

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Periodicidad quincenal
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECUMENTADOR QUE ABUSA DE LA AUTOMEDICACION Y NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

Patrocinado por



Solicitada acreditación al Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC)



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECUENTADOR QUE NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECUENTADOR QUE ABUSA DE LA AUTOMEDICACIÓN Y NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
DISTRITO METROPOLITANO. GRANADA. GRUPO DE DIABETES DE SEMERGEN

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

“Esto no puede seguir así; no toma la medicación como le digo, no se cuida, continúa fumando, no sólo no hace dieta sino que en los últimos 2 meses ha ganado 3 Kg., no anda por que le duelen las rodillas... eso sí, acude a urgencias cada 2-3 días y a la consulta de enfermería para que le tomen la tensión, se atiborra de antiinflamatorios y sólo quiere

que le recete tiras y tiras para la glucosa y que le haga análisis y radiografías...”.

¡Cuántas veces hemos oído estos comentarios! Y ¿Cuántas veces nos hemos quedado con ganas de transmitirlos al paciente?

CASO CLÍNICO

Juan tiene 52 años, trabaja como conductor de camiones de largo recorrido. Es diabético, hipertenso, padece de EPOC, es fumador de más de 20 cigarrillos al día, es obeso (IMC: 36), dislipémico... Tiene prescritos multitud de medicamentos que toma de forma anárquica y, entre los cambios que realizan los especialistas que visita, los prescritos por los médicos del servicio de urgencias y los que de forma personal introduce en su tratamiento, no sabemos que medicación toma realmente: diversos antihipertensivos (que se autodosifica sin criterio), uso de inhaladores múltiples, empleo irregular de antidiabéticos que utiliza supuestamente según su nivel de glucemia y dosificaciastinas que sólo toma ante los frecuentes excesos dietéticos.

Acude a consulta a renovar las recetas de “su medicación” y presenta TA: 190/105 y glucemia de 296 mg/dl.

DISCUSIÓN

Posiblemente Juan tendría bien merecido el comentario con el que iniciaba este caso, y también, posiblemente nos sirviera de desahogo, pero... ¿qué hacer? ¿Cómo se ha llegado a esta situación? ¿vale la pena continuar, o empezamos de nuevo?

Quizá, esto último sea lo más razonable para todos, es decir, replantearnos la situación y los escasos logros que hemos obtenido hasta ahora e intentar introducir algún cambio sustancial que sirva de

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECIENTADOR QUE NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

estímulo para modificar esta deteriorada relación médico-paciente.

Está claro que Juan tiene un perfil de riesgo muy elevado, y que indudablemente necesita tratamiento, pero sobre todo, lo que precisa es sentirse implicado en “su enfermedad”. La responsabilidad última de su salud es suya, y, nosotros como médicos, no podemos sentirnos responsables ni cómplices de esta situación, por tanto deberemos hacer todo lo que esté en nuestras manos para “implicar” a Juan; pero no deberemos desmoralizarnos si no obtenemos los resultados esperados habiendo utilizado todos los recursos a nuestro alcance.

¿Sabe Juan el riesgo que le supone mantener su actual situación? ¿Sabe Juan que, con su colaboración, podríamos ayudarlo? Con total seguridad que se lo hemos expuesto no una sino muchas veces, pero ¿lo ha entendido?... Siempre debemos plantearnos que si el mensaje no ha llegado al paciente de forma adecuada, es o porque no lo hemos emitido o porque no lo ha asimilado correctamente. ¿Hemos transmitido la información de forma adecuada a Juan? Son muchas las causas que pueden interferir en esta comunicación: ruidos (no sólo físicos, sino interrupciones frecuentes y habituales en la consulta, el teléfono, la excesiva presión asistencial, las prisas...), interferencias cognitivas (el médico ignora determinados aspectos psicosociales del paciente que influyen de forma determinante: soledad, aislamiento, profesión, creencias...), interferencias emocionales (irritación, agresividad, estrés...) e interferencias sociales debidas, sobre todo, a las diferencias socioculturales entre el médico y el paciente. Todas estas diferencias pueden inducir en nosotros una menor implicación e incluso una menor información (“...de todas formas no lo va a entender”), y,

puede ocurrir que aquellos pacientes que necesitan más tiempo e información sean los que menos la reciban.

¿Cuál es el objetivo que debemos plantearnos con Juan? Evidentemente, mejorar su perfil de riesgo, tanto con medidas farmacológicas como con medidas no farmacológicas, es decir, nuestro objetivo debe ser cambiar los hábitos de Juan: Educar. Según el diccionario, educar es “preparar a alguien para cierta función o para vivir en cierto ambiente o de cierta manera”, pero esta definición puede precisarse más: “se trata de un proceso de socialización y desarrollo tendente a capacitar al individuo para desenvolverse en su medio, facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales” (Rochon, 1.991). En suma, parece lógico que el primer paso de “la nueva relación” con nuestro paciente sea educar y motivar, lo que supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales o mantener los saludables. La educación para la salud parte de un modelo participativo, en el que tanto los sanitarios como los pacientes colaboran con un objetivo común como es conseguir los mejores niveles posibles de salud, y en el que se consideran básicos el derecho del paciente a la información y la necesidad de que éste se involucre en la toma de decisiones, aumentando su responsabilidad en este campo. No se trata de un acto puntual, sino de un proceso a lo largo del cual se establece una relación en la que el comportamiento ocupa un papel central y donde el valor de los mensajes educativos estriba no tanto en la cantidad de información suministrada como en la forma en que se hace. Para ello habrá que adaptarse en todo momento a las características y necesida-

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECUENTADOR QUE NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

des propias de cada paciente. Pero hemos de recordar siempre que la información, aunque es necesaria, no es suficiente para cambiar los hábitos, no basta para generar conciencia de riesgo, ni tampoco, el saberse en riesgo implica que se vayan a aceptar los cambios. De ahí la importancia paralela de la motivación (Tabla I).

Este proceso se inicia desde el momento en que damos una recomendación: “Juan es muy importante que haga bien la dieta para controlar su diabetes”, pero mientras Juan no incorpore la información sobre su alimentación a su manera de pensar y a su forma de comer, el conocimiento no le será de utilidad. La respuesta que obtengamos va a depender de que nuestro paciente esté atento al contenido de nuestro mensaje, esté motivado para realizarlo y preparado para llevarlo a cabo. En este sentido, la ayuda que un profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en conducir con delicadeza la entrevista, movilizándolo sus recursos para posibilitar que Juan se percate por sí mismo de la importancia del cambio y que adquiera suficiente autoconfianza como para intentarlo; el paciente poco a poco va alcanzando pequeños objetivos y se le estimula para que nos hable de los pros y contras que tiene para él su “nueva conducta”, y según lo va haciendo se va implicando progresivamente en el tema a la vez que evalúa sus fuerzas para intentar una nueva acción. Si sus argumentaciones son débiles, será el médico quien deba reforzarlas.

El cumplimiento o adhesión terapéutica se define como el grado hasta el cual la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica. Esto incluye el tratamiento farmacológico, las indicaciones dietéticas, la actividad física y el abandono de hábitos nocivos. La falta de cumpli-

TABLA I. Factores que facilitan o dificultan los cambios en los estilos de vida

- Creencias y expectativas
- Influencia y/o presión
- Duración de la conducta a cambiar
- Repercusiones físicas o psíquicas
- Presencia de un modelo prestigioso o influyente
- Grado de autoestima
- Grado de motivación

La ayuda profesional tendrá más éxito cuanto más cerca esté de las necesidades del paciente en cada momento.

miento es muy frecuente llegando a afectar hasta el 67 por ciento de los diabéticos y hasta el 47 por ciento de los hipertensos y además de las repercusiones clínicas, en cierto modo, invalida nuestro trabajo: por muy buena que sea la relación tanto profesional como personal con nuestros pacientes, si no conseguimos que asuman los cambios o el tratamiento indicado y los mantengan, no vamos a mejorar su salud. El cumplimiento terapéutico nunca está garantizado, ya que aunque seamos unos profesionales perfectamente adiestrados en entrevista clínica y técnicas de comunicación, tengamos unas relaciones corteses y de respeto con nuestros pacientes y hagamos de forma habitual educación sanitaria en nuestra consulta, hay determinantes ajenos a nosotros que influyen en él (Tabla II).

En resumen, y volviendo a nuestro paciente, la idea es reconducir la relación para implicar a Juan tanto en su tratamiento farmacológico como en la adopción de hábitos saludables y, asimismo, hacerlo participe de todos los logros obtenidos, evitando, en la medida de lo posible, recriminaciones sobre actitudes y comportamientos que puedan deteriorar la

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTE HIPERFRECIENTADOR QUE NO CUMPLE EL TRATAMIENTO PRESCRITO

TABLA II. Factores determinantes del incumplimiento terapéutico

- Derivados del médico: cuanto más explícitas son las instrucciones mayor es el cumplimiento.
 - Relación médico-paciente: empatía, cordialidad...
 - Tono emocional de la entrevista: el tiempo de conversación de temas no médicos (chatting) se asocia a un mayor cumplimiento.
 - Información facilitada: claridad, seguridad, garantía...
- Derivados del paciente:
 - Creencias acerca de la enfermedad: mitos, sabiduría popular, experiencias previas o de familiares...
 - Estado emocional.
 - Factores socioculturales: profesión, formación...
- Derivados de la enfermedad:
 - Las enfermedades agudas y sintomáticas, y las percibidas como graves mejoran el cumplimiento.
 - Las enfermedades crónicas y asintomáticas se asocian con mayor tasa de incumplimiento.

relación y distanciarlo aun más del camino a seguir. El como hacerlo es otra cuestión que requiere habilidad, conocimientos teóricos y sobre todo mucha

práctica. A modo de síntesis, los principales puntos a recordar son:

- Cuando un paciente niega que su actitud es nociva para la salud, probablemente ni siquiera ha contemplado la posibilidad del cambio. Necesitaremos grandes dosis de tiempo y de paciencia para persuadirle de lo contrario.
- No debemos atacar directamente y en una primera instancia las posibles justificaciones del paciente, tal y como hacíamos al principio de este capítulo. Es más efectivo tratar de ser dialogantes y negociar o proponer pactos.
- Debemos simplificar nuestras recomendaciones y permitir que el paciente se exprese y se justifique sin interrupciones, manejando correctamente el tiempo y los silencios.
- Los argumentos en contra no tenemos porque evitarlos, al contrario, los realizaremos con firmeza y seguridad, pero de forma empática, haciendo más hincapié en los beneficios que suponen nuestras propuestas que en los peligros de ignorarlas.
- Y, sobre todo no desanimarse; y si no lo conseguimos, lo volvemos a intentar con el siguiente paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Butler C, Rollnick S and Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. Canadian Medical Assoc Journal 1996; 154 (9): 1357-1363.
- Cebriá Andreu J y Bosch Fontcuberta JM. ¿Seguro que se toma la medicación?. FMC 2000; 7 (10): 690-691.
- Córdoba Victoria A y Costa Zamora P. Informando al paciente. En: Entrevista e historia clínica. Pag: 39-52. Semfyc y Semergen 2002. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.
- Haynes RB, McKibbon KA and Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. Lancet 1996; 348 (9024): 383-386.
- Rigueira García AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos en España? Atención Primaria 2001; 27 (8): 559-568.
- Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson SA, 1991.