



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Autora: Isabel Quevedo Tabuenca

Tutora: Eva Muñoz Conejero

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a los pacientes que han participado en este estudio de forma totalmente voluntaria haciendo posible el desarrollo de la investigación, así como a Marta Sahagún, profesora asociada en el centro sanitario, por su tiempo para colaborar en la realización de los cuestionarios, siendo un enlace con los participantes.

También agradecer de una manera especial a Eva Muñoz, la tutora de este trabajo por su apoyo constante y sus consejos tanto académicos como personales a lo largo del desarrollo de este proyecto.

Por último, agradecer a mi familia el apoyo incondicional y su capacidad para decirme las palabras necesarias en cualquier momento y hacerme seguir adelante.

RESUMEN

Introducción: el trasplante de órganos es un procedimiento que se remonta a civilizaciones muy antiguas. Con el paso del tiempo las técnicas han ido evolucionando, pero para que el órgano perdure en el tiempo y no exista un rechazo del injerto es necesario que los pacientes sigan de por vida un estricto tratamiento con fármacos específicos, los inmunosupresores.

Objetivo: determinar la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2017.

Metodología: estudio observacional descriptivo transversal prospectivo.

Resultados: la participación en el estudio fue de un 71,4% siendo el 70% de los participantes hombres y el 30% mujeres con una media de edad de 57,06 años. El 70% refirió estar casado. La mayoría de los pacientes tenían como tratamiento inmunosupresor prescrito tacrolimus (36,6%) y tacrolimus en combinación con micofenolato (40%). Tras el análisis de los datos, se obtuvo un valor para la adherencia al tratamiento del 76,6%. Cabe destacar que dicha adherencia al tratamiento no depende del tipo de inmunosupresor pautado ni de las variables sociodemográficas estudiadas, ya que en todos los casos se obtuvo un valor de $p > 0.05$.

Conclusiones: la adherencia al tratamiento inmunosupresor en los pacientes incluidos en el estudio es elevada, considerándose una variable independiente en relación a las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, ya que ninguna de ellas influye en la adherencia al tratamiento de los pacientes encuestados. No obstante, sería interesante llevar a cabo el estudio con estos mismos pacientes a los tres y cinco años del trasplante para determinar si los buenos resultados obtenidos de adherencia al tratamiento inmunosupresor se mantienen en el tiempo, y ampliando a otros centros para aumentar el tamaño muestral.

Palabras clave: trasplante, hígado, adherencia, tratamiento.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1. Fármacos para evitar el rechazo o pérdida del injerto.....	5
3.2. Importancia de la adherencia al tratamiento.....	6
3.3. Instrumentos para medir la adherencia.....	7
3.4. Papel de la enfermería en el seguimiento y la adherencia.....	7
4. Marco metodológico.....	8
4.1. Tipo de estudio.....	8
4.2. Población diana.....	8
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	8
4.4. Recursos utilizados.....	8
4.5. Lugar de estudio.....	9
4.6. Recogida de datos.....	9
4.7. Cronograma de estudio.....	10
4.8. Consideraciones ético-legales.....	10
4.9. Análisis de los datos.....	11
5. Resultados.....	12
5.1. Participación.....	12
5.2. Cuestionario sociodemográfico.....	12
5.3. Cuestionario SMAQ: adherencia al tratamiento inmunosupresor	14
6. Discusión.....	19
7. Conclusiones.....	21
8. Bibliografía.....	22
9. Anexos	24

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ranking de países por pacientes trasplantados de cualquier órgano por millón de población.....	2
Figura 2: distribución de la muestra por sexo.....	12
Figura 3: distribución de la muestra por grupos de edad.....	13
Figura 4: distribución de la muestra por el estado civil.....	13
Figura 5: representación de los fármacos por %.....	14
Figura 6: porcentaje de pacientes en adherentes y no adherentes.....	15
Figura 7: distribución de la muestra por grupos de adherentes y no adherentes.....	15
Figura 8: distribución de la muestra por estado civil y adherencia.....	16
Figura 9: distribución de la muestra por nivel de estudios y adherencia.....	17
Figura 10: distribución de la muestra por fármaco pautado y adherencia.....	18

1. INTRODUCCIÓN

El deseo del ser humano de mejorar su salud o su aspecto físico parece consustancial a su naturaleza. Civilizaciones tan antiguas como la persa, la griega o la egipcia muestran en su arte diferentes manifestaciones de una visión idealizada del cuerpo humano, utilizando partes de animales, lo que les otorgaría propiedades al alcance solo de los dioses. Ello es conocido como xenotrasplante y se remonta desde hace muchos siglos (1).

Con el paso del tiempo el pensamiento y los avances han ido cambiando, siendo a principios del siglo XX cuando tuvo lugar el primer paso importante para el desarrollo científico de los trasplantes, el descubrimiento de la sutura vascular por Alexis Carrel, un investigador francés. Con ese gran paso entre los años 1900 y 1915 se realizaron los primeros trasplantes de órganos en animales, en concreto un trasplante renal en un perro.

En 1906 se publicó el primer trasplante realizado en un ser humano. Fue un injerto renal de un cerdo implantado en el codo de una mujer con una insuficiencia renal terminal. El intento fracasó debido a la incompatibilidad entre especies, pero no desanimó a los investigadores a seguir intentándolo. Años después, en marzo de 1963 se realizó el primer trasplante de hígado en Colorado por el cirujano norteamericano Thomas Starzi, pero no fue hasta la década de los 80 cuando los pacientes trasplantados de hígado lograban el año de supervivencia. En España, el primer trasplante hepático con éxito se realizó en febrero de 1984 en el hospital de Bellvitge, en Hospitalet de Llobregat (Barcelona), por los doctores Carles Margarit y Eduardo Jaurrieta (2, 3).

Por tanto, un trasplante es el procedimiento que consiste en la sustitución de un órgano enfermo que no realiza correctamente sus funciones por uno sano con el fin de mejorar la salud y conseguir la supervivencia de ese individuo. El órgano sano puede proceder de un donante vivo o muerto. Se pueden realizar diferentes trasplantes de órganos como hígado, riñón, corazón, pulmón y piel entre otros.

De ahí que el trasplante de hígado consista en la sustitución de un hígado enfermo, incapaz de realizar su función, por uno sano. La técnica puede llevarse a cabo mediante el trasplante con un hígado procedente de un donante fallecido en el que el hígado permanece sano, denominándose donante cadavérico o bien a través de un donante vivo,

en el que se trasplantará solo una parte del hígado sano, ya que el hígado es un órgano que tiene la capacidad de regenerarse por sí solo. Es una operación compleja con necesidad de gran cantidad de personal cualificado (2,4).

El registro Mundial de Trasplantes, gestionado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), registró un total de 126.670 órganos trasplantados a nivel mundial en el año 2016, representando un aumento del 5,8% respecto al año anterior. Esto fue posible gracias a más de 31.000 donantes fallecidos junto con 41.086 donantes vivos.

España, con 4.818 órganos trasplantados en 2016 y 2.000 donantes, es líder mundial en trasplantes, con una tasa de 43,8 donantes por millón de habitantes. **De los más de 4.000 órganos trasplantados, 1.159 fueron trasplantes hepáticos.** La donación de órganos en nuestro país sigue aumentando, pudiendo alcanzar a finales de este año una tasa superior a los 45 donantes por millón de habitantes. Estos datos suponen que los ciudadanos españoles que necesiten este tipo de intervención son los que más posibilidades tienen a nivel mundial de acceder al trasplante (5).

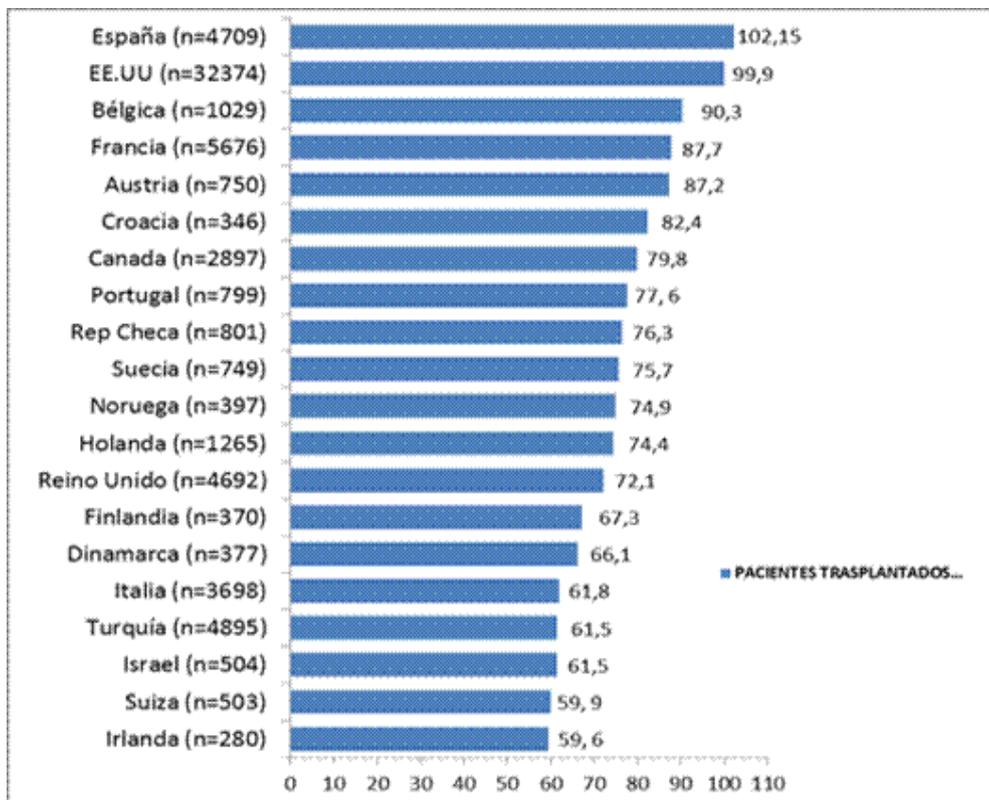


Figura 1: Ranking de países por pacientes trasplantados de cualquier órgano por millón de población (N: número de trasplantes totales por país, valor a la derecha del cuadro azul: número de enfermos trasplantados por millón de habitantes) (5).

Esas elevadas cifras de intervenciones generan un elevado coste sanitario. Para que los pacientes vivan mucho tiempo, con buena calidad de vida, evitar reingresos y más gastos, es necesario un importante tratamiento farmacológico de por vida con una correcta adherencia a este.

Los fármacos más importantes pautados en los pacientes trasplantados de manera muy estricta son los inmunosupresores. Estos deprimen el sistema inmunitario del paciente trasplantado para evitar que las propias células defensivas del paciente rechacen ese nuevo órgano por considerarlo como un agente extraño (6).

Para evitar el rechazo de dicho órgano es muy importante que los pacientes realicen adecuadamente su tratamiento higiénico dietético y tomen correctamente la medicación, consiguiéndose así una buena adherencia al tratamiento inmunosupresor.

En caso de que se produzca la pérdida del injerto, esto va a llevar consigo el reingreso del paciente por el empeoramiento en su estado de salud, con sus correspondientes y elevados costes sanitarios, lo que se podría evitar realizando una buena adherencia.

La adherencia al tratamiento incluye la responsabilidad que el paciente tiene sobre su salud, sobre la toma de los medicamentos prescritos y modificar sus estilos de vida según le recomiende su médico o el equipo de salud que controle su patología.

El hospital Universitario Río Hortega de Valladolid es el hospital de referencia de Castilla y León para el trasplante hepático, con una media de 50 trasplantes al año y resultados espectaculares en la supervivencia a largo plazo de los pacientes trasplantados. Estos datos demuestran que tanto los procedimientos quirúrgicos como el seguimiento de los pacientes por el servicio de Hepatología son de elevada calidad. Ello lleva implícito que los pacientes llevan un correcto seguimiento de su tratamiento, pero a día de hoy no ha sido evaluado cuantitativamente la adherencia a éste de estos pacientes. De ahí que sea necesario realizar un pequeño estudio piloto que determine la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2017.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**
 - Determinar la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid (HURH) durante el año 2017.
- **Objetivos específicos:**
 - Establecer si la adherencia al tratamiento inmunosupresor es similar en ambos sexos.
 - Definir si el estado civil y el nivel de estudios influyen en la adherencia al tratamiento.
 - Comprobar si la incorporación al trabajo después del trasplante hepático influye en la adherencia al tratamiento.
 - Determinar si la mejor o peor adherencia al tratamiento depende del fármaco inmunosupresor pautado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Fármacos para evitar el rechazo o pérdida del injerto.

Los inmunosupresores son los principales fármacos pautados en los pacientes trasplantados para evitar el rechazo o pérdida del injerto.

Como su nombre indica, inmunosuprimir significa reducir o evitar la respuesta inmune del organismo a través de agentes externos, que actúan bloqueando o inhibiendo alguno de los complejos pasos de la respuesta inmune. Concretamente, las principales células implicadas en el rechazo son los linfocitos T citotóxicos, de ahí que los principales fármacos desarrollados sean:

- **TACROLIMUS Y CICLOSPORINA:** son inhibidores de la calcineurina, una enzima dependiente de calcio que actúa junto a otras proteínas para estimular el crecimiento y la diferenciación de linfocitos T. El mecanismo de acción de ambos fármacos consiste en inhibir la activación de las células T, en particular la formación de linfocitos citotóxicos interrumpiendo así la respuesta inmune (7).
- **MICOFENOLATO:** inhibidor de la síntesis de purinas, al inhibir la enzima inosina monofosfato deshidrogenada, que es la encargada de la proliferación de linfocitos.
- **EVEROLIMUS:** el mecanismo de acción de este fármaco es diferente a los anteriores. Se encarga de inhibir la proliferación celular estimulada por factores de crecimiento de las células hematopoyéticas. Además, se han descubierto otras propiedades no relacionadas con el rechazo de órganos como son: (8)
 - o Ser capaz de bloquear el crecimiento y proliferación de células neoplásicas
 - o Reducir la formación de nuevos vasos que suministran sangre a células tumorales
 - o Modificar el metabolismo celular, interrumpiendo la división celular y provocando su destrucción

Estos fármacos combinados entre sí y junto con otros medicamentos como los corticoides suprimen la función de defensa del organismo haciendo posible que el órgano trasplantado perdure en el tiempo y realice sus funciones correctamente.

Ahora bien, la inmunosupresión del sistema inmunitario para evitar el rechazo del órgano trasplantado conlleva a disminuir la actividad del sistema inmunológico, limitando las funciones de defensa del organismo (9).

3.2. Importancia de la adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, ser constante y además tomar la medicación a lo largo del tiempo (10).

Conseguir una buena adherencia implica:

- Conocer el nombre de los fármacos prescritos y la dosis correspondiente
- Tomar todos los días la medicación
- Tomar la dosis de medicación pautada a la hora indicada
- Nunca suspender ni modificar la pauta
- Informar siempre de la aparición de signos y síntomas asociados a la medicación
- No automedicarse

No obstante, es importante hacer saber a los pacientes los efectos secundarios que pueden provocar los diferentes fármacos. Concretamente, los inmunosupresores pueden generar síntomas gastrointestinales como diarrea o vómitos, dolor de cabeza, temblor de manos, enrojecimiento de la cara etc. siendo en muchos casos el principal motivo por el que el paciente abandone el tratamiento.

Por ello, es muy importante que los pacientes estén correctamente informados de las consecuencias que conlleva el abandono o la incorrecta adherencia a la medicación, pues deben concienciarse de que ponen en peligro su vida, ya que el rechazo de órgano puede ser tan grave que ocasione la muerte (10).

3.3. Instrumentos para medir la adherencia

El cuestionario Morisky Green y Levine fue diseñado en el año 1986 para medir la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Fue validado en España y es el test más utilizado para medir la adherencia al tratamiento de diferentes enfermedades crónicas, como HTA, dislipemias, sida, tuberculosis y diabetes. A partir de este, en la década de los 90, se diseñó el cuestionario SMAQ que fue adaptado y validado para pacientes trasplantados (11).

No obstante, existe también el test de Hermes para valorar la adherencia al tratamiento aplicable a cualquier enfermedad. Es un método muy sencillo, económico, breve y fácil de aplicar.

3.4. Papel de la enfermería en el seguimiento y la adherencia

Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el abordaje de la adherencia al tratamiento ya que la relación enfermera-paciente permite tener un contacto próximo y permanente con el paciente.

Desde enfermería se tienen que plantear ciertos objetivos e intervenciones para llevar a cabo y lograr una buena adherencia de los pacientes al tratamiento.

Los principales objetivos e intervenciones son (12):

- Proporcionar educación sanitaria: son los profesionales de enfermería quienes se encargan de educar a la población tanto para prevenir la enfermedad como para promocionar la salud. Por tanto, si se ofrece una atención individualizada para cada paciente, éste logrará un cumplimiento terapéutico basado en el aprendizaje, adoptando de forma voluntaria la conducta más beneficiosa para él. Es importante utilizar un lenguaje comprensible y adaptado a los pacientes.
- Fortalecer la relación enfermera - paciente: una relación más cercana va a ayudar al tratamiento de la enfermedad.
- Saber identificar cuando no hay una correcta adherencia al tratamiento y tratar de solventar el problema y modificar la conducta del paciente para conseguir lo más beneficioso para él.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo transversal prospectivo.

4.2 Población diana

Todos los pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2017.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión: todos los pacientes mayores de 18 años que recibieron un trasplante hepático en el HURH durante el año 2017.
- Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años, pacientes que no recibieron un trasplante hepático, o aquellos que fueron trasplantados antes o después del 2017.
- Limitaciones:
 - La muestra puede verse reducida por la voluntariedad de los pacientes a la hora de cumplimentar el cuestionario.
 - Cumplimentación vía telefónica, puede ser que los pacientes se nieguen a responder a la llamada.

4.4 Recursos utilizados

- Recursos humanos: pacientes trasplantados de hígado en el año 2017, tutora del TFG, profesor asociado en el centro sanitario, alumna de 4º curso del Grado de Enfermería.
- Recursos materiales: material de oficina (fotocopiadora, encuestas, bolígrafo, teléfono, ordenador con programa informático estadístico R).

4.5 Lugar de estudio

- La encuesta se realizó vía telefónica desde la unidad de Hepatología del HURH de Valladolid.

4.6 Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario formado por: una encuesta sociodemográfica y el cuestionario SMAQ en su versión validada en español (Anexo 1).

Con la encuesta sociodemográfica se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, profesión antes del trasplante e incorporación al trabajo después del trasplante.

El cuestionario SMAQ está formado por 6 preguntas, todas ellas relacionadas con la toma de medicación. Para este estudio se añadió una pregunta para conocer el/los fármacos inmunosupresores que los pacientes tienen pautados.

Las respuestas de las preguntas 1 a la 4 son dicotómicas (sí/no), por tanto, cualquier respuesta de sentido de no cumplimiento se considera incumplimiento del tratamiento de ese paciente.

La pregunta 5 tiene 5 posibles opciones de respuesta:

- a. Ninguna vez
- b. 1 a 2 veces
- c. 3 a 5 veces
- d. 6 a 10 veces
- e. Más de 10 veces

En caso de que la respuesta sea: C, D o E se considera incumplimiento. A su vez, esta pregunta se puede considerar semicuantitativa asignándose un porcentaje de cumplimiento según la respuesta, siendo:

- a. 95-100% de cumplimiento
- b. 85-94% de cumplimiento
- c. 65-84% de cumplimiento
- d. 30-64% de cumplimiento

e. Menos del 30% de cumplimiento

La pregunta 6 enuncia cuantos días completos no tomó la medicación en los últimos 3 meses. Si la respuesta es más de 2 días, se considera incumplidor (13).

4.7 Cronograma de estudio

La duración total del trabajo ha sido de 7 meses (noviembre 2017- mayo 2018), dividiéndose en distintos periodos: búsqueda bibliográfica, recopilación de datos estadísticos y análisis de estos.

Noviembre- febrero: revisión bibliográfica de artículos utilizando para su búsqueda diferentes bases de datos: PUBMED, CUIDEN, DIALNET y MEDLINE. Palabras clave: trasplante, hígado, adherencia, tratamiento.

Marzo-abril: aprobación del proyecto por el comité ético del Hospital Universitario Rio Hortega. (Anexo 2)

Mayo: realización de cuestionarios vía telefónica desde la unidad de hepatología del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid. Análisis estadístico de los datos obtenidos, obtención de resultados y elaboración de conclusiones.

4.8 Consideraciones ético-legales.

Para llevar a cabo este estudio se obtuvo el permiso favorable por parte del comité ético del HURH de Valladolid.

A su vez, este estudio se realizó cumpliendo los principios éticos de la declaración de Helsinki, para la investigación médica en seres humanos, promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM). A su vez se tomaron todas las precauciones para mantener la intimidad del paciente y conservar su confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Se informó a todos los pacientes que los datos serían utilizados exclusivamente para el desarrollo de este estudio.

4.9 Análisis de los datos

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico R en su versión 3.5. Las variables cualitativas se han resumido mediante porcentajes; mientras que las variables cuantitativas han sido analizadas mediante media y desviación estándar. Se ha estudiado la relación entre las variables sociodemográficas y la escala SMAQ utilizando el test de Fisher.

Para conocer la existencia o no de relación lineal entre las variables de estudio se ha considerado como estadísticamente significativo los valores $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1 Participación

El total de trasplantados de hígado en el año 2017 en el HURH fue de 42 pacientes. De ellos, 4 fallecieron antes del año del trasplante (10%). De los 38 restantes, 8 encuestas no fueron realizadas por la imposibilidad de contactar con el paciente telefónicamente (19%) y 30 encuestas se consideraron válidas para el estudio, lo que supone una participación del 71,4%. No hubo ninguna encuesta incorrectamente cumplimentada.

5.2 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Los datos obtenidos en relación con el sexo de la muestra estudiada se representan en la figura 2.

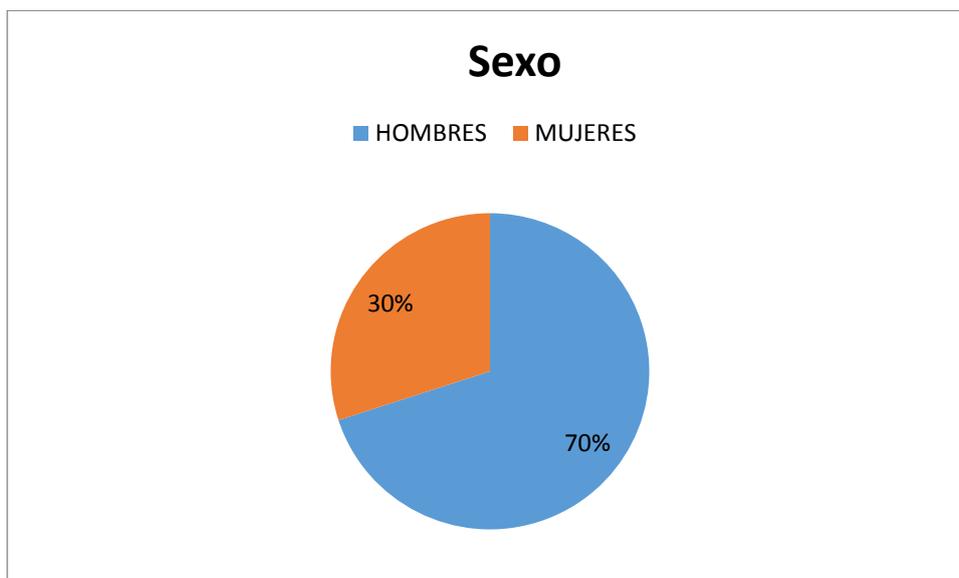


Figura 2: distribución de la muestra por sexo: el 30% de los trasplantados fueron mujeres y el 70% hombres.

Los datos obtenidos en relación con la edad de la muestra estudiada se representan en la figura 3 por grupos de edad.

La media de edad de la población estudiada es de 57.06 años (DE ± 7.31), siendo la edad mínima de los participantes 36 años y la máxima 70 años.

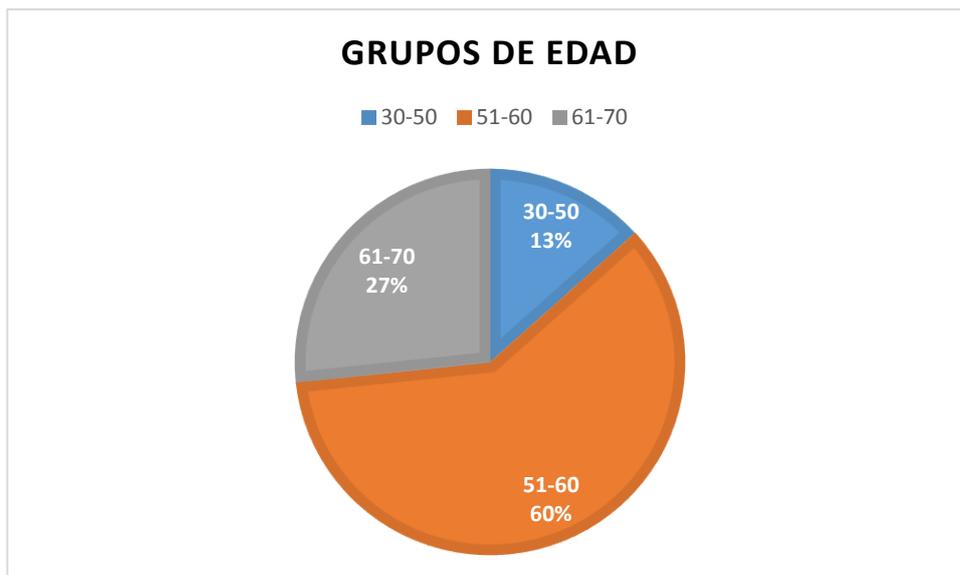


Figura 3: distribución de la muestra por grupos de edad: el 13% de los trasplantados tenían entre 30 y 50 años, el 60% entre 51 y 60 años y el 27% entre 61 y 70 años.

En relación con el estado civil de la muestra total analizada, 6 pacientes refieren estar solteros (20%), 21 casados (70%) y 3 divorciados (10%). No existen datos de viudedad dentro de la muestra.

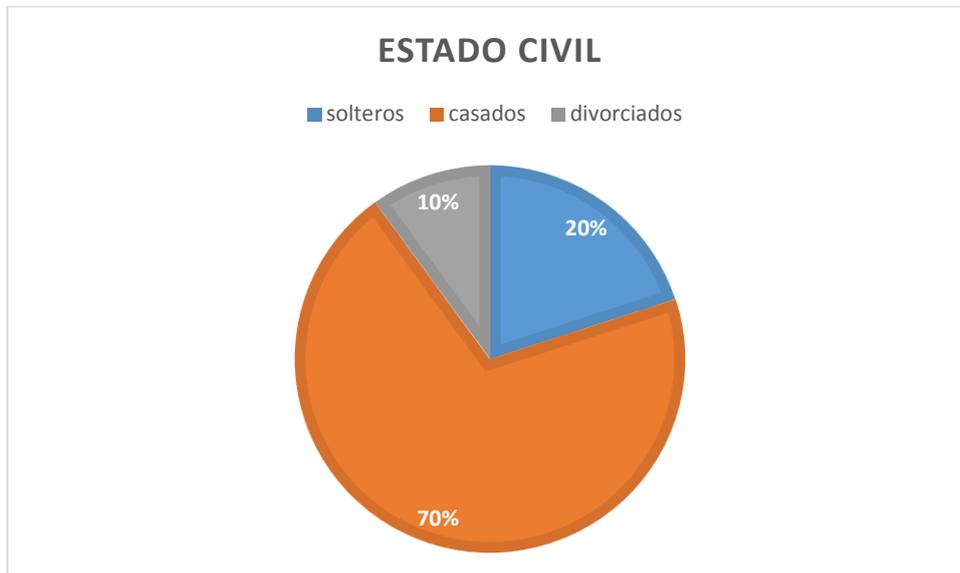


Figura 4: distribución de la muestra por el estado civil

En el estudio se preguntó a los pacientes sobre la incorporación al trabajo después del trasplante, pero ninguno de ellos se había incorporado al trabajo antes del año del trasplante.

5.3 Cuestionario SMAQ: adherencia al tratamiento inmunosupresor.

Los principales fármacos pautados a los pacientes de la muestra estudiada se representan en la figura 5.

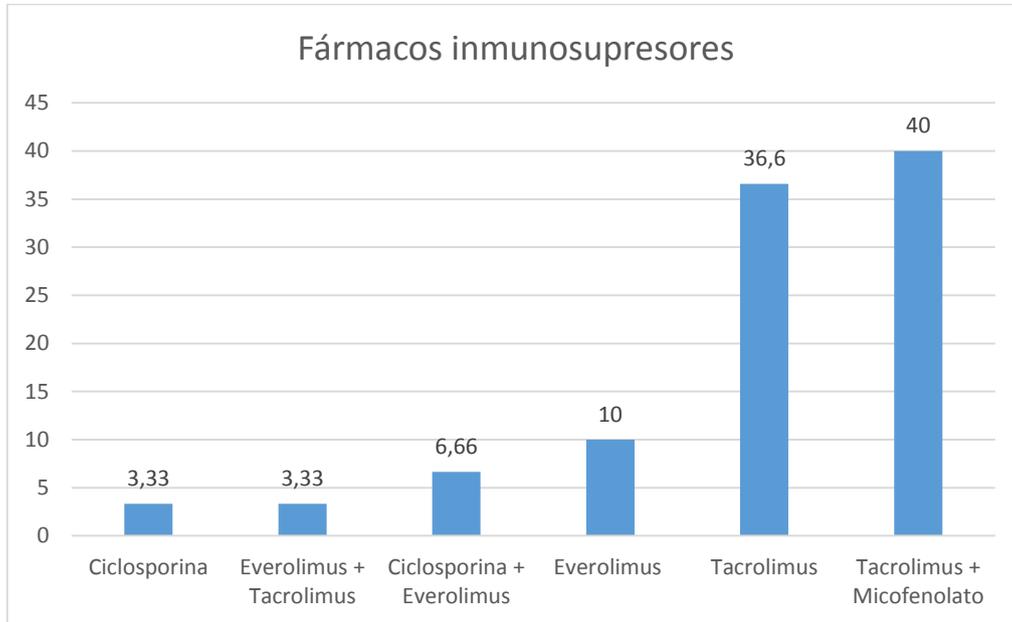


Figura 5: representación en % de los fármacos pautados.

En la figura 6 se representa el porcentaje de pacientes que tras el análisis de los datos se consideró adherente y no adherente al tratamiento.

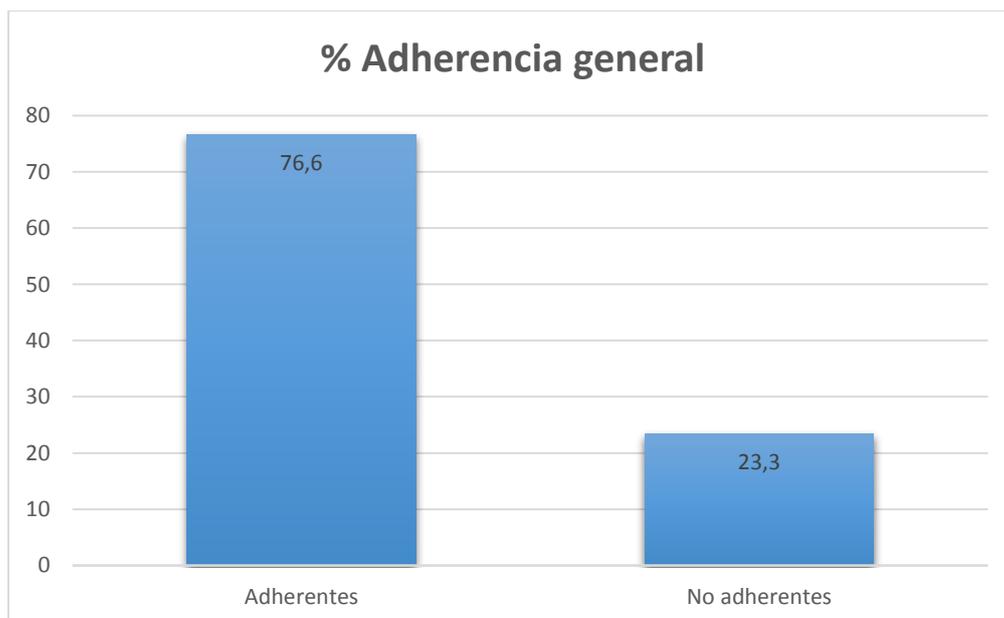


Figura 6: porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes.

Tabla de correlación entre las variables

Variables	p-valor
Sexo – adherencia	0,6402
Fármaco - adherencia	0,8663
Estado civil – adherencia	0,3779
Nivel estudios - adherencia	0,5023

Tabla 1: p – valor entre las variables del estudio. Si $p > 0.05$, el resultado no es estadísticamente significativo, por lo tanto la adherencia no depende de las diferentes variables incluidas en el estudio.

Adherencia respecto al sexo:

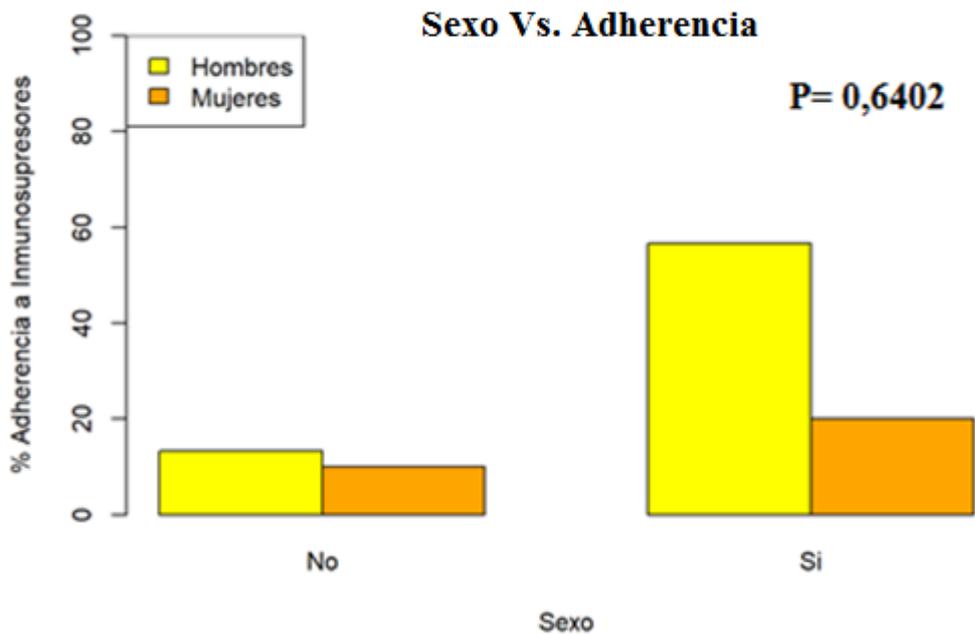


Figura 7: distribución de la muestra por grupos de adherentes y no adherentes. La adherencia al tratamiento es similar en ambos sexos, a pesar de que la barra de hombres adherentes sea mayor que en mujeres, no es significativo debido a que en la muestra había más hombres trasplantados.

Adherencia respecto al estado civil

La variable del estado civil se ha dividido en tres categorías, los pacientes casados, solteros y divorciados, no encontrándose diferencias significativas con respecto a la adherencia al tratamiento.

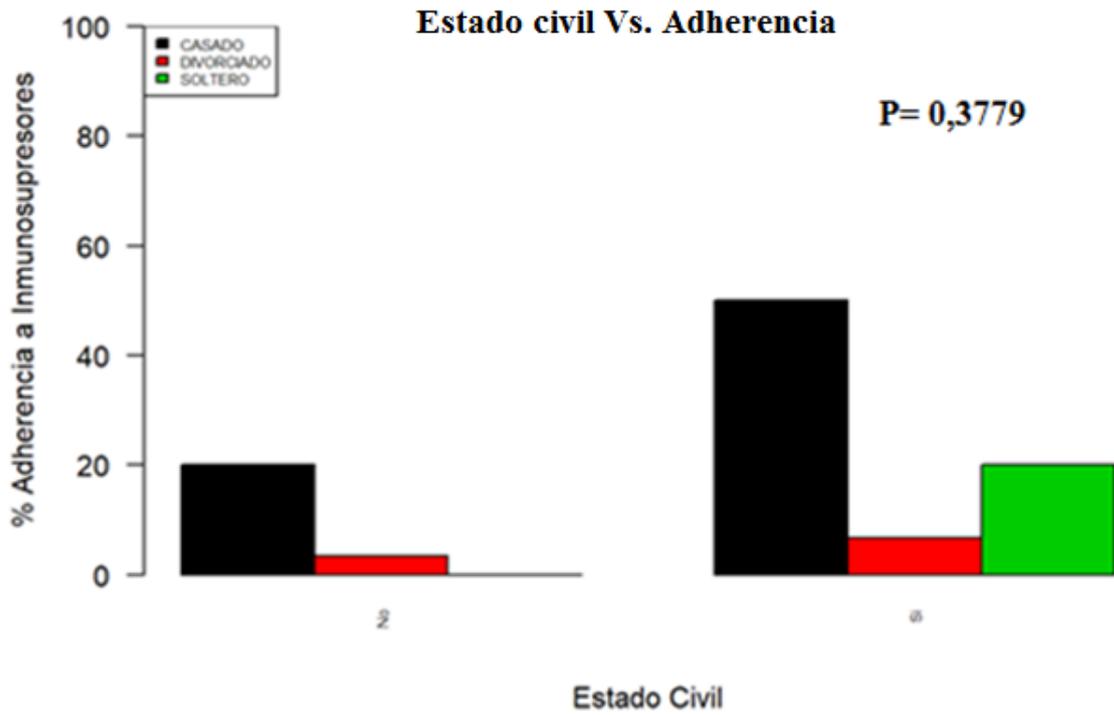


Figura 8: distribución de la muestra por estado civil y adherencia

Adherencia respecto al nivel de estudios

La variable “nivel de estudios” se distribuye en cuatro categorías: estudios básicos, formación profesional, diplomado universitario y licenciado universitario. No se han encontrado diferencias significativas del nivel de estudios con respecto a la adherencia. A pesar de que la barra de pacientes adherentes con estudios básicos sea mayor, no es significativo ya que en la muestra había más pacientes con estudios básicos.

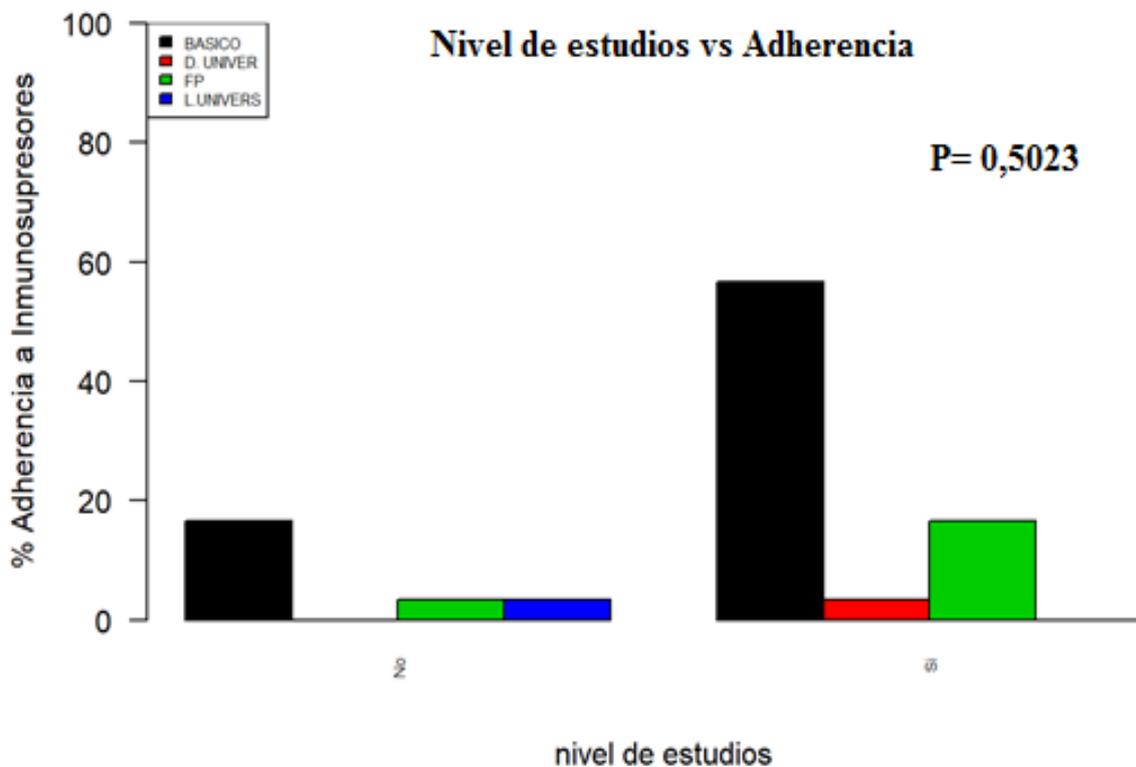


Figura 9: distribución de la muestra por nivel de estudios y adherencia

Adherencia respecto al fármaco

En relación a los diferentes fármacos o combinación de fármacos pautados tampoco existe diferencia significativa con respecto a la adherencia.

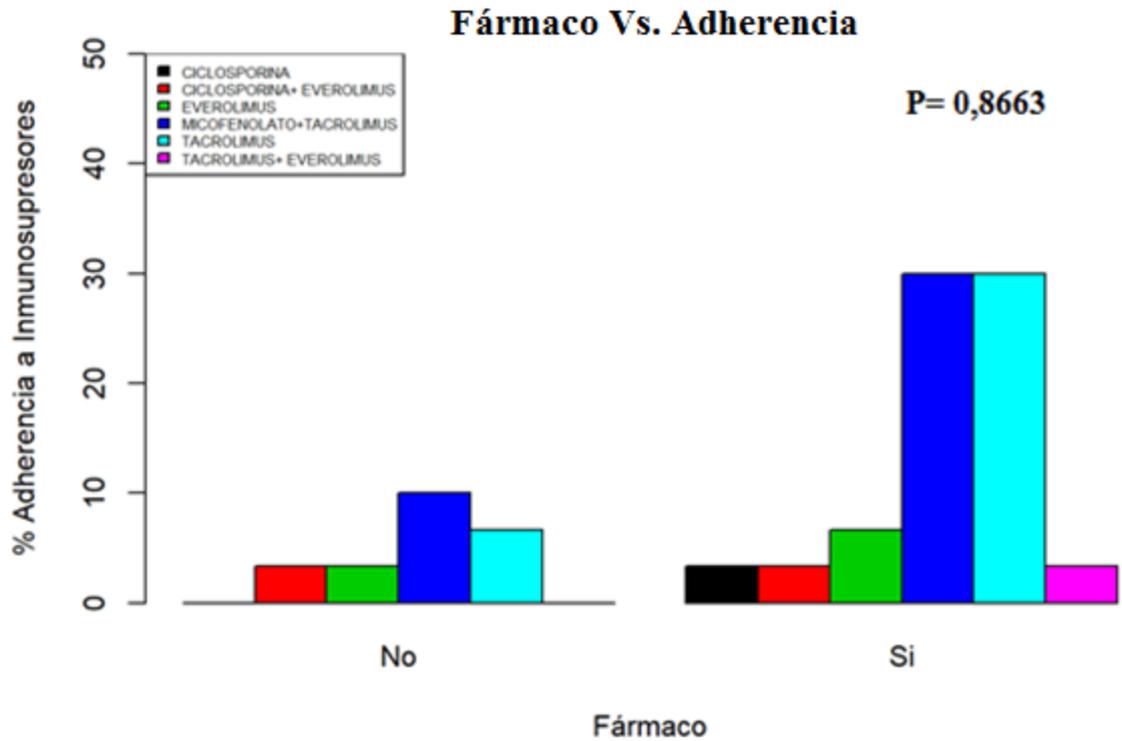


Figura 10: distribución de la muestra por fármaco pautado y adherencia

6. DISCUSIÓN

El estudio llevado a cabo ha determinado la adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados hepáticos en el HURH de Valladolid durante el año 2017.

Aunque la participación en el estudio ha sido alta, de un 71,4%, al ser la muestra estudiada pequeña los datos no pueden ser extrapolados considerándose un estudio piloto.

Comparando los resultados obtenidos con un estudio de características similares para trasplante renal, se concluye que el porcentaje de hombres y mujeres es aproximado, siendo 61,8% hombres y 38,2% mujeres en el trasplante renal, mientras que en este estudio la mayoría de pacientes trasplantados han sido hombres (70%) y un 30% mujeres. A su vez, al igual que los trasplantados renales indicaban vivir en pareja, (71%), el 70% de los trasplantados hepáticos del estudio están casados (14, 15).

En relación a los inmunosupresores coinciden los resultados obtenidos en este estudio con los de otros estudios, siendo la combinación de varios inmunosupresores, concretamente micofenolato y tacrolimus la más prescrita a los pacientes trasplantados.

Aunque la adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados renales es superior al resultado obtenido en este estudio con un 88,1% frente al 76,6% no puede afirmarse con estos datos que los trasplantados renales tengan mejor adherencia al tratamiento que los trasplantados hepáticos, pues el tamaño muestral de este estudio llevado a cabo es mucho menor, por lo que sería conveniente repetirlo con un mayor número de pacientes.

Además, sería conveniente llevar a cabo el estudio con estos mismos pacientes a los tres y cinco años del trasplante, para determinar si los buenos resultados obtenidos de adherencia al tratamiento se mantienen a lo largo del tiempo. También sería interesante incluir en el estudio si los efectos secundarios de los inmunosupresores afectan en la adherencia, puesto que pueden ser una de las causas por las que los pacientes no realicen correctamente el tratamiento y por consiguiente tengan peor adherencia.

Para terminar, indicar que los profesionales de enfermería deben comprobar e insistir en la correcta adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados e intentar

reconducir conductas negativas de los pacientes informándoles de las graves consecuencias de la no adherencia al tratamiento inmunosupresor. Para ello hay que implicar a los pacientes en sus cuidados, enseñarles a afrontar su enfermedad y que lleven a cabo el tratamiento de manera correcta para conseguir una mayor calidad de vida y supervivencia.

7. CONCLUSIONES

- La adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados hepáticos en el año 2017 en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid se considera alta (76,6%).
- La adherencia al tratamiento es similar en ambos sexos y no influye el estado civil ni el nivel de estudios en esta.
- Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio se había incorporado nuevamente al trabajo tras el trasplante, por lo que no pudo evaluarse si este factor influye o no en la adherencia al tratamiento.
- La mejor o peor adherencia al tratamiento de los pacientes no depende de los fármacos o combinaciones de fármacos prescritos.
- Es competencia importante de enfermería el seguimiento de la adherencia al tratamiento de los pacientes trasplantados con motivo de evitar recaídas o la pérdida del injerto, en definitiva, graves consecuencias.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Historia de los trasplantes [Internet]. La Coruña: Trasplantes.net; [consulta 3 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobre-los-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>
2. Ont.es. (2018). Trasplante de hígado. [Internet] [consulta 19 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>
3. Sáenz J, Asuero MS, Correa C, Cuevas B, Gómez V, Linares AI, et al. Modelos experimentales para la investigación y el entrenamiento en trasplante renal. *Actas Urol Esp.* 2008;32(1):83-90
4. Trasplante de hígado: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2018 [Consulta 19 de enero de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003006.htm>
5. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gabinete de prensa. [Internet]. [Consulta 10 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4209>.
6. Díaz C. Mecanismos de acción de los fármacos inmunosupresores. *Revista Chilena de Reumatología* 2008; 24(2):73-88
7. Vademecum.es, tacrolimus. [Internet] [Consulta 10 mayo de 2018] disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-tacrolimus-l04ad02>
8. Vademecum.es, everolimus. [Internet] [Consulta 10 mayo de 2018] disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-everolimus-l04aa18>
9. Santos O, Marín J, Muñoz O, Mena A, Guzmán C, Hoyos S, et al. Trasplante hepático en adultos: Estado del arte. *Revista Colombiana gastroenterología.* 2012; 27 (1)
10. Castro A, Barrero JI, García FJ, Cruz E, Soto J, Alvarez J, et al. III Foro diálogos Pfizer-pacientes “La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”. 2009
11. Ortega F.J., Sánchez J., Pérez M.A., Pereira P., Muñoz M.A., Lorenzo D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología* 2011;31(6):690-96

12. Ferres M^a T, Bravo L, Ortega E M^a. Papel de la enfermera en la adherencia al tratamiento. Revista Médica Electrónica. [Internet]. [Consulta el 25 de enero de 2018]. Disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermera-adherencia-al-tratamiento/>
13. Rodríguez M.A, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M.J. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008;40(8):413-7
14. Costa-Requena G, Cantarell MC, Moreso F, Parramon G, Seron D. Adherencia al tratamiento tras trasplante renal como indicador de calidad de la información recibida: estudio longitudinal con un seguimiento de 2 años. Rev calid asist. 2017;32(1):33-39
15. Duran MI, Lope T, del Rio MR, Chicharro MC, Matilla E. Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal. Enfer nefrol 2012: octubre- diciembre; 15 (4):300-305

9. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario



Universidad de Valladolid

Valladolid, Abril de 2018

Estimado paciente:

Mi nombre es Isabel Quevedo Tabuena, alumna de cuarto curso del Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Me dirijo a usted para solicitar su colaboración en la realización de una encuesta para poder llevar a cabo mi trabajo de fin de grado (TFG). Debe saber que esta encuesta es totalmente voluntaria, anónima y confidencial.

El propósito de mi estudio de investigación es conocer la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Agradezco de antemano su colaboración y le ruego que conteste de manera sincera a TODAS las preguntas del cuestionario para garantizar su validez.

Un cordial saludo

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPATICOS

Responda a las siguientes preguntas de la forma más sincera, gracias.

Cuestionario sociodemográfico

1. Edad:

2. Sexo:

Hombre

Mujer

3. Indique su nivel de estudios:

Básico

Formación profesional

Estudios universitarios

4. Estado civil:

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

5. ¿Cuál era su profesión antes del trasplante?

6. ¿Se incorporó al trabajo después del trasplante?

Si

No

En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo después del trasplante?

Cuestionario SMAQ simplificado

7. ¿Toma siempre la medicación a la hora indicada?
- Si
 - No
8. En caso de sentirse mal ¿ha dejado de tomar la medicación alguna vez?
- Si
 - No
9. En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar la medicación?
- Si
 - No
10. Durante el fin de semana ¿se ha olvidado de alguna toma de la medicación?
- Si
 - No
11. En la ÚLTIMA SEMANA, ¿CÚANTAS VECES no tomó alguna dosis?
- Ninguna vez
 - 1 a 2 veces
 - 3 a 5 veces
 - 6 a 10 veces
 - Más de 10 veces
12. DESDE LA ÚLTIMA VISITA ¿cuántos días completos no tomó la medicación?
- Días: _____
13. De los siguientes fármacos, indique cuál de ellos toma. (Puede marcar varias opciones)
- Tacrolimus (Advagraf, prograf)
 - Micofenolato (Cellcept)
 - Ciclosporina
 - Everolimus

Anexo 2: aprobación del proyecto por el comité ético del HURH



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

Dña. ROSA Mª CONDE VICENTE, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado, en su reunión del día 06 de Abril de 2018, la propuesta para que se realice el Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG) titulado: **“Adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos”**, Ref. CEIm: PI037-18, Protocolo, versión 1.0; Hoja de Información, versión 1.0, y considera que,

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado por la alumna **Dª Isabel Quevedo Tabuena**, siendo su tutora en el Hospital Universitario Río Hortega, **Dª Marta Sahagún Olea**.

Lo que firmo en Valladolid, a 10 de Abril de 2018


Fdo. Dña. Rosa Mª Conde Vicente
Secretario CEIm

