

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: UNA PIEDRA EN EL TRATAMIENTO EXITOSO DE LA CRONICIDAD

Está claro que a pesar de que la medicina logra tratar exitosamente la mayoría de las enfermedades agudas, no ocurre lo mismo con la recuperación y el control de las crónicas como la hipertensión, la obesidad, la diabetes o la depresión. Y entre las razones está el hecho de que el 50% de los pacientes no sigue el tratamiento indicado. ¿Por qué lo hacen? ¿Se puede mejorar la adherencia a la prescripción profesional?



Por Alberto Cormillot

Existe una gran paradoja en la medicina actual: nunca antes se tuvo la posibilidad de disponer de tanta información sobre prevención y tratamiento de las enfermedades ni se contó con tantas herramientas de diagnóstico y alternativas terapéuticas tan eficaces. Sin embargo, las afecciones prevenibles siguen siendo la mayor causa de muerte en el mundo.

La adherencia al tratamiento suele ser sobreestimada en la literatura médica ya que el cumplimiento es más elevado en los ensayos clínicos que en la vida real. Algunos datos del *incumplimiento terapéutico* revelan que **no cumplen total o parcialmente su tratamiento:**

- 40 a 60% de los pacientes psiquiátricos.
 - 33% de los pacientes esquizofrénicos.
 - 63% de los pacientes con depresión.
 - 50 a 90% de los pacientes diabéticos.
 - 33 a 50% de los pacientes con cáncer.
 - 75% de los pacientes con enfermedad coronaria.
 - 75% de los pacientes con hipertensión.
 - 50% de los pacientes con hipercolesterolemia.
- Además...
- 40% de las personas bajo tratamiento desconoce el propósito de su medicación.
 - 80% desconoce las consecuencias de no seguir el tratamiento.
 - Casi el 95% ignora los posibles efectos colaterales.
 - 50% no suele recordar la dosis.
 - 65% no sabe a qué hora del día debe tomar la medicación.

Está claro que a pesar de que la medicina logra tratar exitosamente la mayoría de las enfermedades agudas, no ocurre lo mismo con la recuperación y el control de las crónicas como la hipertensión, la obesidad, la diabetes o la depresión. Y la dificultad aumenta cuando el tratamiento incluye cambios permanentes en el estilo de vida del paciente. En consecuencia, las bajas tasas de adherencia al tratamiento de pacientes crónicos contribuyen sustancialmente a la carga humana y económica de estas enfermedades. Frente a esta realidad... ¿Qué pueden hacer el profesional o el sistema? Para comenzar, lo más importante es tener presentes las cinco dimen-

¿DE QUÉ ENFERMAN NUESTROS PACIENTES?

1900 – Enfermedades infecciosas.

1950 – 30% de enfermedades crónicas.

2000 – 80% de enfermedades crónicas

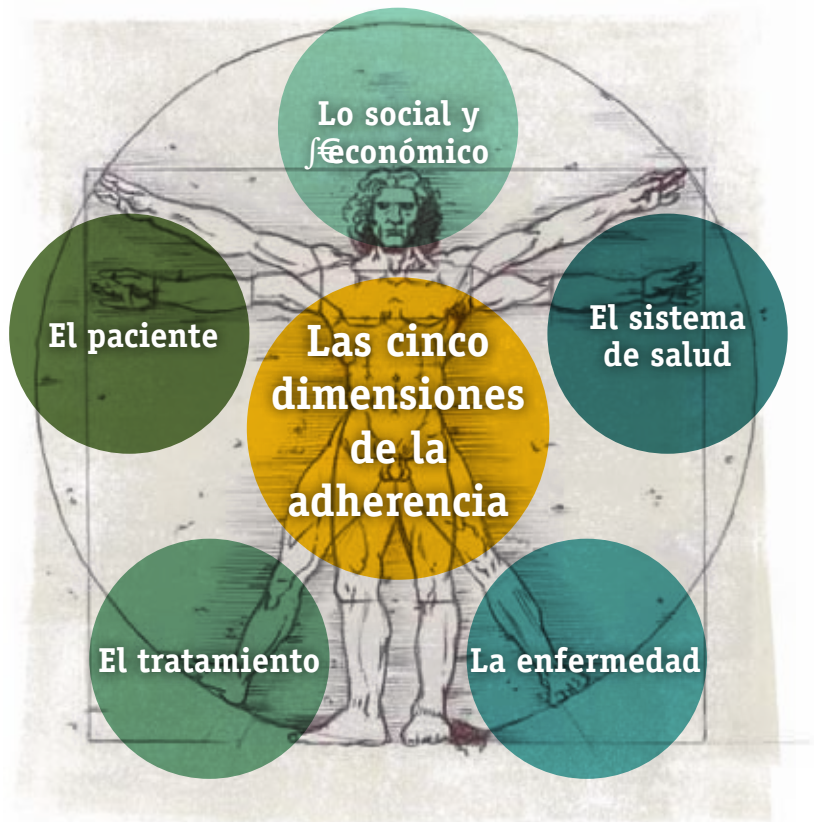
EL 50% NO SIGUE EL TRATAMIENTO

siones de la adherencia (ver ilustración). Otros aspectos importantes que el profesional debe considerar, incluyen:

Empoderamiento. Partimos de la base que la única situación de cumplimiento total es bajo estado de anestesia. A partir de la recuperación de la conciencia, el paciente comienza a tomar sus propias decisiones. Por ejemplo usa el teléfono del primer visitante que recibe en terapia intensiva aún teniéndolo prohibido. En el paciente crónico la prescripción no suele funcionar; por eso se recurre a la educación terapéutica, que lo ayuda a ser quien maneja su enfermedad con los recursos que los profesionales le damos y con las maneras y tiempos que de una u otra manera decide. Empoderar significa delegar el poder, salir del uniforme y enfrentar el desafío de ejercer la negociación y la flexibilidad sin perder el rumbo terapéutico. La adherencia terapéutica se construye partiendo de la base de que lo ideal es enemigo de lo bueno.

Escuchar. Si bien el profesional sabe lo que el paciente “debe” hacer, este último es el único que sabe qué está dispuesto a hacer de todo lo que se le diga. Escuchar y preguntar da más resultado que dictaminar una lista de pendientes. La construcción en conjunto de la respuesta asegura un mayor compromiso para elaborar las estrategias necesarias para el cambio.

No persuadir, motivar. El cambio de conducta es conducido por la motivación no por la



Si bien el profesional sabe lo que el paciente “debe” hacer, este último es el único que sabe qué está dispuesto a hacer de todo lo que se le diga. Escuchar y preguntar da más resultado que dictaminar una lista de pendientes. La construcción en conjunto de la respuesta asegura un mayor compromiso para elaborar las estrategias necesarias para el cambio.

información. De hecho los pacientes motivados resuelven sus propias barreras. A partir de la reflexión en conjunto el profesional debe procurar ayudar a su paciente a explorar su ambivalencia. ¿Qué dificultades cree que puede tener?, ¿cómo podríamos sortearlas?, ¿qué cambio está dispuesto a hacer a corto plazo? ¿Comprende la indicación?, ¿cómo planea ponerla en práctica?, ¿puede escribir el objetivo de esta semana?, ¿resulta sostenible con su rutina? Las personas no cambian por el conocimiento sino por la motivación. El médico debe preguntarse si lo que le indica a su paciente es adecuado para él en particular, si se ajusta a su realidad, si sigue sus preferencias y si cumplir con lo planificado está dentro de sus posibilidades reales.

Usar el lenguaje apropiado. En ocasiones decimos a nuestros pacientes lo que tienen que hacer en un idioma que no entienden, no les

llega o simplemente no los motiva. Para elaborar un plan terapéutico lo menos complejo posible es conveniente:

- Prescribir el menor número de medicamentos y dosis necesarias y asociar la toma con actos cotidianos.
- Atender las características del paciente: su horario laboral, sus gustos, su situación económica y familiar.
- Diseñar un plan educativo simple para facilitar el cambio de hábitos.
- Brindar información adecuada sobre: Factores de riesgo que lo afectan. Hábitos que debe modificar progresivamente. Beneficios esperados del tratamiento.
- Conseguir acuerdos terapéuticos con su paciente.
- Favorecer el apoyo familiar.

Realizar el seguimiento. Este es el eje de la medicina del paciente crónico y puede ser realizado tanto por su médico como por cual-

ALGUNAS CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Relacionadas con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Creencias. – Analfabetismo en salud. – Poca o ninguna información sobre efectos secundarios, riesgos, complicaciones, recaídas. – Motivación. – Olvidos falta de compromiso. – Poco apoyo familiar y/o social. – Problemas económicos.
Relacionadas con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> – Aceptación, negación, rechazo. – Sintomatología. – Gravedad. – Duración.
Relacionadas con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Complejidad. – Naturaleza (fármaco, dieta, etc.). – Aceptabilidad (efectos adversos, etc.).
Relacionadas con el profesional	<ul style="list-style-type: none"> – Relación con el paciente. – Lenguaje académico. – Seguimiento. – Accesibilidad. – Inercia terapéutica.
Relacionadas con el sistema	<ul style="list-style-type: none"> – Accesibilidad. – Costo. – Seguimiento.

CÓMO AYUDAR PARA EL CAMBIO

Comience con el problema del paciente	¿Qué es lo más difícil de manejar de su obesidad?
Especifique el problema	¿Me puede dar un ejemplo?
Negocie una meta apropiada	¿Qué cree que podría hacer para cambiar esta conducta?
Identificar las barreras	¿qué podría impedir que lo logre?
Formular estrategias	¿Cómo lo ha manejado anteriormente con éxito? ¿Funcionaría de nuevo lo mismo?
Contrato para el cambio	¿Cuáles son los criterios para el éxito?
Resultados del registro	¿Cómo mantendrá un registro de sus esfuerzos?

quier otro integrante del equipo. El contacto debe partir desde el sistema, ya que el paciente está programado en muchos casos para no hacer lo que necesita y ya acordó con su profesional tratante. Para efectivizar el seguimiento puede ser útil aprovechar la tecnología.

-Usar teléfonos inteligentes: mensajes instantáneos, alertas para recordar una conducta o medicamento, alarma para la próxima visita.

-Bajar aplicaciones de salud para favorecer el control de alguna variable en particular (peso, educación física, cambio de hábito).

Por último conviene recordar que no alcanza con ayudar a los pacientes a que comprendan lo que necesitan saber (educación). Muchos no son efectivos para solucionar problemas si se los deja librados a su suerte o a sus propios medios en compañía de un montón de información que no pueden hacer propia. Es necesario dejar de lado el prejuicio de que estamos frente a un “no adherente” ya que ninguna persona lo es por naturaleza. La “no adherencia” o el incumplimiento terapéutico también pueden ser el resultado de una intervención inapropiada. En lugar de juzgar a un paciente por cuán bien sigue nuestras instrucciones debemos juzgarnos a nosotros mismos por cuán bien ayudamos a nuestros pacientes a auto manejar su enfermedad.

Los pacientes de una enfermedad crónica son capitanes de sus propios equipos de auto cuidado. Pero un capitán es solo tan bueno como su equipo. Y usted como profesional es, sin dudas, uno de los miembros más importantes en el proceso hacia su recuperación. 