



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo: Trabajo de Investigación

**Estudio de la adherencia al tratamiento de pacientes
sometidos a trasplante alogénico de precursores
hematopoyéticos.**

Estudiante: Martín Simón, Abraham

Tutor: González Díaz, Marcos

Salamanca, fecha 9 Mayo del 2019

ÍNDICE:

1. Resumen	2
2. Introducción	4
3. Objetivos	8
4. Material y método	9
4.1. Diseño de estudio.	
4.2. Población a estudio y tamaño muestral.	
4.3. Método de captación y protocolo.	
4.4. Métodos de medición de de la adherencia terapéutica.	
4.5. Variables a estudio.	
4.6. Análisis estadístico.	
5. Resultados	12
6. Discusión	15
7. Conclusiones	17
8. Bibliografía	18
9. Anexo	20

1. RESUMEN:

Introducción:

El Trasplante alógeno de Precursores Hematopoyéticos (TAPH) es un procedimiento terapéutico que requiere un tratamiento farmacológico y recomendaciones higiénico-sanitarias de alta complejidad siendo clave para su éxito una adecuada adherencia terapéutica (AT).

Objetivo principal:

Valorar la AT en pacientes a los que se les ha realizado un TAPH en el Hospital Universitario de Salamanca detectando y analizando los problemas de la falta de adherencia y la eficacia de las estrategias establecidas en la consulta de enfermería para mejorar la AT durante los primeros 100 días post-trasplante.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población a estudio fueron 70 pacientes de TAPH y se consideraron las variables sexo, edad, y las habilidades y conocimientos acerca de los fármacos administrados (identificación, indicación, posología, modo de administración), así como su medición objetiva y subjetiva.

Resultados:

Comparando la AT entre la primera consulta de enfermería y la realizada el día +100 se encontraron diferencias significativas positivas para la variable habilidades-conocimientos y la medición objetiva (= 0,000 y 0,003 respectivamente). Por el contrario, para la medición subjetiva no hubo significación estadística (=0,945).

Conclusiones:

Se evidencia una mejora en la AT en los pacientes con TAPH tras la intervención de enfermería y el establecimiento de estrategias higiénico sanitarias adecuadas. Se concluye que es necesario un seguimiento por parte de enfermería y se sugiere la creación de herramientas adaptadas a las nuevas tecnologías que faciliten la adherencia.

Palabras clave:

Adherencia terapéutica, TAPH, medicación.

ABREVIATURAS UTILIZADAS:

- **AT:** Adherencia terapéutica.
- **EICH:** Enfermedad injerto contra huésped.
- **MO:** Médula ósea.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **SACYL:** Servicio de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
- **SP:** Sangre periférica.
- **TAPH:** Trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos.

2. INTRODUCCIÓN:

El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos (TAPH) es un procedimiento complejo que consiste en la sustitución de la hematopoyesis enferma de un paciente mediante la infusión de células precursoras hematopoyéticas sanas procedentes de un donante seleccionado genéticamente por su compatibilidad del sistema HLA. Según la fuente de los precursores hematopoyéticos el trasplante puede ser de médula ósea (MO), sangre periférica (SP) o de cordón umbilical; y de acuerdo al tipo de donante puede ser trasplante emparentado (hermano o haploidénticos de los padres, hijos o hermanos) o no emparentado. El TAPH es una estrategia terapéutica curativa que presenta un alto nivel de complejidad y que es utilizado para una gran variedad de enfermedades como hematopatías de origen neoplásico, trastornos del sistema inmune, trastornos metabólicos...

El TAPH va a conllevar estancias hospitalarias prolongadas, consultas habituales de manera ambulatoria y a la aplicación de diferentes tratamientos de apoyo como administración de productos sanguíneos, terapias nutricionales, abordaje sintomático, terapias para la enfermedad injerto contra huésped (EICH) y control sobre el elevado riesgo de infecciones. Por esta razón, el régimen terapéutico prescrito en este tipo de pacientes se compone de un variado conjunto de medicamentos entre los que encontramos anti infecciosos profilácticos frente a bacterias, hongo o virus; inmunosupresores para el control de la enfermedad injerto contra huésped (EICH) y medicamentos de apoyo (analgesia, ansiolíticos, antidepresivos...). La complejidad de dicho tratamiento va a residir tanto en la variedad y número de medicamentos, como al itinerario terapéutico establecido, el cual puede presentar de manera usual variaciones en las dosis (Ej.: modificación de la dosis de inmunosupresores según sus niveles) y en la prescripción.¹

Al alta hospitalaria, la responsabilidad del tratamiento recae tanto en el propio paciente como en el cuidador del mismo, siendo ésta una situación que se va a prolongar en el tiempo. La correcta administración del tratamiento pautado así como la adecuada aplicación de las recomendaciones recomendadas es esencial para el éxito del proceso y evitar la aparición de las principales complicaciones, las cuales exponen al paciente a un riesgo evidente, y que son la enfermedad injerto contra receptor, las infecciones y la recaída de la enfermedad. Otros factores que pueden afectar de manera negativa a la adherencia terapéutica (AT) y que se deben tanto a la propia enfermedad como a las

complicaciones derivadas del tratamiento son la regresión, el estrés, el deterioro cognitivo y el aislamiento social.²

La adherencia al tratamiento es un concepto que se identificaba exclusivamente con las indicaciones médicas referidas al tratamiento farmacológico, y es por eso que en un primer momento fue definida por los participantes de la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS en 2001 como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”. Así pues, inicialmente definición quedó limitada al ámbito farmacológico, y aunque éste un punto fundamental, el tratamiento de un paciente crónico va más allá. Los medicamentos constituyen un pilar clave y representan un recurso imprescindible para alcanzar el objetivo terapéutico, pero no debemos subestimar el resto de pautas no farmacológicas (recomendaciones higiénicas, hábitos alimenticios, etc.) que forman parte del tratamiento y que su no cumplimiento, puede ocasionar el fracaso del tratamiento.^{3, 4.}

Es por esto que en 2003, la OMS redefinió el concepto de adherencia al tratamiento como “el grado en el que la conducta de un paciente (en relación a la toma de un medicamento, seguimiento de un régimen alimentario y realización de cambios de conducta en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Esta definición, realizada en base a las aportadas por Haynes y Rand, se resalta el carácter activo del paciente sobre su propio tratamiento, permitiéndole conocer todo lo referente respecto del mismo y así llevar a cabo el plan terapéutico.^{4, 5.}

Por consiguiente, un fallo en la detección de una mala adherencia terapéutica y en su abordaje a menudo desemboca en un aumento de las dosis de fármacos, y como consecuencia un aumento del coste del tratamiento, del riesgo de los efectos adversos, diagnósticos erróneos y en casos extremos una exacerbación de la enfermedad y un aumento de la morbi-mortalidad ocasionando una gasto de recursos de salud. Además se produce un aumento de la frustración del paciente y de los cuidadores principales, causando una alteración de la calidad de vida de ambos componentes.^{4, 6.}

Los datos en relación con la adherencia terapéutica pueden modificarse a lo largo de un continuo tiempo de 0 hasta 100% (cumplimiento de todas la variables analizadas de cada fármaco prescrito) Se considera que una adherencia es buena cuando se encuentra por encima del 80% al 95%, pero el nivel adecuado es relativo y depende en gran medida del tipo de enfermedad.⁷

El estudio de la adherencia del tratamiento ha mostrado que la tasa media de los pacientes que no llevan a cabo un seguimiento correcto del tratamiento ronda en torno al 30 – 40 %, habiendo diferencias entre enfermedades de tipo agudo y crónico. En el caso de las enfermedades agudas, la proporción de pacientes que no cumplen el tratamiento llega al 20%, mientras que en el caso de las enfermedades crónicas la población aproximada que no ejecuta de manera correcta el plan terapéutico se encuentra entre el 30 y el 40%.⁸

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que viene determinado por números factores, por lo que es un aspecto multidimensional. Los principales factores que afectan al cumplimiento causando una no adherencia terapéutica son:

- **Factores relacionados con el paciente:** en este apartado encontramos elementos como la edad, el ámbito sociocultural, el nivel de educación y la personalidad del paciente. También se encuentran incluidos los olvidos, dificultad a la hora de acceder al tratamiento, alteraciones cognitivas... En grupos de población como niños y ancianos hay que simplificar al máximo las pautas terapéuticas.⁵

- **Factores relacionados con el tratamiento:** una de las causas más frecuentes de abandono es la aparición de efectos adversos, lo cuales pueden ser la causa o la consecuencia de un incorrecto cumplimiento de las pautas de posología. También es habitual que el paciente deje de tomar la medicación cuando el régimen farmacológico presenta un nivel de dificultad alto (elevado número de fármacos, horarios y posología), cuando genera cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) y cuando los efectos beneficiosos del tratamiento no se presentan en un corto periodo de tiempo ya que el paciente no siente que le tratamiento es eficaz. Otro posible motivo es el coste del tratamiento.⁸

- **Factores relacionados con la enfermedad:** el tipo de enfermedad y sus particularidades pueden ser determinantes a la hora de la adherencia al tratamiento. En general las enfermedades de tipo crónico presentan un mayor índice de incumplimiento que de las agudas. En este sentido, las enfermedades crónicas conllevan un problema grave de baja AT. El índice de AT en los países desarrollados con respecto a los tratamientos de larga duración en enfermedades crónicas se encuentra entre un 30 y un 70%.^{8,9}

- **Factores relacionados con el personal sanitario:** el empleo escaso de tiempo a la hora de la transmisión de las pautas terapéuticas, que unido a las barreras culturales,

hacen de la comunicación entre paciente y profesional sanitario un instrumento ineficaz, sobre todo en los niveles básicos asistenciales. Este factor supone de manera frecuente un punto decisivo en el abandono del tratamiento por parte del paciente.⁵

- **Factores relacionados con el entorno y apoyo social del paciente:** el contexto socio-familiar del paciente es algo determinante. Es más probable que los pacientes que poseen un apoyo de tipo social o familiar cumplan mejor las prescripciones.⁸

Por tanto, como sabemos que el incumplimiento de la AT se produce con una asiduidad determinada y que posee unas consecuencias, es nuestro deber detectar este fenómeno y establecer unas estrategias que nos permitan resolver este problema.

Existen dos tipos de métodos de estudio mediante los cuales podemos medir e identificar la no-adherencia:

- **Directos:** en este apartado se valora de manera objetiva. Una de las formas es verificando que el paciente posee los medicamentos que se le ha prescrito por parte del facultativo médico, aunque esto no es indicativo de que el paciente este siguiendo correctamente las pautas. También se puede evaluar mediante la realización de una medición de los niveles de fármacos o sus metabolitos en sangre u otros fluidos.¹⁰

- **Indirectos:** estos se caracterizan por ser de un carácter más subjetivo. Además tienen menor sensibilidad, especificidad o fiabilidad que los métodos directos, pero son los más utilizados por su aplicabilidad. Entre los diferentes métodos que podemos encontrar en este punto incluimos la entrevista clínica y los cuestionarios con los que el paciente comunica el cumplimiento del tratamiento.⁷

A partir de los resultados recogidos mediante estos métodos de estudio se aborda el conflicto con las estrategias que más se ajusten a la naturaleza de la problemática presentada por el paciente. Entre las estrategias principales encontramos:

- **Técnicas:** este tipo de estrategia tiene como finalidad la simplificación del tratamiento, esto se consigue mediante dosis menos frecuentes, prescripciones de liberación controlada, fármacos en asociación a dosis fijas.

- **Conductuales:** van a ir orientadas a desarrollar las habilidades del paciente con respecto al manejo del tratamiento, haciéndole responsable y partícipe del mismo. Las técnicas que podemos encontrar aquí son el fomento del desarrollo de habilidades, recompensar al paciente por logros de objetivos y vincular la toma de la medicación a

una actividad diaria recurrente como el recuento de comprimidos, calendarios con cumplimientos establecidos, pastilleros, recordatorios telefónicos, seguimiento sanitario continuo...

- **Educativas:** tienen como objetivo mejorar la AT a través de aumentar el conocimiento del paciente sobre la enfermedad, las complicaciones, los efectos secundarios de los fármacos... La información individualizada se puede realizar de diferentes maneras ya sea oral por parte del personal sanitario, audiovisual, escrita, por teléfono, por correo o a domicilio. Además, la información también puede darse de forma generalizada a la sociedad a través de carteles, folletos informativos o publicidad (campañas sanitarias).

- **Apoyo social:** estas intervenciones van dirigidas a mejorar la AT aumentando la intervención de la familia y del entorno del paciente en el tratamiento, ya que se ha demostrado que aquellas personas que poseen un apoyo de tipo familiar o social son capaces de llevar a cabo el tratamiento con mayor facilidad. Entre los ejemplos de estrategias de apoyo socio familiar están los programas de ayuda domiciliaria, terapia familiar, grupos de apoyo...

- **Dirigidas al profesional sanitario, administración o industria farmacéutica:** están enfocadas a la educación del personal sanitario, monitorización del paciente, recordatorios para el médico, etc.¹¹

La AT es un problema que se produce a nivel global y su no cumplimiento tiene consecuencias tanto clínicas como económicas, por lo tanto es un tema a tener en cuenta y cuyo estudio y evaluación es fundamental.

3. OBJETIVO:

El objetivo principal de este trabajo es valorar y estudiar la AT en pacientes a los que se les ha realizado un TAPH y cuyo seguimiento se realiza en el hospital de día del servicio de hematología del Hospital Universitario de Salamanca, detectando y analizando los problemas de no adherencia y la eficacia de las estrategias establecidas para mejorar la AT durante los primeros 100 días post-trasplante.

4. MATERIAL Y MÉTODO:

4.1 Diseño de estudio: se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2 Población a estudio y muestra: pacientes mayores de 18 años que han recibido un alo-trasplante, siendo una muestra total de n=70. (56% recibieron un TAPH emparentado HLA idéntico, 29% un TAPH no emparentado y un 15% un TAPH haploidéntico).

4.3 Método de captación de la muestra y protocolo: la captación de los pacientes a estudio se realizó mediante una consulta telefónica proactiva que la enfermera realiza a todos los pacientes que han recibido el alta hospitalaria tras el trasplante, en las primeras 24-48 horas para resolver las posibles dudas que presente y se les ofrece entrar en el programa de AT. Una vez el paciente decide formar parte del programa, se realizarán al menos dos intervenciones de enfermería en forma de entrevista en la consulta de enfermería del hospital de día. La primera entrevista se programará coincidiendo con la primera o segunda consulta del hematólogo tras el alta. En esta primera cita se recomienda que venga acompañado de un familiar o cuidador, que traiga toda la medicación que está tomando con los todos sus envases. Además de realizar la valoración de la AT, se les informará sobre la medicación pautada, régimen de comidas, ejercicio, medidas higiénicas y preventivas para la prevención de infecciones, junto con una serie de estrategias que aborden las posibles dificultades en la AT observadas durante la consulta y con la finalidad de mejorarla. En la segunda cita, a los 100 días del alta, se realizará una segunda evaluación. En la **Figura 1** tenemos un esquema de lo anterior.

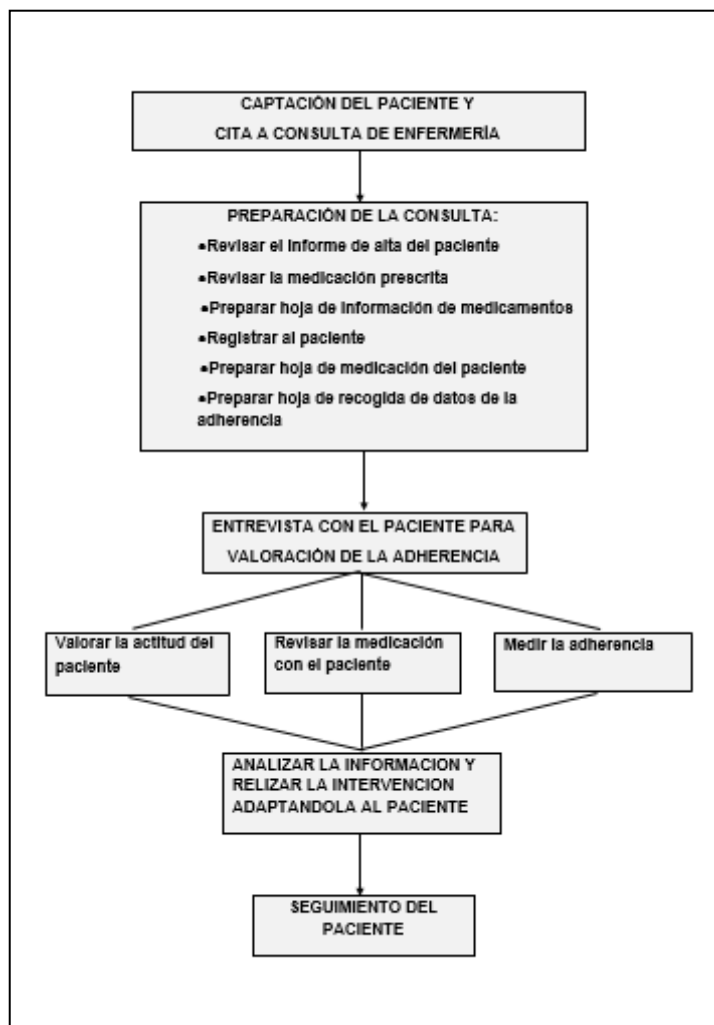


Figura 1. Esquema captación y cita a consulta de enfermería.

4.4 Métodos de medición de la adherencia terapéutica: en el estudio de la AT se ha realizado dos tipos de mediciones, una de tipo objetiva y otra de tipo subjetiva.

- **Medición objetiva:**

- La primera es la realización de un análisis de sangre para comprobar los niveles de inmunosupresores en sangre que posee el paciente. Hay que tener en cuenta que la variación de los niveles de inmunosupresores no se deben siempre a una falta de AT, si no que existen otros factores que influyen en esos valores: alteraciones en la absorción a nivel digestivo como la mucositis y la diarrea, alteraciones a nivel renal, etc. Es por esto que la medición de la AT no puede ser considerado como una estrategia aislada y debe realizarse de una valoración integral del paciente.

- La segunda, y la que se realizará durante la entrevista en la consulta de enfermería, es comprobar que el paciente posee suficientes medicamentos hasta la

siguiente visita, incluyendo fármacos tanto de dispensación hospitalaria como de dispensación de atención primaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el paciente tenga la medicación, aunque tampoco nos asegura que el paciente este realizando de manera correcta el tratamiento.

- **Medición subjetiva:** vamos a medir de dos maneras diferentes recogidas en una hoja de registro que incluye dos fases: (**Anexo 1**)

- La primera fase será mediante el **test de Morisky-Green**. Este test fue utilizado en su inicio para el estudio de la AT de pacientes con hipertensión arterial, y a posteriori se ha adaptado para el estudio del cumplimiento en diversas enfermedades de tipo crónico. Esta prueba se fundamenta en la formulación de cuatro preguntas de contraste con respuestas dicotómicas de sí/no, y va a plasmar el comportamiento del paciente con respecto a la AT. Nos va a reflejar información sobre las causas de incumplimiento. Las cuatro preguntas son las siguientes:

- 1) ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2) ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3) Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- 4) Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente se considera como cumplidos cuando responde de forma correcta las cuatro cuestiones, es decir, No/Sí/No/No.¹³

- Para la valoración de las habilidades y conocimientos del paciente se ha llevado a cabo un cuestionario basado en las escalas DRUGS y Med-Take como recomienda el Servicio de Sanidad de la Junta de Castilla y León (SACYL). Para cada fármaco se valora con 1 o 0 puntos:

- 1) Si identifica correctamente los medicamentos = 1 punto.
- 2) Si conoce la indicación = 1 punto.
- 3) Si conoce la posología = 1 punto.
- 4) Si conoce el modo de administración = 1 punto.

La máxima puntuación que se puede obtener es 4 x el nº de medicamentos, siendo el total de habilidades y conocimientos la suma de la puntuación obtenida para cada fármaco, dividido entre la máxima puntuación.¹⁰

4.5 Variables a estudio: en este trabajo se han trabajado con las siguientes variables:

- 1) Sexo.
- 2) Edad.
- 3) Medición objetiva.
- 4) Medición subjetiva / Morisky-Green.
- 5) Habilidades y conocimientos (sumatorio de identificación, indicación, posología y modo de administración).
- 6) Identificación / ¿Qué es?
- 7) Indicación / ¿Para qué lo toma?
- 8) Posología / ¿Cuánto toma?
- 9) Modo de administración / ¿Cómo lo toma?

4.6 Análisis estadístico: la recogida de los datos se realizó a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel, y esos datos se vertieron en una base de datos del IBM SPSS Statistics 25 donde fueron analizados. Hemos realizado un análisis descriptivo de todas las variables tanto de la primera consulta post-trasplante alogénico como de la consulta a los 100 días. Además hemos realizado una comprobación previa de la normalidad de las variables mediante el test de Kolgomorov-Smirnov, para a continuación llevar a cabo una comparación entre cada una en cada intervención para constatar si hubiese diferencias entre ellas mediante un estudio de variables relacionadas, que en caso de ser no normales lo realizamos con la prueba de T de Wilcoxon o en caso de normalidad con la T de Student.

5. RESULTADOS:

Primeramente hemos llevado a cabo un análisis descriptivo de nuestra muestra en base a las variables sexo y edad, resumiéndolas con medidas de tendencia central y representándolas de manera gráfica.

- **Sexo:** de nuestra muestra de n=70, 29 son mujeres (41,4%) y 41 son hombres (58,6%).

- **Edad:** realizando la descriptiva de esta variable hemos podido ver que la media de edad se encuentra en 48,900. En la **Tabla 1** se pueden observar el resto de los estadísticos descriptivos y en el **Anexo 2** la representación gráfica en forma de histograma de barras.

Estadísticos		
EDAD		
N	Válido	70
Media		48,9000
Mediana		51,0000
Desv. Típica		12,65616
Rango		53,00
Mínimo		15,00
Máximo		68,00

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variable (media, mediana, desv. típica, rango) “Edad”.

Antes de realizar el estudio comparativo entre las variables, hemos realizado un estudio descriptivo de todas las variables (total habilidades y conocimientos, identificación, indicación, posología, modo de administración, medición objetiva y test de Morisky-Green) tanto de la primera intervención post-trasplante alogénico como de la segunda a los 100 días post-trasplante que nos permitirá contrastar los resultados y evaluar la eficacia de la recomendaciones establecidas en la primera consulta. **Tablas 2 y 3.**

Estadísticos 1ª Intervención post-trasplante								
		Total habilidades y conocimientos	Identificación	Indicación	Posología	Modo de administración	Objetiva	Test MORISKY-GREEN
N	Válido	70	70	70	70	70	70	70
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		340,9143	93,1857	69,0571	95,0714	83,7143	93,4857	95,0000
Mediana		345,0000	100,0000	72,5000	100,0000	84,0000	100,0000	100,0000
Rango		285,00	77,00	80,00	69,00	62,00	55,00	75,00
Mínimo		115,00	23,00	20,00	31,00	38,00	45,00	25,00
Máximo		400,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables de la 1ª Intervención post-trasplante.

Estadísticos 2ª Intervención 100 días post-trasplante								
		Total habilidades y conocimientos	Identificación	Indicación	Posología	Modo de administración	Objetiva	Test MORISKY-GREEN
N	Válido	70	70	70	70	70	70	69
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	1
Media		367,2571	98,0286	82,1000	96,3286	93,3571	97,9429	94,9275
Mediana		380,0000	100,0000	88,0000	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000
Rango		164,00	28,00	100,00	31,00	45,00	22,00	50,00
Mínimo		236,00	72,00	,00	69,00	55,00	78,00	50,00
Máximo		400,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables de la 2ª Intervención 100 días post-trasplante.

A continuación plasmaremos los resultados de la comparación entre variables:

- **Total habilidades y conocimientos:** mediante la diferencia entre medianas (de 35 puntos) y a través de la realización de la prueba de Wilcoxon, obtenemos un p valor (= 0,000); por tanto podemos afirmar que existen diferencias significativas.

- **Identificación:** el cálculo de la diferencia de las medianas en este caso es de 0 puntos), de ahí que comprobemos la diferencia entre medias (de 4,8429 puntos) y con la obtención del p valor (= 0,006); podemos confirmar que existen diferencias significativas.

- **Indicación:** con la diferencia de medianas (de 15,5 puntos) y junto con el p valor calculado con el test de Wilcoxon (= 0,000); comprobamos que existen diferencias significativas.

- **Posología:** la diferencia de medianas es de 0 en esta variable, por esto examinamos la diferencia entre medias (de 1,2572 puntos) y que junto con el p valor calculado (= 0,637), verificamos que no existen diferencias significativas.

- **Modo de administración:** a través del cálculo de la diferencia entre medianas (de 16 puntos) y del p valor con la prueba de Wilcoxon (= 0,000); podemos concluir que hay diferencias significativas.

- **Medición objetiva** (*penúltima columna de los estadísticos descriptivos*): no se encontraron diferencias entre medianas por lo que se realizó un estudio de las diferencias entre medias ($97,9429 - 93,4857 = 4,4572$) y con la realización del Test de Wilcoxon con un p valor (= 0,003); determinamos que hay significación estadística entre medias.

- **Medición subjetiva o test de Morisky-Green** (*última columna de los estadísticos descriptivos*): la diferencia entre medianas las dos variables es de 0 puntos, así que comprobamos también la diferencia entre medias (de 0,0725 puntos), y junto con el test de Wilcoxon obtenemos un p valor (= 0,945); no hay diferencias significativas.

6. DISCUSIÓN:

Como anteriormente he plasmado en el objetivo, el propósito principal de este trabajo es el estudio de la AT en pacientes receptores de un trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos y valorar la eficacia de las estrategias establecidas tras la detección de los problemas de AT.

Así pues, con los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de las variables vamos a poder sacar una serie de deducciones:

- En cuanto a la medición de la AT de manera objetiva, si que hemos encontrado diferencias significativas, es decir, en la segunda intervención disminuyó el número de pacientes que no aportaron la medicación a la consulta como se requería. Realmente la importancia de esta variable es relativa, ya que aunque podemos valorar de manera objetiva la AT no implica que el paciente este realizando de manera correcta el tratamiento, pero considero que también es importante ya que el paciente está realizando una mejora aunque sea en uno de los requerimientos de la consulta de adherencia.

- Con respecto al test Morisky-Green, el test medidor de AT subjetiva, se concluye que no hay diferencias significativas entre la primera y la segunda intervención. Debido a que en este test se valoran factores relacionados con el paciente, es decir, aspectos como el nivel cultural, la personalidad, el ámbito sociocultural; las medidas más acordes para abordar y mejorar la adherencia serían estrategias conductuales con las que hacer responsable al paciente de su tratamiento y reforzar positivamente a medida que veamos un correcto seguimiento de la medicación. Además también se podría fortalecer la AT mediante estrategias educativas explicando la importancia de un correcto seguimiento del tratamiento para su enfermedad y resolviéndole las posibles dudas que tenga sobre la medicación.

- En consideración al total de habilidades y conocimientos, que es la suma de los 4 ítem identificación, indicación, posología y modo de administración; hemos podido

observar que hay significación en cuanto a diferencias entre la intervención primaria con la secundaria, por lo que podemos afirmar que la combinación de estrategias propuestas para el paciente y su AT han sido eficaces, reflejando una mejora en la adherencia.

- Referente a la identificación, también hemos encontrado diferencias significativas, por lo que podemos concluir la efectividad de las estrategias educativas establecidas para mejorar el reconocimiento de los fármacos por parte del paciente.

- Sobre la indicación de los fármacos, hemos podido comprobar que también existen diferencias significativas entre la medición de esta variable en la primera intervención con la realizada los 100 días post-trasplante, de manera que existe una clara eficacia del abordaje realizado para aumentar el conocimiento de la finalidad de cada uno de los fármacos por parte del paciente.

- En referencia a la variable posología, no hemos encontrado diferencias significativas. Sin embargo, esta variable tiene gran importancia clínica ya que variaciones en la posología pueden ocasionar efectos indeseables como toxicidad o falta de eficacia por infra dosificación, por lo que no se pueden descuidar las medidas para evitar errores en esta variable. En ese sentido y dado a que siguen existiendo individuos con dificultades a la hora de conocer la posología tenemos que establecer estrategias técnicas orientadas a la simplificación del tratamiento, abordaje conductual como la utilización de herramientas como pastilleros diarios o calendarios, medidas educativas donde expliquemos lo fundamental de una correcta posología y facilitar de manera escrita la información, y por último un abordaje del medio socio-familiar. En este sentido y de forma importante sería deseable disponer de herramientas adaptada a las nuevas tecnologías como por ejemplo una App específica que facilite al paciente la AT.

- Por lo que corresponde al ítem modo de administración, tras su análisis podemos determinar que existen diferencias significativas entre ambas intervenciones, de modo que podemos avalar la eficacia del abordaje realizado que ha permitido una mejora de la AT en aquellos pacientes que no realizaban de manera correcta el modo de administración de la medicación.

A parte del establecimiento de estrategias para mejorar la AT, considero que es muy recomendable nunca culpabilizar al paciente, establecer una relación paciente-profesional que permite construir un vínculo que facilitara la creación de una estrategia terapéutica mucho más individualizada, simplificar al máximo el tratamiento, dar

información sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, proporcionándola también de manera escrita y reforzar de manera periódica.¹¹

7. CONCLUSIONES:

1) En atención a todo lo anterior, podemos decir que la intervención por parte de enfermería en el Hospital de Día de Hematología con la intención de mejorar la AT en pacientes a los que se les ha realizado un TAPH, ha demostrado tener unos resultados positivos.

2) En este tipo de pacientes se ha hecho visible la necesidad de un seguimiento por parte de los profesionales sanitarios para una mejora de la AT.

3) Mediante la investigación de la bibliografía y el análisis del estudio, se considera necesaria la creación de una herramienta adaptada a las nuevas tecnologías como por ejemplo una App específica que facilite al paciente la AT y al profesional sanitario un mejor seguimiento, para prevenir las complicaciones derivadas de una mala AT.

8. BIBLIOGRAFÍA:

- 1- PDQ® sobre el tratamiento pediátrico. PDQ Trasplante de células hematopoyéticas en la niñez. [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute. [Consultado: 14 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil/tch-infantil-pro-pdq>
- 2- Morrison CF, Martsolf DM, Wehrkamp N, Tehan R, Pai ALH. Medication Adherence in Hematopoietic Stem Cell Transplant: a Review of the Literature. *Biol Blood Marrow Transplant* 23 (2017) 562–568.
- 3- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: policy for action. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 4- Sabaté E, World Health Organization, editores. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
- 5- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342–348
- 6- Olivera-Fernández R, Fernández-Ribeiro F, Piñeiro-Corrales G, Crespo-Diz C. Adherencia a tratamiento antineoplásicos orales. *Farm Hosp*. 2014; 38 (6): 475-481.
- 7- Gramage T. Adherencia al tratamiento con antineoplásicos orales. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016. 194 p.
- 8- Rihuete MI. La información, el seguimiento y el apoyo al enfermo oncológico y su familia como estrategia de adaptación al tratamiento. [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011. 253 p.
- 9- Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina*. 2013; 8 (1): 6-15.
- 10- García A, Cantera E, Mena P, Merino A, Julián A, Guzmán MA, et al. Mejora de la adherencia terapéutica en el anciano polimedicado. Servicio de salud de Castilla y León (Sacyl).
- 11- Rodríguez MA, Pérez EM, García-Jiménez E, Rodríguez A, Martínez F, Faus MJ. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014; 16 (3): 110-120.

- 12- Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29 (2): 40-48.
- 13- Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40 (8): 413-417.

9. ANEXO:

- **Anexo 1.** Hojas de registro de adherencia utilizadas en la consulta.

ETIQUETA PACIENTE		TIPO DE TPH FECHA: INFUSIÓN ALTA				ENFERMEDAD DE BASE ACONDICIONAMIENTO					
Nombre		PRIMERA ENTREVISTA									
MEDICAMENTOS		IDENTIF/ QUE ES	INDICACION/ PARA QUE LO TOMA	POSOLOGIA/ CUANTO TOMA	MODO ADMIN/ COMO LO TOMA	OBJETIVA / TIENE EL NOTENE=0	SUBJETIVA SI/NO	HABIL Y CONOCIM	PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA ENTREVISTA	INTERVENCION ES	NOTAS/PROBLEMAS/REVISION
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE®		SÍ/NO®									
1 ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?®		°									
2 ¿Toma los fármacos a la hora indicada?®		°									
3 Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomarlos?®		°									
4 Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?®		°									

ETIQUETA PACIENTE		TIPO DE TPH FECHA: INFUSIÓN ALTA				ENFERMEDAD DE BASE ACONDICIONAMIENTO					
Nombre		SEGUNDA ENTREVISTA									
MEDICAMENTOS		IDENTIF/ QUE ES	INDICACION/ PARA QUE LO TOMA	POSOLOGIA/ CUANTO TOMA	MODO ADMIN/ COMO LO TOMA	OBJETIVA / TIENE EL NOTENE=0	SUBJETIVA SI/NO	HABIL Y CONOCIM	PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA ENTREVISTA	INTERVENCION ES	NOTAS/PROBLEMAS/REVISION
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE®		SÍ/NO®									
1 ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?®		°									
2 ¿Toma los fármacos a la hora indicada?®		°									
3 Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomarlos?®		°									
4 Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?®		°									

- **Anexo 2.** Histograma de barras de la variable “Edad”.

