

## Adherencia a tratamientos farmacológicos

Los tratamientos se inician con la intención de tratar de los médicos y la aceptación del tratamiento por parte de los pacientes. Así como hay una distancia entre la intención de tratar del médico y la prescripción del tratamiento, existe también una distancia entre la aceptación y la adherencia del paciente al tratamiento. La adherencia del paciente se inicia en la aceptación y debe prolongarse en su cumplimiento. La aceptación es un acto momentáneo, el cumplimiento es un acto que se reedita a lo largo del tiempo con cada toma del medicamento.

¿Cómo se hace para que una aceptación se convierta en cumplimiento? Parece claro que se requiere una fuerza docente convincente del médico y una memoria con fuerza compulsiva internalizada en el paciente. Este recordar compulsivo a lo largo del tiempo revela una estructura obsesiva, hipocondríaca porque se refiere a la presencia permanente cercana a la conciencia de la enfermedad o una médico-dependencia. Por otra parte el abandono del tratamiento puede representar un acto revelador de aspectos depresivos y ocasionalmente suicidas. La fuerza convincente del médico depende de su ingenua convicción, de su capacidad docente de transmitir un conocimiento, y a veces de incentivos que hacen dudar de tal ingenuidad. La adherencia al tratamiento dependerá no sólo de las condiciones físicas y psicológicas del paciente sino también de su contexto familiar y social, racional, emocional y económico.

Aceptar y cumplir un tratamiento significa no sólo admitir el poder persuasivo del médico sino también admitir su filosofía y una invasión de la intimidad capaz de alterar hábitos en aras de un resultado futuro. La adherencia al tratamiento se admite pues, como una disminución de la incertidumbre de lo que depara el futuro. Los médicos vemos en la no adherencia al tratamiento una falla en nuestra capacidad didáctica, estolidez del paciente o una expresión de su rebeldía como ocurre muy frecuentemente en adolescentes. Debe reconocerse que la población de pacientes es heterogénea no sólo por las distintas enfermedades que se padecen, sino también por capacidades intelectuales, económicas, hábitos culturales, y equilibrio emocional. Debe tenerse en cuenta también la influencia del contexto familiar y social que pueden ayudar a la adherencia al tratamiento o por el contrario socavar las intenciones de adherencia. En niños y ancianos, depresivos, psicóticos y dementes el contexto familiar y social es fundamental pero también puede serlo en adultos sin alteraciones psiquiátricas manifiestas cuando los efectos adversos de la medicación perturban las relaciones interpersonales y también cuando en pacientes con enfermedades transmisibles existen riesgos de propagar una enfermedad si no se adhiere a los tratamientos.

En Filadelfia se ha propuesto el 90SI (noventa segundos de intervención) que consiste en llamar por teléfono a la persona que el paciente refiere como alguien que puede ayudarlo a adherir al tratamiento e informarlo de cómo puede ayudar al paciente. Por otra parte la adherencia depende de las dificultades que encuentra el paciente para el acceso a la medicación y al control periódico profesional, escollos económicos y estupideces burocráticas que dependen de los sistemas de organización médica. Enseñar técnicas de autocontrol o el control participativo de personal paramédico pueden facilitar este acceso y contribuir a una mejor adherencia.

La aceptación y cumplimiento de una medicación debe tener en cuenta dos aspectos distintos, el primero es si alivia síntomas o previene consecuencias catastróficas, el segundo aspecto se refiere a la duración del tratamiento. Es más fácil la adherencia al tratamiento cuando cualquier omisión es seguida por la reaparición de síntomas. Es más fácil cuando la muerte parece inexorable si se suspende el tratamiento y se vive esta suspensión como un suicidio. El segundo aspecto se refiere a la duración del tratamiento y aquí pueden considerarse tres situaciones distintas, la primera se refiere a los tratamientos de corta duración (de menos de 1 mes), la segunda a los tratamientos de larga duración (entre 1 mes y dos años) y la tercera a los tratamientos de por vida, sea en forma continua o intermitentemente.

La adherencia a los tratamientos de corta duración suele ser satisfactoria aunque a veces aceptada a regañadientes. Los obstáculos en esta situación se refieren sobre todo a molestias por la vía de

administración, sabor desagradable o efectos adversos digestivos. La industria farmacéutica se ha esmerado en conseguir fármacos que puedan ser administrados por vía oral, mejorar los sabores hasta hacerlos atractivos y mejorar su tolerancia digestiva. El campo de los antibióticos, analgésicos y antitusígenos ofrecen buenos ejemplos. En estos tratamientos las normas suelen ser claras aunque en general los médicos solemos excedernos en la magnitud y en la extensión de los tratamientos en aras de una mayor certidumbre, aunque esto repercute en un mayor costo económico. La excepción a esta regla ocurre cuando los propios médicos se convierten en pacientes, en estos casos los tratamientos se acortan por debajo de las indicaciones y de las normas. Debe reconocerse que no por eso ocurren mayores complicaciones. La justificación de esta actitud podría ser la confianza que tiene el médico en su nivel de alerta, del que carece el paciente no médico. En los tratamientos cortos el médico suele tener una convicción, acertada o errada, pero que de todos modos constituye un factor que influye poderosamente en la adherencia de los pacientes.

La adherencia a tratamientos largos es más complicada, a las dificultades anteriores se suman efectos adversos de mayor riesgo o que interfieren más con la calidad de vida del paciente y aparecen problemas económicos para solventar los costos de los medicamentos, de las visitas médicas y los controles de laboratorio. Múltiples medicamentos, múltiples visitas médicas y múltiples controles atentan contra la capacidad económica de los pacientes y socavan su adherencia, excepto la de la población ansiosa hipocondríaca que estimulada por la ola cultural de medicalización pseudocientífica se siente más segura con la gran utilización de recursos. El uso masivo de medicamentos, convertido este uso en tema social, se convierte en una presión que ayuda a mantener la adherencia del mismo modo que la presión social ayuda a no fumar o a hacer dietas adelgazantes. Aquí hay que agregar también las dudas que socavan la convicción médica.

La adherencia a tratamientos de por vida agrega a las dificultades anteriores el tener que aceptar una dependencia médica. Para aceptar la dependencia médica se requieren rasgos de personalidad capaces de contrarrestar una tendencia natural de rebeldía que no acepta ver violada su autonomía. Es precisamente en los tratamientos crónicos donde se dan más frecuentemente las fallas en la adherencia al tratamiento. El médico debe estar alerta a esta circunstancia y debe explicar claramente al paciente cuales pueden ser las consecuencias de esta falta de adherencia. La supresión de la medicación no sólo puede dejar al descubierto la protección que se ejercía sobre una enfermedad sino en algunos casos provocar un fenómeno rebote con exacerbación de los procesos previamente inhibidos por el tratamiento.

Las catástrofes que ocurren en los hipertensos malignos que abandonan el tratamiento antihipertensivo, aun en los hipertensos moderados si suspenden la clonidina, y los accidentes tromboembólicos en los que suspenden el tratamiento anticoagulante son buenos ejemplos de este efecto rebote. El coma diabético, las convulsiones en los epilépticos, los accesos de asma y los ataques de gota son buenos ejemplos de la desprotección a la que se someten los pacientes al abandonar el tratamiento. El médico debe tener cabal conocimiento de las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento, explicarlas claramente a los pacientes y asegurarse que el paciente y algún familiar cercano hayan comprendido exactamente estas advertencias.

Este es uno de los ejemplos en los que se advierte la necesidad imperiosa de que el médico tenga como cualidad deseable una adecuada capacidad docente con sus pacientes. Una insatisfacción del paciente con respecto a las instrucciones del médico o una falla en la comprensión de las mismas evidencian una incapacidad docente del médico que tiene una significativa repercusión en la falta de adherencia a los tratamientos. Una exigencia insoslayable para con los médicos es que tengan la capacidad de hacer que sus indicaciones sean comprensibles para los pacientes. No puede dejar de reconocerse que las indicaciones terapéuticas ocurren al final de la entrevista médica y que después de una historia clínica plagada de tensiones el médico puede estar agotado para ese último esfuerzo y nuevamente influyen una falta de convicción, muchas veces más que justificada dado el sutil fraude de la promoción de algunos recursos preventivos.

La indicación del tratamiento puede ser una larga negociación con el paciente y a veces merecerá una entrevista especial para ella. Es necesario recordar que una mayor adherencia al tratamiento puede ser un factor fundamental para el éxito terapéutico, horarios, vías de administración, costo de la medicación, facilidades de acceso a los controles pueden hacer elegir un esquema de tratamiento sobre otro por conseguir mejor adherencia, aunque otro tratamiento que consigue menor adherencia pueda parecer teóricamente más apropiado.

Reconocer las barreras a la adherencia al tratamiento farmacológico es un imperativo para una buena asistencia médica ya que permite desarrollar las estrategias que aseguren un mejor resultado terapéutico. En este sentido el médico de familia está en mejores condiciones que los especialistas y la industria médica para optimizar estas estrategias. No es lo mismo la adherencia a los tratamientos farmacológicos en una investigación hospitalaria y en la práctica abierta en la que el sometimiento es menor y la influencia del contexto más poderosa. Elementos de lógica racional y elementos del pensamiento mágico pueden disponerse en proporciones variables para conseguir el mayor beneficio para el paciente y la sociedad, se obedece así al juramento hipocrático explícito de curar y confortar y al juramento implícito, si se aceptan los principios de una medicina científica, que exige decir la verdad. No es fácil acertar en una proporción de pensamiento mágico y racionalidad científica que nos aleje del charlatanismo y del cientificismo que pretende ignorar las consecuencias de sus actos. Este es un desafío ético para cada uno de los médicos.

Quizás un principio ético simple sería preguntarse si uno mismo seguiría las indicaciones que está dando. Simplemente no hagas a los demás lo que no te gustaría que te hicieran a ti y tampoco deja de hacer a los demás lo que no te gustaría que dejaran de hacer por ti. Esto no es absoluto pero es un buen modo de empezar para luego justificar las desviaciones a esa regla.

Creo que la evolución hacia la industrialización de la atención médica provocará la aparición de los especialistas terapéuticos. De hecho los oncólogos, los infectólogos y los especialistas en tratamiento del dolor ya se han convertido en esto. La proliferación de medicamentos hará imposible que un médico esté informado de todos los medicamentos, sus acciones terapéuticas, sus acciones adversas, sus interacciones, sus diferencias farmacocinéticas y sus precios. El paciente, en una planta de montaje, verá distintos operarios tratando de armar su vida a partir de los diagnósticos de sus enfermedades. El médico de familia será un héroe de nuestro tiempo si logra racionalizar una era postindustrial. Hay que ser optimista, sólo se requiere una informática de buena calidad y asequible y varias toneladas de sentido común y honestidad.

Alberto Agrest  
Castex 3575, 1425 Buenos Aires

- - -

*...no class of men need friction so much as physicians... The daily round of a busy practitioner tends to develop an egoism of a most intense kind, to which there is no antidote. The few setbacks are forgotten, the mistakes are often buried, and ten years of successful work tend to make a man touchy, dogmatic, intolerant of correction and abominably self-centered ... a man misses a good part of his education who does not get knocked about a bit by his colleagues in discussions and criticisms.*

...ninguna clase de hombre necesita tanto los enfrentamientos como el médico... La diaria visita de sala de un médico muy ocupado suele conducir a un enorme egoísmo, para el cual no hay antídoto. Los reveses son olvidados, los errores a menudo enterrados, y diez años de trabajo exitoso convierten a un hombre en alguien susceptible, dogmático, intolerante de las correcciones y abominablemente egocéntrico ...tal hombre pierde una buena parte de su educación al no verse enfrentado por sus colegas con discusiones y críticas.

William Osler

The functions of a state faculty. *Md State Med J* 1897; 37: 73-7. (citado en Roland CG. Osler's rough edge. *Ann Intern Med* 1974; 81: 690-2)