

Entre la evidencia y la práctica hay un eslabón olvidado: la adherencia

Enrique Melgarejo R.^a

La adherencia terapéutica es el pivote en el manejo de enfermedades crónicas, pero continúa siendo un reto cotidiano en la práctica médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que solo el 50 % de los pacientes con enfermedades crónicas en países desarrollados son adherentes. Globalmente, la baja alfabetización en salud y las barreras económicas agravan el problema. Pero hay una causa mayor: la comunicación médico-paciente. En algunas facultades de Medicina ya se está implementando la cátedra de comunicación, incluyendo cómo preparar o dictar una conferencia, cómo comunicarnos con los pacientes de una manera asertiva, cómo dar una mala noticia, cómo comunicarnos con la familia, cómo ejercer algún liderazgo a nivel social, etc. Es fundamental que nos enseñen cómo educar al paciente para que adopte cambios de estilo de vida, y enseñarle que él puede empoderarse e incorporar la cultura del autocuidado, convirtiéndolo en partícipe activo de su tratamiento. Si el paciente sabe qué es un factor de riesgo, si sabe cuáles tiene y cuáles son los finales potenciales en caso de no controlarlos, y si le damos herramientas prácticas para ayudarlo, lograremos realmente evitar los desenlaces negativos.

El concepto errado de la adherencia

Desde la consulta, muchas veces atribuimos la no adherencia a la “falta de compromiso” del enfermo. Pero la realidad es otra: la no adherencia es no tomarse los medicamentos en la forma prescrita y en forma continua, y concomitantemente modificar el estilo de vida que llevó a la persona al riesgo o a la persona en riesgo al desenlace. Esto implica una estrecha interrelación entre el paciente y el acto médico. Los médicos estamos formados primordialmente para tratar e intervenir enfermedades, pero no tanto para preservar el bienestar. Y los sistemas de salud no se preocupan por educar a la población sobre la forma de llevar estilos de vida sanos. Esto no da votos, en cambio, inaugurar hospitales, puestos de salud, hacer jornadas de salud, etc., sí.

Los médicos somos protagonistas centrales en la no adherencia, pues prescribimos medicamentos y le decimos al paciente qué no hacer, pero no el cómo. Le decimos: “suprima el azúcar, bájele a la sal, evite las grasas, haga ejercicio, deje de fumar y no se estrese”. Pero no le damos

a MD, FESC, FACC. Cardiólogo-electro fisiólogo. Expresidente de la Sociedad Colombiana de Cardiología. Profesor emérito. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

herramientas para que obtenga los logros de las metas terapéuticas que deseamos, porque no incentivamos la adherencia no farmacológica, que en enfermedades crónicas puede ser más eficaz que la misma medicación. Es más fácil que un enfermo acepte tomar las “pepas”, a que cambie su estilo de vida. Así se tome los medicamentos, pero si continúa con un estilo de vida no saludable, la enfermedad seguirá su historia natural, y solo controlará parcialmente los factores de riesgo (Fder), y no todos integralmente. Si la pared vascular (endotelio) sigue inflamada u oxidada, el daño seguirá progresando. Debemos incentivar el control integral de todos y cada uno de los Fder. Esto implica muchas veces un manejo multidisciplinario, pero es la única manera de sacar al paciente del peligro, y por tanto de las complicaciones de las enfermedades no controladas.

Otra falla del acto médico para la no adherencia es la polimedición. No empezamos con monoterapia de combinación en bajas dosis, y no ajustamos el tratamiento acorde con la respuesta. Está ampliamente demostrado que tomar muchos fármacos es una barrera insalvable para la no adherencia, por olvido o por miedo o porque el sesgo comercial del Dr. Google —al ser consultado ante la incertidumbre del paciente que no está convencido o no entendió lo que el médico le dijo—, termina con “tratamientos” no fiables. Y si ahora le sumamos la latente amenaza de la inteligencia artificial (IA) mal manejada, los médicos pasaríamos a un segundo plano. La adherencia es ahora una necesidad imperativa.

La necesidad imperiosa de intervenir la no adherencia

Hoy la especie humana vive más años, pero lamentablemente con muchos viejos con comorbilidades, frágiles, no ágiles. Esto tiene implicaciones psicosociales brutales: afecta la

calidad de vida de la persona y la productividad, porque esta se convierte en una carga social para los sistemas de salud y para la familia; produce discapacidad; genera costos colaterales para el manejo de las complicaciones e incrementa el aún no resuelto problema de los cuidadores.

Si buscamos detectar Fder en etapas medianas de la vida, y controlarlos mediante la adherencia farmacológica y no farmacológica vamos a lograr una población más añosa, pero más saludable, con mejor calidad de vida, más productiva, con menos carga para el mismo paciente y su entorno familiar, mejor salud mental, menos sobrecarga para los hospitales, etc.

La adherencia como solución en salud pública

La no adherencia es una socioeconomopatía que puede y debe intervenir. La adherencia terapéutica no puede abordarse simplemente desde la prescripción medicamentosa. Requiere una visión integral que articule lo clínico, lo educativo y lo comunitario. Es crucial simultáneamente, al iniciar la prescripción, enseñarle al paciente herramientas prácticas para que adopte cambios en su estilo de vida. Recordemos que en las enfermedades crónicas los medicamentos controlan el proceso, solo algunas veces curan. Si se interrumpe el tratamiento, la enfermedad reaparecerá.

En este sentido, los profesionales de la salud debemos asumir un rol activo como facilitadores del proceso terapéutico, reconociendo las barreras contextuales de la no adherencia-persistencia, y la inercia terapéutica. Esta última va ligada a la no adherencia, pero será tema para otra oportunidad. Debemos formar parte activa, no pasiva, para lograr una mayor cantidad y mejor calidad de vida para nuestros pacientes. No olvidemos que por encima de todo escogimos el compromiso de ser médicos.