

La adherencia terapéutica: el eslabón olvidado entre los riesgos y los desenlaces

Therapeutic adherence: the forgotten link between risk and outcome

Enrique Melgarejo-Rojas

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Bogotá, Colombia

«No siempre los enfermos se toman los medicamentos».

«Antes de prescribir un medicamento, cerciórate de que tu paciente ha cambiado las condiciones que lo llevaron a la enfermedad».
(Hipócrates, 2500 a. C.)

Es bien sabido que las llamadas enfermedades cardiovasculares –en realidad cerebro-cardio-reno-angio-vasculares (CCRAV)–, constituyen la primera causa de mortalidad en el mundo, y generan morbimortalidad precoz, menos años vividos con calidad de vida, necesidad de hospitalizaciones, recaídas y costos progresivos en salud por comorbilidades y desenlaces, los cuales son de alto costo (infarto cardíaco, ataque cerebrovascular, falla cardíaca, diálisis, etc.).

Originan, además, incrementos en intervencionismo (angioplastias, *stents* y otros dispositivos), daño cognitivo, disfunción eréctil, etc., lo cual conduce a un impacto psicoemocional para el enfermo y para el entorno familiar y menor productividad, llegando incluso a ser una carga para la familia, para la sociedad y para los sistemas de salud y de pensiones y, adicionalmente, un riesgo significativo de demanda de necesidad de cuidadores –otro problema sin resolver–.

Pero no toda esta realidad es negativa. Lo que se ha mencionado previamente puede ser intervenido,

modificado, previsible y prevenible, y sus causas ya están identificadas: son dos barreras conocidas, pero poco intervenidas: a) la no adherencia-persistencia y b) la inercia terapéutica, que incluso, pueden convertirse en un «nuevo» factor de riesgo, ya que la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, están contenidos o son el resultado de la no adherencia a las recomendaciones terapéuticas.

A pesar de las nuevas clases terapéuticas para el manejo de los factores de riesgo y para las enfermedades crónicas indolentes, el impacto obtenido en los desenlaces, no es el esperado. Algunos lo definen como riesgo residual, otros, como pacientes fuera de metas, lo cual significa mayor riesgo de enfermarse por el no control integral de todos y cada uno de los factores de riesgo que inciden en el daño de la pared vascular y su templo: el endotelio. Un estado de oxidación-inflamación persistentes, inducido por los factores de riesgo, facilita llegar a la aterotrombosis y a la mortalidad prematura, justo por la disfunción endotelial.

Es innegable que los avances de la ciencia han permitido prolongar la expectativa de vida, y que, por tanto, de manera progresiva en el planeta, exista más gente añosa, pero lamentablemente mucho más enferma o con comorbilidades, lo cual es más prevalente en países con ingresos bajos¹.

Correspondencia:

Enrique Melgarejo-Rojas

E-mail: enrique.melgarejo@gmail.com

0120-5633 / © 2025 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01-05-2025

Fecha de aceptación: 10-06-2025

DOI: 10.24875/RCCARE.M25000158

Disponible en internet: 15-07-2025

Rev Colomb Cardiol. 2025;32(3):129-131

www.rccardiologia.com

¿Qué es la no adherencia-persistencia?

La no adherencia-persistencia se define como la no toma de medicamentos en la forma prescrita o en la no adopción simultánea de los cambios hacia el estilo de vida saludable; esto último muchas veces no es explicado en forma entendible y práctica por el médico (y en general por los profesionales de la salud).

Infelizmente, muchas facultades de medicina no han implementado aun la cátedra de técnicas de comunicación médico-paciente. Y es desde el primer contacto médico-paciente cuando no se logra una relación empática y asertiva, aunado a que no se le brinda al paciente información sobre la importancia y trascendencia de la adherencia, y mucho menos, se le dan herramientas para facilitarle los cambios hacia lo saludable.

Nos limitamos a decirle «suspenda el azúcar, bájale a la sal, evite las grasas, no abuse del alcohol, haga ejercicio, no se estrese y deje de fumar»... pero ¿cómo? No sabemos o no hay tiempo suficiente en la consulta para objetivar o aterrizar entendiblemente las recomendaciones. Le decimos el qué, pero no el cómo. Y como agravante, los sistemas de salud se enfocan en «curar» enfermedades, pero no hablan ni se esfuerzan en cómo preservar la salud, antes de que esta se pierda.

Los médicos aparecemos en escena tarde, cuando hay daños funcionales o estructurales avanzados; es decir, cuando el paciente ya es sintomático (etapa 3 de la enfermedad).

La no adherencia-persistencia es un tema transversal, que afecta a todas las enfermedades crónicas no dolorosas, –si hay dolor, el paciente toma su medicación para sentirse mejor–, pero las que no duelen (hipertensión, diabetes *mellitus* 2, dislipidemias, etc.) , el paciente no ve la necesidad de empezar o mantener la toma de medicamentos prescritos. Además de que desconoce en qué consisten (como ya se mencionó), ignora sus complicaciones. Esta es la verdadera ignorancia que mata.

La comunicación poco asertiva y poco empática entre médico y paciente, debido a diferentes causas, siendo la más relevante el corto tiempo asignado para las consultas, y el lenguaje que muchos médicos usan con sus pacientes, lleva a que estos no entiendan y, por lo tanto, no actúen ni cambien su comportamiento. Si el paciente no comprende qué es un factor de riesgo, la hipertensión arterial, la diabetes o las dislipidemias, entre otros, y tampoco se le informa sobre sus complicaciones, no tomará consciencia de su responsabilidad ante la enfermedad. Hay que enseñarle que

él puede empoderarse y ser autor del autocuidado a través del conocimiento y por convicción. Esto conllevará indudablemente a un mejor logro de metas.

Resulta más contundente aún que en el último reporte de *The Global Burden of Cardiovascular Diseases 1990-2019*², solo se ha logrado reducir el tabaquismo, pero ha aumentado la obesidad, la cual está asociada a la progresiva cultura actual de consumir productos ultraprocesados y menos alimentos naturales. Y debido a las exigencias del «trabajo laboral», tanto hombres como mujeres carecen del tiempo o la energía para hacer ejercicio, incluso teniendo una bicicleta estática o una caminadora cerca, en cambio, las usan para colgar la ropa.

Los datos muestran que el impacto de la no adherencia-persistencia es endémico y, como se mencionó, es más dramático en los países de bajos y medianos ingresos, lo cual constituye una verdadera socio-econo-patía.

La no adherencia va de la mano con la inercia terapéutica, la cual se debe, en gran parte, al compromiso insuficiente del médico para lograr o mantener a su paciente dentro de las metas terapéuticas o, lo que es lo mismo, a dar un manejo integral e individualizado. Es un problema multifactorial, que va desde la pobre comunicación y el tiempo limitado de las consultas ya mencionadas, hasta el *burnout* que hoy se ha reconocido como un estado que afecta a muchos profesionales de la salud en general, en todo el mundo³.

Hasta hace cerca de cinco años, las guías (especialmente las de hipertensión) comenzaron a hacer énfasis en tomar en consideración la adherencia en la población tratada. Y es tan importante indagar y constatar la adherencia, que, por ejemplo, la primera causa de hipertensión arterial «resistente» es la no adherencia, pero si el médico no pregunta, el paciente no contesta. En la vida real hay otra barrera: en los simposios y congresos médicos muy poco se trata la importancia de la adherencia-persistencia, como tampoco en los megaestudios se analiza el factor de no adherencia ni su impacto en los resultados.

En resumen, no ser adherente es aumentar los riesgos para un envejecimiento con comorbilidades o hacia una mortalidad prematura.

Recomendaciones para soluciones

Es imperativo, con base en lo mencionado, concientizar a los sistemas de salud para que implementen políticas de difusión dentro del marco de la medicina

preventiva, de la prevención primordial y de la prevención primaria y secundaria; además de trabajar en conjunto con sociedades científicas y facultades y academias de medicina.

Adicionalmente, es necesario fomentar la investigación en esta área (especialmente en Latinoamérica, en donde hay escasa información), incluyendo estudios de costos en salud, y es primordial educar a los profesionales de la salud en técnicas de comunicación médico-paciente, dándoles herramientas para que fomenten el autocuidado, prescriban medicamentos en combinación y hagan aun seguimiento periódico para evaluar la evolución de la adherencia y el estado de salud de sus pacientes.

Los médicos debemos aplicar el ABC de la comunicación con los enfermos:

- A. Atención. Esto es escuchar al enfermo, no simplemente oírlo, mirarlo a los ojos y analizar cada gesto y cada síntoma.
- B. Bondad. Bajarnos de nuestro pedestal. Para algunos, MD significa Medio Dios, o según su

ego, para otros puede significar Más que Dios. Ser conscientes de que nos está consultando un ser humano desvalido; alguien que confía en nosotros; un ser humano desvalido y muchas veces con dolor, angustia e incertidumbre.

- C: Caridad. Entender al enfermo, «desde sus zapatos», sufrimiento e incertidumbres.

Al fin de cuentas, tratamos seres humanos en momentos difíciles o críticos de sus vidas, y no podemos olvidar que, por encima de todo, elegimos ser médicos.

Referencias

1. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Organización Mundial de la Salud; 2020.
2. Mensah GA, Fuster V, Murray CJL, Roth GA; Colaboradores de la Carga Global de Enfermedades y Riesgos Cardiovasculares. Carga Global de Enfermedades y Riesgos Cardiovasculares, 1990-2022. *J Am Coll Cardiol.* 2023;82(25):2350-473.
3. Ungur AP, Bârsan M, Socaciu AI, Râjnoveanu AG, Ionuț R, Goia L, et al. Una revisión narrativa del síndrome de *burnout* en el personal médico. *Diagnóstico.* 2024;14(17):1971.