005;12 (34): 22-24.
71. Sayago Silva I, García López F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66(8): 649-656.

72. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S, Featherstone R, Littlewood A, Marshall C, Metzendorf M-I, Noel-Storr A, Paynter R, Rader T, Thomas J, Wieland LS. Chapter 4: Searching for and selecting studies. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.3 (updated February 2022). Cochrane, 2022. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
73. Ortega y Gasset J. *Cultura y vida*. En: *El tema de nuestro tiempo*. Completas. 17 ed. Capítulo X. Madrid: Espasa-Calpe; 1987.
74. OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 1995; 41(10):403-09
75. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1979.
76. Foschiera F, Viera CS. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004; 6(2):189-198.
77. Parse RR. *Illuminations: the human becoming theory in practice and research*. Nueva York: Liga Nacional de Enfermería; 1995.
78. Martins PAF, Alvim NAT. Plan de atención compartido: convergencia de la propuesta educativa problematizadora con la teoría del cuidado cultural de enfermería. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):368-73.
79. Villegas Hernández A, Fernández Vergara D. Consideraciones y Experiencias en el trasplante cardiaco. *Rev Colomb Cir*; 1999 Mar14; (1):2-9.
80. Lin Cs, Wang SS, Chang CL, Shih F.J. Dark-Recovery Experiences, Coping Strategies, and Needs of Adult Heart Transplant Recipient in Taiwan. *Transplant Proc*, 2010; 42:940-94.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutor Don Alberto por darme la motivación tanto en clases como en el desarrollo de este trabajo brindando su apoyo y conocimientos.

A mi familia, en especial a mi abuelo.

ANEXOS

Estrategias de búsqueda definitivas

Anexo (1)

Tabla 1. Proceso de búsqueda realizada en Embase

No.	Consulta	Resultados
#8	#7 AND ([english]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim	35
#7	#3 AND #6	80
#6	#4 OR #5	67664
#5	'nursing care' OR 'nursing classification' OR 'nanda international':de,ab	67664
#4	'nursing care'/mj OR 'nursing classification'/mj OR 'nanda international'/mj	23719
#3	#1 OR #2	53913
#2	'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation':ab,ti	42117
#1	'heart transplantation'/mj	32243

Anexo (2)

Tabla 2. Proceso de búsqueda realizada en Medline

No.	Consulta	Resultados
#8	#7 AND ([english]/lim OR [spanish]/lim) AND [medline]/lim	50
#7	#3 AND #6	80
#6	#4 OR #5	67664
#5	'nursing care' OR 'nursing classification' OR 'nanda international':de,ab	67664
#4	'nursing care'/mj OR 'nursing classification'/mj OR 'nanda international'/mj	23719
#3	#1 OR #2	53913
#2	'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation':ab,ti	42117
#1	'heart transplantation'/mj	32243

Anexo (3)

Tabla 3. Proceso de búsqueda realizada en Cinahl

No.	Consulta	Resultados
S7	S3 AND S6 Limitadores - Idioma: English, Spanish	91
S6	S4 OR S5	68,308
S5	TI ("Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care") OR AB ("Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care")	30,265
S4	(MM "Nursing Care Plans") OR (MM "Nursing Care Delivery Systems") OR (MM "Critical Care Nursing") OR (MM "Quality of Nursing Care") OR (MM "Coronary Care Nursing") OR (MM "Nursing Care")	45,918
S3	S1 OR S2	6,691
S2	TI ('cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation') OR AB ('cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation')	5,147
S1	(MM "Heart Transplantation")	3,708

Anexo (4)

Tabla 4. Proceso de búsqueda realizada en Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED).

No.	Consulta	Resultados
3	#2 AND #1 and English or Spanish (Languages)	15
2	'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Title) or 'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Abstract) or 'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Topic)	62,891
1	"Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Title) or "Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Abstract) or "Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Topic)	12,109

Anexo (5)

Tabla 5. Proceso de búsqueda realizada e Scielo.

No.	Consulta	Resultados
3	#2 AND #1 and English or Spanish (Languages)	5
2	'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Title) or 'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Abstract) or 'cardiac transplantation' OR 'heart allograft' OR 'heart allotransplantation' OR 'heart heterograft' OR 'heart heterotransplantation' OR 'heart homograft' OR 'heart homotransplantation' OR 'heart orthotopic transplantation' OR 'heart tissue transplantation' OR 'heart ventricle transplantation' OR 'human heart transplantation' OR 'heart transplantation' (Topic)	797
1	"Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Title) or "Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Abstract) or "Nursing Care Plans" OR "Nursing Care Delivery" OR "Critical Care Nursing" OR "Quality of Nursing Care" OR "Coronary Care Nursing" OR "Nursing Care" (Topic)	4,563