

## *La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento*

Daniel Alcantarilla Roura, Elisabet Güell Figa y Jorge Bello Mayoraz\*

Médicos de Familia. Centro de Asistencia Primaria Santa Clara. Girona. España.

\*Correo electrónico: jordibell@gmail.com

### Cuestiones polémicas

- La adherencia al tratamiento es baja en pacientes que deben tomar medicación de manera indefinida para controlar una enfermedad crónica, en especial si esta no es una, sino varias, y si se trata de tomar varios medicamentos.
- La carga terapéutica asumible, entendida como la cantidad de medicamentos que un paciente considera razonable tomar cada día (y por tanto, no tomará la medicación que esté más allá de este límite), es un número que varía de paciente a paciente y que el médico debe conocer.
- Los médicos debemos comunicarnos mejor con el paciente para que se mantenga fiel al tratamiento prescrito, y debemos hacerlo con los argumentos de la persuasión, la credibilidad, la mutua confianza, puesto que de esta calidad de comunicación depende la adherencia terapéutica.
- Se debe asumir esta responsabilidad, que es una corresponsabilidad: trabajar, velar para que el paciente se mantenga adherente al tratamiento.
- Para considerar que se ha hecho buena medicina ya no basta un buen diagnóstico y una adecuada propuesta de tratamiento, sino que cabe agregar las habilidades en comunicación médica que hacen que el paciente siga la pauta terapéutica indicada.
- Si la adherencia al tratamiento depende en buena medida de la calidad de la comunicación médica, entonces es necesario saber qué sabe el paciente sobre su enfermedad y sobre la pauta terapéutica indicada.
- Es necesario conocer la percepción del paciente sobre las explicaciones que recibió de su médico: si esta fuera frágil, cabría esperar poca adherencia (y mala evolución de la enfermedad), y si fuera sólida, cabría esperar buena adherencia, y es aquí cuando se podrá decir que lo hecho, bien hecho está.

**Palabras clave:** Comunicación médica • Responsabilidad médica • Adherencia terapéutica.

### *Introducción*

Bien sabemos que la relación entre el médico y su paciente ya no es de sentido único, del médico al paciente, sino que el paciente hoy puede cuestionar al médico, poner en duda su labor, su figura, su forma de hacer, y decidir en consecuencia si le hace caso o no. Cuando la materia en cuestión son medicamentos, debemos tener presente que el paciente conserva en todo momento la potestad de seguir la indica-

ción médica, y tomar la medicación prescrita, o no seguirla, y no tomarla. Por tanto, la adherencia al tratamiento es responsabilidad tanto del médico como del paciente.

Aunque esta relación entre médico y paciente conserva una dosis variable y probablemente necesaria de autoritarismo, paternalismo y dominación<sup>1</sup>, la adherencia al tratamiento no es una materia que el médico pueda imponer con este tipo de actitudes. Es más bien una materia que el médico debe transmitir con los argumentos de la convicción, la persua-

sión, la mutua confianza. Del éxito de esta comunicación dependerá la convicción del paciente sobre la necesidad de tomar la medicación. Y este es, en otras palabras, el éxito del médico.

“Es obligación del médico, mediante la explicación y la persuasión, conseguir que el enfermo siga el tratamiento tal como se le haya prescrito”<sup>1</sup>. Para lograr este objetivo, el médico debe considerar que cada paciente tiene unas prioridades de salud que le son propias, que son diferentes de las prioridades de los otros pacientes. Y que cada quien tiene una carga terapéutica asumible<sup>2</sup>, es decir, un *numerus clausus* de medicamentos que considera razonable de tomar cada día.

Más allá de este número, el paciente pensará que es demasiada medicación y dejará entonces de tomar las que considere excesivas. Este número varía de paciente a paciente, y es necesario que el médico lo conozca para saber si el enfermo realmente tomará la medicación que le prescribe. En este sentido, ya se está hablando de una medicina mínimamente disruptiva<sup>2</sup>, que plantea la necesidad de buscar con cada paciente el consenso que permita no pasar de la carga terapéutica asumible, lo cual obligará, en más de un caso, a priorizar algunos medicamentos sobre otros<sup>3</sup>.

## ***Comunicación y adherencia***

No tenemos bastante con un buen diagnóstico y una indicación terapéutica correcta: el médico sabrá que su trabajo está bien hecho si el paciente le hace caso. Si el paciente no toma la medicación, o la toma de manera incorrecta, o durante un tiempo insuficiente, el médico debe reflexionar sobre un hecho evidente: algo le ha salido mal, y esto hace que su *praxi* médica, en relación con ese paciente en concreto, quede en entredicho. Entonces, la comunicación entre el médico y el paciente es más que importante: es una parte decisiva de la labor médica.

El problema de la adherencia terapéutica adquiere más trascendencia cuando se trata de medicación crónica, en especial si la enfermedad que se quiere controlar es asintomática, y más aún si son 2 o más las dolencias del paciente, porque esto último requiere varios medicamentos al día. El paciente debe tomar esta medicación durante un tiempo indefinido con el objetivo de evitar un mal, de eludir el regreso del mal o de sortear un mal mayor, y de este proceso el médico también es responsable.

En este contexto, el paciente que sigue la recomendación del médico, repetida o actualizada con la frecuencia que aconsejen las circunstancias, es el paciente que cree en el médico y que recibe de él una información creíble, una información que puede entender y retener, oportuna, y proporcionada y adecuada al momento y al nivel de cada uno. En caso contrario, la adherencia al tratamiento será parcial, frá-

gil, inestable, y aumentará por tanto el riesgo para la salud del paciente.

Cuando se trata de enfermedades crónicas como, por ejemplo, la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia, la adherencia al tratamiento, entendida como una consecuencia de la comunicación entre el médico y el paciente, llega a un punto de máxima importancia porque se trata de conseguir que el paciente no deje la medicación, que continúe tomándola de manera indefinida. Esto no se consigue de manera impositiva, sino como consecuencia de lograr la convicción del paciente, lo que a su vez guarda relación con la confianza en el médico, con su credibilidad. Así, si el paciente deja la medicación y la enfermedad le ataca con virulencia, médico y paciente tendrán la desagradable sensación de fracaso.

Estos conceptos son evidentes y convenientes para las 2 partes pero, no obstante, la adherencia al tratamiento es en general baja. Por lo tanto, para controlar, por ejemplo, los factores de riesgo asociados a la hipertensión o la diabetes, en especial en la población más vulnerable (bajo nivel de estudios, extrajeros, inmigrantes), el médico necesita saber qué sabe el paciente sobre la propia medicación, sobre lo que debe tomar y sobre lo que le conviene hacer. Este es el primer paso para saber cómo y cuánto debe comunicarse con él para conseguir el grado más alto posible de adherencia terapéutica.

En este sentido se manifestaba Valentín Fuster, con la autoridad que todos le reconocemos, en un artículo de 2012<sup>4</sup> que es toda una lección. Afirma que la poca adherencia al tratamiento es un problema alarmante. Explica que el proyecto de investigación Manhattan 2004, sobre el grado de cumplimiento y adherencia al tratamiento de un conjunto numeroso de pacientes mostró que la adherencia terapéutica de los pacientes que recibían medicación para controlar la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia no pasaba del 60%.

Aún más: Fuster cita otro estudio en el cual la adherencia de un grupo de unos dos mil pacientes con vasculopatía y diabetes era de solo un 20%. Y no es novedad, porque la Organización Mundial de la Salud ya alertaba, en 2003, sobre la baja proporción de pacientes que realmente toman la medicación indicada para controlar algunas de las enfermedades crónicas más prevalentes<sup>5</sup>.

Esta poca adherencia al tratamiento es motivo de numerosas investigaciones que intentan precisar el problema y analizar sus causas para poder presentar una solución. En el artículo que citamos, Fuster identifica 7 factores que considera importantes para entender la baja adherencia terapéutica, y apunta que deberían servir como base para plantear posibles soluciones:

1. En contra de lo que se dice, no hay un perfil de personalidad asociado al paciente poco o nada adherente; por lo

tanto, este no es un factor al cual podemos atribuirle una parte de la culpa.

2. La comunicación entre médicos y pacientes es mala: el 74% de los médicos piensa que sus pacientes toman la medicación prescrita, pero el 83% de los pacientes no informa al médico sobre si la toman o no<sup>6,7</sup>. No concuerda, entonces, lo que el médico piensa que el paciente hace con lo que el paciente hace en realidad.

3. No hay relación directa entre los cambios en el estilo de vida y la adherencia al tratamiento: dejar de fumar o comenzar un programa de ejercicio físico no se asocia necesariamente a una mejor adherencia al tratamiento<sup>8</sup>. Entonces, será un error ingenuo pensar que el paciente es más adherente a la medicación porque es un buen adherente a la recomendación de una vida más saludable.

4. La edad, el sexo y el nivel de educación y de ingresos económicos, que sí son determinantes para la enfermedad, no lo son para la adherencia terapéutica.

5. El paciente quiere saber qué es esto que debe tomar, y por qué lo debe tomar y durante cuánto tiempo. Y, sobre todo, quiere saber qué efectos positivos le cabe esperar de la medicación, y qué efectos negativos puede tener. Aunque no lo suele decir, el paciente también quiere saber qué pasaría si dejara la medicación durante un tiempo.

6. Los profesionales de la salud se comunican con el paciente de una forma deficiente en cuanto a qué le explican de la enfermedad y de la medicación que debe tomar para controlarla. Y el tiempo que le dedican a esta explicación resulta insuficiente.

7. La adherencia, en fin, es una decisión del paciente que se fundamenta en cómo entiende la información que le transmite el médico. Estos datos serán más o menos útiles para decidir si comenzar o continuar el tratamiento según de qué manera hayan sido comunicados, recordados y renovados de manera periódica.

Una mirada crítica al conjunto de estos 7 puntos permite entender que el primer paso para mejorar la adherencia terapéutica de un conjunto determinado de pacientes debe ser el

punto quinto, relativo al conocimiento que tiene el paciente de la propia medicación. En cuanto se sepa cuál es este grado de conocimiento se podrá plantear cómo mejorarlo<sup>9</sup>. Nos hacen falta, por lo tanto, más estudios que valoren qué sabe el paciente de aquello que le dijo el médico.

## ***Reflexión final***

He aquí la reflexión con que terminan estas líneas, y pretenden dejar abierta la puerta de la conciencia de cada uno. Para ser buenos médicos y hacer una buena medicina, entre otras cosas, tenemos que saber qué sabe el paciente, qué entendió y qué retuvo, cómo y cuánto entendió de lo dicho y explicado, y qué siente, cómo percibe la información que le damos, porque esto nos afecta a todos.

## ***Bibliografía***

1. Ingelfinger FJ. Arrogance. N Engl J Med. 1980;303:1507-11 (traducción al catalán: Arrogància. Annals de Medicina. 2013;96:32-5).
2. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009;339:b2803.
3. Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. FMC. 2013;20:22-6.
4. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012;65 Suppl 2:10-6.
5. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. J Nurs Scholarsh. 2003;35:207. World Health Organization, 2003. Disponible en: [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherence-report/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherence-report/en/)
6. Lapane KL, Dubé CE, Schneider KL, Quilliam BJ. Misperceptions of patients vs providers regarding medication-related communication issues. Am J Manag Care. 2007;13:613-8.
7. Goldberg AI, Cohen G, Rubin AH. Physician assessments of patient compliance with medical treatment. Soc Sci Med. 1998;47:1873-6.
8. McHorney CA. The Adherence Estimator: a brief, proximal screener for patient propensity to adhere to prescription medications for chronic disease. Curr Med Res Opin. 2009;25:215-38.
9. Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. Pharmaceutical Care España. 2009;11:3-12.