

Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas

*Prevention and patient's compliance.
Two key factors to deal with non
communicable chronic diseases*

Over 50% of adults in Chile have a high cardiovascular risk. Thus, non communicable chronic diseases may surpass the capacity of the health systems. Therefore the prevention and treatment of their risk factors is urgent. Unfortunately, the low patient's compliance with prescribed treatment, reduces their efficacy. The best interventions to improve compliance with chronic treatment programs are: to simplify daily doses of medications and to do complex behavioral interventions. Risk factor prevention is a highly recommended action that has obtained promising results in Chile with the program «Mirame». To modify health behavior is also necessary to give people more power in their own care and to increase behavioral and social science contents into medical curricula (Rev Méd Chile 2004; 132: 1453-5).

(Key Words: Heart diseases; Patient compliance; Prevention and control; Preventive measures)

La Encuesta Nacional de Salud 2003 difundida recientemente, demuestra que más de la mitad de la población adulta chilena tiene un riesgo cardiovascular alto¹. Esto significa que el sistema de atención de salud deberá enfrentar una creciente carga de morbilidad durante las próximas décadas, bajo un marco legal más exigente que el actual, en el que se garantiza el acceso, oportunidad y calidad de la atención de las patologías secundarias a este alto riesgo. El panorama es preocupante, pues si no se logra disminuir las necesidades de atención producidas por las etapas tardías de las enfermedades crónicas, existe el peligro de que el sistema de atención de salud se vea sobrepasado y sea imposible cumplir con las garantías comprometidas.

Por otra parte, las enfermedades crónicas del adulto y específicamente las enfermedades cardiovasculares, comparten factores de riesgo que en

su mayoría son susceptibles de modificar: tabaquismo, dieta, sedentarismo, hipertensión arterial, hiperlipidemia y diabetes. Esta constatación ofrece el flanco lógico por donde intervenir, con el objetivo de prevenir o detener el progreso del daño en las personas.

El Programa de Salud Cardiovascular del Ministerio de Salud, sopesando la gravedad del problema, ha establecido estrategias de intervención específicas orientadas a prevenir la morbimortalidad a través de la reducción de los factores de riesgo asociados. En este contexto, el sistema de atención tiene la difícil misión de cumplir metas de compensación de patologías crónicas en la población que mantiene bajo supervisión. Para cumplir con estos objetivos se está dotando a los centros de salud primarios con recursos específicos. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud 2003 muestra que sólo 21% de los hipertensos se

encontraban en tratamiento farmacológico y de este grupo, apenas un tercio estaba normotenso. Asimismo, sólo 25% de los diabéticos que estaban en tratamiento, tenían glicemias normales.

La efectividad de los tratamientos de las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo y ampliamente estudiado, que todavía está lejos de ser resuelto. Por ejemplo, se ha descrito que no más de 50% de los pacientes hipertensos mantienen el tratamiento indicado y, entre éstos, un tercio lo aplican incorrectamente impidiendo así que se produzca el efecto esperado². Por lo tanto, el problema actual no radica en la eficacia ni en la disponibilidad de los medicamentos, lo que en general se ha logrado, sino más bien en la escasa adherencia a los tratamientos.

El problema de la adherencia a los tratamientos crónicos, se ha abordado desde distintas perspectivas y se han descrito numerosos factores asociados²:

- La frecuencia de dosificación.
- Los conocimientos sobre la enfermedad, su gravedad y consecuencias.
- Las actitudes, creencias y expectativas sobre los tratamientos y sus efectos favorables y adversos.
- La percepción sobre las propias capacidades para lograr cambios de conductas relacionados con buenos resultados (autoeficacia).
- Factores relacionados con el acceso y costo de la atención y tratamiento.
- Factores demográficos como edad, género, estado civil, nivel socioeconómico.
- Factores sociales y culturales como relaciones de apoyo familiar e influencia de normas sociales.

En consecuencia, con esta variedad de factores involucrados, se han probado numerosas intervenciones con el objetivo de mejorar la adherencia a los tratamientos crónicos. Éstas se pueden agrupar en cuatro categorías: cambios en la dosificación, programas educativos, programas de consejería conductual e intervenciones complejas que mezclan las categorías anteriores².

Existe clara evidencia de que la disminución de las dosis diarias contribuye a lograr una mejor adherencia a los tratamientos, especialmente si dosificaciones de más de dos tomas al día se reducen a una toma única². Algunas intervencio-

nes destinadas a modificar las conductas también han sido exitosas, especialmente cuando han combinado diferentes estrategias. Por ejemplo, ha demostrado ser costo-efectivo la combinación de: consejería sobre la importancia de la adherencia y cómo organizar la toma de los medicamentos; recordatorios sobre los controles y las indicaciones; reconocimiento de los esfuerzos del paciente en seguir las indicaciones; y el comprometer apoyo familiar para el cumplimiento del tratamiento. Por el contrario, la educación como intervención aislada, no ha demostrado ser efectiva en mejorar la adherencia, lo que concuerda con el concepto de que en la medida de que las intervenciones son más complejas se obtiene un beneficio mayor³.

Desde una perspectiva más amplia, además de actuar sobre el grupo portador del mayor riesgo con el fin de evitar que su daño progrese y se complique, es necesario disminuir la prevalencia de las condiciones de riesgo en la población, lo que significa intervenir en etapas tempranas de la patogénesis de estos problemas. Esta línea de trabajo esencialmente ligada a la prevención y promoción, si bien concita un alto consenso y ha sido parte de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, no ha logrado plasmarse en programas concretos y masivos. En este sentido conviene aprovechar la experiencia del programa ¡Mírame!, que después de diez años de trabajo, ha probado que es posible y costo-efectivo desarrollar intervenciones poblacionales de carácter promocional en poblaciones jóvenes⁴.

La adherencia a los tratamientos y la prevención de la aparición y progresión de los factores de riesgo, son objetivos que demandan un cambio sostenido en las conductas de las personas frente al cuidado de su salud. Es aquí donde el modelo de atención tradicional encuentra una barrera difícil de salvar. Es evidente que no basta con que el médico entregue las indicaciones adecuadas a cada paciente en una consulta que, con suerte, se prolonga por 20 minutos. Es durante el período intermedio entre una atención y la próxima donde realmente se pone en juego la efectividad del tratamiento y la prevención del daño en salud.

A la luz de las evidencias, es lógico modificar la relación y los métodos de comunicación entre el sistema de atención y los pacientes crónicos. El modelo de atención ambulatoria tradicional ha

estado centrado en el profesional, quien domina el poder dentro de la relación e induce de esta manera al enfermo a tomar una actitud receptiva y pasiva frente a su salud. En contraste con este modelo, es necesario que el médico y el equipo de salud, transfieran confianza, información, autonomía y dominio sobre el mejor cuidado de la salud a las personas, permitiendo así que ellas asuman progresivamente un mayor grado de responsabilidad en el tratamiento. Un modelo de atención que estimule al paciente a ser protagonista de su cuidado, especialmente cuando se enfrenta una patología crónica, tiene mayores probabilidades de lograr un mejor resultado⁵.

Conseguir una mejor efectividad en el tratamiento de los pacientes portadores de una enfermedad crónica y prevenir la aparición de factores de riesgo, son objetivos que si bien competen a toda la sociedad, en el sector salud aterrizan en el campo de la atención primaria. Es especialmente aquí donde se deben concentrar esfuerzos para modificar la relación asistencial. Al respecto, es imperioso desarrollar y evaluar acciones y métodos que apoyen y refuercen en las personas, actitudes y cambios de conductas favorables para su propia salud. El progreso en las tecnologías de comunicación ofrece una clara oportunidad para diversificar los contactos entre los enfermos y los centros de salud primarios y para facilitar el seguimiento y supervisión a distancia de los tratamientos. Asimismo, es conveniente ampliar el foco de la atención a la familia, pues ésta es quien tiene la oportunidad de apoyar e incentivar al paciente, en forma permanente, a que mantenga

los hábitos y tratamientos indicados. Es necesario, además, estimular el trabajo comunitario y coordinar los recursos locales en salud, en torno a programas que promuevan estilos de vida saludables. Particular importancia tiene en este campo el trabajo con el sector educación.

Para hacer posible este cambio en el enfoque asistencial, es necesario dotar a la atención primaria de profesionales especializados, con competencias específicas para interactuar con las personas, familias y comunidad bajo un paradigma biopsicosocial. En este sentido, es también responsabilidad de las universidades y específicamente de las escuelas de medicina, incorporar en la formación de sus alumnos una perspectiva más integral sobre la salud y enfermedad, agregando competencias en el campo de las ciencias sociales y de la conducta. Hay señales claras que apuntan a que este cambio en los currículos de formación médica constituye una tendencia global, en respuesta al complejo escenario que están enfrentando los sistemas de atención. Los problemas de salud predominantes están estrechamente vinculados con las conductas de las personas y para su enfrentamiento es necesario adquirir las capacidades para influir efectivamente en el cambio de estas conductas⁶.

Dr. Alvaro Téllez T.

Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Dirección Postal: Lira 44, Comuna de Santiago. Chile.
Fono: 56 2 354 6854. Fax: 56 2 354 8122. E mail: atellez@med.puc.cl

REFERENCIAS

1. *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Ministerio de Salud, 2004.
2. Interventions to improve patient adherence with medications for Chronic Cardiovascular Disorders. Special report. Technology Evaluation Center. BlueCross BlueShield Association, 2003. http://www.bcbs.com/tec/vol18/18_12.html
3. HAYNES RB. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA* 2002; 288: 2880-3.
4. BERRÍOS X, BEDREGAL P, GUZMÁN B. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile: Experiencia del programa «Mírame!». *Rev Méd Chile* 2004; 132: 361-70.
5. MICHIE S. Patient-centredness in chronic illness: what is and does it matter. *Patient Education Counseling* 2003; 51: 197-206.
6. *Improving Medical Education: Enhancing the Behavioral and Social Science Content of Medical School Curricula*. Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. 2004.