

Mala adherencia al tratamiento inmunosupresor de un paciente trasplantado renal

Rosa M^a Barquero Ruano - Elena Checa Barambio - Jacoba Rodríguez Peña

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción

El adecuado seguimiento del tratamiento inmunosupresor es vital para la supervivencia del injerto renal; se ha comprobado lo importante que es seguir correctamente dicho tratamiento junto con unos hábitos de vida saludables para que mejore también la supervivencia del paciente¹.

No obstante, es difícil detectar precozmente el incumplimiento del tratamiento y su frecuencia real no es bien conocida, aunque se han descrito perfiles de pacientes con posible mal seguimiento se puede dar también en pacientes que "a priori" parecen bien adaptados. Es la enfermera de consulta de trasplante renal la que debe ocuparse de estos aspectos interviniendo de manera activa en la educación sanitaria del paciente trasplantado. Sin embargo, detectar el mal cumplimiento terapéutico en la Consulta de Trasplante Renal no es fácil debido, entre otros factores, al escaso tiempo de que se dispone. Es necesario que la relación paciente-enfermera sea muy estrecha y que existan unos vínculos adecuados de comunicación que ayuden al buen cumplimiento terapéutico y a detectar cualquier alteración en el mismo.

El adecuado seguimiento del tratamiento inmunosupresor es vital para el paciente en su integridad: su calidad de vida, su integración en la vida familiar, social y laboral y así como en la supervivencia del injerto renal. El mal cumplimiento terapéutico se acompaña de un aumento de las pérdidas del injerto renal, que son siete veces superiores a las de los buenos cumplidores^{2,3}. En España aunque se han descrito perfiles de pacientes con posible mal seguimiento (los más frecuentes suelen ser varones sin pareja estable, jóvenes y con trabajo) se puede dar también todos los pacientes⁴.

Se expone un caso clínico que hemos detectado en nuestra Consulta de Trasplante Renal donde el enfermo dejó de tomar toda la medicación prescrita debido a la influencia de circunstancias externas.

Descripción del caso clínico

Varón de 43 años con insuficiencia renal crónica no filiada en hemodiálisis domiciliaria desde enero de 1989. Se le realizó un trasplante renal de cadáver en 1991, con una evolución post-trasplante con diuresis inmediata. Su tratamiento inmunosupresor inicial consistió en ciclosporina y prednisona. En la figura 1 se muestra la evolución de la creatinina plasmática desde el postrasplante inmediato. En los primeros años postrasplante la creatinina plasmática permanece estable alrededor de 1,5 mg/dL desde 1991 a 1993. En 1994 tiene una elevación de la creatinina a 2,4 mg/dL, descendiendo posteriormente y manteniéndose estable durante diez años. En el 2004 se produce otra elevación y a partir de aquí va ascendiendo progresivamente hasta diciembre del 2008 en que el paciente presenta una creatinina plasmática de de 2,6 mg/dL.

Correspondencia:

Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar Viejo km. 9,100
28034 Madrid
rosa.barquero.ruano@gmail.com

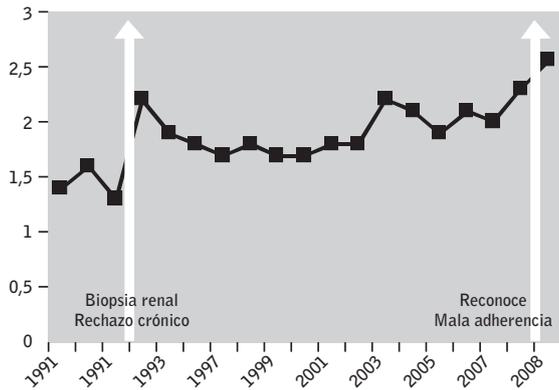


Figura 1: Evolución de la creatinina plasmática (mg/fl)

Cuando aparece la primera elevación de creatinina plasmática en septiembre de 1994, ocurren una serie de hechos que condicionan el comportamiento posterior del paciente. Se le ingresa durante ocho días para realizarle una biopsia renal, compartiendo habitación con otro paciente ingresado también para una biopsia. Este le comenta que la medicación que tomaba para el rechazo es tóxica para el riñón y que la causa de su ingreso era debida a una toxicidad de los medicamentos. Este comentario de su compañero de habitación influyó en nuestro paciente en la forma de actuar frente a la medicación que se le pautaba, iniciando su autoprescripción.

Meses más tarde se comienza tratamiento con azatioprina. El paciente no tomaba toda la dosis prescrita y continúa automedicándose. Acude correctamente a todas sus consultas, confirmando siempre que sigue la pauta de tratamiento indicada por escrito por su médico. El tratamiento que realmente seguía el paciente era: de los 350 mg de ciclosporina prescritos se tomaba 50 mg, y de un comprimido en desayuno y cena de azatioprina (100 mg) se tomaba sólo uno en el desayuno (50 mg), los 5 mg de prednisona pautados sí se los tomaba, del resto de la medicación pautada no tomaba nada. Aunque el día anterior a la consulta por la noche sí se tomaba correctamente la dosis de ciclosporina (175 mg).

Así estuvo desde 1994 hasta julio del 2003 cuando fue ingresado de nuevo para el cierre de la fístula arteriovenosa, debido a molestias en el brazo, por lo que ingresó tres días durante los cuales se le administró el tratamiento correctamente. Durante este

ingreso tuvo un incremento de la creatinina plasmática del 1,7 al 2,1 mg/dL, por esta causa el enfermo se fue de alta sin cerrarse la fístula arteriovenosa y esto reforzó su creencia sobre la nefrotoxicidad del tratamiento, volviendo a automedicarse con las dosis que él consideraba oportunas.

Desde 1994 al 2004 los niveles de creatinina y la situación clínica del enfermo se mantienen estables. En mayo del 2004 la creatinina aumenta por lo que se suspende la azatioprina, añadiendo al tratamiento mofetil micofenolato, que no llega a tomar en ningún momento. Durante este tiempo nuestro paciente se realiza controles analíticos en la farmacia, interesándose por la creatinina, urea, colesterol y ácido úrico, mientras realiza consejos familiares para decidir la dosis de la inmunosupresión y otros aspectos médicos.

En el 2007 se incrementa el número de consultas porque no hay relación entre la dosis de ciclosporina que toma el paciente y los niveles en sangre del fármaco que se determinan rutinariamente en cada consulta. Mientras que la dosis de ciclosporina era cada vez más elevada los niveles se mantenían siempre igual de bajos (figura 2).

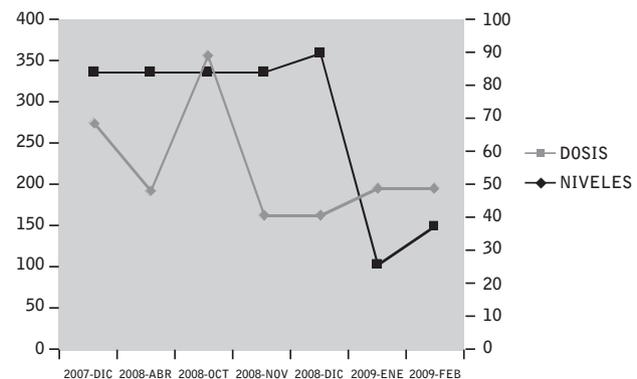


Figura 2: Dosis y niveles de ciclosporina en el último año

En esta situación de discrepancia entre la prescripción médica y la medicación que el paciente toma con regularidad llegamos a diciembre del 2008 donde en un momento de tranquilidad en consulta, y en la mas estricta confidencialidad, el enfermo comenta a la enfermera la situación por la que está pasando desde el día que ingresó para realizarse la biopsia (1994). Desde este momento el medico responsable intenta

reajustar el tratamiento. La evolución de este paciente nos hace llegar a las siguientes conclusiones:

- El mal cumplimiento terapéutico se puede sospechar pero no se puede afirmar hasta que el paciente lo reconoce.
- Es muy importante la educación sanitaria y evitar las influencias de la información de otros pacientes.
- A pesar de su mal cumplimiento el paciente se mantiene durante años en situación clínica de nefropatía crónica estable, por posible tolerancia inmunológica.
- Es muy difícil detectar a un paciente que no se toma bien el tratamiento y este comportamiento induce modificaciones en el tratamiento y aumento de las visitas.
- Hay que tener en cuenta la personalidad engañosa de algunos pacientes que simulan buen cumplimiento.
- Todo esto nos demuestra el papel tan importante que tiene la Enfermera en la Consulta de Trasplante Renal.

Bibliografía

1. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation .a systematic review. *Transplantation*. 2004; 77(5):769-76.
2. García V, Bittar A, Keitel E et al. Patient noncompliance as a major cause of kidney graft failure. *Transplant Proc*. 1997; 29(1): 252-254.
3. Siegal BR, Greenstein SM: Postrenal transplant compliance from the perspective of african-americans, hispanic-americans and anglo-americans. *Adv Ren Replace Ther*. 1997; 4(1): 46-54.
4. Fernandez M, Lopez J, Miranda B, Matesanz R. Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. *Nefrología* 1998; 8(4): 316-325.