



Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes receptores de trasplante renal: estudio descriptivo-exploratorio

Greisse da Silveira Maissiat¹, Sandra Mara Marin², Carla Rafaela Delagnolli Fuzinato²

¹Universidad del Estado de Santa Catarina

²Universidad Federal de Rio Grande del Sur

RESUMEN

Objetivo: Comprobar la adhesión al tratamiento inmunosupresor en paciente después del trasplante renal.

Método: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo-exploratorio con 50 pacientes de una clínica en Santa Catarina realizado por medio de entrevista semiestructurada a partir del "Test de Medida de Adhesión a Tratamientos".

Resultados: Se comprobó que 76% de los pacientes fueron considerados no adherentes al tratamiento inmunosupresor; en 62% de los pacientes el comportamiento no fue intencional; en 2% de los casos fue referida la falta de motivación para seguir el tratamiento; 44% de los casos ingieren de 11 a 15 tabletas/día. Las complicaciones fueron hipertensión, diabetes y rechazo del injerto.

Discusión: A pesar de la no adhesión, los pacientes demostraron conocimiento y motivación sobre los medicamentos. El número excesivo de medicamentos ingeridos diariamente influencia en la adhesión al tratamiento. Hubo dos rechazos crónicos, de ellos, uno presentó relación con la falta de adhesión al tratamiento inmunosupresor.

Conclusión: El número de medicamento contribuye para no adherir al tratamiento.

Descriptor: Adhesión al medicamento; Trasplante de Riñón; Insuficiencia Renal.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es entendida por la reducción de la capacidad de filtración glomerular por los riñones ocasionando acumulación de toxinas en la sangre y pérdida de electrolitos necesarios al funcionamiento del sistema orgánico⁽¹⁾. Los tratamientos indicativos para IRC consisten en prescripción de inmunosupresores, hemodiálisis y trasplante renal⁽²⁾.

La hemodiálisis remueve las sustancias tóxicas y filtra la sangre para que ésta vuelva limpia al organismo. Sin embargo, las sesiones son cansadoras y exigen la eliminación de las actividades diarias y del trabajo; pueden llegar a cinco veces por semana con duración de hasta cinco horas transformando los pacientes, dependientes de la diálisis durante semanas, meses o hasta años.

En este caso, para los pacientes en hemodiálisis por largo periodo, la mejor opción de tratamiento para IRC es el trasplante de riñón. Después del procedimiento, el paciente presenta mejoría en el cuadro clínico, y dejan de ser dependiente de hemodiálisis. Pocas son las contraindicaciones para el trasplante renal, sin embargo, no es realizado en todos los clientes ancianos, diabéticos, pacientes gravemente debilitados, portadores del virus de la inmunodeficiencia humana o de enfermedades psiquiátricas⁽³⁾.

Después del trasplante, es muy importante usar la terapia inmunosupresora, cuyos objetivos son prevenir el rechazo del injerto, minimizar el proceso de rechazo del órgano y disminuir la respuesta inmune del organismo contra agentes extraños⁽³⁾. La base de medicamentos es iniciada poco tiempo antes del procedimiento quirúrgico y continuada durante toda la vida del paciente trasplantado, sin embargo, puede causar algunos eventos adversos como dolores y malestar⁽³⁾.

Además, es necesario que exista el rigor de la adhesión tanto al tratamiento inmunosupresor, como al tratamiento de otras enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y Diabetes Mellitus (DM), las cuales pueden desencadenar la IRC. Es importante destacar que tales medicamentos son proporcionados gratis por el Sistema Único de Salud (SUS), garantizando el acceso a los inmunosupresores para todos los pacientes trasplantados renales por toda la vida.

Sin embargo, la falta de adhesión al tratamiento medicamentoso de las más variadas enfermedades crónicas ha sido objeto de estudio de los investigadores^(4,5,6), por tratarse de un tema bastante discutido entre el equipo de salud y la necesidad de orientación constante a los pacientes sometidos al uso de inmunosupresores después del trasplante renal.

Se muestran como dificultades de adhesión a la terapia: o transporte, el tiempo de las sesiones, el dolor de la punción de la fistula, los factores económicos, la dependencia de acompañantes y déficit de conocimiento, además de los nuevos factores de estrés en el cotidiano de la vida de los portadores de insuficiencia renal como el propio tratamiento, los cambios en el estilo de vida, la disminución de la energía física, la alteración de la apariencia personal y las nuevas rutinas diarias⁽⁴⁾.

La problemática del constante aumento de casos de enfermedades crónicas en Brasil ha llamado la atención de los profesionales de la salud, pues con el intento de prolongar la vida y promover la calidad de vida de los portadores, requiere muchos cuidados, sensibilizar y concientizar en cuanto al seguimiento correcto de las terapias conservadoras, además de atendimento psicológico, participación de la familia en el cuidado y en la adhesión del paciente al tratamiento, con el fin de prevenir posibles complicaciones y riesgos, que afecte el tratamiento y evolución del cuadro clínico⁽⁷⁾.

En virtud de eso, hubo interés en pesquisar sobre el tema, investigándose el tratamiento inmunosupresor cuanto a la adhesión y conocimiento sobre horarios, dosis prescritas, efectos colaterales y riesgos en caso de no adherirse.

El profesional de enfermería tiene un papel importante en la orientación de los pacientes en cuanto a la enfermedad, horarios, dosis, así como la motivación del paciente en participar como actor responsable en su auto cuidado y tratamiento. En ese sentido, se cree que ese estudio proporcionará al enfermero el soporte para verificar la adhesión del paciente al tratamiento inmunosupresor, buscando subsidios que contribuyan para el aumento de la adhesión. También, hay que contribuir con las pesquisas sobre el tema y proporcionar datos e informaciones consistentes que podrán ser utilizados con otros pacientes en otros campos de estudio.

Así, el objetivo de este fue comprobar la adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes después del trasplante renal.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo del tipo transversal, de carácter exploratorio y descriptivo, realizado en una clínica renal del estado de Santa Catarina, entre los meses de marzo y abril de 2011. La muestra fue seleccionada a partir de prontuarios electrónicos, teniendo como criterio de inclusión los pacientes sometidos al trasplante renal en el período de 2007 a 2009. Fueron seleccionados 65 casos, sin embargo, se excluyen: un paciente que fue transferido para la capital, cuatro pacientes que murieron, el caso es que además de rechazar el injerto, el paciente estaba haciendo hemodiálisis en otro municipio, un caso en que el paciente trasplante dos veces en el mismo año (contado una vez en este estudio), uno se negó a participar de la investigación y siete faltaron a la consulta. El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada realizada a partir de un instrumento denominado Test de Medida de Adhesión a Tratamientos, propuesta por Morisky y Green⁽⁸⁾.

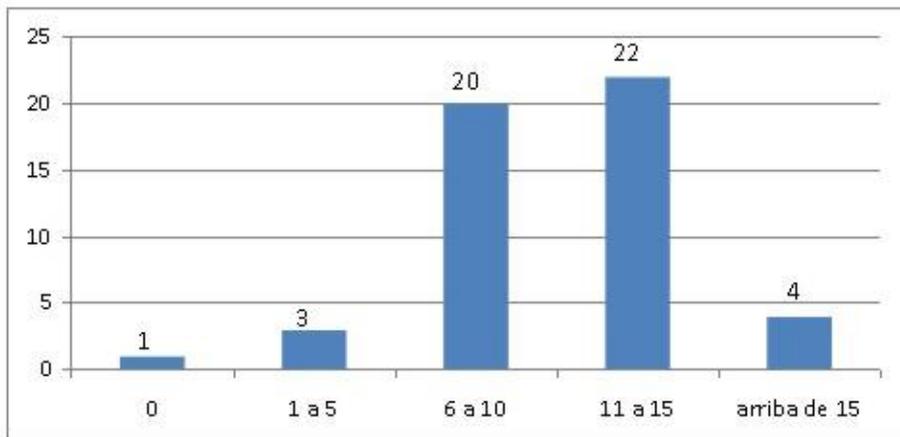
Para la colecta de los datos, fueron comprobados el día y el horario en que los pacientes volverían a la clínica y programada las entrevistas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Estado de Santa Catarina (CEPSH), número 200\2010, atendiendo a las normas de ética de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Fueron estudiados 50 pacientes, de los cuales 66% hombres con media de edad de 43 años; 76% casados; 48% jubilados; 50% con renta per cápita mensual arriba de un sueldo mínimo; 46% recibían hasta un sueldo mínimo y; 25% de los pacientes que no completaron la enseñanza básica.

La cantidad de medicamentos diaria en uso está representada en el gráfico 1.

Gráfico 1: Cantidad de medicamentos diaria y uso. Santa Catarina, 2011

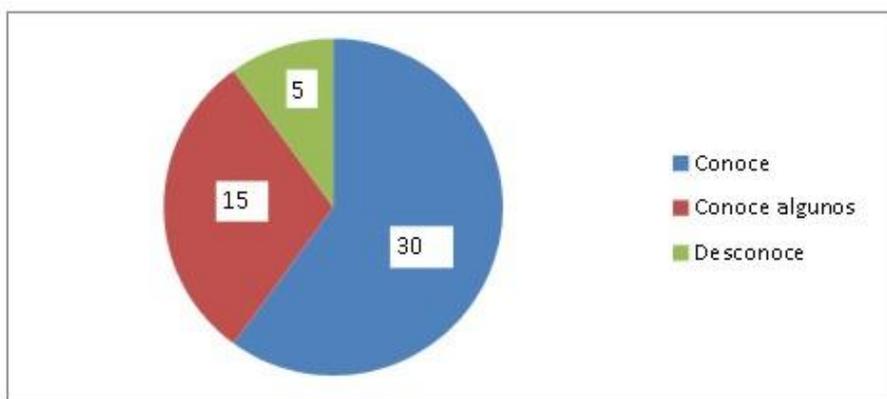


Fonte: Fuzinato CRD, Marin SM, Maissiat GS. Adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes post-trasplante renal, 2013.

Conforme el Gráfico 1, 44% de las personas usaban de 11 a 15 tipos de medicamentos diarios y 40% de los pacientes ingirieron de 6 a 10 tabletas/día.

En el Gráfico 2, se nota que la mayoría de los pacientes conocen todos los medicamentos utilizados en su tratamiento.

Gráfico 2: Conocimiento sobre el medicamento utilizada. Santa Catarina, 2011



Fonte: Fuzinato CRD, Marin SM, Maissiat GS. Adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes post-trasplante renal, 2013.

Aunque fue posible observar que 84% de los pacientes no recibían auxilio para el consumo de los medicamentos diarios y 16% de los individuos eran auxiliadas por personas de la familia: esposa, hijos o nuera.

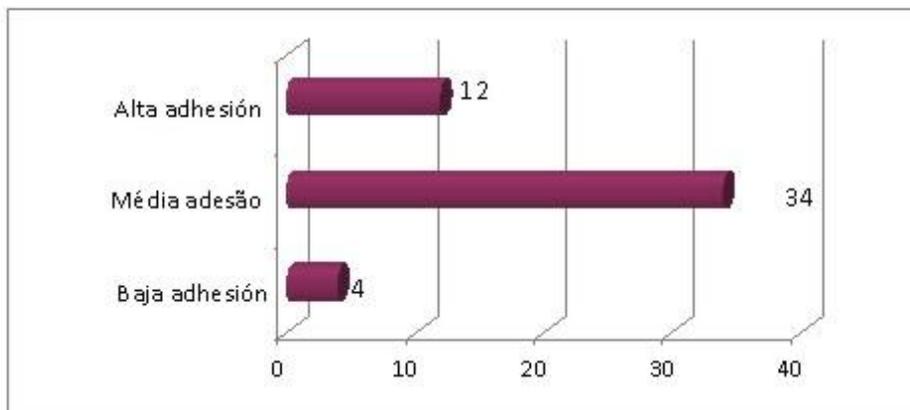
En relación a la retirada de los medicamentos inmunosupresores en el SUS, se observó que 72% de las personas recibían integralmente los medicamentos y 28% de los pacientes recibían parcialmente el medicamento asegurado por el SUS.

En cuanto a las complicaciones post-trasplante renal, se observó que 60% de los pacientes desarrollaron HAS, 13% de los pacientes desarrollados DM y 10% de los pacientes desarrollaron HAS y DM. Los demás no han obtenido complicaciones.

Se constató que hubo cuatro complicaciones con el injerto, siendo que en dos casos hubo rechazo crónico, un caso de rechazo agudo y un caso de Insuficiencia Renal Crónica (IRA) y resultando una infección por creptococos hepáticos y septicemia.

En relación a la adhesión al tratamiento medicamentoso, incluyendo a aquellos con baja y media adhesión, 76% de los pacientes recibieron clasificación como no adherentes, como representada en el Gráfico 3.

Gráfico 3: Adhesión al tratamiento inmunosupresor. Santa Catarina, 2011



Fonte: Fuzinato CRD, Marin SM, Maissiat GS. Adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes post-trasplante renal, 2013.

Entre los pacientes considerados como no adherentes al tratamiento inmunosupresor, 62% informó la falta de adherencia como no intencional y 2% no presentó motivación en cuanto al tratamiento. Los demás pacientes demostraron tener conocimiento y motivación.

DISCUSIÓN

En La caracterización de los entrevistados, se observó que la mayoría de los pacientes era del sexo masculino, corroborando con estudio realizado con 45 pacientes en

hemodiálisis, cuyo objetivo fue evaluar la adhesión del cliente con insuficiencia renal crónica al tratamiento de hemodiálisis⁽⁴⁾. En contrapartida, la investigación realizada con 100 pacientes con enfermedad de Crohn en acompañamiento en ambulatorio de enfermedades inflamatorias intestinales, utilizó el mismo instrumento del presente estudio para evaluar el predominio y los factores de riesgo asociados a la baja adhesión al tratamiento medicamentoso⁽⁹⁾ y mostró que el grande contingente de pacientes era del sexo femenino.

Aunque el mayor contingente de trasplantados impregne el sexo masculino, la diferencia entre hombres y mujeres fue de solo 14% y no hubo asociación significativa del sexo con la adhesión en esta investigación.

La media de edad de 43 años fue próxima a la investigación con 130 pacientes que mantiene uso continuo de algún medicamento de los grupos C, H02 o L04 de la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical, que comprobó el nivel de conocimiento sobre la terapia farmacológica de pacientes con enfermedad renal crónica (DRC) y los factores asociados a este conocimiento, donde la media de edad fue de 48,8 años⁽¹⁰⁾. A pesar de una posible independencia en esta edad, se cree que la edad no corrobora con la adhesión.

La mayoría de las personas entrevistadas eran casados, dato igualmente encontrado en estudio con 30 pacientes sometidos a hemodiálisis de un hospital universitario de Alfenas/MG, que evaluó la calidad de vida y la adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes renales crónicos⁽¹¹⁾.

El hecho de los pacientes haber cursado solo hasta la enseñanza media, se presentó superior al estudio realizado con los pacientes trasplantados acompañados por el equipo del servicio de ambulatorio de un hospital público de Fortaleza - Ceará. Este estudio describió el perfil clínico y socio demográfico de pacientes trasplantados renales⁽¹²⁾, los cuales revelaron tener enseñanza básica incompleta.

En cuanto a la variable ocupación, los pacientes jubilados o distantes se mostraron en evidencia, dato compatible a la investigación realizada con 30 pacientes con dolor crónica no oncológica, en tratamiento en el Ambulatorio de Dolor Clínico Neurológico del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo⁽⁵⁾. Este estudio

pretendió identificar la prevalencia de la adhesión al tratamiento medicamentoso en pacientes con dolor crónica y se percibieron los pacientes jubilados los distantes como la mayoría. Por otro lado, un estudio con 45 pacientes en hemodiálisis, que evaluó la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con insuficiencia renal crónica, se constató que 44% de los pacientes ejercían alguna actividad remunerada⁽⁴⁾.

Respecto a la adhesión de los pacientes al tratamiento inmunosupresor, los resultados mostraron la falta de adhesión en 76% de los pacientes, semejantes al estudio realizado con 100 pacientes con enfermedad de Crohn que destinado a evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la baja adhesión al tratamiento medicamentoso⁽⁹⁾, reveló una falta de adhesión de 64% de los pacientes. La interrupción voluntaria del tratamiento se caracteriza como falta de adhesión⁽⁹⁾.

Los resultados del presente estudio, 31% de los pacientes informaron que la falta adhesión fue del tipo no intencional, lo que es coincidente con los datos encontrados en una investigación con 100 pacientes con enfermedad de Crohn. Este estudio, que era destinado a evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la baja adhesión al tratamiento medicamentoso, constató baja disposición para el uso regular de los medicamentos prescritos y reveló un 58% de los casos prevalente en el comportamiento de la falta de adhesión del tipo no intencional⁽⁹⁾.

La falta de adhesión consiste en una dificultad enfrentada por los profesionales de la salud, pues interfiere en la obtención de los resultados terapéuticos y mantención del injerto⁽¹³⁾. Ante esto, la adhesión al tratamiento y los riesgos a que están sometidos los pacientes con una falta de adhesión ha sido estudiado en muchas pesquisas^(4,5,6,9,11). En este sentido, es de mucha importancia la responsabilidad del paciente, pues el tratamiento afecta la calidad de vida⁽¹⁴⁾ y requiere una adaptación en el estilo de vida generado por las situaciones nuevas y demandas personales que interfieren en la adhesión a su terapia⁽²⁾, tales como: tratamiento, disminución de la energía física, alteración de la apariencia personal, nuevas tareas diarias⁽⁴⁾, dieta, consumo hídrico, cuidados con la fístula arteriovenosa.

Aún no hay un método considerado patrón-oro para verificar sobre la real adhesión al tratamiento inmunosupresor, sin embargo se sabe que el grado de la falta de adhesión al

tratamiento causa la multifactorial⁽⁹⁾, y relación directa con el medio social y cultural⁽⁶⁾, no obstante a las numerosas dificultades expresadas por los clientes⁽⁴⁾.

El estilo de vida de cada paciente influencia en la postura de enfrentamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento, de modo que es importante la identificación de esos factores para que se pueda intervenir en el cuidado y ayudar en la motivación para el auto cuidado⁽¹⁴⁾.

En este sentido, hay pacientes que adhieren al tratamiento inmunosupresor por miedo de morir⁽⁴⁾, otro, se cree, que dejan de usar los inmunosupresores por desconocer los posibles riesgos de la falta de adhesión.

Una de las causas de la falta de adhesión al tratamiento es el desconocimiento de los pacientes y responsables acerca de la importancia del tratamiento⁽⁶⁾: "El conocimiento adecuado de los pacientes sobre los medicamentos que utilizan es considerado un factor fundamental para la adhesión al tratamiento"⁽¹⁰⁾.

A pesar de todos los entrevistados haber declarado tener informaciones sobre la importancia y los beneficios de tomar la medicación correctamente, se observó que 2% de los pacientes analizados como no adherente, mostraron no tener motivación relacionada al tratamiento. Los demás pacientes analizados como no adherentes demostraron tener conocimiento y motivación. Este es un dato interesante, pues, demuestra una tendencia a la negligencia del tratamiento por olvido o descuido⁽⁹⁾.

Por otro lado, se verificó que, aunque el grado de escolaridad sea bajo, los pacientes se interesan en saber sobre los medicamentos que son usados, pues, entre los pacientes no adherentes, 40% conocen la indicación de los medicamentos. Este resultado es compatible con la investigación realizada con pacientes sometidos a hemodiálisis de un hospital universitario de Alfenas/MG. El estudio evaluó la adhesión al tratamiento inmunosupresor en pacientes renales crónicos⁽¹¹⁾ y, también, se encontró que 40% de los pacientes conocen todas las drogas utilizadas. El grado elevado de conocimiento de los pacientes, frente a los medicamentos que son usados, es un factor supremo para la adhesión al tratamiento⁽¹⁰⁾.

En contrapartida, un estudio con pacientes en uso continuo de tipos específicos de medicamentos, con el objetivo de verificar el nivel de conocimiento sobre la terapia

farmacológica de pacientes con DRC y los factores asociados a este conocimiento, reveló que la mayoría de los pacientes no poseen conocimientos suficientes para el uso seguro y eficaz de los medicamentos⁽¹⁰⁾. Otro estudio con pacientes con enfermedades de Crohn, destinado a evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la baja adhesión al tratamiento medicamentoso⁽⁹⁾, constató una baja disposición para el uso regular de los medicamentos prescritos. Además, reveló que en 58% de los casos prevaleció el comportamiento de la falta de adhesión del tipo no intencional y se encontró falta de conocimiento o motivación en 42,2% de los pacientes, hecho que interfiere en la adhesión.

De la misma forma, el exceso de medicamentos ingeridos diariamente también influencia en la adhesión al tratamiento, pues la mayoría de los pacientes estudiados usan de 11 a 15 medicamentos diarios, pudiendo llegar hasta 18 tabletas por día solamente de inmunosupresores. Además de eso, otros medicamentos son utilizados para combatir los efectos colaterales y tratar otras comorbilidades como HAS, DM y enfermedades del corazón. Se verificó el uso de 1 a 9 tabletas/día de medicamentos inmunosupresores en una investigación con pacientes con DCR que mantienen medicamentos de uso continuo⁽¹⁰⁾. Aún, es importante señalar que, solo en un único caso aislado, hubo rechazo renal, pérdida de injerto y una vuelta a la hemodiálisis y no se constató el uso de terapia medicamentosa continua.

Cuanto mayor el número de medicamentos ingeridos mayores las chances de no adhesión⁽⁶⁾. Por lo tanto, la cantidad de medicamentos administrados en el post-trasplante puede interferir en la adhesión no solo por la gran cantidad, sino también por las dosis elevadas y presencia de efectos colaterales de los mismos. Por otro lado, la literatura afirma que el número de tabletas/día no se relacionan con la adhesión⁽⁵⁾.

Los medicamentos inmunosupresores tienen costos muy elevados, por eso el SUS exige que a cada dos meses se les sea realizada una nueva prescripción médica a los pacientes. A pesar de esto, hubo un caso aislado en que el paciente no la actualizó y paró de recibir el medicamento por no enviarlo al SUS, situación utilizada como "justificativa" para la interrupción del tratamiento. Aún, los pacientes reciben los medicamentos por medio de la clínica y deben comparecer a la misma a cada dos meses para la realización

de exámenes, consultas y también para la renovación de la prescripción exigida por el SUS.

En este caso, 72% informaron el recibimiento de medicamentos totalmente gratis, 28% informaron un gasto parcial con la adquisición del medicamento en virtud de la carencia de algunos medicamentos, y no a las inmunosupresoras, en las unidades básicas y tuvieron que ser compradas. En otros estudios, también se verificó el predominio del suministro gratis de medicamentos por el SUS^(5,9). Gran parte de la inversión en salud pública en Brasil se destina a la compra de medicamentos, cuya distribución gratis es insuficiente para atender toda la demanda necesitada⁽⁶⁾. Se cree, así, que el gran número de medicamentos/día también está asociada a la no adhesión, aun cuando él es ofrecido gratuitamente⁽⁶⁾.

En el local del estudio, enfermeras y médico nefrólogo orientan a los pacientes, aclarando dudas y realizando orientaciones sobre la indicación de la medicación utilizada: dosis, horarios, contraindicaciones, efectos colaterales, cuidados específicos, la importancia de la adhesión, uso correcto de la medicación y los daños que pueden transcurrir de su uso inadecuado. La necesidad de sanar las dudas de los pacientes, así como tranquilizarlos, demanda orientaciones de todo equipo y cuidados de la enfermería. En este sentido, el enfermero debe actuar como fundación dando soporte psicológico y educativo a los pacientes y a sus familiares^(2,4), pues datos muestran que muchos pacientes no adhieren al tratamiento medicamentoso porque tienen poca información sobre los efectos de la terapia de sustitución renal⁽¹⁰⁾.

La educación de los pacientes para el auto cuidado es un factor decisivo con respecto a la adhesión al tratamiento, pues el conocimiento proporcionado por la orientación adecuada y el uso continuo de los medicamentos producen beneficios como: control de la HAS, prevención de las complicaciones de la HAS (accidente vascular cerebral, infarto), adquisición de hábitos saludables y cuidados especiales. Estos beneficios tienen la capacidad de disminuir las consecuencias negativas de las enfermedades, y el retraso del trasplante renal y la promoción de la calidad de vida⁽²⁾.

Además de eso, delante del número creciente de enfermedades crónicas, en el actual contexto de salud pública de Brasil, se vuelve relevante la presencia de la familia en el

cuidado, tratamiento y adhesión del paciente con el fin de disminuir posibles enfermedades secundarias, complicaciones y riesgo⁽⁷⁾.

La complicación esa puede surgir a partir de los primeros días o hasta meses después del trasplante. Algunas de las complicaciones más preocupantes después del trasplante renal son aquellas relacionadas al propio injerto. En este estudio, 8% de los pacientes relataron haber sufrido alguna complicación con el injerto, de los cuales todos fueron analizados como no adherentes al tratamiento.

En uno de los casos de rechazo crónico del injerto hubo pérdida del mismo y el paciente volvió a ser sometido a la hemodiálisis. El principal motivo para la pérdida de este injerto, en función del rechazo crónico, fue la falta de adhesión al tratamiento inmunosupresor, pues, se analizó al paciente como baja adhesión y el mismo informó haber interrumpido el tratamiento durante 20 días consecutivos.

En relación al otro caso de rechazo crónico, el paciente realizó un tratamiento con plasmaféresis y consiguió recuperar la función del injerto, continuando el tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus y Micofenolato de Sodio. Sin embargo, presentó en los exámenes resultado de nivel sérico bajo para la droga, lo que representa falta de adhesión al tratamiento inmunosupresor.

Todos los trasplantados que presentaron rechazo crónico y agudo eran portadores de HAS, y los pacientes que presentaron rechazo no sufrían de DM. Sin embargo, no podemos afirmar que estas comorbilidades tengan a ver con el rechazo, pues no fueron encontrados estudios que afirmen la relación de la HAS y/o DM con el rechazo del injerto renal. El tratamiento para el control del DM incluye: educación, modificaciones del estilo de vida que comprenden la suspensión del fumo, abandono de la bebida alcohólica, realización de actividad física, reorganización de los hábitos alimentares y uso de medicamentos conforme orientación médica⁽²⁾.

Mantener controlada las señales y síntomas de rechazo post-trasplante garantiza una mayor sobrevida al injerto. Sin embargo, hay medicamentos inmunosupresores los cuales son indicados para prevención cuanto al rechazo de los órganos, sin embargo se debe poner atención cuanto a la ocurrencia de infecciones⁽¹²⁾.

El equipo de trasplante debe adecuar los protocolos para el atendimento al paciente, conforme el nivel ideal de inmunosupresión para cada individuo, con el fin de prevenir el rechazo agudo crónico y garantizar menor riesgo de infección⁽³⁾.

Los datos mostraron que el donador de injerto no vivo constituye la mayoría, tal como estadística de otro estudio, que tenía objetivo de identificar el perfil de los pacientes trasplantados renales⁽¹²⁾.

Estudio realizado con 288 pacientes adultos sometidos a trasplante renal, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de la falta de adhesión al tratamiento inmunosupresor y sus factores de riesgo, reveló que los receptores del donador no vivo son más adherentes en relación al donador vivo⁽¹³⁾.

En esta investigación, no se verificó asociación de la adhesión con el origen del donador. Pero, la falta de adhesión puede estar relacionada a un riesgo mayor de que ocurra un rechazo del injerto.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió conocer que las variables escolaridad y el número de medicamentos ingeridos diariamente son factores que influyen en la adhesión al tratamiento inmunosupresor. A pesar de los pacientes poseer conocimiento de los medicamentos en uso, es necesario una mayor atención a aquellos con escolaridad baja, a los que presentan desmotivación con relación al tratamiento y a los pacientes para a los cuales es prescrito una gran cantidad de tabletas/día.

Se concluye que la falta de adhesión al tratamiento inmunosupresor desencadena varios riesgos a la salud del paciente, interfiere en el proceso evolutivo en el post-trasplante renal, además de ser un factor causador de complicaciones y generar rechazos del injerto.

Se espera que los datos encontrados puedan ayudar a dirigir a los profesionales de la salud, para que trabajen ampliamente los factores de la falta de adhesión con el fin de minimizarlos y poder tener mejores resultados en cuanto a los beneficios del paciente en la continuidad del tratamiento inmunosupresor.

CITAS

1. Nunes FS, Lautert L. A enfermagem na hemodiálise longa noturna. In: Thome EGR, Lautert L, organizadores. *Enfermagem em diálise*. Brasília: ABEn; 2009.
2. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de Enfermagem sobre a competência para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(1):44-51.
3. Carvalho LKCAA, Lima SM, Carneiro VA, Leite RF, Pereira AML, Pestana JOMP. Fatores de risco cardiovascular em pacientes pediátricos após um ano de transplante renal. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):114-8.
4. Madeiro AC, Machado PDLC, Bonfim IM, Braqueais AR, Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4):546-51.
5. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuro-Psiquiatria*. 2003; 61(2):416-25.
6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2003; 8(3):775-82.
7. Brito DCS. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol estud*. 2009; 14(3): 603-07.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1):67-74.
9. Cornélio RCAC, Pinto ALT, Pace FHL, Moraes JP, Chebli JMF. Não adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn: prevalência e fatores de risco. *Arq Gastroenterologia*. 2009; 46(3):183-9.
10. Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte FS, Galvão RIM, Martins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *RBCF, Rev bras ciênc farm (Impr)*. 2008; 44(2):315-25.
11. Terra FS. Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico Submetido à Hemodiálise e sua Adesão ao Tratamento Farmacológico de uso Diário [Dissertação]. Alfenas: Universidade Jose do Rosário Vellano; 2007.
12. Lira **ALBC, Albuquerque JG, Lopes MVO**. Perfil dos pacientes com transplante renal de um hospital universitário de Fortaleza-CE. *Online braz j nurs [internet]*. 2006 [cited 2012 Jan 10]; 5(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/107/31>
13. Brahm MMT. Adesão aos imunossuppressores e pacientes transplantados renais [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
14. Maldaner CR, Beuter M, Brondani CM, Budó MLD, Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(4):647-53.

Carla Rafaela Delagnolli Fuzinatto - Autora
Sandra Mara Marin - Orientadora
Greisse da Silveira Maissiat – Coorientadora

Recibido: 30/03/2012
Aprobado: 08/05/2013