

Cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en nuestro medio

C. Campo Sen

Unidad de Hipertensión. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Resulta ciertamente paradójica la situación actual en el tratamiento de la hipertensión arterial. Por un lado, la enfermedad cardiovascular continúa como la primera causa de mortalidad en países industrializados, siendo la hipertensión arterial uno de sus más importantes factores, al menos entre los modificables. Por otro lado, en los últimos años se ha desarrollado un completo arsenal terapéutico de eficacia demostrada. Sin embargo, no se alcanzan los logros esperados del tratamiento de la hipertensión arterial, al menos en términos poblacionales. Las causas de esta situación son complejas, entre ellas un inadecuado nivel de control tensional¹, pero comparten como situación última alguna forma de incumplimiento terapéutico que puede oscilar entre el desconocimiento completo de la enfermedad al olvido de las tomas de medicación.

Todos los autores convienen en reconocer al incumplimiento como uno de los grandes desafíos en el tratamiento de la hipertensión arterial. La literatura generada por este tópico es abrumadora y está en crecimiento y el problema ha sido analizado desde muy diversos puntos de vista.

Los porcentajes de incumplimiento son muy variables, entre un 30 % a un 60 % en los diferentes estudios de nuestro país²⁻⁵, con una situación similar en la literatura internacional⁶.

Los fundamentos de la escasa adherencia al tratamiento antihipertensivo son bien conocidos (tabla 1). Por otro lado, las propuestas para solucionarlo son universalmente aceptadas y se producen con pequeños cambios en publicaciones⁷ y directrices⁸ (tabla 2).

Sin embargo, a pesar del magnífico planteamiento de las causas y soluciones, su impacto en mejorar la situación real parece mínimo. Aunque la eficacia de las medidas para incrementar la adherencia terapéutica parecen bien demostradas⁹ precisan un constante y considerable esfuerzo por parte del personal.

La modificación del estilo de vida reporta indudables beneficios en los pacientes hipertensos, pero el elevado coste personal y social de estas medidas justifican su escasa aceptación. Parece,

TABLA 1
Causas de incumplimiento terapéutico en hipertensión

Características de la enfermedad y de los pacientes

- Desconocimiento de la definición, secuelas y necesidades terapéuticas de la hipertensión
- Ausencia de síntomas
- Comienzo en edades tempranas, mientras que el inicio de las complicaciones se ve como algo lejano
- El mero diagnóstico de hipertensión supone una amenaza para el paciente: laboral, social, psicológica, sexual, etc.

Características del tratamiento

- Efectos adversos de la medicación
- Cronicidad del tratamiento y coste económico
- Complejidad de las pautas terapéuticas en ocasiones
- Ausencia de beneficios constatables (no se puede estimar la reducción del riesgo individual con el tratamiento)

por tanto, más interesante comprender por qué los pacientes hipertensos renuncian a seguir un tratamiento farmacológico casi inocuo que puede controlar sus niveles de presión (y de riesgo), incluso manteniendo el mismo estilo de vida.

Los motivos referidos por los pacientes han sido estudiados por Crespo et al¹⁰: hasta un 88 % de las razones aportadas por los pacientes de primaria sobre su incumplimiento tienen relación con infraestimación del riesgo (olvido, vacaciones, pereza, encontrarse bien y falta de amenaza por la enfermedad) y sólo un 12 % por efectos de la medicación (actitud negativa, baja expectativa de resultados y efectos adversos), mientras que en los pacientes atendidos en una unidad hospitalaria de hipertensión el incumplimiento por motivos atribuibles al tratamiento alcanzaba un 59,6 %, por lo que sólo un 40,4 % parecía menospreciar los riesgos asociados a la enfermedad.

Estas motivaciones pueden influir de distinta forma en las diferentes formas de incumplimiento, que podemos clasificar de acuerdo a sus consecuencias o severidad en:

TABLA 2
Estrategias para mejorar la observancia
al tratamiento farmacológico⁸

Explicar al paciente el objetivo del control de la hipertensión arterial
Simplificar el régimen terapéutico siempre que sea posible
Evitar cambios de régimen terapéutico en cada visita
Incluir la toma de medicación en alguna rutina diaria
Preguntar sobre adherencia al tratamiento en cada visita
Felicitar al paciente cuando consigue el objetivo
Minimizar el tiempo de espera de los pacientes
Facilitar el acceso del paciente al personal sanitario
Encauzar al paciente para que participe en su autocuidado
Constatar que el paciente acude a las visitas programadas
Aumentar la observancia incrementando las visitas
Controlar a aquellos pacientes que pierden visitas
Considerar la inobservancia antes de aumentar las dosis
Prestar especial atención a los grupos de alto riesgo
Establecer una buena relación médico-enfermería/paciente
Dar instrucciones claras y por escrito

1) Ausencia de tratamiento: generalmente con desconocimiento de la enfermedad.
 2) Abandonos terapéuticos: suspensión indefinida del tratamiento.
 3) Vacaciones terapéuticas: abandono transitorio de la medicación.
 4) Irregularidad en las tomas: incluye la autosuficiencia según la sintomatología subjetiva.
 5) Olvidos de las tomas: frecuentes a esporádicos. Se dan incluso en los mejores cumplidores. Estas tres últimas formas de incumplimiento pueden estar asociadas a la cronicidad de la enfermedad, cansancio del paciente, temor a la medicación e información o conceptos erróneos sobre la enfermedad, sin embargo, el paciente suele continuar controlando su presión y asistiendo a las revisiones, por lo que rara vez llegan a un descontrol severo. Sin embargo, los pacientes que abandonan el tratamiento (o nunca lo iniciaron) suelen demandar asistencia sólo en caso de crisis hipertensivas sintomáticas o eventos cardiovasculares, por lo que sus consecuencias son notablemente más serias. Este tipo de incumplimiento se corresponde, en general, a una infravaloración del riesgo asociado con la elevación de la presión arterial. Es evidente que los esfuerzos para mejorar el cumplimiento deben diversificarse y adaptarse

a las diferencias que existen entre los diferentes tipos de incumplimiento.

En un entorno hospitalario los pacientes tienen, en general, mayor conciencia de su enfermedad, pero encuentran dificultades con los regímenes terapéuticos: complejidad, efectos adversos, etc. El desarrollo de fármacos cada vez mejor tolerados, las fórmulas galénicas que alargan la vida media y las combinaciones fijas que simplifican el esquema terapéutico pueden contribuir, en gran medida, a mejorar el cumplimiento de este tipo de pacientes. Además, los consejos habituales para aumentar el cumplimiento tienen pleno sentido, especialmente mejorando la relación personal sanitario/paciente y los conocimientos y responsabilidad del enfermo¹¹.

Sin embargo, es en el ámbito de Atención Primaria, que asiste a la gran mayoría de pacientes hipertensos, donde el cumplimiento o su control tienen un gran impacto sobre la salud cardiovascular de la población general.

Como vimos, en Atención Primaria prevalecen las actitudes de infraestimación del riesgo que se asocian probablemente con las formas más severas de incumplimiento: ausencia de tratamiento e incluso de seguimiento de la enfermedad. Las recomendaciones al uso están destinadas a reforzar la adherencia del paciente medianamente cumplidor, pero tiene escaso impacto en el que no acude a las visitas, rechaza de plano su condición de hipertenso o incluso la desconoce. Por tanto, mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes hipertensos conlleva una actuación en diversos frentes.

Replanteamiento del esquema asistencial

Hasta ahora la atención sanitaria en nuestro país viene marcada por la tendencia a satisfacer una demanda de asistencia solicitada por el paciente. Sin embargo, detectar y reclutar para seguimiento a los pacientes que desconocen o desestiman la enfermedad exige actitudes activas. Además, la captación de los casos no diagnosticados tendería a sobrecargar un sistema ya masificado. Por tanto, esto es difícilmente planteable sin una dotación de recursos asistenciales para la detección activa y el manejo adecuado de los nuevos casos. Sería necesario desarrollar equipos para el manejo específico de la hipertensión en los centros de Primaria, preferentemente con un enfoque multidisciplinar y enfocados a las actuaciones comunitarias. En estos equipos la enfermería debería representar un papel central por su capacidad para desarrollar actividades protocolizadas y su facilidad de conectar con los pacientes¹².

El fin último sería censar la población de hipertensos y establecer un tutelaje sobre la asistencia a visitas y consumo de medicación, amén de la mejora de la atención prestada.

En nuestra experiencia el incremento de la atención al paciente (visitas, exploraciones, pruebas, etc.) mejora el grado de control tensional, tanto en los programas dirigidos a este fin¹³ como en los estudios sin intervención específica en control¹⁴ (incluso de hipertensos refractarios), debido al impacto sobre el cumplimiento farmacológico de estos cuidados extraordinarios.

Campañas de sensibilización

Se debe mejorar el conocimiento sobre los aspectos claves de la hipertensión (definición, significado, pronóstico, etc.) no sólo en pacientes, sino en población general, dada la elevada prevalencia de este problema.

Paralelamente, el profesional médico tiende a subestimar los riesgos de la hipertensión y a considerar satisfactorio el nivel de detección y control de la enfermedad de su población. Esto permite explicar la amplia tolerancia que existe con el cumplimiento inadecuado¹. Por ello, aumentar la cultura médica sobre estos problemas constituye un paso necesario para mejorar la cumplimentación de las recomendaciones existentes.

Finalmente, se deben dirigir esfuerzos para que los pacientes se hagan copartícipes de la responsabilidad en el manejo de la enfermedad, asignándoles un papel activo en el control de la presión mediante la automedida domiciliaria, participación en la toma de decisiones, implicación en los órganos de conocimiento y difusión de la enfermedad, la agrupación en asociaciones de hipertensos, etc.

En definitiva, nos encontramos ante un problema de salud pública de primera magnitud, cuyas causas y soluciones están bien definidas, pero que exigen el compromiso responsable de

todos los implicados: administración, estamento médico y pacientes, para avanzar en la aplicación de las medidas necesarias para paliar sus consecuencias.

Bibliografía

1. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 98. Hipertensión 1998; 15 (8):298-307.
2. Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. Rev Clín Esp 1990; 187:103-106.
3. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E, Pérez A, et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Atención Primaria 1984; 11:185-191.
4. Gil VF, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de epidemiología clínica. Departamento de Medicina. Universidad de Alicante, 1995; II (13):259-274.
5. Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, Serra J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. Med Clín (Barc) 1997; 109:702-706.
6. Sackett DL. The hypertensive patient. Compliance with therapy. Can Med Assoc J 1989; 139:545-549.
7. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Grupos de trabajo en hipertensión SEH-LELHA, 1996; 63-72.
8. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-V). Arch Intern Med 1997; 157:2.413-2.443.
9. Council of Scientific Affairs. Education for health. A role for physician and the efficacy of health education efforts. JAMA 1990; 263:1.816-1.819.
10. Crespo N, Rubio VJ, Casado MI, Sánchez-Martos J, Campo C. Factores moduladores de la adherencia farmacológica en hipertensión arterial. Hipertensión 2000; 17:4-8.
11. Martínez Amenós A. Estrategias para mejorar la observancia terapéutica en el hipertenso. En: Pardell H, Rodicio JL, eds. Tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Doyma, 1993.
12. Hill MN, Bone LR, Butz AM. Enhancing the role of community-health workers in research. Image. Journal of Nursing Scholarship 1996; 28:221-226.
13. Crespo N, Casado MI, Cano A, Mingote C, Ruilope LM, Campo C. Impacto de un programa de intervención psicológica cognitivo-conductual sobre las necesidades terapéuticas en hipertensión arterial esencial. Hipertensión 1999; 16:74 (abstract).
14. Redon J, Campo C, Narciso ML, Rodicio JL, Pascua JM, Ruilope LM. Prognostic value of ambulatory blood pressure monitoring in refractory hypertension. A prospective study. Hypertension 1998; 31:712-718.