

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2020/21

**“EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE SOMETIDO
A TRASPLANTE RENAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA”**

Alumna:

Érica Rey Otero

Directores:

- Avelino Castro Pastor
- José María Rumbo Prieto

ÍNDICE:

RESUMEN:	4
RESUMO:	5
ABSTRACT:	6
SIGLAS Y ACRÓNIMOS:	7
1. INTRODUCCIÓN:	8
1.1. La adherencia al tratamiento: conceptualización	8
1.2. Trasplante renal	9
1.3. Adherencia al tratamiento en pacientes con TR	11
1.4. Rol de la enfermería en la adherencia al tratamiento: enfoque en pacientes con TR	13
2. FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE ESTUDIO	16
3. METODOLOGÍA:	16
3.1. Tipo de estudio	16
3.2. Criterios de selección	17
3.3. Estrategia de búsqueda	17
3.4. Proceso de selección y revisión	21
3.5. Método para extracción y síntesis de datos	21
3.6. Establecimiento de variables de estudio	22
4. RESULTADOS:	22
4.1. Resultados de la selección de trabajos: diagrama de flujo PRISMA	22
4.2. Resultados de las variables analizadas estructurados en tablas	23
4.3. Resultados generales de los datos de caracterización de los estudios que integran la revisión	27
4.4. Resultados de las investigaciones llevadas a cabo en los estudios	27
5. DISCUSIÓN:	32
6. CONCLUSIONES:	35
7. BIBLIOGRAFÍA:	36
8. ANEXOS	41
Anexo 1. Declaración PRISMA (evaluación calidad de estudios)	41

RESUMEN:

El trasplante renal (TR) se configura como una práctica quirúrgica cada vez más frecuente a nivel mundial, pero le envuelve una problemática que impacta de forma negativa tanto en la propia salud de los pacientes, aumentando exponencialmente el riesgo de rechazo del injerto, como en la gestión sanitaria en general, en términos económicos y de carga laboral, y suele ser la “falta de adherencia terapéutica”. La tasa de pacientes con TR a dicha adherencia es frecuentemente baja, enfatizándose en los últimos años los esfuerzos en investigación para dilucidar de qué forma podría mejorarse esta situación, sobre todo, en cuanto a cuidados de enfermería se refiere, ya que es el perfil profesional que, por su formación y posición, están más capacitados para ello. Sin embargo, aún son escasos los hallazgos en cuidados y estrategias eficaces con evidencia científica contrastada. El objetivo de estudio fue analizar la literatura científica publicada en últimos 5 años, para conocer cuáles son las intervenciones y actuaciones más habituales que desde enfermería se realizan en aras de aumentar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a TR. Para ello, se realizó una revisión sistemática basada en una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos clínicas: PubMed, WOS, MedLine, Google Scholar, Ciuden y Scielo, resultando seleccionados ocho estudios. Como resultados, se observó que la frecuencia de adherencia terapéutica era menor al 50%, influyendo en ella factores como la calidad de vida, género, complejidad terapéutica y desconocimiento del proceso, del tratamiento farmacológico y de los beneficios. Las intervenciones más eficaces fueron las de enfoque holístico y estrategias sencillas por parte de enfermería (control, apoyo, llamadas, reuniones, vídeos, asesoría, entre otras), así como las educativas y conductuales, en todas ellas fomentándose la implicación del paciente. Como conclusión, cabe indicar que la cercanía y trayectoria de cuidado del equipo de enfermería lo posiciona como la figura fundamental en el diseño, implementación y seguimiento de las intervenciones y estrategias de cuidado, tanto clínico como psicológico y emocional, en aras de mejora de la adherencia terapéutica en pacientes de TR.

Palabras clave (DeCS): adherencia terapéutica y cumplimiento; Cuidados de enfermería; Trasplante de riñón.

RESUMO:

O transplante renal (TR) configúrase como unha práctica cirúrxica cada vez máis frecuente a nivel mundial, pero envólvelle unha problemática que impacta de forma negativa tanto na propia saúde dos pacientes, aumentando exponencialmente o risco de rexeitamento do enxerto, como na xestión sanitaria en xeral, en termos económicos e de carga laboral, e adoita ser a “falta de adherencia terapéutica”. A taxa de pacientes con TR á devandita adherencia é frecuentemente baixa, salientándose nos últimos anos os esforzos en investigación para dilucidar de que forma podería mellorarse esta situación, sobre todo, en canto a cuidados de enfermería refírese, xa que é o perfil profesional que, pola súa formación e posición, están máis capacitados para iso. Con todo, aínda son escasos os achados en cuidados e estratexias eficaces con evidencia científica contrastada. O obxectivo de estudo foi analizar a literatura científica publicada en últimos 5 anos, para coñecer cales son as intervencións e actuacións máis habituais que desde enfermería realízanse en aras de aumentar o nivel de adherencia ao tratamento en pacientes sometidos a TR. Para iso, realizouse unha revisión sistemática baseada nunha procura bibliográfica nas principais bases de datos clínicas: PubMed, WOS, MedLine, Google Scholar, Ciuden e Scielo, resultando seleccionados oito estudos. Como resultados, observouse que a frecuencia de adherencia terapéutica era menor ao 50%, influíndo nela factores como a calidade de vida, xénero, complexidade terapéutica e descoñecemento do proceso, do tratamento farmacolóxico e dos beneficios. As intervencións máis eficaces foron as de enfoque holístico e estratexias sinxelas por parte de enfermería (control, apoio, chamadas, reunións, vídeos, asesoría, entre outras), así como as educativas e conductuais, en todas elas fomentándose a implicación do paciente. Como conclusión, cabe indicar que a proximidade e traxectoria de cuidado do equipo de enfermería posiciónao como a figura fundamental no deseño, implementación e seguimento das intervencións e estratexias de cuidado, tanto clínico como psicolóxico e emocional, en aras de mellora da adherencia terapéutica en pacientes de TR.

Palabras chave (DeCS): adherencia terapéutica e cumprimento; Cuidados de enfermería; Transplante de ril.

ABSTRACT:

Renal transplantation (KT) is configured as an increasingly frequent surgical practice worldwide, but it involves a problem that negatively impacts both the patients' own health, exponentially increasing the risk of graft rejection, as well as health management in general, in economic terms and workload, and it is usually the "lack of therapeutic adherence". The rate of patients with KT to such adherence is frequently low, emphasizing in recent years research efforts to elucidate how this situation could be improved, especially in terms of nursing care, since it is the professional profile that, due to their training and position, they are better able to do so. However, there are still few findings in effective care and strategies with proven scientific evidence. The objective of the study was to analyze the scientific literature published in the last 5 years, to find out which are the most common interventions and actions that nursing are carried out in order to increase the level of adherence to treatment in patients undergoing KT. To this end, a systematic review was carried out based on a bibliographic search in the main clinical databases: PubMed, WOS, MedLne, Google Scholar, Ciuden and Scielo, resulting in eight studies selected. As results, it was observed that the frequency of therapeutic adherence was less than 50%, influencing factors such as quality of life, gender, therapeutic complexity and ignorance of the process, drug treatment and benefits. The most effective interventions were those with a holistic approach and simple nursing strategies (control, support, calls, meetings, videos, counseling, among others), as well as educational and behavioral ones, in all of them encouraging patient involvement. In conclusion, it should be noted that the closeness and care trajectory of the nursing team positions it as the fundamental figure in the design, implementation and monitoring of interventions and care strategies, both clinical, psychological and emotional, in order to improve the therapeutic adherence in KT patients.

Keywords (MeSH): Therapeutic Adherence and Compliance; Nursing Care; Kidney Transplant.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS:

ECA:	Ensayo clínico aleatorio
NANDA:	North American Nursing Association
NIC:	Nursing Intervention Classification
NOC:	Nursing Outcomes Classification
ONT:	Organización Nacional de Trasplantes
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PMP:	Por millón de población
TR:	Trasplante renal
WOS:	Web of Science

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. La adherencia al tratamiento: conceptualización

La temática de la adherencia al tratamiento, si bien es en los últimos cuando está confiriendo una mayor importancia, no es novedosa, puesto que ya el considerado “padre de la medicina”, Hipócrates, mencionó el fenómeno de que numerosos pacientes no tomaban los fármacos tal y como debieran.¹ Desde aquel momento, son numerosos los investigadores que han fundamentado sus estudios en el análisis de la situación al respecto, debiendo enfatizar que fue a partir de la década de los años 70 cuando estas líneas de investigación adquieren una importancia empírica relevante.² Actualmente, la temática de la adherencia terapéutica ocupa una posición de máxima relevancia en el ámbito científico sanitario, siendo el gestionar la adherencia a los medicamentos una prioridad para los sistemas de salud de todo el mundo.³

A pesar de ello, a día de hoy aún no existe una definición consensuada internacionalmente para el término “adherencia al tratamiento”, entre otros factores, debido a la diversidad de opiniones en cuanto a posibles similitudes y / o diversidad en comparación con otros conceptos como el de “cumplimiento terapéutico”. Además, como añadido, cabe enfatizar que inclusive existen diferencias entre los países, por ejemplo, en el Reino Unido se utilizan generalmente de forma sinónima el término de “cumplimiento” (*compliance*) y “adherencia” (*adherence*), mientras que en España hay autores que remarcan la diferencia entre ambos, mientras que otros los utilizan de forma sinónima al igual que ocurre en el país anglosajón⁴.

Si bien, atendiendo a lo que sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento se define como el cumplimiento del mismo, esto es, tomar la medicación en función de la dosificación del programa que ha sido prescrito por los profesionales sanitarios en cada caso. Si bien, la propia OMS enfatiza que la adherencia terapéutica se posiciona como un relevante problema de salud mundial, existiendo una necesidad imperiosa de que se diseñen intervenciones que permitan eliminar las barreras existentes en el contexto; además, para conseguir una mejora de la situación es indispensable realizar un abordaje multidisciplinar.⁵

En este contexto, en 2004 la OMS expuso la adherencia como: “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento

de una dieta o la modificación de hábitos de vida”, quedando patente desde esta perspectiva que en el alcance de una adherencia terapéutica juegan un papel fundamental tanto el paciente, que debe participar de forma activa, como los profesionales sanitarios, que deben fomentar y crear un clima de diálogo que contribuye a que la toma de decisiones sea un proceso compartido.²

Esto es, la adherencia al tratamiento no debe quedar encuadrada de forma exclusiva en el proceso de cumplir con el horario y dosis farmacológica que el profesional sanitario ha prescrito para el paciente en cuestión, sino que también debe integrarse el asistir a las consultas de control y el alcanzar los estilos de vida saludables y necesarios en cada caso, todo ello con el objetivo final de una mejora del bienestar del paciente.² Indiscutiblemente, en este enfoque multidisciplinar del abordaje de la temática de la adherencia terapéutica, el rol de la enfermería es crucial.⁶

1.2. Trasplante renal

El TR (TR) es el tratamiento de elección en el caso de pacientes con enfermedad renal de tipo terminal, puesto que su práctica está asociada con una mayor tasa de supervivencia, un incremento de la calidad de vida y un menor coste económico sanitario que el tratamiento de tipo sustitutivo con diálisis.^{6,7} Como consecuencia de dichos beneficios, así como a que el envejecimiento de la población mundial supone una mayor prevalencia de enfermedades crónicas de riñón que requieren trasplante o diálisis,⁸ el TR está siendo año a año más practicado en los sistemas sanitarios de numerosos países, entre ellos España.

A finales del año 2017, en Reino Unido había 63.162 adultos recibiendo terapia de reemplazo renal, y en el mismo año fueron realizados un total de 3.462 trasplantes.⁹ Con enfoque en España, según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en el año 2019 se ha alcanzado a una cifra histórica de trasplantes renales, llegando a una cifra absoluta de 3.423, esto es, 116 trasplantes por millón de población (PMP); además, también la cantidad de donantes ha sido en 2019 la máxima histórica del país, situándose la cifra en 48,9 donantes PMP.¹⁰

A continuación, en la Figura 1 se puede observar la evolución en cuanto a número de trasplantes renales se refiere esta práctica en España en los últimos 10 años.

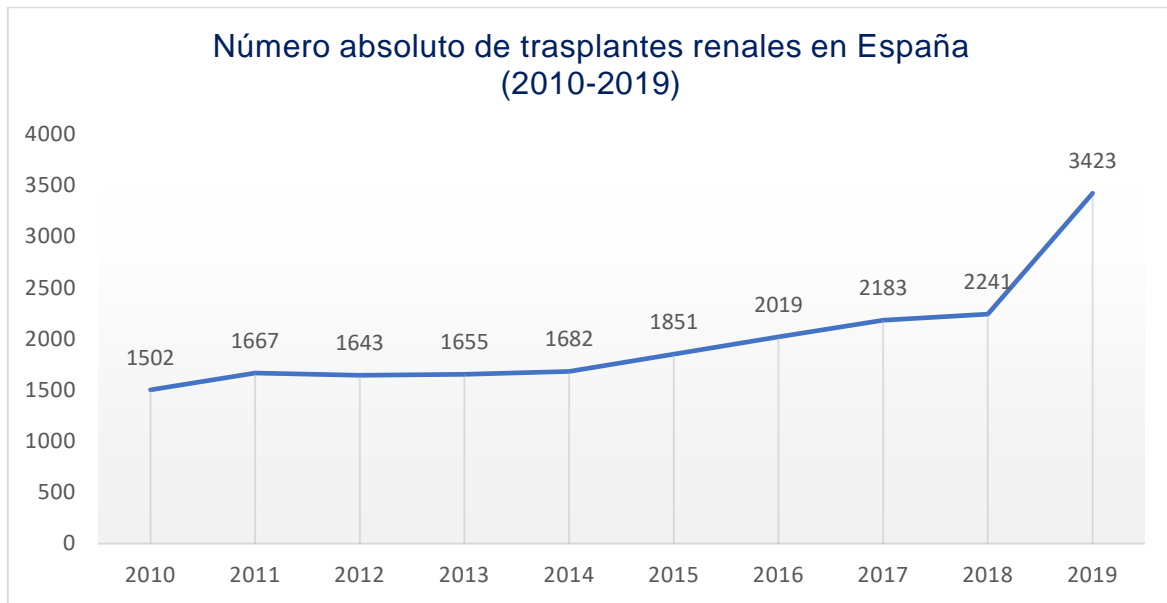


Figura 1. Evolución en datos absolutos de la práctica del TR en España (2010-2019). Fuente: elaboración propia según datos recogidos de la Organización Nacional de Trasplantes.¹⁰

Todo ello indica que, indiscutiblemente, el TR cada vez es más frecuentemente realizado en España (en consonancia con la mayor parte de países desarrollados) y, además, los próximos años se espera que continúe la tendencia ascendente, su investigación tanto desde un enfoque clínico-quirúrgico como desde la perspectiva de las consecuencias que su práctica puede tener en el individuo donador y receptor está en máximo auge en la actualidad.

Las tasas de supervivencia postrasplante están mejorando en los últimos años de forma exponencial, sobre todo, debido a los avances de las técnicas quirúrgicas y a los acontecidos en el ámbito de los fármacos inmunosupresores, repercutiendo todo ello en una disminución de los efectos adversos relacionados con los fármacos.¹¹ Sin embargo, los pacientes que se someten a un trasplante de riñón tienen asociados graves riesgos, incluidos el rechazo, las enfermedades cardiovasculares y las infecciones. Por lo tanto, requieren un manejo posoperatorio persistente, que incluya regulaciones estrictas de su medicación y la dieta, así como también su salud mental debe ser atendida de forma exhaustiva, puesto que, con mayor énfasis en los últimos años, se está demostrando que los pacientes sometidos a TR muestran relevantes niveles de estrés, tanto antes como durante y después de la práctica quirúrgica, así como también ha sido demostrado que poseen un elevado riesgo de padecer depresión, ansiedad y fatiga.¹²

Además, todas estas alteraciones emocionales y psicológicas consecuentes al TR se relacionan con la adherencia al tratamiento, siendo considerado en la actualidad fundamental dicha adherencia en aras de obtenerse los resultados más beneficiosos de la práctica quirúrgica.^{13,13} Por todo ello, el abordaje de las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes con TR (así como de sus familias) se consideran crucial en la actualidad, debiendo incidir en que los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el contexto.¹⁵

1.3. Adherencia al tratamiento en pacientes con TR

Si bien el TR es cada vez más realizado en la mayor parte de países de la esfera mundial, una problemática con la que se encuentra esta práctica médica es con las dificultades de adherencia al tratamiento de los individuos receptores. Así, los trasplantes de riñón fallan en gran medida debido al incumplimiento del tratamiento, lo que influye negativamente en la calidad de vida de los receptores de trasplantes, entre otras muchas consecuencias (mayor gasto económico sanitario, por ejemplo).¹⁶

No obstante, cabe enfatizar que no es un fenómeno nuevo a pesar de que sea en los últimos años cuando se le está otorgando de una mayor relevancia, puesto que ya en el año 1975 fue publicado un estudio llevado a cabo por Owens et al.¹⁷ en el que se exponía, por primera vez en la literatura científica, la pérdida de un injerto renal como consecuencia de un inapropiado cumplimiento terapéutico. En dicho trabajo ya se informó que había aproximadamente una prevalencia del 2% de casos de receptores de TR que abandonan la terapia farmacológica.

Desde aquel momento, han sido cada vez más los estudios que han investigado la temática de la adherencia al tratamiento farmacológico en casos de TR y, desgraciadamente, año tras años las cifras de abandono farmacológico son cada vez más altas. En la actualidad, se ha llegado a observar inadecuada adherencia al tratamiento en un 18-30% de los casos de trasplante renal, lo que podría llegar a representar una grave problemática, posicionando este hecho como la tercera causa de pérdida del riñón tras su injerto.¹⁸

En este contexto, en un estudio interesante sobre el cumplimiento terapéutico en el caso de receptores de trasplantes de riñón, se observó que entre un 20-37% de ellos informaron de incumplimiento de las pautas indicadas por los médicos.¹⁹ Además, el incumplimiento del tratamiento se asocia con un 50% de rechazo agudo y un 15% de pérdida de órganos, lo que causa resultados negativos en cuanto a efectos físicos a corto como a largo plazo, junto con pérdidas económicas incuestionables para los sistemas sanitarios.²⁰

El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

Por otro lado, cabe indicar que los factores que parecen influir en los niveles de adherencia al tratamiento en casos de trasplante de riñón son numerosos y, además, de diferente naturaleza, entre los que destacan (Figura 2):⁶



Figura 2. Factores que influyen la adherencia terapéutica en pacientes sometidos a trasplante de riñón. Fuente: elaboración propia a partir de datos de Ruiz.⁶

Por todo ello, en los últimos años el buscar vías de solución a la problemática de incumplimiento de la terapia farmacológica en el caso de pacientes sometidos a TR se ha configurado como una línea de investigación de gran relevancia, puesto que una mejora de la situación actual es incuestionablemente necesaria. De esta forma, son numerosos los programas de intervención que se están diseñando con el objetivo de mejorar el cumplimiento terapéutico, debiendo ser una parte fundamental de la gestión clínica para promover el bienestar del paciente^{18,21} y, en todos ellos, el papel que tienen los profesionales de la enfermería es crucial.

1.4. Rol de la enfermería en la adherencia al tratamiento: enfoque en pacientes con TR

El equipo de enfermería se considera el gestor principal en el proceso de promoción de la salud, puesto que poseen todas aquellas capacidades y habilidades que se necesitan para ello, enseñando y acompañando durante todo el proceso a los pacientes en su adherencia a los nuevos tratamientos y al mantenimiento de los mismos durante el tiempo necesario.²² Se considera que una de las actividades propias del equipo de enfermería es, precisamente, la administración de medicamentos, así como también el incorporar los tratamientos de cada paciente a las actividades de vida diaria, el observar en aras de detección de posibles efectos adversos y / o complicaciones consecuentes a las posibles interacciones entre diversos tratamientos, así como también el análisis de los beneficios y riesgos derivados de todo ello.²³

Asimismo, en la literatura científica queda reflejado de forma incuestionable el crucial papel que ejercen los profesionales de la enfermería en la adherencia al tratamiento independientemente del contexto, si bien, en casos de trasplantes la relevancia inclusive podría considerarse mayor, más probablemente debido a que en tales prácticas quirúrgicas la totalidad de las esferas vitales de los pacientes se ven afectadas.¹⁵ Esto es, en el caso de trasplantes renales (entre otros muchos), el vivir con un riñón trasplantado y sus tratamientos asociados evoca de manera generalizada muchos sentimientos y dificultades diferentes para los pacientes inclusive desde antes de la práctica quirúrgica *per se*,¹² siendo los profesionales de enfermería un punto de apoyo clave durante todo el proceso; si bien, no debe olvidarse que se trata de una circunstancia que debe ser abordada de forma multidisciplinar con objeto de conseguir los mejores resultados. De esta forma, alcanzar una adherencia al tratamiento terapéutico se considera un trabajo en el que debe contribuir tanto el médico como la enfermería, así como también los demás profesionales del área.²²

El proceso de TR necesita de cuidados enfermeros desde la etapa pretrasplante, durante la realización y durante la etapa postrasplante, todo ello en aras de conseguir mantener la capacidad de realización personal, puesto que dicha capacidad se conforma como un eje crucial que posibilita la implicación del paciente durante todo el proceso de trasplante. Asimismo, los enfermeros/as son la figura principal que tiene por objeto el perseverar que el paciente cumpla con todo aquello que concierne a cada etapa del proceso, por lo que los roles que deben desempeñar son de diversa naturaleza, siempre bajo el prisma de satisfacer que se lleve a cabo el cuidado integral del paciente.²⁴

El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

Por un lado, en la etapa pretrasplante, el papel principal de la enfermería es explicar de manera personalizada y exhaustiva el proceso de evaluación e ingreso en la lista de espera, definiéndose además de todo ello el tipo de donante. Por otro lado, en la fase postrasplante, las funciones más relevantes de los profesionales de enfermería están orientadas al cuidado del paciente, y se realiza mediante el fomento de la educación en términos de manejo de los fármacos prescritos, los hábitos de vida, de alimentación y de salud, así como también está orientado a impulsar al paciente a que asista a los controles rutinarios que se le establecen.²⁵ Esto es, es en esta fase postrasplante donde quedarían integradas todas las actuaciones que desde el equipo de enfermería acontecen con objeto de conseguir la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes trasplantados de riñón.

Cabe enfatizar que el equipo de enfermería juega un papel crucial en la detección y resolución de problemáticas relacionadas con el uso de medicamentos, fundamentando su papel en un plan de cuidados enfermeros por medio de los Procesos de Enfermería o Procesos de Atención de Enfermería (PAE). Asimismo, un plan de cuidados debe incluir los problemas identificados (diagnósticos), los objetivos (resultados que se esperan alcanzar) y las acciones (actividades que se van a realizar con objeto de alcanzar los objetivos), siendo todo ello expuesto a continuación:

- **Diagnósticos:** de acuerdo a la taxonomía II de la North American Nursing Association Internationa (NANDA-I).²⁶
 - ✓ 00035: Riesgo de lesión
 - ✓ 00069: Afrontamiento ineficaz
 - ✓ 00099: Mantenimiento ineficaz de la salud
 - ✓ 00102: Déficit de autocuidado en la alimentación
 - ✓ 00126: Conocimientos deficientes
 - ✓ 00158: Disposición para mejorar el afrontamiento
 - ✓ 00161: Disposición para mejorar los conocimientos
 - ✓ 00182: Disposición para mejorar el autocuidado
 - ✓ 00193: Descuido personal
 - ✓ 00262: Disposición para mejorar la alfabetización en salud

- **Resultados:** de acuerdo a la Nursing Outcomes Classification (NOC).²⁷
 - ✓ 0307: Autocuidados: medicación no parenteral
 - ✓ 1300: Aceptación: estado de salud
 - ✓ 1302: Afrontamiento de problemas

- ✓ 1600: Conducta de adhesión
 - ✓ 1601: Conducta de cumplimiento
 - ✓ 1613: Autogestión de los cuidados
 - ✓ 1623: Conducta de cumplimiento: medicación prescrita
 - ✓ 1808: Conocimiento: medicación
 - ✓ 1814: Conocimiento: procedimiento terapéutico
 - ✓ 1902: Control del riesgo
 - ✓ 1911: Conductas de seguridad personal
 - ✓ 3102: Autocontrol: enfermedad crónica
 - ✓ 3108: Autocontrol: enfermedad renal
- Intervenciones: de acuerdo a la Nursing Intervention Classification (NIC).²⁸
- ✓ 1800: Ayuda con el autocuidado
 - ✓ 2300: Administración de medicación
 - ✓ 2390: Prescribir medicación
 - ✓ 4360: Modificación de la conducta
 - ✓ 4420: Acuerdo con el paciente
 - ✓ 5230: Aumentar el afrontamiento
 - ✓ 5250: Apoyo en la toma de decisiones
 - ✓ 5270: Apoyo emocional
 - ✓ 5510: Educación para la salud
 - ✓ 5602: Enseñanza: proceso de la enfermedad
 - ✓ 5616: Enseñanza: medicamentos prescritos
 - ✓ 7140: Apoyo a la familia
 - ✓ 8140: Transferencia de cuidados del paciente

Si bien, es crucial que el equipo de enfermería lleve a cabo cuidados generales sustentados en evidencia científica que permita demostrar la relevancia de sus acciones en aras de conseguir una adherencia al tratamiento. En este contexto, en los últimos años se han llevado estudios en los que de forma específica se ha investigado la evidencia científica de la posible relación entre procesos de enfermería concretos y la adherencia a la terapia en pacientes con trasplante de riñón. Por ejemplo, el estudio llevado a cabo por Moreno,²⁵ cuyo objetivo fue dilucidar si el proceso de enfermería de autocuidado mejoraba la adherencia a la terapia en trasplante de riñón; en dicho estudio se concluyó que, a pesar de ser numerosos los estudios en los que se aborda la necesidad de implementar estrategias de

enfermería en el contexto temático abordado (adherencia terapéutica en casos de trasplante renal), no existe evidencia científica suficiente que permita conocer si el proceso de enfermería de autocuidado mejora la adherencia terapéutica en trasplante renal.

Finalmente indicar que, a pesar de que en los últimos años se reconoce de forma incuestionable la importancia que tiene el implementar estrategias de intervenciones y cuidados de enfermería en aras de mejora de la adherencia a la terapia en casos de trasplante de riñón, existe una falta de información relevante en cuanto a la orientación de las estrategias y su aplicación, por lo que se insta crucial continuar avanzando en la investigación al respecto.

2. FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE ESTUDIO

El objeto de estudio del presente trabajo es analizar la literatura científica publicada en los últimos 5 años con el objetivo de conocer cuál son las posibles intervenciones y actuaciones que desde el equipo de enfermería se realizan en aras de aumentar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a trasplante renal.

De esta forma, la pregunta de estudio que se plantea es:

“¿Cuál son las estrategias (actividades / intervenciones) que realizan los profesionales de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes adultos con TR?”

P (población / problema)	I (intervención)	C (comparativa)	O (outcomes / resultados)
Pacientes adultos con TR	Estrategias de enfermería hacia la adherencia del tratamiento	Intervención comparada con otras intervenciones (si es el caso)	Mejorar la adherencia al tratamiento

3. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo de estudio

Se realizó una revisión sistemática exploratoria

El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

3.2. Criterios de selección:

- ✓ Año de publicación: trabajos publicados en los últimos 5 años (2015-2020).
- ✓ Idioma de publicación: estudios redactados en inglés y castellano.
- ✓ Población objeto de estudio: personas mayores de edad (≥ 18 años) que han recibido un trasplante de riñón y se encuentran bajo terapia farmacológica por ello, o profesionales de enfermería que trabajen con dicha población.
- ✓ Temática de estudio: Cuidados o intervenciones propios de enfermería en la atención a pacientes con TR
- ✓ Tipo de estudios: todo tipo de estudios originales, revisiones, guías, libros y tesis máster y doctorales.

3.3. Estrategia de búsqueda

En aras de recopilar la información idónea que permita abordar y, en última instancia, alcanzar el objetivo de estudio propuesto y poder dar respuesta a la pregunta de estudio, se ha considerado idóneo el llevar a cabo una revisión sistemática exploratoria mediante la búsqueda de estudios científicos en las principales bases de datos generales de ciencias de la salud, en este caso: PubMed, Web of Science (WOS), Google Scholar, Cuiden y Scielo. Todas ellas se configuran como fuentes de información de fiabilidad científica consensuada, hecho que contribuye a disminuir el posible riesgo de sesgo en la presente revisión, tanto desde el enfoque científico como metodológico. Con objeto de enfocar las búsquedas bibliográficas hacia aquellos estudios que pudieran contener información interesante para el desarrollo de la presente investigación, se han seleccionado una serie de términos estandarizados o descriptores:

- MESH (del inglés *Meical Subjetc Headings*):
"Treatment Adherence and Compliance", "Treatment Adherence", "Patient Compliance", "Patient Dropouts", "Patient Participation", "Kidney Transplantation", "Renal Transplantation", "Kidney Grafting", "Nurses", "Nursing Care", "Nursing Care Plan", "Nursing Care Management".
- DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud):
"Enfermería" "Enfermeras", "Enfermeros", "Rol de la enfermera", "Trasplante de riñón".

Si bien, también se ha considerado pertinente utilizar una serie de términos del lenguaje común en lengua castellana, en aras de enfocar las búsquedas de forma más idónea: “adherencia al tratamiento” (texto libre).

Por otro lado, con el objetivo de conectar diversos términos de búsqueda (MeSH, DeCS, lenguaje común) y, por ende, poder diseñar estrategias de búsqueda, se han utilizado operadores booleanos. Se trata de una herramienta de gran relevancia en las estrategias de búsqueda, siendo en este caso utilizados “AND” (para conseguir una mayor especificidad y sensibilidad en la búsqueda) y “OR” (con objeto de poder usar palabras sinónimas o similares en la misma ecuación de búsqueda y, de esta manera, conseguir una ampliación del número de trabajos recopilados).

En la Tabla I, que se expone a continuación, aparecen recogidas las ecuaciones de búsqueda diseñadas para cada una de las bases de datos electrónicas consultadas. Además, también aparece el número total de trabajos recopilados tras cada búsqueda, y en la columna de la derecha queda especificado el número de ellos que ha quedado como posibles candidatos de formar parte de la presente revisión sistemática después de haber aplicado los límites idóneos en cada base de datos. Si bien, los límites que se han establecido en cada base de datos son aquellos que, formando parte de los criterios de selección de trabajos que se expondrán posteriormente, la base de datos lo permite debido a su constitución como fuente de información. Así:

- En la base de datos PubMed se aplican los siguientes límites: (a) acceso al texto: “free full text”; (b) año de publicación: últimos 5 años (2015-2020); (c) especie de estudio: humana; y (c) idioma de publicación: inglés o castellano.
- En las bases de datos WOS y MedLine, los límites aplicados fueron: (a) año de publicación: entre 2015 y 2020; (b) acceso a los estudios: abierto; (c) idioma de publicación: inglés y español.
- En la base de datos Google Scholar, el límite establecidos fue el año de publicación: entre 2015 y 2020.
- En la base de datos Scielo, los límites fueron: (a) tiempo de publicación: entre 2015 y 2020; y (b) idioma de publicación: inglés y castellano.
- En la base de datos CUIDEN, el límite que se estableció fue el diseño de estudio: artículo.

Tabla I. Ecuaciones de búsqueda diseñadas para realizar las búsquedas bibliográficas en las diferentes bases de datos electrónicas (tanto en inglés como en castellano).

Base de datos	Nº de ecuación	Ecuación de búsqueda diseñada	Resultados (nº trabajos)	Resultados tras aplicar los límites
PubMed	#1	("treatment adherence and compliance" OR "treatment adherence") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	29	6
	#2	"treatment adherence" AND "kidney transplantation" AND nursing ("patient compliance" OR "patient participation") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	5	2
	#3	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	29	1
	#4	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	30	3
	Total		93	12
WOS	#1	("treatment adherence and compliance" OR "treatment adherence") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	35	5
	#2	"treatment adherence" AND "kidney transplantation" AND nursing ("patient compliance" OR "patient participation") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	1	1
	#3	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	12	3
	#4	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	32	3
	Total		80	12
MedLine	#1	("treatment adherence and compliance" OR "treatment adherence") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	29	5
	#2	"treatment adherence" AND "kidney transplantation" AND nursing	1	1

	#3	("patient compliance" OR "patient participation") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting") AND "treatment adherence"	12	3
	#4	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting") AND "treatment adherence"	32	3
		Total	74	12
Google Scholar	#1	("treatment adherence and compliance" OR "treatment adherence") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	3180	1200
	#2	"treatment adherence" AND "kidney transplantation" AND nursing	1370	586
	#3	("patient compliance" OR "patient participation") AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting") AND "treatment adherence"	491	173
	#4	"patient dropouts" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting")	33	11
	#5	"treatment adherence" AND ("kidney transplantation" OR "renal transplantation" OR "kidney grafting") AND ("nurses" OR "nursing care" OR "nursing care plan" OR "nursing care management")	867	394
		Total	5941	2191
Scielo	#1	enfermería AND "adherencia al tratamiento"	136	75
	#2	enfermería AND "adherencia al tratamiento" AND riñón	5	4
	#3	Enfermera AND "trasplante renal"	5	2
		Total	146	81
CUIDEN	#1	enfermería AND "adherencia al tratamiento"	205	201
	#2	enfermería AND "trasplante de riñón"	21	20
		Total	226	221
Total			6560	2529

3.4. Proceso de selección y revisión:

Con objeto de evaluar la calidad de los estudios recopilados y que finalmente sólo se seleccionen aquellos que posean una calidad metodológica idónea, se ha utilizado la estrategia del diagrama de flujo PRISMA (declaración PRISMA)²⁹ constituido por cuatro fases (identificación, cribaje, elegibilidad e inclusión).

Tras el filtrado de duplicidades, en una primera fase de selección, los documentos obtenidos fueron filtrados mediante el título y lectura de su resumen, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Posteriormente, en una segunda fase, se revisó el texto completo de los artículos identificados como potencialmente elegibles. La evaluación consistió en la comprobación del cumplimiento de los criterios de inclusión.

3.5. Método para extracción y síntesis de datos

Para llevar a cabo un proceso de extracción y síntesis de datos idóneo de cada uno de los estudios que integran la revisión, en primer lugar, cabe indicar que se utilizó el gestor de información bibliográfica Mendeley Desktop. En él se creó una carpeta de título “papel de la enfermería en adherencia terapéutica en contexto renal” y, tras ello, procedentes de las bases de datos electrónicas, se integraron en ella la totalidad de trabajos pertinentes para extracción y análisis de datos.

Posteriormente, el método de análisis llevado a cabo fue la síntesis narrativa, puesto que se considera idóneo en revisiones del tipo de la realizada en el presente documento. Para ello, se comenzó con una primera lectura de los títulos de los estudios, seguida de la lectura del resumen o abstract, siendo necesarios en algunos casos la repetición de la lectura en aras de comprender los contenidos abordados en el estudio de la forma más precisa posible. Tras ello, se procedió a una lectura exhaustiva de la totalidad de trabajos, punto por punto, repitiendo la lectura las veces necesarias para alcanzar la máxima comprensión de los contenidos expuestos en cada uno de ellos.

En esta fase, los resultados de cada trabajo adquiriendo un lugar de máxima relevancia, siendo extraídos de cada trabajo, realizado un resumen con los mismos y, posteriormente, investigadas las posibles similitudes y / o diversidad en comparación con los resultados procedentes de los otros trabajos. Finalmente, cabe enfatizar que, durante todo este proceso, los datos clave que se fueron extrayendo de cada trabajo fueron integrándose en una tabla de trabajo en formato Word que posteriormente sería la base sobre la que se elaboraría la parte de resultados de la presente revisión sistemática.

3.6. Establecimiento de variables de estudio

Las variables que se consideraron pertinentes de extracción de cada trabajo con el fin de desarrollar una revisión sistemática de calidad fueron de diferente naturaleza:

- 1) Variables relacionadas con la publicación:
 - (1) Año de publicación
 - (2) Autor principal
 - (3) Título del trabajo
 - (4) País en el que se ha llevado a cabo la investigación
 - (5) Revista de publicación del trabajo
 - (6) Índice de impacto de la revista
 - (7) Calidad del artículo (utilizando para su evaluación la Declaración Prisma expuesta previamente; anexo 1).

- 2) Variables relacionadas con la investigación llevada a cabo en cada trabajo:
 - Diseño de estudio
 - Número de muestra (en caso de tratarse de un trabajo con diseño que lo permita) o número de estudios analizados (en caso de ser una revisión sistemática)
 - Edad de la población de muestra
 - Género de la población de muestra.
 - Metodología seguida.
 - Intervención (si la hubiera): metodología, implicación enfermera, protocolo, herramientas utilizadas, tiempo de intervención, tiempo de seguimiento, grupos, etc.
 - Características de los pacientes en términos de adherencia al tratamiento
 - Adherencia al tratamiento (frecuencia)
 - Factores influyentes en la adherencia al tratamiento

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de la selección de trabajos: diagrama de flujo PRISMA

Como se expuso en la Tabla I, a través de las diversas ecuaciones de búsqueda que se diseñaron y utilizaron en las bases de datos seleccionadas, se recopilaron un total de 6.560 trabajos, los cuales se quedaron en 2.529 tras el establecimiento de los límites. Tras ello y

El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

siguiendo las recomendaciones PRISMA que indican una estructuración del flujo de trabajos en cuatro fases, el proceso que tuvo lugar fue el siguiente (Figura 3):

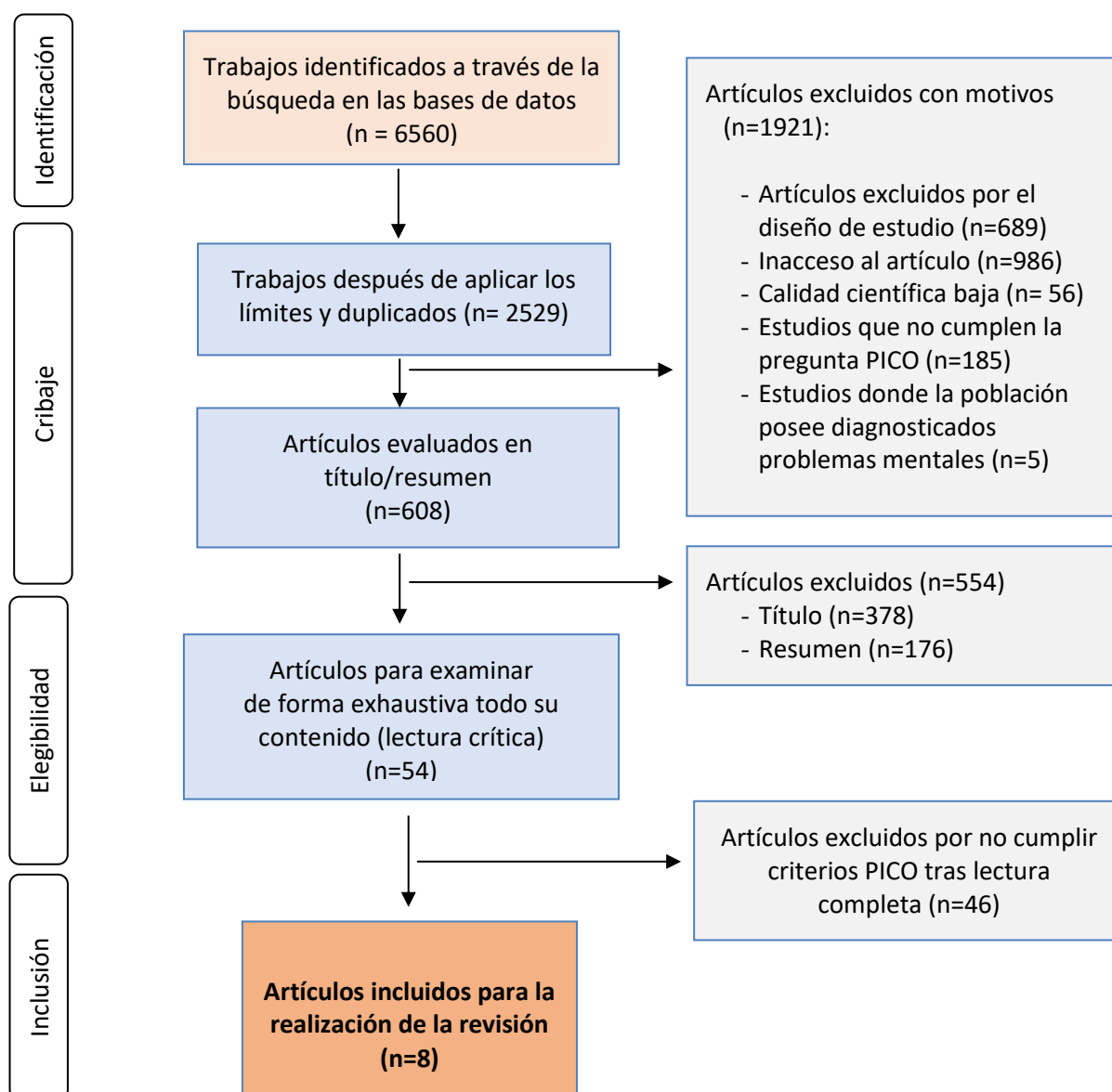


Figura 3. Diagrama de flujo tipo PRISMA que ha tenido lugar para la selección de los ocho trabajos incluidos en la presente revisión sistemática.

4.2. Resultados de las variables analizadas estructurados en tablas

A continuación, en la Tabla II quedan recogidos los resultados pertinentes a las variables referentes a cada estudio, mientras que en la Tabla III se recopilan las variables referentes a las investigaciones realizadas. Los estudios se han ordenado en orden cronológico descendiente según su año de publicación en ambas tablas.

Tabla II. Resultados referentes a los datos de cada uno de los trabajos de la revisión.

Año	Primer autor	Título del trabajo	País realización estudio	Revista	Índice impacto revista	Calidad artículo (PRISMA)
2020	Kim ³⁰	Development of video-based educational materials for kidney-transplant patients	Corea	PloS one	2,870	25
2020	Russell ³¹	Improving medication adherence and outcomes in adult kidney transplant patients using a personal systems approach: SystemCHANGE™ results of the MAGIC randomized clinical trial.	Estados Unidos	Am J Transplant	6,260	26
2020	Ganjali ³²	Factors Associated with Adherence To Immunosuppressive Therapy And Barriers In Asian Kidney Transplant Recipients	Irak y Holanda	Immunotargets Ther	10,500	23
2019	Been-Dahmen ³³	Evaluating the feasibility of a nurse-led self-management support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study	Países Bajos	BMC Nephrol	2,070	24
2019	Low ³⁴	Improving medication adherence in adult kidney transplantation (IMAKT): A pilot randomised controlled trial.	Australia	Scientific reports	4,120	25
2018	Sanders-Pinheiro ³⁵	Prevalence and correlates of non-adherence to immunosuppressants and to health behaviours in patients after kidney transplantation in Brazil - the ADHERE BRAZIL multicentre study: a cross-sectional study protocol	Brasil	BMC Nephrol	2,070	24
2015	Carrillo-Algarra ³⁶	El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida.	España	Aquichan	0,250	23
2015	Low ³⁷	Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review	Australia	Nephrol Dial Transplant	3,830	26

Tabla III. Resultados referentes a los datos de la investigación llevada a cabo en cada uno de los trabajos de la revisión.

Autor (año)	Diseño	Objetivo del trabajo	Muestra y metodología	Variables a analizar	Resultados
Kim et al. ³⁰ (2020)	Revisión de la literatura e investigación cualitativa mediante entrevista	Desarrollar materiales educativos en video de acuerdo con las necesidades de autocuidado de los P con TR	N = 10 P de TR. Entrevistas de 30-40 min. La producción incluyó captura de imágenes o video y grabación de narraciones. 1 director de producción activo y 2 expertos en rodajes. Video producido en Premiere Pro y duró 7 min y 37 segundos.	Satisfacción de los materiales del video producido Satisfacción general con los vídeos educativos	La validación experta del resultado del contenido educativo basado en video fue alta (CVI medio = 0,94). La puntuación media de la evaluación de satisfacción de los P de instrucción en el video también fue alta (4.55 en una escala Likert de 5 puntos). Intereses de P: rechazo de TR, métodos de afrontamiento, miedo a las complicaciones, problemas para recordar la información proporcionada por estar desorientados.
Russell et al. ³¹ (2020)	ECA de 2 brazos, simple ciego utilizando medidas repetidas	Determinar si una intervención SystemCHANGE™ es más eficaz que el control en la atención para aumentar la AT inmunosupresora y mejorar los resultados en adultos receptores de TP	N = 89 P con TR Edad = 51,8 años Género: 58% H I= 6 meses Seguimiento: 6 meses después (fase de mantenimiento). La I SystemCHANGE™ es diseñada por el paciente, guiada por un intervencionista usando pequeños experimentos del ciclo Planificar-Hacer- Verificar-Actuar para rediseñar el sistema ambiental personal y rutinas diarias de comportamiento de salud.	AT Control de atención	A 6 meses: diferencias significativas ($p < 0,001$) en la AT entre SystemCHANGE™ (mediana 0,91, IQR 0,76–0,96) y control de la atención. En fase de mantenimiento (6 meses de seguimiento): la diferencia entre AT en uso de SystemCHANGE™ y control de la atención siguió siendo grande ($p = 0,004$).
Ganjali et al. ³² (2020)	Estudio transversal cruzado	Determinar la prevalencia de no AT en receptores de TR y los FR asociados con la AT y sus barreras	N= 224 receptores de TR Edad= 39,6 ± 12,5 años Género= 57% H y 43% M	AT Calidad de vida Barreras para AT	54,5% no tuvieron AT. Las M tuvieron más probabilidades de ser adherentes (OR = 0,48, $p < 0,01$). Los P con mayor nivel de calidad de vida tenían más probabilidades de AT (OR = 1.078, $p < 0.05$). Principales barreras para AT: uso concurrente de muchos inmunosupresores, falta de conocimiento sobre la utilidad de los fármacos, confusión en su toma y dificultad para recordar la toma.
Been-Dahmen et al. ³³ (2019)	Estudio piloto	Objetivo primario: evaluar la viabilidad, aceptabilidad y fidelidad de la intervención de enfermería para receptores de TP. Objetivo I secundario: explorar los efectos preliminares sobre los resultados.	N= 57 P de TR (≥ 1 mes desde cirugía) GI= 24 P completaron I completa y 16 encuestas online. GC= 33 P sin I GI completó cuestionarios a T ₀ y T ₁ . Enfermeros guiaron a P de TR en el proceso de evaluación de 14 áreas de su vida ("Self-Management Web"). Estrategias: establecimiento de objetivos, planificación de acciones, y promoción de la motivación y la autoeficacia. Enfermero, nefrólogo y receptores fueron entrevistados para evaluar la experiencia de viabilidad, fidelidad y ejecución.	Comportamiento de autocuidado Autoeficacia Calidad de vida Calidad asistencial Viabilidad de la intervención Fidelidad de la intervención Ejecución de la intervención	Profesionales y beneficiarios valoraron el enfoque abierto y holístico de la intervención como una adición positiva a la atención estándar y sintieron que esto ayudó a construir una relación de confianza. Los destinatarios también sintieron que se volvieron más competentes en las habilidades de resolución de problemas. No hubo aumento en las habilidades de autocuidado de los P. Sí hubo una AT significativamente mayor en el GI, y una calidad de atención percibida significativamente mayor también en GI.

... / Continuación Tabla III.

Autor (año)	Diseño	Objetivo del trabajo	Muestra y metodología	Variables a analizar	Resultados
Low et al. ³⁴ (2019)	Ensayo piloto controlado aleatorio, de un solo ciego.	Determinar la eficacia de una intervención diseñada para que los receptores de trasplante de riñón mejoraran la adherencia a la medicación.	N= 71 P de TR (entre 4 y 6 meses tras cirugía) GI= 35 P GC= 36 P con cuidado usual I: reuniones, revisión de medicación y visualización de vídeo y asesoría de salud cada 2 sem. Seguimiento: 9 meses	AT	Diferencias según instrumento de evaluación utilizado. No diferencias en AT entre grupos medidos por el Sistema de MEMS. En la Evaluación de Adherencia de Basilea autoinformada y la puntuación de la Escala de Medicamentos Inmunosupresores, el % de participantes AT disminuyó entre el inicio y los 3-12 meses en GC (valores de p <0,001) mientras que en GI fue constante en el T.
Sanders-Pinheiro et al. ³⁵ (2018)	Estudio observacional, transversal y multicéntrico	Evaluar la prevalencia y variabilidad de la no AT y a las conductas de salud entre adultos con TR y evaluar las correlaciones multinivel de la falta de AT en TR	N= P de 20 hospitales de TR de Brasil Autoinformes y evaluación durante 18 meses en las visitas regulares de seguimiento. Datos recogidos de forma electrónica en RedCap por profesional sanitario.	AT Correlaciones multinivel (factores a nivel de paciente, profesional sanitario y centro de TR)	Es el primer estudio multicéntrico que evalúa AT y correlaciones en P de TR en Brasil. El uso de una metodología idónea es esencial para obtener datos de AT fiables, así como la identificación de los factores relacionados con la AT es fundamental que se lleve a cabo por un equipo de atención médica preparado (énfasis en la enfermería).
Carrillo-Algarra et al. ³⁶ (2015)	Investigación cualitativa (grupos focales)	Entender cuál son las experiencias de cuidados que poseen las enfermeras en casos de TR	N= 20 enfermeras de P con TR 2 GF. Estrategia de GF (investigadores seleccionan participantes y dejan que muestren sus opiniones y las discutan). Guión de preguntas según experiencia de investigadores y revisión literaria. Sesiones transcritas	No se definen variables en el diseño del estudio, sino que surgen durante las sesiones por parte de las participantes	6 temas primordiales: significados del TR, redes de apoyo, implicaciones diarias, trayectorias del cuidado profesional, perfil de la enfermera y contradicciones del TR.
Low et al. ³⁷ (2015)	Revisión sistemática	Examinar la efectividad de las intervenciones que se han implementado para mejorar la AT en P adultos con TR	N= 12 estudios Búsquedas en 8 bases de datos: Medline, PubMed, CINAHL, Web of Science, Embase, ScienceDirect, Scopus y PsycINFO. Población: P adultos con TR (edad= 42,4 a 52,1 años) Estudios: intervención primaria	AT Calidad de estudios	Intervenciones efectivas: duración de 3,6 y 12 meses. Las TA mejoraron cuando las I educativas y conductuales fueron dirigidas por profesionales sanitarios, pero los comentarios únicos de una enfermera y los programas de asistencia financiera ofrecieron pocas mejoras. Ayuda para la administración de dosis cuando se usa junto con dispositivo de automonitorización mejora la AT. Los P que tuvieron descanso farmacológico (de ≥1 día sin una dosis) tuvieron AT mayor en pauta de 1 vez/día que de 2 veces/día.

AT= adherencia terapéutica; ECA= ensayo clínico aleatorio; FR= factores de riesgo; GC= grupo control; GF= grupos focales; GI= grupo de intervención; H= hombres; I= intervención; M= mujeres; MEMS= Sistema de Monitoreo de Eventos de Medicamentos; P= pacientes; sem= semanas; T= tiempo; TR= trasplante renal

4.3. Resultados generales de los datos de caracterización de los estudios que integran la revisión

Tal y como se puede observar en la Tabla II, en cuanto a año de publicación, la mayor frecuencia alcanzada es la representada por los estudios publicados en 2020 (3 de 8; 37,5%),³⁰⁻³² seguida de aquella de los publicados en 2019^{33,34} y en 2015^{36,37} en igual proporción (2 de 8; 25%) y, finalmente, la de un trabajo publicado en 2018³⁵ (1 de 8; 12,5%). Atendiendo al país de realización de las investigaciones, dos estudios (2 de 8; 25%) se desarrollaron Australia,^{34,37} mientras que los demás trabajos fueron llevados a cabo cada uno en un país diverso: Corea,³⁰ Estados Unidos,³¹ Irak y Holanda,³² Países Bajos,³³ Brasil³⁵ y España³⁶ (todos ellos representando un 12,5% del total). La calidad de los artículos (según la Declaración PRISMA expuesta en el Anexo 1) oscila entre 23 y 26, con una media de $24,5 \pm 1,19$ puntos.

En cuanto a las revistas en las que se publicaron, dos trabajos han sido publicados en *BMC Nephrol* (2 de 8; 25%),^{33,35} mientras que los demás proceden cada uno de una revista diferente: *PloS One*,³⁰ *Am J Transplant*,³¹ *Immunotargets Ther*,³² *Scientific reports*,³⁴ *Achichan*³⁶ y *Nephrol Dial Transplant*³⁷ (todas ellas representadas en igual proporción: 1 de 8; 12,5%) (Tabla II). Observando los índices de impacto de las revistas en las que se han publicado los estudios, estos oscilan entre 0,250 (*Achichan*)³⁶ y 10,500 (*Immunotargets Ther*),³² con índice de impacto medio de $3,99 \pm 3,17$ puntos.

4.4. Resultados de las investigaciones llevadas a cabo en los estudios

Cabe comenzar exponiendo los diseños de estudio de los trabajos que integran la revisión. Tal y como se observa en la Tabla III, en cada trabajo se utiliza un diseño diverso, si bien, a grandes rasgos, dos de ellos son revisiones: una narrativa³⁰ (si bien, también se realizó investigación cualitativa en la segunda parte del estudio) y la otra sistemática³⁷; mientras que los demás trabajos son estudios experimentales (con diferente diseño cada uno).

Atendiendo a los objetivos de los trabajos, estos son diversos, pero todos ellos tienen como meta común el conseguir que un mayor porcentaje de pacientes con TR tengan adherencia a la terapia (inmunosupresora en todos los casos), puesto que se considera fundamental tanto para su bienestar físico (sobre todo, en aras de disminución de la frecuencia de rechazo de los injertos renales), como para su bienestar mental y, en última instancia, la adherencia a la terapia se crucial para que la calidad de vida de las personas que son receptoras en casos de TR adquiere el máximo nivel posible.

El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

En relación a la muestra analizada de forma generalizada en la presente revisión, en todos los trabajos empíricos son pacientes con TR, alcanzándose un total de 471 individuos de ambos géneros. Cabe indicar la excepción del trabajo de Carrillo-Algarra et al.,³⁶ en el que la muestra son 20 enfermeras que cuentan su experiencia en el ámbito del TR, así como el trabajo de revisión sistemática de Low et al.,³⁷ donde la muestra son 12 estudios que integran su revisión (siendo un criterio de inclusión de dicha revisión el que la totalidad de pacientes analizados de los trabajos fueran receptores de TR).

Referente a la metodología, son diversas las que se utilizan en los diferentes estudios (Tabla III), si bien, en algunos estudios se lleva a cabo un análisis para identificar la frecuencia de adherencia terapéutica en pacientes con TR y / o dilucidar posibles factores relacionados con ello, mientras que en otros estudios se diseñan y realizan intervenciones con intención de mejorar la adherencia (todas ellas con el profesional de enfermería como figura sanitaria crucial para su diseño, ejecución y seguimiento).

Los resultados de la revisión referentes a la frecuencia de adherencia a terapia farmacológica en personas con TR indican que más de la mitad no cumplieron con la terapia inmunosupresora que los profesionales sanitarios les prescribieron.^{32,34} Si bien, cabe enfatizar que los resultados obtenidos al evaluar la variable (adherencia a la terapia) pueden ser notablemente diversos en función del instrumento utilizado para ello.³⁴ Por otro lado, los factores que parecen influir en dicha adherencia con una mayor evidencia científica según los resultados observados tras la revisión sistemática realizada son la calidad de vida (un nivel de calidad de vida mayor está relacionado con adherencia) y el género (las mujeres están más predispuestas a adherirse a la terapia), puesto que tienen una relación significativa más fuerte. Asimismo, otros factores que han demostrado con evidencia científica relacionarse con la adherencia terapéutica son la complejidad de la terapia prescrita y el nivel de conocimiento del paciente acerca de los beneficios que los medicamentos inmunosupresores ejercen sobre su salud.^{32,34}

En cuanto a los resultados referentes a las intervenciones analizadas en la presente revisión, se ha observado que en el trabajo que se utiliza la SystemCHANGE™ con el objetivo de dilucidar si su utilización mejora la adherencia terapéutica en pacientes con TR en comparación con el método de control de atención básico, los resultados son positivos. La adherencia a la terapia mejoró fuertemente durante el primer mes de la intervención con SystemCHANGE™ y, además, se mantuvo durante los 6 meses intervención, así como también la mejora se mantuvo hasta el mes 12 de la fase de mantenimiento, Es decir, la

intervención la SystemCHANGE™ (que es un sistema de pruebas creado para mejorar y mantener adherencia a la terapia en pacientes de TR) enseña a dichos pacientes a utilizar estrategias de mejora de la calidad a nivel de la persona para vincular la adherencia a las rutinas diarias establecidas, señales ambientales y personas de apoyo, puesto que tras la intervención con esta herramienta se demuestran mejoras importantes y clínicamente significativas en la adherencia terapéutica.³¹

Por otro lado, una intervención guiada por los profesionales de enfermería que se basa en el uso de la “Self-Management Web”, en aras de que sea el propio paciente quien guíe su proceso de adherencia, ha demostrado ser factible y aceptable tanto para los profesionales como para los destinatarios. Asimismo, cabe indicar que los elementos beneficiosos de la intervención indicados tanto por profesionales y destinatarios fueron: evaluación abierta de las necesidades holísticas de los destinatarios, adaptación del asesoramiento, activación del paciente, fomento de la confianza y la motivación, establecimiento de objetivos, enfoque en soluciones, decisión compartida para hacer y construir una relación de confianza entre los pacientes y los profesional sanitarios (con enfoque en el equipo de enfermería que es el principal implicado en la intervención).³³

En otro trabajo se diseñó una intervención basada en control de los pacientes de TR por parte de los enfermeros (reuniones, revisiones, visualización de vídeos, asesorías de salud) para mejorar la adherencia, siendo los resultados positivos, es decir, la intervención consiguió que los pacientes de TR mantuvieran la adherencia terapéutica en el tiempo durante y después de la intervención, mientras que en el grupo de individuos no intervenidos hubo un importante descenso en la tasa de adherencia con el tiempo.³⁴ Asimismo, en el contexto de resultados de intervenciones diseñadas específicamente para que la adherencia a la medicación en personas con TR, en la revisión sistemática integrada en el estudio fueron numerosas las que se investigaron, si bien, los mejores resultados en cuanto a mejora de la adherencia terapéutica fueron observados en aquellas intervenciones educativas y conductuales dirigidas por profesionales de la salud (generalmente de enfermería).³⁷ En consonancia con la evidencia científica de los beneficios de las intervenciones educativas en pacientes con TR se observan los resultados del trabajo de Kim,³⁰ donde se observa que, tras desarrollar un programa educativo basado en vídeo en el que se abordan los intereses de los pacientes (previa entrevista y conocimiento de que estos eran, sobre todo, el rechazo del trasplante y los métodos de afrontamiento), la satisfacción tanto de los pacientes como de los propios profesionales sanitarios alcanzó altos niveles. Si bien en dicho trabajo no se analizó la adherencia a la terapia, se sugiere El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

que, al aumentar la satisfacción y motivación de los pacientes (en parte, debido a un mayor conocimiento que les aporta tranquilidad), su adherencia al tratamiento estaría relacionada.

Por otro lado, en la revisión se observa que estrategias específicas como los recordatorios personales simples, cuando se combinan con comentarios en tiempo real a través de un dispositivo de autocontrol, también mejoran la adherencia del paciente. Algunos estudios de la revisión en sus intervenciones incluyeron elementos de la teoría cognitiva social, la teoría de la autodeterminación y las entrevistas motivacionales; todos estos modelos conceptuales comparten una idea subyacente similar, que es que la modificación del comportamiento solo puede realizarse y, además, volverse permanente, si un individuo asume un papel activo, en aras de poder autorregular constantemente el comportamiento a través de la autoobservación (monitoreando el propio comportamiento, sus determinantes y sus efectos) y reflexión (evalúa el propio comportamiento en relación con los estándares personales y las circunstancias ambientales).³⁷

Finalmente, exponiendo los resultados de la propia percepción de las enfermeras y su rol en los procesos de TR, cabe indicar que durante las sesiones acontecidas entre las 10 enfermeras profesionales que trabajan en TR, fueron seis las categorías temáticas en cuanto a cuidados de pacientes con TR se refiere.³⁶

- 1) En primer lugar, salió la temática de los múltiples significados del TR, puesto que para que estas profesionales analizadas tienen claro que las intervenciones en casos de TR son multidisciplinarias y, para cada tipo de profesional, su significado es diverso. En su caso, el significado de TR se expresa como “Cambio, pasión, satisfacción, esperanza, libertad, mayor cercanía, responsabilidad, compromiso, complejidad y hasta contradicción” (p. 275).
- 2) En segundo lugar, se abordó la temática de las redes de apoyo, estando plenamente de acuerdo la totalidad de enfermeras en la necesidad imperiosa que tienen tanto los pacientes de TR como los profesionales que cuidan de ellos de contar con redes de apoyo, sobre todo, la familia. Asimismo, comentan la importancia de una necesidad de apoyo entre los sanitarios que abordan casos de TR, así como dentro del mismo grupo de trabajo.
- 3) En tercer lugar, referenciaron las implicaciones que existen en el día a día, enfatizando la trascendencia que tiene la experiencia laboral en la vida cotidiana; si El papel de la enfermería ante la adherencia terapéutica en el paciente sometido a trasplante renal. Revisión sistemática

bien, como consecuencia de que el TR se trata de un fenómeno de naturaleza social (sobre todo, en los últimos años), cada una de las personas que forman parte del proceso se involucra de forma diversa (los sanitarios, la familia, las instituciones, la comunidad, etc.). En este contexto aparece en la conversación de las enfermeras el hecho de que, tal vez de forma más habitual de lo que debieran, cargan emocionalmente con el trabajo a su vida personal, inclusive dejando relegado en un segundo plano a su familia.

- 4) En cuarto lugar, se habla de las trayectorias de cuidados profesional, entendiéndose el concepto de esta tipología de trayectorias como el hecho de tener pacientes durante toda su vida; si bien generalmente en las investigaciones se refiere a los cuidadores familiares, los cuidadores profesionales de enfermería también pueden padecer esta perspectiva de su trabajo en grupos de TR. Tal y como indica una enfermera: “Tenemos pacientes... toda una vida, entonces es conocer a muchos desde niños, después ya verlos universitarios hecha una vida y uno ha sido partícipe de todo ese proceso. Tenemos pacientes de 15, 17 y de 22 años ya trasplantados de riñón, es toda una vida” (p. 278).
- 5) En quinto lugar, se abordó la temática del perfil de la enfermera más idóneo para trabajar en contextos de TR, existiendo una percepción generalizada ante la necesidad de que posean un carácter fuerte, mucha seguridad para proceder y estar muy comprometidas con su trabajo, puesto que se percibe ser la única manera de ofrecer los cuidados idóneos a pacientes de TR. Para ello, es crucial una formación de alta calidad, puesto que es en el proceso educativo en el que se aprenden los modelos humanos y se conocen las herramientas e instrumentos para proceder.
- 6) En sexto y último lugar, se abordó las contradicciones relacionadas con el proceso de TR en cada agente que está involucrado. Con enfoque en la enfermería, una cuestión que inquieta a la muestra del estudio fue el hecho de, en ocasiones, no saber hasta qué punto se deben implicar en los procesos de trasplante. Así, según apunta una enfermera: “al principio, la pasión te lleva a hacer muchas cosas y la pasión te absorbe y después de un tiempo, te preguntas donde estoy... es una carga no solo laboral, sino emocional, tú también tienes tu familia, también tienes tu vida fuera de la institución, tienes también que buscar una red de apoyo porque si no el programa te absorbe completamente” (p. 280).

5. DISCUSIÓN:

Lo primero, antes de proceder a la exposición de la discusión, indicar que la realización de la presente revisión de la literatura científica publicada en los últimos años ha permitido abordar la pregunta de investigación propuesta en el presente estudio, cuya respuesta será aportada como conclusión.

Cabe comenzar indicando que la baja tasa de adherencia terapéutica en el caso de pacientes con TR observada tras la revisión (menor del 50%) está en consonancia con estudios previos; así, se ha demostrado en otros trabajos que la tasa de incumplimiento de la medicación varía entre 0% y 68%.^{38,39} Si bien, cabe destacar que en uno de los trabajos de la presente revisión se ha observado una amplia diversidad en resultados en función de las herramientas evaluadas para medir la adherencia terapéutica,³⁴ así como también ha sido expuesto en otro trabajo que la alta no adherencia a la medicación puede deberse al hecho de que dicha tasa podría estar sesgada en los estudios en los que se utiliza un enfoque de autoinforme.⁴⁰

Debido a que la repercusión de la no adherencia es máxima, habiéndose propuesto que la adherencia a inmunosupresores los medicamentos deben ser superiores al 97%, y sólo una dosis por mes podría perderse para evitar problemas de rechazo de injertos,⁴⁰ el hecho de que ni siquiera se conozca con exactitud cuál es la frecuencia de la problemática, es una importante limitación. Estos hallazgos destacan la necesidad de consensuar metodologías y protocolos para los procesos de evaluación de adherencia terapéutica en TR que permita a los sanitarios de enfermería poder trabajar desde un pleno conocimiento de la realidad; para ello, se sugiere el diseñar intervenciones para reducir o eliminar estas barreras metodológicas y, en consecuencia, poder conocer realmente la tasa de adherencia a la medicación entre los receptores de TR y, tras ello, intervenir en consecuencia.

En cuanto a los factores que parecen influir en la adherencia terapéutica en pacientes con TR, en la presente revisión se ha observado que uno de los fundamentales es la calidad de vida,³² en consonancia con estudios previos donde dicha relación había sido analizada.^{41,42} Por otro lado, también se ha observado que el género es un factor relacionado con la adherencia (las mujeres poseen más adherencia),³² sin embargo, en este caso no existe aún un consenso científico al respecto, existiendo autores que han demostrado también dicha relación con el género, pero inversa a la hallada en la revisión, es decir, que son los hombres los que poseen más adherencia,^{43,44} y otros autores que no han encontrado

relación entre género y adherencia a la terapia en pacientes con TR.^{45,46} La controversia podría deberse a las diferentes culturas, etnias, razas y / o clases sociales de la muestra analizada en cada estudio.

Si bien, sí que existe consonancia entre los resultados obtenidos en la revisión y la literatura previa respecto a otros factores y su relación con la adherencia. Así, la complejidad de la terapia es uno de ellos, habiéndose identificado que la complejidad de las dosis terapéuticas prescritas y el uso simultáneo de múltiples medicamentos como factores asociados con no adherencia,³² de acuerdo a estudios previos.⁴⁷ Otro factor bien establecido es el conocimiento idóneo del proceso de TR y de los beneficios de los fármacos inmunosupresores, habiéndose demostrado su relación con la adherencia a la terapia en la presente revisión,³² en consonancia con otros estudios previos.⁴⁸

Respecto a las intervenciones llevadas a cabo en los estudios analizados en la presente revisión, cabe enfatizar que el papel de la enfermería en todas ellas es crucial, siendo posicionados los enfermeros y enfermeras como la figura de máxima importancia tanto durante la fase de diseño de la intervención, como durante su implementación y la fase de seguimiento. De forma generalizada, se ha observado que las intervenciones desde un enfoque holístico y con la plena participación de los pacientes parecen dar resultados beneficiosos en cuanto a mayor adherencia a la terapia se refiere, debiendo ser crucial que el equipo de enfermería (con apoyo médico) analice las necesidades de los pacientes con TR tanto las de naturaleza clínica como emocional y de apoyo social.³³ Asimismo, intervenciones fundamentadas en estrategias sencillas realizadas por el equipo de enfermería, tales como hacer reuniones, revisiones periódicas, exposición de videos cortos, llevar a cabo asesorías, recordatorios personales simples, conversaciones a tiempo real y hacer sentir a los pacientes que se encuentran a su disposición para ayudarles en todo aquello que necesiten, entre otras, dan resultados muy satisfactorios en términos de adherencia a la terapia en personas con TR,^{34,37} tal y como indicado previamente.^{49,50}

No obstante, también ha observado que el uso de sistemas como el SystemCHANGE™ pueden ser utilizados como herramientas que mejoran la adherencia terapéutica en casos de TR, habiendo sido demostrado por primera vez en la literatura científica mediante un estudio de diseño ECA que una intervención con dicho sistema mejora y, además, mantiene hasta los 12 meses de seguimiento los niveles de adherencia terapéutica.³¹ Si bien se trata del primer trabajo en este contexto, los resultados obtenidos fueron similares a los obtenidos en TR utilizando otros sistemas similares.⁵⁰

Indicar también que se ha observado en la revisión un notorio interés por parte de los pacientes de TR en visualizar vídeos educativos que les permitan adquirir más conocimientos sobre su proceso, así como sobre técnicas de afrontamiento de la realidad y la medicación que deben tomar en su situación (beneficios de los inmunosupresores, problemas ante la no toma / inadecuada toma de medicamentos, posibles estrategias para cumplir las pautas prescritas, etc.).³⁰ Si bien, cabe enfatizar que en dicho trabajo no se evaluó directamente la efectividad del vídeo para mejorar la adherencia a la terapia, sino el nivel satisfacción tanto de los usuarios como del equipo de enfermería, por lo que se considera crucial el llevar a cabo dicha investigación en aras de poder concluir si realmente un vídeo educativo se relaciona con la adherencia en casos de personas con TR.

A pesar de ello, parece que el uso de vídeos como herramientas podría dar resultados muy satisfactorios en términos de mejora de adherencia a la terapia, puesto que su fin es educativo, y la única revisión sistemática integrada en el presente trabajo permitió dilucidar que son precisamente las intervenciones educativas llevadas a cabo por los profesionales sanitarios (sobre todo, de enfermería), junto con las intervenciones conductuales, las que mejores datos de adherencia terapéutica en casos de TR se observan.³⁷ Todo ello no es novedoso, puesto que aunque es en los últimos años cuando está teniendo el máximo apogeo en términos de investigación de intervenciones que pudieran mejorar la problemática de la no adherencia terapéutica en este tipo de pacientes, sí hay estudios que, en consonancia con los resultados de la presente revisión, indican que las intervenciones conductuales y educativas son las que mejores resultados parecen tener al respecto.⁵²⁻⁵⁵

Las principales limitaciones encontradas en el presente estudio se considera que son: 1) heterogeneidad en términos de diseño de estudios, condicionando el hecho de poder comparar resultados entre trabajos; 2) La diversidad de instrumentos utilizados para evaluar la adherencia terapéutica, pudiendo estar sesgando los resultados este hecho; 3) La heterogeneidad en términos de muestra, sobre todo, en términos de tiempo que hace de la cirugía de TR, posibles problemáticas durante la fase quirúrgica, características individuales de la muestra, que pudieran condicionar su situación respecto a la adherencia terapéutica.

Finalmente, se considera que las implicaciones que podría este trabajo para la práctica de la profesión enfermería son importantes, puesto los resultados observados permiten conocer qué tipologías de intervenciones y que estrategias están dando resultados más beneficiosos en la actualidad, en aras de mejora de la adherencia terapéutica en casos de TR y, tras ello, poder implementarlas en su práctica diaria.

6. CONCLUSIONES:

La metodología y desarrollo del presente trabajo de revisión sistemática ha permitido satisfacer el objeto de estudio propuesto, esto es, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica publicada en los últimos cinco años y dar respuesta a la pregunta de estudio que se estableció (Pregunta PICO):

Así, tras la realización de la presente investigación, la respuesta a dicha cuestión es que, indiscutiblemente, los profesionales de enfermería se posicionan como una figura clave en el proceso de adherencia al tratamiento en pacientes con TR, siendo sus actuaciones y cuidados fundamentales para que se alcance la adherencia a la terapia en la mayor medida posible. Su implicación en las intervenciones diseñadas e implementadas para mejorar la frecuencia de adherencia es indispensable, así como también los son sus cuidados desde la perspectiva no sólo clínica, sino también psicológica y emocional.

La cercanía y trayectoria de cuidado de los profesionales de enfermería en los procesos de TR posibilita que estén capacitados para llevar a cabo la identificación de otras posibles necesidades que tienen los pacientes y que otros profesionales sanitarios no serían capaces de percibir. Por otro lado, cada paciente debe ser cuidado de manera individualizada en función de sus propias necesidades y, además, cabe enfatizar que las estrategias de cuidados que las enfermeras realizan en aras de dar soluciones a necesidades de naturaleza no clínica suelen enfocarse en la educación y conductas y en el fomentar hábitos de autocuidado en los pacientes de TR.

Finalmente, indicar que las intervenciones y estrategias realizadas por los profesionales de enfermería y que parecen mejorar la adherencia a la terapia en pacientes con TR son, en su mayoría, sencillas de implementar, debiendo enfatizarse la implicación del paciente y la necesidad de que se establezca una relación de confianza que permita a este sentir en la figura enfermera un apoyo en el proceso de su enfermedad. Asimismo, cabe enfatizar que la percepción que poseen las propias enfermeras de su papel como cuidadora en los contextos de TR es transversal en su rol de profesional y de persona (vida personal), debiendo trabajar en numerosos casos en aras de posicionarse cercana al paciente, pero limitando que de manera excesiva su labor como profesional repercuta en su vida personal. De esta forma, se considera necesario el establecer una barrera entre enfermera y persona, con objeto de que su desempeño laboral sea eficaz, puesto que una persona motivada y satisfecha con su trabajo es la única vía para conseguir la máxima calidad en sus servicios.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Counseling*. 2016; 99(7), 1079–86.
2. Reyes-Flores E, Trejo-Álvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chávez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*. 2016;84(3-4):125-32.
3. Dima AL, Allemann SS, Dunbar-Jacob J, Hughes DA, Vrijens B, Wilson IB. TEOS: A framework for constructing operational definitions of medication adherence based on Timelines - Events - Objectives - Sources. *Br J Clin Pharmacol*. 2020; [published online ahead of print, 2020 Nov 21].
4. Ortego M del C, López S, Álvarez ML. Tema 14: La adherencia al tratamiento. In: *Ciencias Psicosociales I*. Santander: Universidad de Cantabria; 1997.
5. Díaz M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*. 2014; 7(1): 73-84.
6. Ruiz Calzado MC. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol*. 2013; 16(4):258-70.
7. Moreso F, Hernández D. ¿Ha mejorado la supervivencia del injerto tras el trasplante renal en la era de la moderna inmunosupresión? *Nefrología*. 2013;33(1):14-26.
8. Ryu D, Kim Y, Sui A, Kim J, Lee N, Son S. Outcomes research of peritoneal dialysis and hemodialysis for end stage renal disease. Korea:National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA); 2017.
9. The Renal Association. UK Renal Registry: Uk renal registry 22nd annual report (Date 31/12/2018). Bristol, UK: The renal Association; 2018.
10. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Datos de donación y trasplantes en España. 2020. Ministerio de Sanidad [online]. 2020. [Acceso 030/12/2020]. Disponible en: <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>
11. Meier-Kriesche HU, Li S, Gruessner RW, Fung J, Bustami R, Barr M, et al. Immunosuppression: evolution in practice and trends, 1994–2004. *Am J Transplan*. 2006; 6(5p2):1111–31.
12. Jones J, Damery S, Allen K, Nicholas J, Baharani J, Combes G. 'You have got a foreign body in there': renal transplantation, unexpected mild-to-moderate distress and patients' support needs: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e035627.
13. Cukor D, Newville H, Jindal R. Depression and immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30: 386–7.

14. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009;75: 1223–9.
15. Carrillo Algarra AJ, Mesa Melgarejo L, Moreno Rubio F, Morales Rodríguez Á, Morales Patiño DJ, Acosta Gordillo SA. Viviendo con los pacientes el sueño del trasplante: una experiencia enfermera. *Index Enferm*. 2014;23(1-2):100-103.
16. Weng LC, Dai YT, Wang YW, Huang HL, Chiang YJ. Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J Clin Nur*. 2008;17 (13):1786–94.
17. Owens ML, Maxwell JG, Goodnight J y cols. Discontinuance of immunosuppression in renal transplantation. *Arch Surg*. 1975;110(12): 1450-1.
18. Foster BJ, Pai A, Zhao H, Furth S; TAKE-IT Study Group. The TAKE-IT study: aims, design, and methods. *BMC Nephrol*. 2014;15: 139.
19. Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A, Schafer-Keller P, Schaub S, et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transplant International*. 2005;18(10):1121–33.
20. De Geest S, Dobbels F, Fluri C, Paris W, Troosters T. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *J Cardiovas Nurs* 2005; 20(5S):S88–98.
21. Chisholm MA, Mulloy LL, Jagadeesan M, DiPiro JT. Impact of clinical pharmacy services on renal transplant patients' compliance with immunosuppressive medications. *Clin Transplant*. 2001; 15 (5):330–6.
22. Pinilla Alarcón M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Inves Enf*. 2007; 9(1):37-50.
23. Mosquera JM, Galdós P. *Farmacología clínica para enfermería*. 4a ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005.
24. Forero E. *Roles de enfermería en los programas de trasplante de Colombia [Tesis Magister]*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
25. Moreno Rubio F, Vargas Montaña E. ¿El proceso de enfermería de autocuidado genera mayor adherencia al tratamiento en trasplante renal? *Repert Med Cir*. 2010; 19(1): 14-7.
26. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020*. 11ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

27. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
28. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
29. González de Dios J, Buñuel JC, Aparicio M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. *Evid Pediatr.* 2011; 7(4):47.
30. Kim S, Ju MK, Son S, Jun S, Lee SY, Han CS. Development of video-based educational materials for kidney-transplant patients. *PloS One.* 2020; 15(8): e0236750.
31. Russell CL, Hathaway D, Remy LM, et al. Improving medication adherence and outcomes in adult kidney transplant patients using a personal systems approach: SystemCHANGE™ results of the MAGIC randomized clinical trial. *Am J Transplant.* 2020;20(1):125-36.
32. Ganjali R, Ghorban Sabbagh M, Nazemiyan F, et al. Factors Associated With Adherence To Immunosuppressive Therapy And Barriers In Asian Kidney Transplant Recipients. *Immunotargets Ther.* 2019;8:53-62.
33. Been-Dahmen JMJ, Beck DK, Peeters MAC, et al. Evaluating the feasibility of a nurse-led self-management support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study. *BMC Nephrol.* 2019;20(1):143.
34. Low JK, Manias E, Crawford K, Walker R, Mulley WR, Toussaint ND, Dooley M, Kennedy E, et al. Improving medication adherence in adult kidney transplantation (IMAKT): A pilot randomised controlled trial. *Scientific reports.* 2019; 9(1): 7734.
35. Sanders-Pinheiro H, Colugnati FAB, Marsicano EO, De Geest S, Medina JOP; Adhere Brazil Consortium Group. Prevalence and correlates of non-adherence to immunosuppressants and to health behaviours in patients after kidney transplantation in Brazil - the ADHERE BRAZIL multicentre study: a cross-sectional study protocol. *BMC Nephrol.* 2018;19(1):41.
36. Carrillo-Algarra Ana Julia, Mesa-Melgarejo Lorena, Moreno-Rubio Fanny. El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. *Aquichan.* 2015;15(2):271-282.
37. Low JK, Williams A, Manias E, Crawford K. Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(5):752-761

38. Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. *Ann Behav Med.* 2012;44(1):85–93.
39. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation.* 2007;83(7):858–873.
40. Cossart AR, Staatz CE, Campbell SB, Isbel NM, Cottrell WN. Investigating barriers to immunosuppressant medication adherence in renal transplant patients. *Nephrology.* 2017;24(1):102–110.
41. Fredericks EM, Magee JC, Opipari-Arrigan L, Shieck V, Well A, Lopez MJ. Adherence and health-related quality of life in adolescent liver transplant recipients. *Pediatr Transplant.* 2008;12(3):289–299.
42. Hamedan MS, Aliha JM. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Glob J Health Sci.* 2014;6 (4):205.
43. Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Wilks SE. Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. *Clin Transplant.* 2010;24(3):312–320.
44. Obi Y, Ichimaru N, Kato T, et al. A single daily dose enhances the adherence to immunosuppressive treatment in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Clin Exp Nephrol.* 2013;17(2):310– 315. doi:10.1007/s10157-012-0713-4.
45. Massey EK, Tielen M, Laging M, et al. The role of goal cognitions, illness perceptions and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: a cohort study. *J Psychosom Res.* 2013;75(3):229–234.
46. Russell CL, Ashbaugh C, Peace L, et al. Time-in-a-bottle (TIAB): a longitudinal, correlational study of patterns, potential predictors, and outcomes of immunosuppressive medication adherence in adult kidney transplant recipients. *Clin Transplant.* 2013;27(5).
47. Obi Y, Ichimaru N, Kato T, et al. A single daily dose enhances the adherence to immunosuppressive treatment in kidney transplant recipients: a cross-sectional study. *Clin Exp Nephrol.* 2013;17(2):310– 315.
48. Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months posttransplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrol.* 2013;14(1):261.

49. Been-Dahmen JM, Dwarswaard J, Hazes JM, van Staa A, Ista E. Nurses' views on patient self-management: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2015;71(12): 2834–45.
49. Been-Dahmen JM, Dwarswaard J, Hazes JM, van Staa A, Ista E. Nurses' views on patient self-management: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2015;71(12): 2834–45.
50. Been-Dahmen JM, Grijpma JW, Ista E, Dwarswaard J, Weimar W, Van Staa A, Massey EK. Self-management challenges and support needs among kidney transplant recipients: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2393-405.
51. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation*. 2007;83(7):858–73.
52. Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL et al. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. *Transplant*. 2000; 8: 1240-4.
53. Chisholm MA, Mulloy LL, DiPiro JT. Comparing renal transplant patients' adherence to free cyclosporine and free tacrolimus immunosuppressant therapy. *Clin Transplant*. 2005; 1: 77-82.
54. Huang Y, Yu X. Effect of healthy education on improving the drug compliance of patients after renal transplantation. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research*. 2007; 43: 8773-5.
55. Hlubocky JM, Stuckey LJ, Schuman AD, Stevenson JG. Evaluation of a transplantation specialty pharmacy program. *Am J Health Syst Pharm*. 2012; 4:340-7.

8. ANEXOS

Anexo 1. Declaración PRISMA (evaluación calidad de estudios)²⁹

Item PRISMA	Sección/Tema	Parte del artículo
1	Título	Título
2	Resumen	Resumen
3	Justificación	Introducción
4	Objetivos	
5	Protocolo y registro	Método
6	Criterios de elegibilidad	
7	Fuentes de información	
8	Búsqueda	
9	Selección de estudios	
10	Proceso de extracción de datos	
11	Lista de datos	
12	Riesgo de sesgo individuales	
13	medidas de resumen	
14	Síntesis de resultados	
15	Riesgo de sesgo entre estudios	Resultados
16	Análisis adicionales	
17	Selección de estudios resultados	
18	Características de los estudios	
19	Riesgo de sesgo en los estudios	
20	Resultados de los estudios individuales	
21	Síntesis de los resultados	
22	Riesgo de sesgo entre los estudios	
23	Análisis adicionales	Discusión
24	Resumen de la evidencia	
25	Limitaciones	Limitaciones
26	Conclusiones	Conclusiones
27	Financiación	Financiación
	Puntuación final	