

# Adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón

Sandra Siso Sierra

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón

Grado en Enfermería

**Autor:** Sandra Siso Sierra  
**Tutor:** María Teresa Alonso Torres  
**Fecha de presentación:** 09/05/2016

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”**



## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y apoyado en todo el trayecto de la carrera de enfermería: a mi familia, a mis compañeros de clase, que con ellos la carrera se hizo más amena y a los profesores.

A mi tutora académica por la disponibilidad y predisposición que ha mostrado en todo momento durante la realización del éste trabajo. Sin ella, no lo hubiera podido realizar. Y a Cristina Monforte, por sus tutorías del trabajo de fin de grado.

Gracias a todos, por ayudarme en esta etapa tan bonita de mi vida.

## ÍNDICE

Abreviaturas	Pág. 7
Resumen	Pág. 9
Abstract	Pág. 10
Introducción	Pág. 11
Justificación	Pág. 15
Factores socio-económicos	Pág. 17
Factores relacionados con el sistema sanitario y el equipo sanitario	Pág. 17
Factores relacionados con la propia enfermedad	Pág. 17
Factores relacionados con el tratamiento	Pág. 18
Factores relacionados con el paciente	Pág. 18
Medición de la adherencia	Pág. 19
Marco teórico	Pág. 22
Objetivos	Pág. 25
Metodología	Pág. 26
Procedimiento de la búsqueda	Pág. 26
Criterios inclusión/exclusión	Pág. 27
Limitaciones del estudio	Pág. 27
Consideraciones éticas	Pág. 28
Resultados	Pág. 29
Medición de la adherencia	Pág. 29
Factores sociodemográficos	Pág. 29
Factores psicológicos	Pág. 31
Tratamiento farmacológico	Pág. 31
Relación de supervivencia con la adherencia	Pág. 32
Tipo de injerto	Pág. 32
Adherencia terapéutica	Pág. 32
Discusión	Pág. 34
Conclusión	Pág. 36
Reflexión personal del aprendizaje obtenido	Pág. 37
Implicación de la práctica clínica	Pág. 39
Referencias bibliográficas	Pág. 41
Anexos	Pág. 48

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Ecuaciones a utilizar para métodos de creatinina con trazabilidad a espectrometría de masas-dilución isotópica(estandarizados).	Pág. 11
Tabla 2: Clasificación pronóstica de la Enfermedad Renal Aguda basada en los estadios del FG y albuminuria.	Pág. 12
Tabla 3: Resultados estudios nivel de adherencia.	Pág. 33
Tabla 4: Cronograma trabajo final de carrera	Pág. 40

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Estadios de la Enfermedad Renal Crónica. Estrategias para frenar su progresión.	Pág. 13
Figura 2: Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica.	Pág. 16
Figura 3: Cálculo % adherencia	Pág. 19

## **ABREVIATURAS**

CEI: Comité de ética de investigación

CNI: Inhibidor de la Calcitonuria

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease- Epidemiology Colaboration

DP: Diálisis Peritoneal

ER: Enfermedad Renal

ERC: Enfermedad Renal Crónica

FG: Filtrado Glomerular

HA: Hipertensión Arterial

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HD: Hemodiálisis

IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Terminal

ISEL-12: *Interpersonal Support and Evaluation List-12*

ITAS: *Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument*

ITBS: *Immunosuppressant Therapy Barrier Scale*

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes

LSSI: *Lipp Stress Symptoms Inventory*

LTMBSES: *Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy Scale.*

MDRD: *Modification of Diet in Renal Disease*

MEMS: *Medication Event Monitoring System.*

MeSH: *Medical Subjects Headings*

MMF: Micofenolato Mofetilo

MPR: *Medical Possesion Ratio*

NKF: *National Kidney Foundation*

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONT: Organización Nacional de Trasplante

PSS-4: *Perceived Stress Scale-4*

SEN: Sociedad Española de Nefrología

SMAQ: *Simplified Medication Adherence Questionnaire*

TFG: Trabajo Final de Grado

TSR: Tratamiento sustitutivo renal

Tto: Tratamiento

Tx: Trasplante

TxR: Trasplante Renal

UIC: Universidad Internacional de Cataluña

WCS: *Ways of Coping Scale*

## **RESUMEN**

**Introducción:** El trasplante renal, es una de las terapias sustitutivas renales de elección en pacientes con una enfermedad renal crónica avanzada. Éstos pacientes que son trasplantados, deberán de seguir un tratamiento terapéutico, entre ellos farmacológico, para que no se produzca rechazo en el injerto. Es por ello, que será fundamental que tengan una adherencia terapéutica óptima.

**Objetivos:** El principal objetivo de éste estudio es identificar en la literatura científica internacional la adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón. Conocer el grado de adherencia de estos pacientes e identificar las razones de la no adherencia y conocer sus consecuencias clínicas.

**Material y métodos:** Para ello, se ha explorado en la literatura científica acerca de la adherencia terapéutica en personas trasplantadas de riñón.

**Resultados:** Los resultados de los estudios indican que la mayoría de los pacientes son muy poco adherentes. Sólo tres estudios tenían una muestra de <10% de pacientes no adherentes. Los jóvenes son menos adherentes que los adultos, las personas que han recibido un injerto por parte de un familiar vivo también son menos adherentes y las razones principales de la causa de esa no adherencia son el olvido, los efectos secundarios y la complejidad del tratamiento

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes estudiados no son buenos adherentes en cuanto a la terapia renal se refiere.

**Palabras clave:** Adherencia, trasplante, riñón, inmunosupresores.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The transplantation is the renal replacement therapy of choice in patients with chronic kidney disease. These transplanted patients, must follow a therapeutic treatment, including pharmacological treatment, so that graft rejection doesn't occur. That's why these patients should have a very good adherence on the treatment.

**Objectives:** The main objective of this study is to determine the therapeutic adherence in adult patients that were renal transplanted through scientific reading. Knowing the degree of adherence of these patients and identify the reasons for non-adherence and know their clinical consequences.

**Material and Methods:** To meet these targets, it has been explored in the scientific literature about adherence in kidney transplant recipients.

**Results:** The results of the studies indicate that most patients are very poorly adherent. Only three studies had a sample of <10% of non-adherent patients. Young people are less adherent than adults, people who have received a graft from a living relative are also less adherent and the main reasons for nonadherence is: forgetfulness, side effects and complexity of the treatment.

**Conclusions:** Most of the patients with a transplanted kidney aren't adherent to the treatment.

**Keywords:** Adherence, transplant, kidney, immunosuppressant.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como en la disminución de la función renal de excreción y regulación, expresada por un Filtrado Glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> o como la presencia de daño renal de forma persistente durante tres meses o más. La ERC puede ser diagnosticada por método directo, realizando una biopsia renal y comprobar alteraciones histológicas, o de forma indirecta, por marcadores como la albúmina o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen [1].

Existen diferentes formas de realizar el cálculo la estimación del FG. Sin embargo, el documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica realizada en consenso por diez sociedades españolas diferentes recomiendan que la estimación del FG se realice mediante ecuaciones obtenidas a partir de la medida de la concentración de creatinina sérica, la edad, el sexo y la etnia, siendo la ecuación Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), la más recomendada [2].

<b>Etnia blanca</b>
<i>Mujeres</i>
Creatinina < 0,7 mg/dl FGe = 144 × (creatinina/0,7) <sup>-0,329</sup> × (0,993) <sup>edad</sup>
Creatinina > 0,7 mg/dl FGe = 144 × (creatinina/0,7) <sup>-1,209</sup> × (0,993) <sup>edad</sup>
<i>Varones</i>
Creatinina > 0,9 mg/dl FGe = 141 × (creatinina/0,9) <sup>-1,209</sup> × (0,993) <sup>edad</sup>
<b>Etnia negra</b>
<i>Mujeres</i>
Creatinina < 0,7 mg/dl FGe = 166 × (creatinina/0,7) <sup>-0,329</sup> × (0,993) <sup>edad</sup>
Creatinina > 0,7 mg/dl FGe = 166 × (creatinina/0,7) <sup>-0,209</sup> × (0,993) <sup>edad</sup>
<i>Varones</i>
Creatinina < 0,9 mg/dl FGe= 163 x (creatinina/0,9) <sup>-0,411</sup> x (0,993) <sup>edad</sup>
Creatinina > 0,9 mg/dl FGe= 163 x (creatinina/0,9) <sup>-1,209</sup> x (0,993) <sup>edad</sup>
<b>Ecuación MDRD-IDMS</b>
FGe = 175 × (creatinina) <sup>-1,154</sup> × (edad) <sup>-0,203</sup> × 0,742 (si mujer) × 1,21 (si raza negra)
La edad se expresa en años. CKD-EPI: Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration; creatinina: concentración sérica de creatinina en mg/dl; FGe: filtrado glomerular estimado (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ); IDMS: espectrometría de masas-dilución isotópica; MDRD: Modification of Diet in Renal Disease.

Tabla 1: Ecuaciones a utilizar para métodos de creatinina con trazabilidad a espectrometría de masas-dilución isotópica(estandarizados).

Otro marcador que nos indica de la existencia de la lesión renal como he citado anteriormente, es la excreción urinaria de albúmina, que junto con el FG constituyen la base del diagnóstico y estadificación de la ERC. La presencia de albúmina o de proteínas en concentraciones elevadas en orina de forma persistente es un signo de lesión renal. La organización Internacional Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), ha establecido una nueva clasificación pronóstica de la ERC basada en los estadios del FG estimado y la albuminuria [2].

↓

↓

Diagnóstico de enfermedad renal crónica				
Estadio ERC	FGe (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Estadio de albuminuria		
		Normal (< 30 mg/g)	Albuminuria (30-300 mg/g)	Macroalbuminuria (> 300 mg/g)
1	> 90	No ERC a no ser de presentar hematuria, alteraciones en la imagen o en la anatomía patológica		
2	60-89			
3a	45-59		*	
3b	30-44			
4	15-29			
5	< 15			

Remisión a nefrología  
 Control por atención primaria  
 \*Control por atención primaria, monitorizando con mayor frecuencia (cada 3-6 meses). Remitir a nefrología si presentan progresión en la albuminuria en dos controles consecutivos o cociente albúmina/creatinina cercano a 300 mg/g o si FGe entre 30-45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> en < 70 años.

Tabla 2: Clasificación pronóstica de la Enfermedad Renal Aguda basada en los estadios del FG y albuminuria.

Existen varios tipos de Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR): Hemodiálisis Intermitente (HI), Diálisis Peritoneal (DP), técnicas continuas como la hemofiltración o la hemodiafiltración continua y el Trasplante Renal (TxR). El requerimiento mínimo para iniciar cualquier TSR es la oliguria ( diuresis inferior a 400 ml/día) o anuria (entre 0 y 100 ml/día) (siempre y cuando se descarte una obstrucción urinaria, no responda a la administración de fármacos diuréticos del asa o a vasodilatadores renales u otros fármacos inotrópicos). Otro criterio para iniciar TSR son las alteraciones hidroelectrolíticas como la hipercalcemia y la acidosis metabólica en el

caso de severidad y no respondan a las medidas individuales. La retención de productos nitrogenados también sería motivo de inicio de TRS [3].

Aproximadamente, cuatro millones de personas en España padecen ERC, de las cuales 50.909 se encuentran en tratamiento sustitutivo renal, la mitad en diálisis y el resto con un trasplante renal funcionante [4].

El quinto estadio se suele relacionar con el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) que se produce cuando los riñones del paciente ya no consiguen realizar su función y el filtrado glomerular es menor de 15 ml/minuto/1,73. Generalmente estos pacientes necesitarán un Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR) especialmente cuando se presentan signos o síntomas urémicos [5].

El tratamiento de elección en el quinto estadio de ERC es el Trasplante Renal (TxR) ya que el riesgo de muerte por TxR es menor, un 50% menos de posibilidades, que un paciente dializado [6]. Además aporta una mayor calidad de vida ya que supone la liberación de la diálisis para el enfermo, con sus restricciones dietéticas asociadas y una completa recuperación de la función renal [7].

Dependiendo de la gravedad de la función renal, se optará por un TRS u otro.

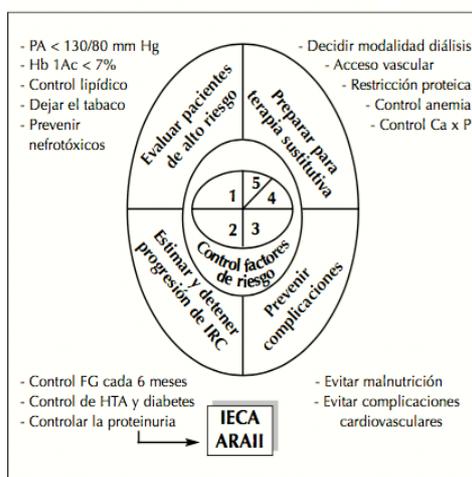


Figura 1: Estadios de la Enfermedad Renal Crónica. Estrategias para frenar su progresión.

La incidencia de la Enfermedad Renal (ER), es decir, el número de casos nuevos en el último años ha sido de 133,6 pmp (un 31% en personas de entre 45-64 años, un 27% en personas de entre 65-74 años y un 30% en personas mayores de 75 años) y la prevalencia es de 1.179,3 pmp (un 39% en personas de entre 45-65 años, un 24% en personas de entre 65-74 años y un 22% en personas mayores de 75 años). Esta proporción de población que padece alguna enfermedad renal, un 51,9% cuenta con un trasplante renal funcionante, un 42,6% está siendo sometido a HD y un 5,5% a DP [8].

Según el registro oficial del informe de diálisis y trasplante de 2014 de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y de la Organización Nacional de Trasplante (ONT), la ERC suele ir acompañada normalmente de otras patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y la isquemia cardíaca. Cada año aumenta la incidencia en personas diagnosticadas de enfermedad renal, 5578 personas en 2013 en España, que han de utilizar un tratamiento sustitutivo renal. El coste medio anual por paciente tratado con hemodiálisis es de 46.659,83€ (43.234 ±13.932 €) y de 32.432,07 € en diálisis peritoneal [9]. El coste total del trasplante renal durante el primer año suma 47.136,33€ [10]. En España, desde que se tiene registro en la ONT hasta el último año del 2015, se consiguieron realizar 62,593 trasplantes renales [11].

Se considera que el trasplante renal es el tratamiento de elección para personas con ERC en fase terminal, ya que aporta una mayor calidad de vida y una mayor tasa de supervivencia. Sin embargo, el tratamiento farmacológico compuesto por inmunosupresores es imprescindible para que el órgano no haga rechazo y para la supervivencia a largo plazo para el paciente. Es por ello, que la adherencia al tratamiento es esencial e imprescindible para mantener el injerto funcionante [12].

## **JUSTIFICACIÓN**

En el año 2004, la adherencia terapéutica se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la ayuda de Sabaté [13] como: “el grado en el que el comportamiento de una persona (tomar medicación, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un restador de asistencia sanitaria... “. Esta definición se basa en la propuesta de Haynes y Rand del año 1976 que definían el término de cumplimiento. La diferencia entre los términos de cumplimiento y adherencia es que esta segunda, requiere del consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su salud [13]. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia de una orden, propia de la relación paternalista que se suele formar entre profesional sanitario y paciente [14].

Según la OMS la adherencia terapéutica es un “problema de alarmante magnitud a nivel mundial” ya que rigurosos estudios han demostrado que en los países desarrollados sólo un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas cumple con la adherencia terapéutica. Esta cifra es aún más alarmante en países en vías de desarrollo. Países como China, Gambia o las Islas Seychelles, con pacientes con Hipertensión Arterial, existe un 43, 27, 26%, respectivamente, que se adhiere a su medicación hipertensiva pautada por el facultativo. En los países desarrollados como los Estados Unidos, el porcentaje es algo mayor, un 51% es adherente. A pesar de que la cifra sea mayor es insuficiente [13].

La falta de adherencia con el régimen terapéutico conlleva a varias consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad (número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa) y de la morbilidad (número de personas que enferman en un lugar y tiempo determinado) observado en los pacientes no cumplidores.

Se estima que un 35.6% de personas por año no son adherentes al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados de riñón y supone que tengan siete veces más probabilidades de perder el injerto que las personas cumplidoras al tratamiento prescrito. Se ha visto que el 35% del fracaso de los injertos, se atribuye a la no adherencia terapéutica [15].

Como ya he mencionado anteriormente, la no adherencia al régimen terapéutico en personas trasplantadas de riñón supone grandes consecuencias clínicas y económicas. Clínicas ya que supondría el rechazo al injerto y un aumento de la morbilidad y mortalidad del paciente y económicas dado que supondría el regreso del paciente a la TSR como la diálisis e incontables visitas a centros hospitalarios.

La falta de adherencia puede ser considerado como un fenómeno que surge de la interacción de numerosos factores influyentes. Según la OMS [15] encontramos cinco fenómenos que influyen sobre la adherencia terapéutica denominados por la organización como “dimensiones”:

- Factores socio-económicos
- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la terapia o el tratamiento
- Factores relacionados con la propia enfermedad
- Factores relacionados con el sistema sanitario y el equipo sanitario

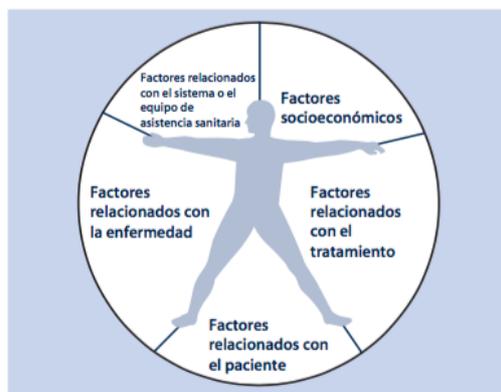


Figura 2: Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica.

### **Factores socio-económicos:**

Los factores que influyen sobre esta dimensión son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

La OMS también afirma que la raza y la edad son factores sociales que también afectan a la adherencia siendo las personas de raza negra menos adherentes que la blanca (ya sea por su creencia cultural, temor a que experimenten con ellos o desconfianza profesional médica). Los adolescentes también muestra una menor adherencia comparada a los niños más pequeños.

### **Factores relacionados con el sistema y equipo sanitario:**

Una buena relación entre el profesional sanitario y el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, sin embargo hay muchos factores que pueden ejercer un efecto negativo como un sistema deficiente de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y reciclaje de conocimiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, personal con sobrecarga de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas...

### **Factores relacionados con la enfermedad:**

Algunas causas que determinan la adherencia terapéutica son las relacionadas con el grado de discapacidad física (social, psicológica y física), la velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad, la gravedad de los

síntomas y la disponibilidad de tratamientos efectivos. La consecuencia dependerá de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento que den y la prioridad que asignen a la adherencia terapéutica. La depresión y el abuso a drogas y alcohol, son modificadores importante del comportamiento de la adherencia.

**Factores relacionados con el tratamiento:**

La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos secundarios y la disponibilidad de apoyo médico para tratar a los pacientes son los factores más notables que influyen sobre la adherencia en relación al tratamiento.

**Factores relacionados con el paciente:**

Éstos factores se refieren a los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente como la motivación que tiene el paciente para tratar su enfermedad, la confianza, su capacidad para involucrarse en su cuidado...

### **Medición de la adherencia:**

Para estimar la prevalencia de la adherencia y conocer los motivos por los cuales una persona no es adherente a su régimen terapéutico es fundamental conocer los métodos más eficientes y efectivos para poder medir la adherencia.

Existen varias formas de medir la adherencia que las podemos clasificar en dos grandes grupos; por medio de método objetivo o subjetivo.

Los métodos objetivos los podemos denominar como un proceso por el cual se puede medir una muestra o modelo de forma imparcial, equitativa y justa sin que nuestro criterio, sentimientos o juicio intervengan. Hay varios métodos objetivos para medir la adherencia:

- A través de la monitorización mediante parámetros analíticos, midiendo los niveles plasmáticos de un fármaco. Es una buena forma de monitorizar la adherencia de paciente a la medicación prescrita.
- Métodos electrónicos: Se trata de dispensadores de fármacos que registran el momento en el que el paciente abre el frasco para coger la pastilla como el *Medication Event Monitoring System (MEMS)*.
- El recuento de comprimidos no consumidos es otra forma de saber si ha habido adherencia[16].

$$\% \text{ adherencia} = \frac{n^{\circ} \text{ ud. dispensadas} - n^{\circ} \text{ ud. devueltas}}{n^{\circ} \text{ ud. prescritas}} \times 100$$

Figura 3: cálculo % adherencia

Los modelos subjetivos para medir la adherencia son mayoritariamente cuestionarios que rellenan los pacientes informándonos de su adherencia.

Los más utilizados son:

- Cuestionario Morisky-Green [17]: validado en su versión española por Val Jiménez y cols. Este cuestionario consiste en cuatro sencillas y cortas preguntas. Se creó originariamente para valorar el cumplimiento de la adherencia en pacientes con Hipertensión Arterial (HA), pero actualmente se utiliza para diferentes enfermedades crónicas.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

- Test de Haynes-Sackett [17]: se trata de realizar una serie de preguntas en una entrevista para conocer la adherencia del paciente: Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación y se intenta encaminar un poco el tema comentado: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. Si por el contrario la respuesta es negativa, se insistirá preguntando: «¿cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente reflexión: «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?».
- Cuestionario *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) [18]: se trata de un cuestionario breve y sencillo donde se le pregunta directamente al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación. Este cuestionario está validado para medir la adherencia en pacientes que están tomando antiretrovirales.
- Escala *Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument* (ITAS) [19]: cuenta con cinco ítems que se creó para que los pacientes trasplantados de riñón indicaran su adherencia al tratamiento inmunosupresor.

- Escala *Immunosuppressant Therapy Barrier Scale* (ITBS) [20]: evalúa las percepciones percibidas por los pacientes acerca de la terapia inmunosupresora. Es una buena forma de saber las razones por las cuales los pacientes dejan de ser adherentes.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Promoción de la salud y el empoderamiento para la salud:**

La promoción de la salud es definida por la OMS en 1986 como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Para poder entender mejor este concepto, considero también necesario saber el significado de salud.

Por ello, la OMS en 1948 define salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, en la carta de Ottawa (documento elaborado por la OMS, durante la primera conferencia internacional para la promoción de la salud celebrada en Canadá), quisieron destacar unos “requisitos” fundamentales para la salud; la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. La admisión de estos “requisitos” muestra la estrecha relación que hay entre la salud, las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y el estilo de vida. Estos conceptos son claves para entender la promoción de la salud [21].

La promoción de la salud es un proceso político y social a nivel global. No solo constituyen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de la persona en particular sino también van dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el propósito de atenuar su impacto en la salud pública y en la individual. A nivel individual la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. Nos referimos a determinantes de salud como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias para la promoción de la salud:

- La abogacía por la salud.
- Facilitar a las personas poder desarrollar su potencial de salud.

- Medir a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Para poder sostener los es esfuerzos, es esencial la participación. Las personas han de ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. El acceso a la educación y a la información es principal para lograr una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las persona y las comunidades [22].

La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI [23]:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Llamamos empoderamiento al proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre la decisiones y acciones que afectan a su salud [21].

Para la salud, es un proceso social, psicológico, cultura, y político mediante el cual, los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las persona perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen [21] .

Hay que establecer una distinción entre el empoderamiento individual y comunitario. El empoderamiento a nivel individual, como ya he remarcado anteriormente, se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer un control sobre

su vida personal. Sin embargo el empoderamiento para la salud a nivel comunitario, se refiere a que los individuos actúen de forma conjunta con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad [21].

Uno de los seis puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles establece que “las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad” [24].

Por ello el empoderamiento es clave para que cualquier persona con cualquier tipo de enfermedad, tenga un mayor control sobre ésta.

El empoderamiento lo podemos llevar al terreno del “post trasplante”, es decir, en pacientes que han sido recientemente trasplantados de riñón y a causa de ello, deben de seguir de forma constante un régimen terapéutico tanto en hábitos de vida como a nivel farmacológico. Como se está citando a lo largo de todo este trabajo, la adherencia terapéutica es fundamental para la supervivencia del paciente trasplantado de riñón ya que conllevaría a rechazos agudos más tempranos y a la posible muerte del paciente.

En mi opinión, pienso que posiblemente si todos los pacientes trasplantados tomaran control sobre su situación y participaran de forma activa en la gestión de su estado y cuidado, seguramente el porcentaje de no adherencia disminuiría. Por otra parte, los profesionales de la salud también han de tomar conciencia de la situación actual bastante alarmante acerca de la adherencia y por lo tanto promover y promocionar más la salud, por consiguiente la importancia de cumplir la adherencia terapéutica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo principal:**

- Identificar en la literatura científica internacional la adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón.

### **Objetivo secundario:**

- Conocer el grado de adherencia de estos pacientes
- Identificar las razones de la no adherencia y conocer sus consecuencias clínicas.

## **METODOLOGÍA**

Este trabajo de fin de grado es un estudio de la revisión de la literatura, es decir, un análisis crítico y búsqueda sobre la adherencia al tratamiento en personas trasplantadas de riñón en diferentes bases de datos nacionales e internacionales.

La elaboración de trabajo comienza en octubre de 2016 y finaliza en mayo de 2016. Para la realización del presente estudio, se lleva a cabo la búsqueda de artículos científicos en diferentes bases de datos como: Pubmed, Scielo, Google académico y varias webs de referencia como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Nacional de Trasplante (ONT), National Kidney Foundation (NKF), la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y Kidney Disease Improving Gloval Outcomes (KDIGO).

Para la realización de la búsqueda bibliográfica, fueron introducidos en inglés y castellano los términos o palabras claves siguientes: “adherencia”/“*adherence*”, “inmunosupresor”/“*immunosupresive*”, “trasplante”/“*transplant*” y “riñón”/“*kidney*” y se utilizaron los booleanos “and” y “or” para facilitar la búsqueda. Además se utilizó *Medical Subjects Headings* (MeSH), para una búsqueda más precisa en las bases de datos.

### **Procedimiento de la búsqueda:**

Las palabras en inglés “*Adherence*” e “*immunosuppressive*” fueron introducidas en Pubmed con un total de 1714 resultados. Se ajustó la búsqueda añadiendo que los textos no tuvieran más de 5 años y se obtuvieron 930 artículos. Se añadió que fueran en inglés (758), se añadió la palabra “*transplantation*” (299), se completó con “*free full text*” (104) y finalmente añadí la palabra “*kidney*” a la búsqueda obteniendo 61 artículos relacionales con mi tema principal del trabajo, es decir, la adherencia al tratamiento en personas trasplantadas de riñón. De esos 61 artículos encontrados, excluí 49, ya que o no hablaban acerca de la adherencia terapéutica o la muestra era pediátrica, con lo que obtuve un total de 12 artículos válidos para esta búsqueda.

Las mismas palabras fueron introducidas primer en inglés y luego en castellano en Google académico. Se obtuvieron 7 artículos de los cuales dos se entontaron también en Scielo y 1 se repetía en Pubmed.

**Criterios inclusión/exclusión:**

- Criterios de inclusión: Estudios de trasplantados renales en adulto que hablen sobre la adherencia terapéutica y aprobados por el comité de ética.
- Criterios de exclusión: cualquier artículo que esté en otro idioma que no sea el ingles o el castellano, estudios en los que la muestra sea pediátrica y que no hablen sobre el tema principal del trabajo.

**Limitaciones del estudio:**

Aunque existen muchos estudios publicados en la bibliografía en relación a la adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón, la mayoría de estos estudios no utilizan los mismos métodos de medición de adherencia con lo que no se puede establecer una cifra exacta sobre éste parámetro.

La muestra total de artículos buscados en la bibliografía puede que sea insuficientes para determinar o afirmar una media de adherencia terapéutica.

Otras limitaciones de los estudios a la hora de valorar los datos han sido que pocos han estudiando las causas de la no adherencia y sus consecuencias tanto clínicas como económicas, con lo que no se puede tampoco establecer a ciencia cierta las razones ni las implicaciones que conllevan una no adherencia.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica en páginas como Pubmed, cuando he utilizado “free full text”, muchos artículos de gran interés para el trabajo han sido eliminados.

### **Consideraciones éticas**

Debido a que se trata de un trabajo con tipología de revisión de literatura, no ha sido necesario solicitar una aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación (CEI) ni de ninguna otra institución ya que la información se ha obtenido de bases de datos de artículos anteriormente publicados, los cuales ya han sido aprobados anteriormente por un comité de ética.

Los datos sustraídos han sido analizados para poder plasmar unos resultados totalmente objetivos y sin juicios de valor.

Se han evitado los plagios en el redactado.

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) desarrollado se adjunta a la metodología vigente de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) y responde a los requisitos del reglamento del TFG y final de máster aprobado por la comisión ejecutiva del gobierno con fecha 30/01/2012.

Se tendrá en cuenta para su publicación pasar por un comité de ética de búsqueda en investigación científica.

## RESULTADOS

Los resultados encontrados tras la revisión bibliográfica de los 18 artículos acerca de la adherencia terapéutica en pacientes adultos trasplantados de riñón se clasifican en:

### **Medición de la adherencia:**

Los artículos que aplican tanto metodologías objetivas como subjetivas, para poder medir de forma correcta la adherencia terapéutica son 4; [27,33, 37, 41]. En 6 de los artículos han utilizado sólo el método objetivo utilizando mayoritariamente los métodos de MEMS y *Medical Possesion Ratio* (MPR) [27, 31-32, 35-36, 39] y 8 artículos han aplicado sólo el método subjetivo utilizando mayoritariamente las escalas ITAS, ITBS, BAAS-IS [25-26, 28-30, 34, 38, 41].

### **Factores sociodemográficos:**

Los factores sociodemográficos que influyen para no tener una buena adherencia son los siguientes:

- Edad: Varios artículos nos hablan de la edad temprana o joven, como el de Fernández M [25], Denhaeryncka K [27], Muduma G [28], Takemoto K [31], Pinsky BW [36], Rusell C [15], Tielen M [40] y Ruiz MA[42], han concluido que la edad temprana sí que es un factor de riesgo sociodemográfico para el incumplimiento de la adherencia terapéutica. Varios [28, 31, 36] han especificado edades concretas en sus estudios de <25 años respectivamente. Sólo el artículo de Muduman G [28] ha mencionado que las personas mayores de 65 años, después de las menores de 25, son más propensas a olvidarse la dosis de la noche. Por otra parte, Takemoto K [31] y Weng FL[38] reflejan en sus estudios que a mayor edad del paciente, mayor es su adherencia terapéutica.
- Sexo: la mayoría de los artículos seleccionados no han encontrado diferencias estadísticamente significativas acerca de la adherencia por

género. Sólo Denhaeryncka K [27] y Russell C [39] encuentran que el hombre tiene menos adherencia terapéutica que la mujer. Sin embargo el autor no ha especificado motivo algún del porqué.

- Raza: al igual que en el sexo de las personas, la mayoría de los artículos no han encontrado resultados significativos acerca de si una raza es más o menos cumplidora que la otra. Sin embargo, los artículos de Tsapepas D [34] y Pinsky BW [36] concluyeron que la raza afroamericana era menos adherente y que los no caucásicos eran menos adherentes que los caucásicos.
- Estado civil: tampoco hay resultados de evidencia en cuanto al estado marital se refiere. Sólo Fernández M [25] refiere que las personas que viven solas tienen una menor adherencia que las que viven en pareja sin especificar los motivos.
- Estilo de vida: tanto Denhaeryncka K [27] como Muduma G [28] revelan que uno de los principales motivos por el cual los pacientes no toman bien la medicación es por el estilo de vida ajetreada que llevan. Un tipo de vida así, es un factor de riesgo para la no adherencia terapéutica.
- Día de las Semana: Denhaeryncka K [27] obtiene como resultado que las personas son más adherentes los lunes que los domingos. Al empezar la rutina el primer día de la semana, a las personas no se les olvida tomar las pastillas ni se saltan ninguna dosis. Sin embargo los domingos, salen de la rutina y les es más fácil faltar alguna dosis o alguna pastilla.
- Recursos económicos: De los artículos estudiados, sólo dos, el de Constantiner M [26] y el de Weng FL [38] estudian el factor económico en relación a la adherencia terapéutica y ambos concluyen que los bajos ingresos sí que son un factor de riesgo.

### **Factores psicológicos:**

- Estrés y ansiedad: estas características son mencionadas en los artículos de Weng L [38] y Ruiz MA [42] y sacan como conclusión que las personas que sufren estrés y ansiedad son menos adherentes, con lo que es un factor de riesgo.
- Olvido: Es otro factor causal de la no adherencia. Los artículos [25, 28, 33 y 42] identifican el olvido como una de las principales razones de no adherencia. Sólo el artículo de Fernandez M [25], también indica que el cansancio puede ser también otra de las causas para dejar de ser adherente.

### **Tratamiento farmacológico:**

- Inmunosupresores: Los pacientes trasplantados de riñón que toman como tratamiento inmunosupresor ciclosporina son más adherentes que los que toman *Tacrolimus* según Takemoto K [31]. Por el contrario, Lalic J [33], encuentra que los pacientes tratados con *Tacrolimus* son más adherentes que los pacientes tratados con ciclosporinas. Pinsky BM [36], concluye en sus resultados que los pacientes tratados con ciclosporinas + Micofenolato mofetil (MMF) son más adherentes que los que toman tacrolimus+MMF, *Calcineurin inhibitor* (CNI)+Azatioprina, CNI+Rapamicina o CNI monoterapia.
- Complejidad del tratamiento: cuando los artículos [26, 28, 42] descubren un porcentaje significativo de no adherencia y les preguntan a los pacientes el por qué mediante cuestionarios, muchos contestan por la complejidad del tratamiento haciendo referencia que hay demasiadas pastillas diarias y que el número de dosis al día también es elevado.
- Efectos secundarios o intolerancias: Los estudios [25-26, 31, 33, 42] afirman que el hecho de experimentar algún efecto secundario del tratamiento inmunosupresor, conlleva a una mal adherencia terapéutica ya que dejan de tomarlos.

### **Relación de supervivencia con la adherencia:**

Varios artículos [31-32, 36, 40] han visto en sus resultados que los pacientes que tienen poca o baja adherencia, tienen un mayor riesgo de fracaso del injerto, “doble de probabilidades de rechazo cuando no se es adherente” según Nevis TE [32] o simplemente los pacientes no adherentes tenían una menor supervivencia en comparación a los pacientes adherentes en el estudio de Tielens M [40].

### **Tipo de Injerto:**

El artículo de Denhaerynck K [41], estudia si hay diferencias de adherencia terapéutica en personas que han recibido un injerto por parte de un familiar vivo, un injerto de donante vivo desconocido o un injerto de cadáver. Concluye que las personas que reciben un injerto por parte de un familiar son menos adherentes que los que reciben un injerto de donante vivo desconocido o de donante cadáver. La explicación que dan los autores es que al pertenecer a un familiar, han de tomar menos medicación para el rechazo por lo que les es más complicado ser adherentes.

En cuanto a la diferencia de adherencia entre donante cadáver y donante vivo desconocido no fue significativa.

### **Adherencia terapéutica:**

En la mayoría de los artículos los resultados acerca de la adherencia terapéutica son bajos. Sólo los estudios de Fernández M [25], Denhaerynck K [27] y Chun-Wei Su [35] han hallado que menos del 10% de los pacientes estudiados no son adherentes. A continuación se expone la tabla de clasificación del nivel de adherencia terapéutica obtenida en las muestras realizadas por los autores citados.

Autores	≤10%	11%-20%	21%-40%	>40%
Fernandez M	X			
Constantiner M		X		
Denhaeryncka K	X			
Muduma G				X
Duran M		X		
Sampaio D				X
Takemoto K			X	
Nevis TE			X	
Lalica J			X	
Tsapepas D				X
Chun-Wei Su	X			
Pinsky BW			X	
Oliveira E				X
Weng FL		X		
Rusell C			X	
Tielen M		X		
Denhaerynck K		X		
Ruiz MA	<i>* Ruiz MA, no aporta con exactitud la adherencia de la muestra</i>			

Tabla 3: Resultados estudios nivel de adherencia.

## **DISCUSIÓN**

Este trabajo de revisión bibliográfica demuestra la baja adherencia terapéutica que existe en pacientes adultos trasplantados de riñón ya que la mayoría de los artículos concluían como resultados que más del 11% de la población estudiada no es adherente. Sólo los estudios de Fernandez M [25], Denhaeryncka K [27] y Chun-Wei Su [35] coinciden en que la muestra no adherente es menor de 10%.

Como ya se ha citado anteriormente en este trabajo, para poder conocer la prevalencia y la incidencia de adherencia terapéutica sobre éste tipo de pacientes hay, que saber cómo medirla. Y para ello era necesario tanto el uso del método objetivo como el subjetivo para tener un resultado más cercano a la realidad, sin embargo la mayoría de los estudios [25-32, 34-36, 38-40], han utilizado sólo uno de estos dos métodos.

En cuanto a las variables sociodemográficas estudiadas, la edad temprana o joven, estudiada en todos los artículos sí que es un factor de riesgo para la adherencia según varios escritores [25, 27-28, 31, 36, 39, 41-42].

La variable de género en relación a la adherencia terapéutica fue estudiada en todos los artículos pero sólo fue intuida en dos artículos [27,39] , en los que exponen que el sexo masculino es menos adherente que el femenino. Sin embargo, considero que no es un resultado significativo para poder afirmar que los hombre son menos adherentes que las mujeres en la adherencia terapéutica en las personas trasplantadas de riñón.

La variable de raza también fue estudiada en todos los artículos y solo Tsapepas D [34] y Pinsky BW [36] concluyeron que la raza afroamericana era menos adherente y que los caucásicos son más adherentes que los no caucásicos. Al igual que en la variable de género, son necesarios más estudios para afirmar que las personas afroamericanas o los no caucásicos son menos adherentes.

En cuanto al estado civil se refiere, ningún artículo obtiene resultados significativos. Sólo Fernández M, que alega que las personas que viven solas son menos adherentes.

Por otra parte varios artículos [27, 31, 33] han estudiado la variable del tratamiento farmacológico. Es decir, si un tratamiento hace que sea más fácil de manejar que otro y por ello sea más fácil la adherencia. Cada uno concluye como resultado un tratamiento diferente. Con lo que no se puede afirmar que un tratamiento facilite que una persona sea más adherente que otra.

Sólo 6 de los artículos que componen la revisión bibliográfica preguntan a la muestra la razón por la que dejan de tomar la medicación. Tres de los artículos [25, 28, 33] identifican el olvido, como principal razón de la no adherencia. Los efectos secundarios o la intolerancia son otro motivo que aparece en los artículos [25-27, 33] por la que la muestra afirma dejar de ser adherente. Y los artículos [26 y 28] también descubren en sus resultados que el tratamiento farmacológico es de un seguimiento complicado dado que hay muchas dosis al día y muchas pastillas al día.

El tipo de vida ajetreada que llevan los pacientes también es una razón por las que dejan de tomar las pastillas según los resultados de los artículos [27-28, 38].

El artículo de Denhaerynck K [41], es el único que estudia la variable del origen del injerto y concluye que las personas que reciben un órgano de un familiar vivo son menos adherentes que las que reciben un injerto de donante vivo desconocido o de donante cadáver y explica que la razón está en que han de tomar menos tratamiento farmacológico. Es posible que exista esa no adherencia en este tipo de personas dado que probablemente no hayan pasado antes por otro TSR como la diálisis o la hemodiálisis.

Por último, la relación existente que hay entre la adherencia y la supervivencia. Los artículos [31-32, 36, 40] que han estudiado esa variable, han observado que a menor adherencia del paciente, mayor riesgo de fracaso renal, por lo que mayor posibilidades de rechazo hay.

## **CONCLUSIÓN**

La adherencia terapéutica en personas adultas trasplantadas de riñón es baja. La variable sociodemográfica que se puede relacionar directamente con la baja adherencia es la edad, obteniendo que las personas jóvenes son las menos adherentes.

También concluyo que las personas que reciben un órgano de donante vivo de un familiar son menos adherentes que aquellos que han recibido un órgano de donante cadáver o de un desconocido vivo. Por otra parte, he podido comprobar que la adherencia está directamente relacionada con la supervivencia del paciente; a mayor adherencia, mayor supervivencia; y a menor adherencia, menor supervivencia.

La causas principales por las que los pacientes admiten no ser adherentes son el olvido, los efectos secundarios o intolerancias que padecen hacia el fármaco, complejidad del tratamiento (demasiadas dosis y demasiadas pastillas al día) y por el tipos de vida ajetreada que dicen llevar los pacientes.

En conclusión, hay una baja adherencia terapéutica en este tipo de pacientes y las consecuencias tanto clínicas como económicas son notables en este tipo de población.

## **REFLEXIÓN PERSONAL DEL APRENDIZAJE OBTENIDO**

Mi aprendizaje en cuanto al proceso de elaboración como de desarrollo del trabajo de fin de carrera ha sido enorme y satisfactorio.

He de mencionar que la elección del tema del trabajo fue voluntario ya que era un tema muy desconocido en ese momento para mí. Tanto el tema de trasplantes, como la medicación inmunosupresora, y el mundo renal en general, se había impartido anteriormente en clase pero de una forma muy superficial. Vi en el TFG una gran oportunidad para profundizar más en este campo.

Gracias a las horas invertidas en investigación sobre el mundo de la adherencia terapéutica en personas trasplantadas de riñón, he podido aprender y repasar conocimientos teóricos como el sistema urinario, las enfermedades renales existentes, las que pueden provocar una enfermedad renal crónica, las terapias y tratamientos que existen para éste tipo de patologías y cuando ya el órgano pierde su función vital, el tratamiento post-trasplante que existe, entre otras cosas.

Al sumergirme en este tema me he sorprendido al ver la prevalencia generalizada existente en el mundo. Y me sorprende que a pesar del gran beneficio (tanto clínico como económico) que supone que a una persona le trasplanten un riñón, exista un porcentaje tan elevado de personas no adherentes. Me llama la atención ya que el hecho de dejar de tomar el tratamiento inmunosupresor y no seguir con las indicaciones terapéuticas lleva a que exista un riesgo notable de rechazo al nuevo riñón trasplantado. Es una consecuencia muy grave a nivel clínico, puesto que la persona debería volver a someterse a otra intervención, volvería a una de las terapias sustitutivas renales como la diálisis y perdería calidad de vida. Por no mencionar la repercusión a nivel económico que supone, generando un gran gasto añadido.

Al realizar esta revisión he comprobado que muchos de los motivos con los que se justifican ante su no adherencia al tratamiento es mayoritariamente el olvido, los efectos secundarios que les provoca la medicación y la incompatibilidad con el estilo de vida que llevan. Situándome en su lugar, creo y concluyo que ha de ser complicado conseguir una buena adherencia y poder llevar una vida “normal” teniendo en cuenta la elevada cantidad de medicación diaria. No obstante, no logro entender como después de haber obtenido el órgano necesario, y sabiendo lo que ello conlleva, exista tal elevada irresponsabilidad en muchos pacientes.

## **IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y ROL DE ENFERMERÍA**

La realización de esta revisión bibliográfica me ha llevado a determinar que tanto las personas que no cumplen con su régimen terapéutico como muchos de los sanitarios que llevan y cuidan a estas personas, no son realmente conscientes de las consecuencias que ello implica.

Por ello considero que se debería concienciar más a los pacientes y a los profesionales de la salud de la magnitud del problema. Es un hecho que existe, que está ahí y sigue ocurriendo.

Dado que el olvido es la causa principal que conduce a la no adherencia, considero oportuno la utilización de sistemas electrónicos de monitorización como el MEMS o un dispositivo que les recordara tomar la pastilla en el momento preciso. Hoy en día, donde la tecnología está más presente que nunca, podríamos sacar provecho de ello y promocionar el uso de aplicaciones personalizadas para cada paciente que les recuerde mediante una alarma la hora en la que tienen que tomar la pastilla y qué pastilla deben de tomar. Si bien es cierto que la población mayor actual no domina tanto el uso de las tecnologías, con esta idea se pretende solventar la no adherencia a largo plazo, ya que los jóvenes de hoy en día, resueltos en el ámbito tecnológico y digital, envejecerán con este dominio.

Considero que para concienciar al profesional sería conveniente mostrarle los datos de la no adhesión y las consecuencias que esto supone a nivel clínico y económico. Una de las estrategias que deberían de enseñar los profesionales de la salud a cualquier persona con una enfermedad crónica y poli-medicada, sería que estableciera una relación entre el hábito que tiene el paciente en su día a día y la toma de medicación. Por ejemplo: si una persona que trabaje de 8 a 15h, que se levante a las 6.30 de la mañana y lo primero que haga sea vestirse y asearse, parece lógico que se preparara la medicación cerca del lavamanos para que no se le olvidara. Y así con el resto de hábitos diarios.

## CRONOGRAMA

	<b>Observaciones</b>
<b>Septiembre 2015</b>	Introducción del nuevo tema a realizar. Búsqueda de información básica de tipo conceptual.
<b>Octubre 2015</b>	Comienzo de búsqueda bibliográfica e inicio de la redacción de la introducción.
<b>Noviembre 2015</b>	Búsqueda bibliográfica y inicio de la redacción de la justificación.
<b>Diciembre 2015</b>	Búsqueda bibliográfica y pequeñas modificaciones del trabajo.
<b>Enero 2016</b>	Búsqueda bibliográfica y comienzo de la redacción de los objetivos y parte de la metodología.
<b>Febrero 2016</b>	Búsqueda bibliográfica y redacción de las consideraciones éticas y limitaciones del estudio.
<b>Marzo 2016</b>	Fin de la búsqueda bibliográfica, fin de la redacción de la metodología y comienzo a realizar tablas de resultados.
<b>Abril 2016</b>	Tablas de resultados finalizada, resultados, conclusión y discusión redactados.
<b>Mayo 2016</b>	Reflexión personal del aprendizaje obtenido e implicación en la práctica clínica y rol de enfermería redactados. Realización del <i>Power Point</i> para la exposición oral. 24 de mayo entrega del trabajo final de carrera.
<b>Junio 2016</b>	1 de Junio exposición oral del trabajo final de carrera.

Tabla 4. Cronograma del trabajo final de carrera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39:1-266.

[https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd\\_evaluation\\_classification\\_stratification.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf)

[2] Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Aten Primaria.* 2014;46(9): 501-19.

[3] Gaínza FJ, Liaño García F. *Guías SEN.* Actuación en el fracaso renal agudo. *Nefro.* 2007;27(3):113-5.

[4] Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Consejería de sanidad de las CCAA. Documento Marco sobre la Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2015.

[5] Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefro.* 2004;24(6):27.

[6] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation* 2009; 9(Suppl 3): S1–S157.

[7] Daga D, Fernández C, Segura F, Carballo M. Indicaciones y resultados a largo plazo de los trasplantes de órganos sólidos. Calidad de vida en pacientes trasplantados. *Med Intensiva.* 2008;32(6):298.

[8] Cuarenta y cinco congreso nacional de la sociedad española de nefrología. Valencia; 3-6 octubre 2015. Valencia: Organización nacional de trasplantes; 2014.

[9] Lorenzo V, Perestelo L, Barroso M, Torres A, Nazco J. [Economic evaluation of haemodialysis. Analysis of cost components based on patientspecific data]. *Nefrología* 2010; 30(4):403-412

[10] Arrieta J. Evaluación del tratamiento Sustitutivo Renal (Hemodialisis, dialisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología* 2010; 1(1):9

[11] Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Spain record the highest increase in the number of organ donors in the history of ONT, which has allowed to reach 39.7 donors p.m.p and to perform 4,769 transplants. Madrid; 2015. [http://www.ont.es/Documents/Balance\\_Actividad\\_2015\\_English.pdf](http://www.ont.es/Documents/Balance_Actividad_2015_English.pdf)

[12] Daga D, Fernandez C, Segura F, Carballo M. Indications and long-term outcomes for solid organ Transplant. Quality of life in solid organ transplants recipients. *Med intensiva* 2008;Vol.32(6):296-303.

[13] Organización Mundial de la Salud (OMS).Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción. Ginebra, 2004. [Consultado el 27 de Noviembre 2015]

[14] Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y Persistencia terapéuticas: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41 (6):342.

[15] Fine R, Becker Y, De Geest S, Eisen H, Ettenger R, Evans R et al. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. *Am J Transplant*. 2009;9:36-7.

[16] Nogués X, Sorli M. L, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2007 Mar

[citado 2016 Abr 29]; 24(3):138-141. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es).

[17] Rodríguez MA, García E, Amarillos P, Rodríguez A, Faus MA. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-7.

[18] Ortega FJ, Sánchez J, Pérez MA, Pereira P, Muñoz Ma, Lorenzo D et al. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia de tacrolimus. *Rev Nefro*. 2011;31(6):690-6.

[19] Chisholm MA, Lance CE, Williamson GM, Mulloy LL. Development and validation of the immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS). *Patient Educ Couns*. 2005;59(1):13-20. Consultado el [29 de abril de 2016] disponible en :  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198214>

[20] Chisholm MA, Lance CE, Williamson GM, Mulloy LL. Development and validation of an immunosuppressant therapy adherence barrier instrument. *Nephrol Dial Transplant* (2005) 20: 181–188. Consultado el [29 de abril de 2016] disponible en:  
<http://ndt.oxfordjournals.org/content/20/1/181.full.pdf+html>

[21] Organización Mundial de la salud (OMS). Promoción de la salud Glosario. Ginebra, 1998. Consultado el [15 de abril de 2016] disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

[22] Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa, Canada, 1998 consultado el [20 de abril 2016] disponible en:  
<http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/index1.html>

[23] Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Yakarta, República de Indonesia, 1997. [Consultado el 20 de abril 2016] disponible en:  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

[24] World of Health Organization (WHO). Mental health: Facing the challenges, building solutions. European Ministerial Conference, Copenhagen, 2005. Consultado el [20 abril 2016], disponible en:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)

[25] Fernández .M, López J, Miranda B, Matesanz R. Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. Nefro. 1998;Vol. XVIII. Núm. 4.

[26] Constantiner M, Cukor D. Barriers to immunosuppressive medication adherence in high-risk adult renal transplant recipients. D&T. 2011;Vol 40(2):60-6.

[27] Denhaeryncka K, Steigerb J, Bockc A, Schařer-Kellera P, Kořerc S, Thannbergerb N et al. Prevalence and Risk Factors of Non-Adherence with Immunosuppressive Medication in Kidney Transplant Patients. Am J Transplant. 2007; 7: 108-16.

[28] Muduma G, Shupo F, Dam S, Hawken N, Aballéa S, Odeyemi I, Toumi M. Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. Dove Med Press.2016:10

[29] Duran M, Lope T, del Pino MR, Chicharro MC, Matilla E. Adherencia la tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol.* 2012; 15(4):300/5.

[30] Sampaio D, Oliveira E, Dos-Santos F, Basile A, Lucchetti G, Sanders H. Stress, coping and adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: a comparative study. *Sao Paulo Med J.* 2011

[31] Takemoto K, Pinsky BW, Schnitzler MA, Lentinea KL, Willoughby LM, Burroughs TE et al. A Retrospective Analysis of Immunosuppression Compliance, Dose Reduction and Discontinuation in Kidney Transplant Recipients. *Am J Transplant.* 2007;7:2704-11.

[32] Nevins TE, Robiner WN, Thomas W. Predictive Patterns of Early Medication Adherence in Renal Transplantation. *Transplantation.* 2014; 98(8):878-84.

[33] Lalića J, Veličković-Radovanovića R, Mitić B, Paunović G, Cvetković T. Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Patients. *Med Princ Pract.* 2014;23:351-6.

[34] Tsapepas D, Langone A, Chan L, Wiland A, McCague K, Chisholm-Burns M. A longitudinal assessment of adherence with immunosuppressive therapy following kidney transplantation from the Mycophenolic Acid Observational Renal Transplant (MORE) study. *Ann Transplant.* 2014; 19: 174-81.

[35] Chun-Wei G, Greanya ED, Partovi N, Yoshida EM, Shapiro R, Levy R. Assessing Medication Adherence in Solid-Organ Transplant Recipients. *Exp Clin Transplant*. 2013; 11(6).

[36] Pinsky BW, Takemoto SK, Lentine LK, Burroughs TE, Schnitzler MA, and Salvalaggio PR. Transplant Outcomes and Economic Costs Associated with Patient Noncompliance to Immunosuppression. *Am J Transplant*. 2009; 9:2597-606.

[37] Oliveira E, Fernandes NS, Basile FA, Fernandes NM, De Geest S, Pinheiro HS. Multilevel Correlates of Non-Adherence in Kidney Transplant Patients Benefitting from Full Cost Coverage for Immunosuppressives: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2015;10:(11).

[38] Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA and Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *Nephrology*. 2013;14:261-71.

[39] Russell C, Ashbaugh C, Peace L, Cetingok M. Time-in-a-Bottle (TIAB): A Longitudinal, Correlational Study of Patterns, Potential Predictors, and Outcomes of Immunosuppressive Medication Adherence in Adult Kidney Transplant Recipients. *Clin Transplant*. 2013;27(5).

[40] Tielen M, Van-Exel J, Laging M, Beck DK, Khemai R, Van-Gelder T et al. Attitudes to Medication after Kidney Transplantation and Their Association with Medication Adherence and Graft Survival: A 2-Year Follow-Up Study. *Transplantation*. 2014.

[41] Denhaerynck K, Schmid-Mohler G, Kiss A, Steiger J, Wüthrich RP, Bock A et al. Differences in Medication Adherence between Living and Deceased Donor Kidney Transplant Patients. 2014; Int J Org Transplant Med 2014;5(1).

[42] Ruiz MA. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. Enferm Nefrol.2013;16(4): 258-70.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Tabla de resultados

Año	Autor	País	Lugar de publicación	Título	Método	Muestra	Variables	Objetivos e Intervenciones	Resultados/Conclusiones
1998	Fernández ,M, López J, Miranda B, Matesanz R.	España	Revista Nefrología.	Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico.	Estudio multicéntrico de corte transversal.	1.353	Sexo, edad, tiempo post. Tx, estado civil, convivencia, situación afectiva.	Estimar la prevalencia de adhesión al tratamiento en personas receptoras de riñón en España.  - Mediante un cuestionario diseñado por el estudio.	Causas por las que dejan de tomar tto. inmunosupresor : - olvido(6,6%) - intolerancia(1,4%) - cansancio (0,5%). ¿Han dejado de tomar en el último mes alguna medicación?: 1.241 (93,5% nunca) 63 (4,7% un día) 16 (1,2% > de 1 día pero < de 5) 2 (0,2% > de 10 días). En el último mes hubo un 6,4% de incumplimiento del tto. Los pacientes <45 años son mas incumplidores que los >45. Las personas que viven sin pareja son menos adherentes
2007	Denhaeryncka K, Steigerb J, Bocke A, Schafer-Kellera P, Köferc S, Thannbergerb N, De Geest S.	Suiza	American Journal of Transplantation n.	Prevalence and Risk Factors of Non-Adherence with Immunosuppressive Medication in Kidney Transplant Patients	Estudio prospectivo	249	Edad, sexo, raza, tiempo post TxR, situación laboral, nivel educativo, nacionalidad, tto inmunosupresor, nº de pastillas/día	Evaluar la falta de adherencia de la medicación inmunosupresora y evaluar los factores de riesgo de la no adherencia.  - Mediante el seguimiento de los pacientes por vía electrónica durante 3 meses, usando el MEMS® y la utilización de Long-Term Medication Behavior Self-Efficacy scale. (LTMBSSES) basándose en las cinco dimensiones de la OMS.	Adherencia: 2,6% No adherente  - Toma de medicación es de un 98,4%, - La dosificación media 96,2% - La temporalización media de un 91,9%.  Es decir, la muestra tiene una buena adherencia, sin embargo a la hora de tomarse la medicación en el momento preciso el 25% de los pacientes tomó menos del 92,1% del medicamento en el tiempo correcto.  Factores de riesgo:  - Jóvenes - Sexo masculino - La baja autoeficacia - El estilo de vida ajetreado - Las manchas que aparecen en cara y espalda - El tener un injerto de un familiar  Son características que pueden conllevar a un mayor riesgo de no

2007	Takemoto K, Pinsky BW, Schmitzler MA, Lentinea KL, Willoughby LM, Burroughs TE and Bunnapradist S.	EE.UU	American Journal Transplantation	A Retrospective Analysis of Immunosuppression Compliance, Dose Reduction and Discontinuation in Kidney Transplant Recipients	Estudio de cohorte retrospectivo	7046	Sexo, edad, raza, duración de la diálisis, enfermedades asociadas, fumadores, tiempo de TxR, tto con inmunosupresores.	Examinar las características del paciente y los factores asociados con el trasplante (mal cumplimiento del paciente, cambios de prescripción ). Examinar si los tres factores que compiten entre sí : el mal cumplimiento , reducciones de la dosis y la discontinuación se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de pérdida del injerto . - Mediante el parámetro (Medication possession ratio) MPR (nº de días en el que un medicamento es administrado en un año).	adherencia. Se producía una mayor adherencia los lunes y los domingos era cuando se producía la adherencia más baja.  No adherentes: Al mes 1,2, el 33% mostró un pobre cumplimiento. <u>Características sociodemográficas:</u> - edad paciente, $\updownarrow$ cumplimiento deficiente <u>Razones de poco cumplimiento:</u> - Pacientes con limitaciones físicas, con complicaciones después del Tx, con problemas gastrointestinales, función retardada del injerto tienen menor adherencia. - Mayor adherencia con la Ciclosporina.  Al mes 24, un 7,7 experimento una reducción del tratamiento del más del 50%. <u>Conclusiones:</u> Los pacientes <25 años de edad, los que recibieron tacrolimus, con limitaciones físicas, retardo en la función del injerto, rechazo, problemas gastrointestinales e infecciones, tenían mayor probabilidad de ser poco cumplidor.  Los pacientes con cumplimiento "pobre, media y baja" tenían un mayor riesgo de fracaso del injerto en comparación con aquellos con cumplimiento alto.  Las reducciones de dosis superior a 50% también se asociaron con un aumento de riesgo de pérdida del
------	--	-------	----------------------------------	--	----------------------------------	------	--	--	--

2009	Pinsky BW, Takemotob SK, Lentinea LK, Burroughsa TE, Schmitzlera MA, and Salvalaggio PR.	EE.UU	American Journal of Transplantation	Transplant Outcomes and Economic Costs Associated with Patient Noncompliance to Immunosuppression	Estudio de cohorte retrospectivo	15.525	Edad, Sexo, limitaciones físicas, raza, tiempo en diálisis, edad del donante, comorbilidad del receptor, régimen inmunosupresor.	Identificar las características del paciente trasplantado de riñón y sus factores clínicos asociados con el cumplimiento de dos fármacos (inhibidor de calcineurina y antimetabólicos). Examinar la relación entre los patrones de cumplimiento óptimos con tres años de injerto. Y finalmente se calculo los costes asociados a los no adherencia. · Mediante el uso del marcador MPR.	<p><b>injerto.</b></p> <p><u>Adherencia 1<sup>er</sup> año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo cumplimiento: (24,8%) 3848</li> <li>- Cumplimiento justo: (24,7%)</li> <li>- Buen cumplimiento: (26,5%)</li> <li>- Excelente cumplimiento: (24%)</li> </ul> <p><u>Adherencia 3<sup>er</sup> año:</u></p> <p>Se reducen a 11.199.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo cumplimiento: 2589 (23,1%)</li> <li>- Cumplimiento normal: 7905 (70,6%)</li> <li>- Alto cumplimiento: 705 (6,3%)</li> </ul> <p><u>Características Sociodemográficas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes entre edades de 19-24 años son menos adherentes que los de 24-44 años.</li> <li>- Pacientes no caucásicos son menos cumplidores comparados con los caucásicos.</li> </ul> <p><u>Efectos adversos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que han sufrido rechazo y/o con problemas gastrointestinales durante el primera año de Tx tienen un menor cumplimiento que aquellos que no los han tenido.</li> </ul> <p><u>Medicación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los que toman tacrolimus+MMF, CNI+azathioprine, CNI+rapamycin o CNI</li> </ul>
------	--	-------	-------------------------------------	---	----------------------------------	--------	--	--	---

2012	Duran M, Lope T, del Pino MR, Chicharro MC, Matilla E.	España	Revista Enfermería nefrología	Adherencia la tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal.	Estudio descriptivo transversal	209	Sexo, edad, situación laboral, situación de convivencia, nivel de estudios, TxR.	Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento inmunosupresor y describir las barreras que perciben los pacientes con Tx para adherirse al tto. <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante unos cuestionarios hechos por el estudio utilizando alguna pregunta del ITAS y de ITBS.</li> </ul>	Adherentes un 88,8%, con lo que 11,2% No son adherentes según ITAS. <u>Características sociodemográficas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ptes con estudios universitarios el 20% no son adherentes.</li> <li>Situación laboral en activo, 22,4% no son adherentes.</li> </ul>
2013	Chun-Wei Su G, Greanya ED, Partovi N, Yoshida EM, Shapiro R, Levy R.	Canada	Experimental an clinical Traplantation	Assessing Medication Adherence in Solid-Organ Transplant Recipients	Estudio transversal retrospectivo	225 (75 de riñón)	Edad, sexo, raza, tiempo desde el TxR, con régimen inmunosupresor, indicaciones para el Tx.	Conocer la prevalencia de no adherencia en pacientes trasplantados de riñón, hígado y pulmón e identificar los factores de riesgo potenciales para la no adherencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante el uso del marcador MPR. (Aquellos que posean &lt; 80% medicación y aquellos que están &gt; 30 días sin renovar la receta = No adherentes).</li> </ul>	<u>Adherencia:</u> MPR <80%: 7,1% población estudiada (3 de riñón (4%), siete de hígado y seis de pulmón) no adherentes. >30 días sin renovación receta: 30,2% población estudiada (19 riñón (25,3%), 28 hígado, 21 pulmón) No adherente. No se estudiaron los factores de riesgo de la NA por que la muestra NA no era significativamente relevante.
2013	Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA and Demissie K	EE.UU	BMC Nephrology	Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study	Estudio transversal	252	Edad, Sexo, raza, tiempo de Tx	Evaluar el porcentaje de adherencia en pacientes trasplantados de riñón de más de 6 meses y observar si hay correlación psicológica a la no adhesión y establecer si hay barreras a la adherencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante la utilización de cuestionarios ITAS y ITBS.</li> <li>Utilización de cuestionarios para medir la ansiedad, la depresión y el estrés: (Hospital Anxiety and Depression Scale)HADS, Interpersonal Support and</li> </ul>	<u>Adherencia:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Excelente adherencia(59,1%)</li> <li>Normal adherencia (26,6%)</li> <li>No adherencia (14,3%)</li> </ul> <u>Factores Socioeconómicos de riesgo:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de estrés</li> <li>Depresión</li> <li>Bajos ingresos económicos</li> <li>Falta de empleo se asocian con un incremento de no adherencia.</li> </ul> Los valores más altos en el ITBS(barreras a la adherencia), están asociados con los valores más

2013	Russell C, Ashbaugh C, Peace L, Cetingok M.	EE.UU	Clinical Transplant/National Institute of Health	Time-in-a-Bottle (TIAB): A Longitudinal, Correlational Study of Patterns, Potential Predictors, and Outcomes of Immunosuppressive Medication Adherence in Adult Kidney Transplant Recipients	Estudio longitudinal, correlacional	121	Edad, sexo, raza, nivel de educación, estado civil, tipo de Tx y situación laboral.	Evaluation List-12 (ISEL-12), Perceived Stress Scale-4 (PSS-4) Evaluar el porcentaje de adherencia de los pacientes trasplantados de riñón y valorar su ejecución. - Mediante uso de dispositivos de vigilancia como el MEMS®	bajos en el ITAS(no adherencia).  <u>Adherencia:</u> - La muestra tenía una persistencia aceptable pero una mala ejecución ya que un 61% tenía una puntuación debajo de 0,9 y un 41 debajo de 0,80. - Puntuación 1-0,9 (muy adherentes): 38,84% - Puntuación .89-80 (adherentes): 19,83% - Puntuación .79-.70 (algo adherentes): 17,36 - Puntuación <0,70 (No adherentes): 23,97%  <u>Características sociodemográficas:</u> - La edad avanzada se asoció a la adherencia
2013	Ruiz MA.	España	Enfermería Nefrología	La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal	Revisión bibliográfica	81	Scielo, Pubmed, The Cochrane , Scienc directy Google académico. Que fueran en ingles o castellano.	Conocer la producción científica actual de adherencia al tratamiento de pacientes trasplantados de riñón y las variables que puedan influir. - Mediante la revisión de la bibliografía.	<u>Adherencia:</u> <u>Razones:</u> - Complejidad del tratamiento. A mayor complejidad de tto, menor adherencia. - Edad: Los jóvenes son menos adherentes. - Tiempo de Tx renal. A mayor tiempo pasado el tiempo de evolución hay menos adherencia. - Factores psicológicos. A mayor estrés y ansiedad, menor adherencia. - Olvido.
2014	Nevins TE, Robiner WN, Thomas W.	EE.UU	National Institutes of health	Predictive Patterns of Early Medication Adherence in Renal Transplantation	Estudio observacional prospectivo, longitudinal	195	Sexo, edad, raza, nº Tx, tipo de donante.	Conocer la predicción temprana de la adherencia al tratamiento en personas trasplantadas de riñón. Conocer el porcentaje de	<u>Adherencia:</u> Mes 1-2: El 26,56%, demostró una disminución de la adherencia del 7% o más, equivalente a la falta de

2014	Lalić J, Veličković-Radovanovića R, Mitić B, Paunović G, Cvetković T.	Serbia	Medical Principles and Practice	Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Patients	Estudio transversal	60	Sexo, edad 18 años mínimo, tiempo desde el Tx de al menos 1 año, Tipo de donante, estar con una terapia inmunosupresora durante al menos 1 año, filtrado glomerular y tensión arterial.	<p>adhesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante el uso de dispositivos de vigilancia monitorizada de medicamentos como el MEMS® o AARDEX®.</li> </ul>	<p>toma de dos o más dosis. (drop 2)</p> <p>El resto tuvieron tasas estables de adherencia durante su segundo mes posterior al Tx. (stable group)</p> <p>Mes 6-12:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Drop 2 : un 27% de no adherencia.</li> <li>Stable group: 7% de adherencia</li> </ul> <p>Consecuencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Drop 2 Experimento el doble de rechazos agudos que el "Stable group" y de forma más rápida.</li> </ul> <p>La no adhesión se puede detectar tras los dos meses del trasplante de riñón.</p>
2014	Tsapepas D, Langone A, Chan L, Wiland A, McCague	EE.UU	Annals of Transplantation	A longitudinal assessment of adherence with	Estudio longitudinal observacional	946	Edad, Sexo, Raza, TxR previo, tipo de donante,	<p>Adherencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>28.3% fueron no adherentes al tratamiento y un 71,7% sí.</li> <li>Los pacientes con tto. a la ciclosporina son algo menos adherentes pero no es estadísticamente significativo.</li> </ul> <p>La estimación del FG era significativamente más baja en las personas no adherentes.</p> <p>Razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Olvido (88,2%)</li> <li>Intencionadamente porque piensan que es más perjudicial que beneficioso (11,8%).</li> </ul>	

2014	K. Chisholm-Burns M.					immunosuppressive therapy following kidney transplantation from the Mycophenolic Acid Observational Renal Transplant (MORE) study			riñón. - Mediante el uso del cuestionario (ITAS).	adherentes durante algún momento del periodo del estudio según el ITAS. - Mes 3: 24,8% No adherentes. - Mes 6: 31,5% - Mes 12: 33% - Mes 24: 39,8% - Mes 36: 35,4% - Mes 48: 26,4%  <u>Características Sociodemográficas:</u> - Afroamericanos menos adherentes  No es estadísticamente significativa la relación entre pérdida de injerto o rechazo agudo entre las personas adherente y no adherentes
	Tielen M, Van Exel J, Laging M, Beck DK, Khemai R, van Gelder T, Betjes M, Weimar W, and Massey E	Holanda		113		Attitudes to Medication after Kidney Transplantation and Their Association with Medication Adherence and Graft Survival: A 2-Year Follow-Up Study	Edad, sexo, nivel educacional, raza, tipo de donante, nº de Tx, estado civil.	Obtener un mayor conocimiento de las actitudes hacia el régimen de medicación inmunosupresora poco después de un Tx de riñón y explorar la relación entre la adherencia a la medicación y los resultados clínicos en los años siguientes al trasplante.  - Mediante la utilización de cuestionarios BAASIS y el "método Q" que mide actitudes frente al régimen de medicación inmunosupresora después del trasplante de riñón	Adherencia: - Después de 6 semanas: 17% fueron clasificados como No adherentes (dejaron de tomar la dosis >2h antes o más tarde que lo acordado). - Un 8% dejó de tomar una dosis en el último mes - El 11% tomó su dosis dos horas antes o más tarde que lo acordado.  No hay diferencias significativas en cuando a características sociodemográficas se refiere. <u>Consecuencias:</u> - Los que informaron de la falta de adherencia en el BAASIS tuvieron una supervivencia del injerto de dos años inferior en comparación con el grupo adherente.	

2014	Denhaerynck K, Schmid-Mohler G, Kiss A, Steiger J, Wüthrich RP, Bock A, De Geest S.	Suiza	International Journal of Organ transplantation medicine	Differences in Medication Adherence between Living and Deceased Donor Kidney Transplant Patients	Estudio transversal	462	Edad, sexo, si vive solo, nivel educacional, nacionalidad suiza, tipo de injerto, tto. con inmunosupresores,	Comparar el nivel de adherencia a los inmunosupresores en pacientes trasplantados de riñón en donantes vivos o muertos en suiza. - Mediante diferentes cuestionarios (BAAS-IS®, Beck Depression Inventory) y la monitorización electrónica (MEMS®).	<p>- Los pacientes con rechazo (n = 35) tenían significativamente menor supervivencia del injerto.</p> <p><u>Adherencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes con injertos de cadáver como los injertos de donante vivo no parental tienen el mismo nivel de adherencia.</li> <li>- En los resultados de los cuestionarios y del control electrónico, la no adherencia es significativamente mayor en pacientes con injertos de vivos parentales que los que han recibido un injerto de cadáver.</li> </ul> <p><u>Razones:</u></p> <p>El art explica que la causa de ese bajo nivel de adherencia es por que estos pacientes necesitan menos inmunosupresores que los que han recibido el injerto cadáver.</p>
2015	Oliveira E, Fernandes NS, Basile FA, Fernandes NM, De Geest S, Pinheiro HS.	EE.UU./Brasil	Plos One	Multilevel Correlates of Non-Adherence in Kidney Transplant Patients Benefiting from Full Cost Coverage for Immunosuppressives: A Cross-Sectional Study	Estudio transversal	100	Edad, Sexo, raza, tipo de donante, tiempo de TxR, ingresos familiares	Determinar la prevalencia de la NA en el tto inmunosupresor en pacientes Tx. Determinar la aplicación de métodos estandarizados y explorar los factores de riesgo de varios niveles de NA. - Mediante un cuestionario (BAASIS), una analítica para ver inmunosupresores en sangre y un informe de garantía de médicos y enfermeras.	<p><u>Adherencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 51% de la muestra es no-adherente. Mediante la combinación de los tres métodos.</li> </ul> <p><u>Características sociodemográficas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familias con más de cinco salarios de referencia mostraron menos adherencia que los que tenían menos de cinco salarios de referencia.</li> </ul>
2016	Muduma G, Shupo F, Dam S, Hawken N, Aballéa S, Odeyemi I, Totumi M.	Francia	Dove Press Journal.	Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of	Estudio transversal descriptivo.	37	Mayor de edad, personas no adherentes, con mas	Conocer los conceptos clave acerca de la terapia inmunosupresora y las	Factores de riesgo para la no adherencia:

				life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients.			de 6 meses con el injerto renal.	razones de la no adhesión de los pacientes. - Mediante una entrevista con tres expertos sobre el tema y una sesión grupal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt; 25 años</li> <li>- &gt; 65 años</li> </ul> Razones de la no adherencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvido</li> <li>- Carga de la medicación</li> <li>- Tipo de vida que llevan</li> <li>- Salir de la rutina</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------	---	---

