

Adhesión al tratamiento del paciente trasplantado renal

L. Orofino, R. Marcén, C. Quereda, J. Burgos* y J. Ortuño

Servicios de Nefrología y *Urología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

Mediante los datos recogidos de la historia clínica y de una encuesta anónima se evaluó la adhesión al tratamiento entre los trasplantados renales. El estudio se llevó a cabo en 394 pacientes portadores de un injerto renal funcionante al menos durante tres meses. De la historia se objetivó que 16 pacientes no hacían el tratamiento o realizaban grandes transgresiones, 59 tenían adhesión incompleta o inconstante y había 83 que hacían mal la dieta hipocalórica o tomaban exceso de sal. Además, según la encuesta, 34 pacientes cometían alteraciones en el horario de la toma de la medicación de forma ocasional, 8 de forma frecuente y 1 jamás las tomaba correctamente. De la misma fuente se observa que 193 enfermos consideran la medicación muy necesaria, 15 no saben si es necesaria, 11 creen que sólo alguna de las drogas es necesaria y 3 que no son necesarias. Se observó una correlación directa entre la pérdida del injerto y la falta de adhesión al tratamiento. Sin embargo, no se pudo establecer una correlación entre adhesión a la dieta y a la ingesta de sal y pérdida del injerto. La edad era inferior entre los que tenían falta de adhesión y en ese grupo había tres casos de adicción a drogas.

Palabras clave: **Trasplante renal. Inmunosupresión.**

PATIENT COMPLIANCE IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS

SUMMARY

Clinical history and an anonymous inquiry, were used to evaluate the renal transplant patient's adherence to treatment. The study was achieved with 394 patients having a graft functioning for at least three months. Sixteen patients were non-compliant or make great transgressions, 59 had incomplete or inconstant adherence and 83 did not follow the prescribed low calorie diet or salt restriction. Moreover, in answer to the inquiry, 34 patients acknowledges changed the timetable for medications occasionally, 8 of them frequently and 1 patient never took medication correctly. 193 patients considered medication very important, 15 did not know how important it was, 11 believed that only some drugs were necessary and 3 believed that they are not necessary. We observed a close correlation between loss of the graft and the degree of adherence to the treatment. However, we could not establish a correlation between graft loss and noncompliance with the diet or salt ingestion. The age of the non-compliant patients was lower than in the remainder, and in the first group there were three cases of drug addiction.

Key words: **Renal Transplant. Immunosuppression.**

Recibido: 28-IX-93.

En versión definitiva: 13-XII-93.

Aceptado: 20-XII-93.

Correspondencia: Dr. L. Orofino.
Servicio de Nefrología.
Hospital Ramón y Cajal.
28034 Madrid.

Introducción

Los estudios de adhesión terapéutica pretenden cuantificar el problema, rectificar a los no cumplidores, conocer las causas del incumplimiento y diseñar acciones orientadas a corregir el problema o cuantificar sus consecuencias.

En diversos estudios de ámbito general, el porcentaje de incumplimiento del tratamiento prescrito varía entre un 30 y un 80 %, con mayor frecuencia entre el 40-50 %¹⁻⁴. Los factores que afectan a la adhesión están relacionados con el paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento indicado, la relación médico-enfermo y los factores del ambiente que rodee esa relación⁵. Los pacientes psiquiátricos y aquellos que presentan mayor número de síntomas suelen ser menos cumplidores, al contrario de los que presentan una incapacidad física progresiva, que suelen tener mayor adherencia⁶.

En estudios tanto retrospectivos como prospectivos^{7,8}, el porcentaje de incumplimiento es inferior en el grupo de pacientes que han recibido un trasplante renal, probablemente por la mayor mentalización que el hecho conlleva. Aun así, en estudios realizados en Estados Unidos se calcula que hasta un 18 % de los enfermos cometen algún tipo de irregularidad⁸ que se constituye en una causa importante de pérdida del injerto.

En nuestro país no se ha realizado, que sepamos, un estudio para abordar la dimensión exacta del problema. Con ese fin realizamos el trabajo que se muestra a continuación.

Pacientes y métodos

Las personas trasplantadas se siguen desde su alta de forma ambulatoria en una policlínica específica, llevada por médicos conocidos por los pacientes. A su llegada se efectúa un interrogatorio de situación por la enfermera y se realiza extracción de sangre y recogida de orina para analítica. Una vez recibidos los resultados de las exploraciones complementarias, y tras una entrevista con el médico y una exploración clínica, se prescribe el tratamiento, que se entrega por escrito. En una media de 4 horas el paciente vuelve a su domicilio o, en su caso, ingresa. La periodicidad de las visitas varía a lo largo de la evolución, de manera que las primeras semanas es a días alternos y al final del primer año suele ser mensual. Los pacientes son informados en repetidas ocasiones por los médicos y enfermeras de la importancia del tratamiento durante el postrasplante y se comprueba antes de su alta tras el trasplante, que realizan correctamente la autodosificación de la ciclosporina.

Se definió como falta de adhesión al tratamiento la transgresión voluntaria o no de la terapéutica indica-

da por el médico responsable. Se catalogaron tres grupos de falta de adhesión:

1. Ausencia de adhesión al tratamiento inmunosupresor.
2. Adhesión inconstante o incompleta, que incluye el seguimiento incompleto de un tratamiento y/o un descontrol en el horario de las tomas de la medicación, realizado de forma habitual. No se incluyen las transgresiones esporádicas.
3. No seguimiento de la dieta instaurada (sobrepeso y/o ingesta elevada de sal en la dieta). Se incluyen también las transgresiones esporádicas en la toma u horario de la medicación.

Con el fin de adscribir a uno de estos apartados a los pacientes, se llevaron a cabo dos estudios. El primero, una revisión retrospectiva de la historia clínica de 394 pacientes trasplantados, con un riñón funcionando al menos durante 3 meses. Los criterios empleados para determinar la adherencia o no al tratamiento inmunosupresor fueron:

1. Por confesión propia.
2. Por confesión de sus familiares.
3. Observación de deterioros iterativos de la función renal, revertidos con mínimo o nulo aumento de la medicación inmunosupresora.
4. Presencia de niveles bajos o indetectables de CsA, elevaciones o descensos no explicados de forma repetida.

Se valoró asimismo la adhesión a otros dos aspectos del tratamiento: la dieta hipocalórica y la restricción de sodio en los pacientes que la tenían prescrita. La primera se midió por el seguimiento del peso corporal a todo lo largo de la evolución y la segunda mediante los valores del sodio urinario en al menos tres tomas aisladas desde el momento de la prescripción.

El segundo estudio consistió en la realización de una encuesta entre los receptores de un injerto renal, cumplimentada y entregada de forma anónima, para aumentar el grado de confidencialidad, que respondía a las siguientes cuestiones:

- a) Valoración por parte del paciente del grado de necesidad de la medicación prescrita.
- b) Grado de adhesión individual al tratamiento.
- c) Frecuencia de transgresiones horarias.
- d) En su caso, motivos de la transgresión.
- e) Grado de confianza en los médicos.
- f) Valoración del trato recibido.
- g) Valoración del tiempo dedicado en la consulta y a las explicaciones sobre el tratamiento.

Se recibieron 210 respuestas de las 211 repartidas. El análisis estadístico se llevó a cabo empleando el chi cuadrado con la corrección de Yates. En el caso de la edad se empleó la t de Student.

Resultados

A) Revisión de la historia clínica

A través de los datos recogidos en las historias (estudio directo), 16 de ellos (4 %) no hacen el tratamiento o cometen grandes transgresiones, por lo que se consideró como no adhesión al tratamiento (grupo 1). Otros 59 (14,9 %) tenían una adhesión inconstante o incompleta (grupo II). De ellos, 34 (8,6 % del total) tenían un descontrol habitual en los horarios de toma de las medicaciones. En 26 casos (6,6 %) se detectó mal seguimiento de la dieta hipocalórica. Entre los que tenían restricción sódica, un 20 % tomaba entre 7-10 g de sal al día y otro 18 % tomaba más de 10 g al día. En total, 83 pacientes (21 %) cometían transgresiones calóricas o tomaban exceso de sal en la dieta (grupo III). Dentro del grupo I había dos pacientes con drogadicción por vía parenteral y uno en el grupo II. La edad media era inferior respecto a los pacientes cumplidores en los grupos I y II ($p < 0,05$). No se observaron diferencias en la edad entre los pacientes del grupo III y el resto de la población estudiada.

B) Encuesta

Ciento noventa y tres enfermos (86 %) consideran la medicación muy necesaria, 15 (7 %) no saben si es necesaria, 11 (5,5 %) creen que sólo alguna droga es necesaria y 3 (1,5 %) que no son necesarias.

Ciento sesenta y siete enfermos (80 %) toman las medicinas en el horario prescrito, 34 (16 %) cometen alguna transgresión ocasional, 8 (3,5 %) cometen transgresiones frecuentes y 1 (0,5 %) jamás toma las medicinas correctamente. Doscientos seis enfermos (98 %) toman todas las medicinas, 3 (1,5 %) sólo las toman alguna vez y 1 (0,5 %) nunca las toma.

Los motivos de las transgresiones son: el 77,5 %, por olvido; el 16,5 %, por no considerarlas necesarias; y el otro 6 % porque les sientan mal.

Solo uno de los pacientes encuestados dice no haber sido informado en profundidad sobre la importancia de la medicación.

En la tabla I pueden compararse los resultados obtenidos mediante el estudio de las historias y la relación directa con los pacientes y sus familiares y aquellos procedentes del resultado de la encuesta.

Se observó una correlación directa entre los pacientes con falta de adhesión o adhesión inconstante y pérdida del injerto en relación al resto de los pacientes, 28/75 y 77/319, $p < 0,05$.

No se observaron diferencias significativas entre pérdida del injerto y adhesión incorrecta a la dieta o aporte de sal.

Tabla I

	Historia %	Encuesta %
Ausencia de adhesión	4	0,5
Adhesión incompleta	14,9	3,5
Transgresiones esporádicas de la dieta y/o ingesta sódica.....	21	16
Total	39,9	20

Doscientos cuatro pacientes (97 %) tienen confianza en el médico que les atiende y 7 enfermos (3 %) sólo tienen confianza en algunos de ellos. Sólo uno de los pacientes encuestados encuentra que el trato que recibe es regular. El resto considera que es bueno o muy bueno. Finalmente, 209 pacientes creen que el tiempo dedicado a la consulta y explicaciones sobre el tratamiento es suficiente y un paciente cree que es insuficiente.

Discusión

A todos nos consta que algunos pacientes no realizan el tratamiento correctamente, pero en ocasiones es difícil obtener una confesión por parte del enfermo. La disciplina en la toma de la medicación no es fácil de llevar a cabo, pero el trasplantado renal tiene un especial pudor en referir sus transgresiones. El hecho de ser portador de un órgano donado por alguien para mejorar su calidad de vida puede ser uno de los condicionantes de esta postura de negación.

Es difícil cuantificar el grado de incumplimiento de los enfermos al no existir un método directo de certeza. Sin embargo, la observación de transgresiones en el tratamiento o la dieta pueden verse en la literatura médica desde Hipócrates como causa de empeoramiento o aparición de nuevas enfermedades ⁹.

La falta de adherencia al tratamiento en hemodiálisis ¹⁰ podría explicarse por causas de índole general y a la tendencia a los minisuicidios de estos pacientes. Cuando esta actitud se mantiene tras el trasplante, implica la existencia de personalidades especiales, situaciones sociales marginales, negación de la enfermedad o simplemente una opción tomada libremente como alternativa a los efectos secundarios de las drogas empleadas.

Lo cierto es que un elevado número de pacientes trasplantados no cumple de forma estricta con la terapia indicada. Esta situación se da tanto entre los trasplantados renales como entre los que reciben un hígado o un corazón ^{7,8}. Los porcentajes de incumplimiento encontrados en nuestro estudio no difieren mucho de los encontrados en publicaciones norteamericanas. En el estudio de Didlake ¹¹, un 4,7 % de las historias mostraba falta de adhesión, porcentaje

que aumentaba al 6,5 % entre las respuestas obtenidas en su encuesta. Los estudios retrospectivos de Schweirer muestran un porcentaje del 18 %, y en el estudio prospectivo, un 15 % de no adhesión.

Otro hecho universalmente aceptado es la correlación estrecha entre el abandono del tratamiento y la pérdida del injerto ^{7,8,11}, circunstancia también observada en nuestro estudio.

Llama la atención la diferencia entre los resultados obtenidos de la historia y lo referido en la encuesta. La causa fundamental es que se trata de poblaciones diferentes. El estudio retrospectivo se realizó en el conjunto de pacientes trasplantados. Entre ellos, un colectivo importante de 105 pacientes había perdido el injerto, y de ellos, 75 eran transgresores, lo que aumenta significativamente el porcentaje en este grupo respecto al de la encuesta, realizada a pacientes con riñón funcionante. Por tanto, la fiabilidad de la encuesta no tiene que ponerse en tela de juicio, ya que posiblemente no ha sido falseada por los pacientes.

En una reciente publicación ¹² se enumeran una serie de principios para tratar de mejorar la adhesión al tratamiento. Entre ellos, dar al paciente la información escrita ¹³ y tratar de adecuar el tratamiento a sus hábitos ¹. Otros factores, como la duración de la entrevista, no parecen tener siempre relación con los resultados ¹⁴, especialmente si va unido a un exceso de información, que resulta negativa al no poder ser asimilada por el enfermo ². Pero, en definitiva, cualquier método debe ir unido a una buena comunicación profesional-paciente ^{15, 16}.

Pese a que en teoría todas estas premisas se dan entre los profesionales y los trasplantados, existen razones personales que hacen que el propio enfermo delimite hasta qué punto le interesa perder una porción de libertad y seguir mejor el tratamiento o bien confiar en que pequeñas transgresiones no afecten excesivamente su pronóstico. Parece que los efectos secundarios de las drogas inmunosupresoras no son la principal causa para abandonar el tratamiento. El paciente, pese a confiar en general en el médico y considerarse suficientemente atendido e informado, no tiene conciencia o no cree en la importancia de la medicación. Cuando se produce un deterioro funcional, a veces es tarde para recuperar la situación previa.

Existen grupos de riesgo en el no cumplimiento. Algunas características de los transgresores se han esbozado previamente, y también se citan los factores socioeconómicos y la edad ⁸ como causas asociadas. En nuestro estudio, la edad fue inferior entre los que tuvieron falta de adhesión y en tres casos había adición a drogas.

Deberemos plantearnos qué hacemos con los pacientes incumplidores que han perdido un injerto previo por falta de adhesión al tratamiento. La res-

puesta sería fácil si hubiera suficiente número de injertos para todos los potenciales receptores. No siendo así, cabe la duda de si el principio de equidad puede chocar con el del respeto al paciente que transgrede libremente. Todo ello sumado al hecho de los importantes efectos secundarios que pueden producir determinados inmunosupresores y, finalmente, el enorme dispendio que supone el trasplante. Son preguntas que deberá responder la propia sociedad. Los médicos, de momento, deberemos actuar de acuerdo con las normas que consideremos más justas dentro de la ética. La pregunta que se formula es la siguiente: ¿Debe volver a trasplantarse una persona que con anterioridad ha perdido un injerto por falta de adhesión al tratamiento?

Bibliografía

1. Homedes N: Do we know how to influence patients behaviour? Tips to improve patients adherence. *Family Practice* 8:412-423, 1991.
2. Carr A: Compliance with medical advice. *Br J Med Practice* 9:358-360, 1990.
3. Morris LA y Halperin IA: Effects of written drug information on patient knowledge and compliance. A literature review. *Am J Public Health* 69:47-52, 1979.
4. Bond WS y Hussar DA: Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 48:1978-1988, 1991.
5. Meichenbaum D y Turk DC: *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook*. Plenum Press, New York, 1987.
6. Haynes BR, Taylor W y Sackett DL (eds.): *Compliance in health care*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1979.
7. Rovelli M, Palmeri D, Vossler E, Bartus S, Hull D y Schweirer R: Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplant Proc* 21:833-834, 1989.
8. Schweirer RT, Rovelli M, Palmeri D, Vossler E, Hull D y Bartus S: Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplantation* 49:374-377, 1990.
9. Hippocratis: *Libro segundo de las epidemias*. Imprenta de la Viuda de Ibarra. Madrid, 27-28, 1788.
10. Orofino L, Felipe C, Rivera M y Ortuño J: Peligro de incendio o nuestro escaso poder de convicción. *Nefrología* 8:1 90, 1988.
11. Didlake RH, Dreyfus K, Kerman RH, Van Buren CT y Kahan BD: Patient noncompliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. *Transplant Proc* 20 (supl. 3):63-69, 1988.
12. Prados Castillejo JA: Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. En *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 16:209-216, 1992.
13. Matthews D y Hingson R: Improving patient compliance. A guide for physicians. *Med Clin North Am* 61:879-889, 1977.
14. Robinson EJ y Whitfield MJ: Contributions of patients to general practitioner consultations in relation to their understanding of Doctor's instructions and advice. *Soc Sci Med* 9:895-900, 1988.
15. Squier RW: A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationship. *Soc Sci Med* 30:325-339, 1990.
16. Penner M: Patient to physician communication on medication use. *J Family Practice* 26:82-84, 1988.