

[Artículos](#)

Publicado el 28 de junio de 2012

Por el Dr. Carlos Alberto Yelin

“La adherencia terapéutica fallida” (una constante cotidiana)

El enigma de la discontinuación medicamentosa tiene importantes repercusiones en la salud.



Autor/a: Dr. Carlos Alberto Yelin

Medico: Veo que sus niveles de colesterol subieron un 50%, y su presión llegó a niveles previos al comienzo de su tratamiento. Será preciso aumentar la medicación. ¿Cómo la está tomando?

Paciente: *Bueno..., vea..., es que las dejé de tomar.*

M: *¿Hubo alguna razón para el abandono?*

P: *Con la del colesterol, sucedió que luego de un día de gimnasio, comencé con dolores en el brazo, y el profe, me dijo que puede ser la medicación.*

M: *¿Y para la presión?*

P: *Me sentía algo decaído, y me pareció estar con la presión baja.*

Este fragmento inicial de una entrevista, constituye un lugar común en nuestra actividad cotidiana. Tiene la ventaja de resumir en pocas palabras, algunos matices incluidos en la problemática de la “adherencia”. Intentar explorar ésta circunstancia constituyó siempre una tarea compleja y con resultados poco alentadores.

El enigma de la discontinuación medicamentosa tiene tan importantes repercusiones en la salud, que la literatura médica se enriquece permanentemente con trabajos destinados a desentrañar las profundas raíces en las que se cimenta. Pero nuestra propuesta, trata de evitar el repaso bibliográfico, para formular una interpretación más sencilla y que pueda auxiliar al médico en el consultorio.

Con ello hacemos ya, la salvedad que no nos proponemos hacer una tarea puntillosa de análisis sobre el desarrollo histórico y etimológico del término “**adherencia**”, o de las diferentes interpretaciones semánticas de su formulación. Solamente nos apoyamos en la definición de Haynes y Sackett, (1979) “*El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, coincide con las indicaciones de su médico*”

Si, nos entusiasma, en cambio, hacer un aporte, que pueda amparar a los que hacemos práctica de consultorio, lugar donde se concretan los éxitos o los fracasos en el logro de la continuidad de las indicaciones o de las sugerencias médicas.

El transcurrir de más de 5 décadas en esa misma función, nos ha dejado una visión integradora, en la que se incluyen los aspectos vinculados a: 1) El perfil psicológico del paciente; 2) Su problemática social y familiar; 3) Nuestra capacidad de transferir información, 4) El desarrollar un vínculo valedero con el paciente; y 5) La adaptación compartida de generar una “alianza terapéutica”, para concretar los logros que ambos pretendemos.

Esta reflexión aspira convertirse en un aporte algo pragmático, pero que colabore tanto con el médico de atención primaria, como con el de cabecera, o de familia, con el internista, o simplemente con cualquier médico en su actividad de consultorio.

En el diálogo del inicio, planteamos 3 temas sobresalientes: 1ºel papel algo tardío del médico evaluando en forma directa la adhesión al tratamiento, 2º el comportamiento del paciente que trasunta la intención de no respetar las indicaciones, y 3º la evidente ruptura de la colaboración deseada.

Existen ingredientes que participan en las características del problema que ensayamos desentrañar. Son numerosos, pero insistiendo en ser simples, señalaremos los siguientes:

- a) información sobre el tratamiento adecuadamente recepcionada por el paciente.
- b) motivación o entusiasmo que se puede generar en el que padece el problema y que se suscita al sugerir la forma de prevenirlo.
- c) percepción del médico sobre la “autoeficacia” del paciente para la observancia medicamentosa. Esta acepción está referida a la capacidad que ha desarrollado el paciente en su vida para concretar un proyecto referido al cuidado personal, y de la salud.
- d) capacidad intrínseca del paciente para advertir la necesidad de evitar la progresión del padecimiento y las consecuencias consiguientes.

Apoyarse básicamente en la trayectoria personal para analizar una cuestión compleja, multidimensional, y multifactorial, con el agregado de variantes regionales según el contexto social, puede sonar presuntuoso y acotar algunos aspectos científicos y académicos. Por ejemplo, con: a) la psicología de la salud,(referido al paciente), b) El análisis exhaustivo, del comportamiento médico, y c) la incidencia de los sistemas de atención médica.

Planteada la situación intentemos formular sugerencias definidas, y que en nuestra trayectoria nos han sido particularmente útiles.

Las dificultades esenciales que surgen para evaluar la observancia terapéutica, se explican entendiendo que nadie más que el paciente puede controlar eficazmente el cumplimiento de la medicación. A pesar del tiempo en el ejercicio profesional, siempre nos ha sido arduo pronosticar el futuro de la adherencia terapéutica.

Ayuda un poco, antes del comienzo, preguntas simples:

- a) ¿Le preocupa o disgusta tener que medicarse?
- b) ¿Considera un signo de envejecimiento el comenzar a medicarse?
- c) ¿Piensa que el tratamiento alterará su estado actual o sus costumbres?
- d) ¿Prefiere no hacer nada de lo propuesto, e intentar otra forma de corregir el problema?

Estas cuatro preguntas, aparentemente sencillas, en ocasiones pueden formularse gracias a la presencia de un vínculo previo con el paciente, pero en otras suenan incómodas y altisonantes.

Este intercambio con el paciente tiene como principal función:

1º Tratar de evaluar la **intención** del paciente para cumplir. Recordemos, que en ocasiones, el paciente nos cuenta: no haber iniciado la indicación, en otras, haberla suspendido precozmente, y en otras cumplirla en forma intermitente, por distracción, olvidos, o falta de observancia.

A veces es preciso ser frontal con las preguntas para averiguar si respetará o no la sugerencia, y no concebir que se trata de una orden que no amerita comentarios o interrogantes.

2º Identificar su **motivación**, por el comentario que hace sobre nuestras sugerencias, y de la manera que impacta emocionalmente en su concepción de la salud-enfermedad. Escuchar con atención la interpretación que formula referida a nuestra propuesta.

3º Medir de la manera posible su **autoeficacia** para cumplir metas determinadas. No solo en lo estrictamente médico sino en cualquier área de su cuidado personal.

Al decir esto nos referimos a pesquisar si posee una tendencia a ocuparse eficientemente de otros tipos de cuidados como los odontológicos. Por ejemplo, ver una boca descuidada nos hace dudar del respeto futuro de nuestras indicaciones. La respuesta: “a partir de mañana”, suena a promesa incumplible, en cambio valoramos mucho si aún lo pequeño logra concretarlo.

4º Registrar, en la medida posible su tendencia hacia **creencias** referidas a la medicina convencional, o por el contrario, a otras formas de curación, como medicinas alternativas.

Por ejemplo, la presencia de numerosas medallas y en especial algunas referidas a un respetado sacerdote sanador, con enorme repercusión en nuestra ciudad, Rosario, (Argentina), nos ponía sobre aviso de la posibilidad de otro tipo de expectativas terapéuticas en el paciente.

Cuando definimos la adherencia, como una “alianza terapéutica”, estamos invocando la relación médico-paciente como una obviedad necesaria para el cumplimiento. Hace poco vimos en *IntraMed* un video protagonizado por el Dr. Valentín Fuster en el que hacía referencia a la adherencia medicamentosa de solo el 25%, en Nueva York, con la tan simple y económica polpildora, que combina inhibidores ACE, estatinas, y aspirina.

Como agregado, no debiéramos perder de vista, que los estudios para evaluar adherencia, se realizan muchas veces con entrevistas telefónicas o personales, y los pacientes tienen una natural tendencia a exagerar el respeto al consumo de la medicación, respondiendo afirmativamente. Con lo que el asentimiento o respuesta positiva puede estar incrementada, falseando los resultados estadísticos.

No nos proponemos poner perfiles melancólicos en la gravedad de nuestra frustración. Deseamos que esta reflexión tenga la capacidad de auxiliar para corregir la deserción en el cumplimiento, que tanto desánimo nos provoca y que básicamente, perturba con seriedad el porvenir de la salud de nuestros pacientes, y de la salud pública.

Constituye una verdadera paradoja, la presencia cada vez mayor de los profesionales de la salud en la divulgación de la utilidad por el respeto a las indicaciones y el paupérrimo resultado en la práctica. Nos parece absolutamente razonable, que los editores o conductores, de tales medios, usando un criterio psicológicamente saludable, pero algo banal, hablan de “vivir el presente”, y proyectar el futuro como una visión lejana que “ya vendrá”. Ese perfil cortoplacista, ¿tendrá alguna influencia para **no** hacerse cargo de enfermedades crónicas, silenciosas y actuales, como las que señalamos?

¿Cuánto importará lo imprevisible de los proyectos políticos, para incidir en la visión miope de la salud futura?

Me inclino a pensar que la influencia de lo inmediato, y la postergación de lo eventual y mediato, juega un rol decisivo en asumir la responsabilidad y la madurez de lo futuro en salud.

La mencionada adherencia fallida, se constata en sujetos sin patología actual, pero con riesgo elevado a futuro, y también en sufrientes de enfermedades demostradas y con expectativa de vida limitada. Nos parece saludable que los jóvenes no piensen en la muerte porque para ellos, se trata de un suceso lejano e improbable. Pero que, los mayores de 60 años, tampoco evalúen el compromiso personal, familiar, social, y que ignoren los cuidados que ameriten, configura una displicencia que invade el terreno de lo enfermizo.

Cuando efectuamos esta aseveración, pensamos, en la presencia de la baja autoestima, en la indolencia con que se enfoca los cuidados cotidianos, en la tendencia a no informarse con el médico, y si en cambio “navegar” en sitios comerciales para la salud. En tomar a pie juntillas, informes mediáticos espectaculares, realizados a veces por comunicadores que buscan seguidores, sin seriedad científica. En éstos días, en que luego del estudio de un grupo californiano, que habla del cansancio provocado por las estatinas, no cuestionable por la metodología, pero si muy discutible por la por el criterio de percepción de la fatiga, seguramente tendrá más peso que nuestra insistencia de tres lustros, para convencer del consumo de una de las drogas más valiosas para salvar vidas en los últimos 20 años.

Como síntesis final; nuestra propuesta:

- 1) Al hacer la indicación terapéutica tratar de pergeñar un pronóstico de cumplimiento.
- 2) Hacer las cuatro preguntas coyunturales más arriba mencionadas.
- 3) Proponer un periódico aunque lacónico informe por mail sobre el cumplimiento.
- 4) Si el paciente retorna a la consulta, jamás dar por sentado la continuidad terapéutica.
- 5) Ser frontal, no agresivo, para saber las razones íntimas del abandono.
- 6) Recurrir al artificio: “personalmente, en su situación, no tendría dudas en cumplir con la sugerencia terapéutica” Pero con la aclaración de ser absolutamente sincero.

Estoy convencido de nuestras posibilidades, de poder derrotar a la “adherencia

fallida". Pero es imprescindible que conozcamos las limitaciones del paciente para cumplirla, y las nuestras para tener una respuesta exitosa.

Dr. Carlos Alberto Yelin

Especialista en Clínica Médica.(Colegio Médico) (1968)

Doctor en Medicina. UNR.(1970)

Sub-Director Académico Carrera de Doctorado. Facultad de Medicina. UNR.(2001)

*IntraMed agradece al Dr. Carlos Alberto Yelin la generosidad de compartir sus reflexiones con nuestros lectores.

Artículos

Publicado el 28 de junio de 2012

Por el Dr. Carlos Alberto Yelin

“La adherencia terapéutica fallida” (una constante cotidiana)

El enigma de la discontinuación medicamentosa tiene importantes repercusiones en la salud.



Autor/a: Dr. Carlos Alberto Yelin

Medico: Veo que sus niveles de colesterol subieron un 50%, y su presión llegó a niveles previos al comienzo de su tratamiento. Será preciso aumentar la medicación. ¿Cómo la está tomando?

Paciente: *Bueno..., vea..., es que las dejé de tomar.*

M: *¿Hubo alguna razón para el abandono?*

P: *Con la del colesterol, sucedió que luego de un día de gimnasio, comencé con dolores en el brazo, y el profe, me dijo que puede ser la medicación.*

M: *¿Y para la presión?*

P: *Me sentía algo decaído, y me pareció estar con la presión baja.*

Este fragmento inicial de una entrevista, constituye un lugar común en nuestra actividad cotidiana. Tiene la ventaja de resumir en pocas palabras, algunos

máticas incluidos en la problemática de la “adherencia”. Intentar explorar ésta circunstancia constituyó siempre una tarea compleja y con resultados poco alentadores.

El enigma de la discontinuación medicamentosa tiene tan importantes repercusiones en la salud, que la literatura médica se enriquece permanentemente con trabajos destinados a desentrañar las profundas raíces en las que se cimenta. Pero nuestra propuesta, trata de evitar el repaso bibliográfico, para formular una interpretación más sencilla y que pueda auxiliar al médico en el consultorio.

Con ello hacemos ya, la salvedad que no nos proponemos hacer una tarea puntillosa de análisis sobre el desarrollo histórico y etimológico del término **“adherencia”**, o de las diferentes interpretaciones semánticas de su formulación. Solamente nos apoyamos en la definición de Haynes y Sackett, (1979) *“El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación de hábitos de vida, coincide con las indicaciones de su médico”*

Si, nos entusiasma, en cambio, hacer un aporte, que pueda amparar a los que hacemos práctica de consultorio, lugar donde se concretan los éxitos o los fracasos en el logro de la continuidad de las indicaciones o de las sugerencias médicas.

El transcurrir de más de 4 décadas en ésa misma función, nos ha dejado una visión integradora, en la que se incluyen los aspectos vinculados a: 1) El perfil psicológico del paciente; 2) Su problemática social y familiar; 3) Nuestra capacidad de transferir información, 4) El desarrollar un vínculo valedero con el paciente; y 5) La adaptación compartida de generar una “alianza terapéutica”, para concretar los logros que ambos pretendemos.

Esta reflexión aspira convertirse en un aporte algo pragmático, pero que colabore tanto con el médico de atención primaria, como con el de cabecera, o de familia, con el internista, o simplemente con cualquier médico en su actividad de consultorio.

En el diálogo del inicio, planteamos 3 temas sobresalientes: 1ºel papel algo tardío del médico evaluando en forma directa la adhesión al tratamiento, 2º el comportamiento del paciente que trasunta la intención de no respetar las indicaciones, y 3º la evidente ruptura de la colaboración deseada.

Existen ingredientes que participan en las características del problema que ensayamos desentrañar. Son numerosos, pero insistiendo en ser simples, señalaremos los siguientes:

- a) información sobre el tratamiento adecuadamente recepcionada por el paciente.
- b) motivación o entusiasmo que se puede generar en el que padece el problema y

que se suscita al sugerir la forma de prevenirlo.

- c) percepción del médico sobre la “autoeficacia” del paciente para la observancia medicamentosa. Esta acepción está referida a la capacidad que ha desarrollado el paciente en su vida para concretar un proyecto referido al cuidado personal, y de la salud.
- d) capacidad intrínseca del paciente para advertir la necesidad de evitar la progresión del padecimiento y las consecuencias consiguientes.

Apoyarse básicamente en la trayectoria personal para analizar una cuestión compleja, multidimensional, y multifactorial, con el agregado de variantes regionales según el contexto social, puede sonar presuntuoso y acotar algunos aspectos científicos y académicos. Por ejemplo, con: a) la psicología de la salud,(referido al paciente), b) El análisis exhaustivo, del comportamiento médico, y c) la incidencia de los sistemas de atención médica.

Planteada la situación intentemos formular sugerencias definidas, y que en nuestra trayectoria nos han sido particularmente útiles.

Las dificultades esenciales que surgen para evaluar la observancia terapéutica, se explican entendiendo que nadie más que el paciente puede controlar eficazmente el cumplimiento de la medicación. A pesar del tiempo en el ejercicio profesional, siempre nos ha sido arduo pronosticar el futuro de la adherencia terapéutica.

Ayuda un poco, antes del comienzo, preguntas simples:

- a) ¿Le preocupa o disgusta tener que medicarse?
- b) ¿Considera un signo de envejecimiento el comenzar a medicarse?
- c) ¿Piensa que el tratamiento alterará su estado actual o sus costumbres?
- d) ¿Prefiere no hacer nada de lo propuesto, e intentar otra forma de corregir el problema?

Estas cuatro preguntas, aparentemente sencillas, en ocasiones pueden formularse gracias a la presencia de un vínculo previo con el paciente, pero en otras suenan incómodas y altisonantes.

Este intercambio con el paciente tiene como principal función:

1º Tratar de evaluar la **intención** del paciente para cumplir. Recordemos, que en ocasiones, el paciente nos cuenta: no haber iniciado la indicación, en otras, haberla suspendido precozmente, y en otras cumplirla en forma intermitente, por distracción, olvidos, o falta de observancia.

A veces es preciso ser frontal con las preguntas para averiguar si respetará o no la sugerencia, y no concebir que se trata de una orden que no amerita comentarios o interrogantes.

2° Identificar su **motivación**, por el comentario que hace sobre nuestras sugerencias, y de la manera que impacta emocionalmente en su concepción de la salud-enfermedad. Escuchar con atención la interpretación que formula referida a nuestra propuesta.

3° Medir de la manera posible su **autoeficacia** para cumplir metas determinadas. No solo en lo estrictamente médico sino en cualquier área de su cuidado personal.

Al decir esto nos referimos a pesquisar si posee una tendencia a ocuparse eficientemente de otros tipos de cuidados como los odontológicos. Por ejemplo, ver una boca descuidada nos hace dudar del respeto futuro de nuestras indicaciones. La respuesta: “a partir de mañana”, suena a promesa incumplible, en cambio valoramos mucho si aún lo pequeño logra concretarlo.

4° Registrar, en la medida posible su tendencia hacia **creencias** referidas a la medicina convencional, o por el contrario, a otras formas de curación, como medicinas alternativas.

Por ejemplo, la presencia de numerosas medallas y en especial algunas referidas a un respetado sacerdote sanador, con enorme repercusión en nuestra ciudad, Rosario, (Argentina), nos ponía sobre aviso de la posibilidad de otro tipo de expectativas terapéuticas en el paciente.

Cuando definimos la adherencia, como una “alianza terapéutica”, estamos invocando la relación médico-paciente como una obviedad necesaria para el cumplimiento. Hace poco vimos en *IntraMed* un video protagonizado por el Dr. Valentín Fuster en el que hacía referencia a la adherencia medicamentosa de solo el 25%, en Nueva York, con la tan simple y económica polpildora, que combina inhibidores ACE, estatinas, y aspirina.

Como agregado, no debiéramos perder de vista, que los estudios para evaluar adherencia, se realizan muchas veces con entrevistas telefónicas o personales, y los pacientes tienen una natural tendencia a exagerar el respeto al consumo de la medicación, respondiendo afirmativamente. Con lo que el asentimiento o respuesta positiva puede estar incrementada, falseando los resultados estadísticos.

No nos proponemos poner perfiles melancólicos en la gravedad de nuestra frustración. Deseamos que esta reflexión tenga la capacidad de auxiliar para corregir la deserción en el cumplimiento, que tanto desánimo nos provoca y que básicamente, perturba con seriedad el porvenir de la salud de nuestros pacientes, y de la salud pública.

Constituye una verdadera paradoja, la presencia cada vez mayor de los profesionales de la salud en la divulgación de la utilidad por el respeto a las indicaciones y el paupérrimo resultado en la práctica. Nos parece absolutamente razonable, que los editores o conductores, de tales medios, usando un criterio psicológicamente saludable, pero algo banal, hablan de “vivir el presente”, y proyectar el futuro como una visión lejana que “ya vendrá”. Ese perfil cortoplacista, ¿tendrá alguna influencia para **no** hacerse cargo de enfermedades crónicas, silenciosas y actuales, como las que señalamos?

¿Cuánto importará lo imprevisible de los proyectos políticos, para incidir en la visión miope de la salud futura?

Me inclino a pensar que la influencia de lo inmediato, y la postergación de lo eventual y mediato, juega un rol decisivo en asumir la responsabilidad y la madurez de lo futuro en salud.

La mencionada adherencia fallida, se constata en sujetos sin patología actual, pero con riesgo elevado a futuro, y también en sufrientes de enfermedades demostradas y con expectativa de vida limitada. Nos parece saludable que los jóvenes no piensen en la muerte porque para ellos, se trata de un suceso lejano e improbable. Pero que, los mayores de 60 años, tampoco evalúen el compromiso personal, familiar, social, y que ignoren los cuidados que ameriten, configura una displicencia que invade el terreno de lo enfermizo.

Cuando efectuamos esta aseveración, pensamos, en la presencia de la baja autoestima, en la indolencia con que se enfoca los cuidados cotidianos, en la tendencia a no informarse con el médico, y si en cambio “navegar” en sitios comerciales para la salud. En tomar a pie juntillas, informes mediáticos espectaculares, realizados a veces por comunicadores que buscan seguidores, sin seriedad científica. En éstos días, en que luego del estudio de un grupo californiano, que habla del cansancio provocado por las estatinas, no cuestionable por la metodología, pero si muy discutible por la por el criterio de percepción de la fatiga, seguramente tendrá más peso que nuestra insistencia de tres lustros, para convencer del consumo de una de las drogas más valiosas para salvar vidas en los últimos 20 años.

Como síntesis final; nuestra propuesta:

- 1) Al hacer la indicación terapéutica tratar de pergeñar un pronóstico de cumplimiento.
- 2) Hacer las cuatro preguntas coyunturales más arriba mencionadas.
- 3) Proponer un periódico aunque lacónico informe por mail sobre el cumplimiento.
- 4) Si el paciente retorna a la consulta, jamás dar por sentado la continuidad

terapéutica.

- 5) Ser frontal, no agresivo, para saber las razones íntimas del abandono.
- 6) Recurrir al artificio: “personalmente, en su situación, no tendría dudas en cumplir con la sugerencia terapéutica” Pero con la aclaración de ser absolutamente sincero.

Estoy convencido de nuestras posibilidades, de poder derrotar a la “adherencia fallida”. Pero es imprescindible que conozcamos las limitaciones del paciente para cumplirla, y las nuestras para tener una respuesta exitosa.

Dr. Carlos Alberto Yelin

Especialista en Clínica Médica.(Colegio Médico) (1968)

Doctor en Medicina. UNR.(1970)

Sub-Director Académico Carrera de Doctorado. Facultad de Medicina. UNR.(2001)

*IntraMed agradece al Dr. Carlos Alberto Yelin la generosidad de compartir sus reflexiones con nuestros lectores.