



EDITORIAL

La adherencia, el talón de Aquiles de la enfermedad cardiovascular

Adherence, the Achilles heel of cardiovascular disease

M.I. González-Anglada

Unidad de Medicina Interna, Riesgo Cardiovascular, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2012

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en España y uno de los principales motivos de ingreso hospitalario, discapacidad y consumo de recursos sanitarios. La hipertensión arterial (HTA), la dislipemia, el tabaquismo y la diabetes son los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables por su elevada prevalencia y riesgo de complicaciones. La prevalencia de la HTA en España es del 35%, es la responsable de un 62% de ictus y de 49% de infarto agudo de miocardio (IAM)¹.

La intervención sobre los FRCV modificables aporta beneficios tanto sobre la aparición de la ECV, como sobre su mortalidad. Múltiples ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que el tratamiento de la HTA reduce el riesgo de ictus un 40 y un 15% el de IAM^{2,3}. Estudios epidemiológicos reflejan en países desarrollados un descenso en los últimos 10 años del 35% de la mortalidad cardiovascular, la mitad de ese descenso es atribuible al tratamiento farmacológico de la HTA y el resto a la mejora diagnóstica y técnica⁴. Sin embargo el número de hipertensos con buen control y presión arterial (PA) < 140/90 no llega al 50%⁵.

En la última década los pacientes diabéticos también presentan mejores datos de HbA1c y una incidencia menor de complicaciones microvasculares finales. Sin embargo los objetivos están muy lejos de conseguirse: solo el 57% de los adultos alcanzan una HbA1 < 7, un 45,7% una PA óptima, un 46,5% logran un colesterol < 200 y los 3 objetivos tan solo el 12,2%^{6,7}.

En el momento actual, a pesar del mejor diagnóstico de estas enfermedades y del aumento del uso de fármacos hipot-

tensores e hipoglucemiantes, los resultados de PA y de HbA1 no son los deseables. Este bajo grado de control es atribuible no solo a enfermedad resistente, sino también a la inercia terapéutica del médico y a la baja adherencia de los pacientes.

La principal causa de resistencia en la HTA y la diabetes es la obesidad, con un importante crecimiento en los últimos 10 años y, en estrecha relación con la dieta poco saludable y el sedentarismo³.

Hablamos de inercia terapéutica a la ausencia de modificación del tratamiento por el médico, a pesar del mal control objetivado. La utilización de guías clínicas, dosis combinadas, pautas más sencillas y el gran arsenal terapéutico hace que este retraso sea cada vez menor.

La adherencia es un problema de gran relevancia en salud pública. Las personas a las que se prescribe medicamentos suelen utilizar menos de la mitad de las dosis prescritas, aunque estemos hablando de evitar muertes o incapacidades y este hecho se agrava en las enfermedades crónicas. Se calcula que un 33-69% de los ingresos hospitalarios relacionados con la medicación en Estados Unidos son debidos a pobre adherencia a la medicación⁸.

En este número de *Revista de Calidad Asistencial*, ML Gutiérrez-Angulo et al. aportan los resultados de cumplimiento terapéutico en pacientes con HTA y diabetes en el ámbito de la atención primaria del País Vasco⁹. En este estudio transversal, encuentran un cumplimiento del 61%, lejos del 80% considerado como adecuado, pero acorde con otros estudios que muestran una adherencia del 43-78% en enfermedades crónicas⁸. Incluso en los ensayos clínicos más exigentes, el cumplimiento suele estar entre el 60-90%. En España la adherencia al tratamiento hipotensor en distintos

Correo electrónico: igonzalez@fhalcorcon.es

ámbitos, tanto de atención primaria como de atención especializada presenta datos preocupantes: el incumplimiento del tratamiento hipotensor está entre el 40-60% el farmacológico y en el 70-95% el no farmacológico. Esta baja cumplimentación conlleva una progresión de la enfermedad, el desarrollo de complicaciones, el aumento de la morbilidad, hospitalización, incapacidad, mortalidad y del gasto sanitario.

La valoración de la adherencia interesa al médico desde Hipócrates. Existen múltiples métodos pero no hay un *gold standard*, cada uno tiene sus ventajas e inconvenientes, desde sencillas entrevistas clínicas a métodos complejos y costosos que no aportan más beneficios. El recuento de comprimidos recoge el porcentaje de las dosis farmacológicas tomadas y, aunque puede ser manipulado extrayendo comprimidos, y no informa la hora de la toma o los olvidos, es el método más frecuentemente usado. Otros métodos más complejos como la tasa de retirada de recetas, seguimiento de prescripciones electrónicas en consultorios médicos y en oficinas de farmacia, monitores electrónicos, diarios de pacientes, determinación de metabolitos en sangre y orina, etc., no han resultado de mayor utilidad en la práctica clínica. Por ello, la combinación de varios métodos es lo más adecuado⁸. En el presente estudio ML Gutiérrez-Angulo et al. utilizan el recuento de comprimidos y la entrevista clínica con el test de Morinsky-Green. En el citado test, es el propio paciente quien valora su adherencia con 4 preguntas sencillas. Entre ambas pruebas existe una buena concordancia y este último es fácil de incorporar a la consulta clínica habitual. En este sentido, cabe destacar la paradoja encontrada por ML Gutiérrez y por otros autores en los resultados sobre adherencia, con una de una mejor puntuación en el primero (recuento de comprimidos 61%), más objetivo, frente a la autovaloración (Morinsky-Green 49%), más subjetivo; esto es, los pacientes tienen una visión más crítica de su propio comportamiento que la realidad demuestra.

Son varios los factores asociados con una peor adherencia, aunque con distinta consistencia a lo largo de los estudios^{10,11}:

- Factores del paciente: sexo, edad, estado civil y nivel educativo no han mostrado la misma asociación en todos los estudios. Ser mujer y estar casado son los factores protectores más frecuentes. Por el contrario, tener problemas psicológicos, sobre todo depresión y deterioro cognitivo son los más relacionados con incumplimiento.
- Factores relacionados con la enfermedad: procesos asintomáticos y crónicos conllevan una peor adherencia.
- Factores del fármaco: tratamientos con efectos secundarios y pautas terapéuticas complejas son peor seguidas.
- Factores del médico: se asocian con menor adherencia la prescripción de regímenes complejos, no explicar los beneficios del tratamiento y sus efectos secundarios, no atender al estilo de vida del paciente y al coste de la medicación y una mala relación médico-paciente.
- Factores del sistema de salud: la presencia de barreras al acceso al sistema, el copago y los altos costes de los fármacos, son factores negativos para el cumplimiento.

ML Gutiérrez-Angulo et al. en su estudio encuentran asociación entre menor número de fármacos y adherencia. La

pauta posológica es de gran importancia para la cumplimentación. La adherencia es inversamente proporcional al número de dosis y en pacientes con 4 dosis o más esta disminuye el 50%. De forma inversa, en estudios con antihipertensivos se ha demostrado que el uso de tratamientos combinados mejora el cumplimiento, disminuye la PA y disminuye el número de eventos cardiovasculares¹².

Un resultado relevante de los datos de ML Gutiérrez-Angulo et al. es la correlación entre el grado de conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad (test de Batalla) y el cumplimiento. El paciente que mejor sigue la prescripción es el que sabe sobre su proceso. Implicar al paciente en su enfermedad, en su control y en el éxito de su tratamiento es de especial relevancia. Los logros del compromiso del paciente se muestran en estudios que utilizan la técnica de automedida de la PA, donde el paciente, con tensiómetros propios o del consultorio, realiza él mismo las mediciones de su PA en el domicilio, las registra y las aporta al médico. Estos «diarios del hipertenso», además de ofrecer una información relevante al médico al poder valorar de forma más correcta el grado de control de la PA, minimizando el *efecto bata blanca*, mejoran el cumplimiento terapéutico. Además permiten al médico y al paciente realizar cambios secuenciales de tratamiento consiguiendo antes el objetivo de PA¹³.

La mayoría de los métodos que mejoran la adherencia se basan en la aproximación multifactorial, intervienen sobre el comportamiento, refuerzo, educación sanitaria, supervisión. Sin embargo el efecto entre los estudios no es homogéneo, muchas actuaciones son complejas y consumen recursos (instrucciones, recordatorios, seguimiento, automonitorización, recompensa, terapia familiar, psicológica, seguimiento telefónico)¹⁴. Frente a esta complejidad, existen acciones sencillas, como simplificar la pauta de tratamiento, que son más eficaces. En cualquier caso las intervenciones que mejoran la adherencia en la HTA han demostrado optimizar los objetivos de PA y disminuir ECV¹⁵.

El resumen de la enseñanza del artículo es clara: a través de una sencilla entrevista clínica podemos identificar los pacientes con menor conocimiento de la ECV y peor cumplimentación (test de Batalla y Morinsky). Podremos mejorar su adherencia de forma eficaz informando, educando para la salud y, si es posible, simplificando la pauta terapéutica.

Mejorando la adherencia del tratamiento de la HTA, diabetes, dislipemia y tabaquismo podrá seguir disminuyendo la ECV, la mortalidad cardiovascular y su coste.

En la sociedad actual de la información, el conocimiento que tiene el paciente de la enfermedad procede de medios sanitarios y no sanitarios. Influir en una visión correcta de la enfermedad y de su tratamiento está en nuestras manos. Es necesario explicar los beneficios del fármaco, implicar al paciente en las decisiones médicas y en la monitorización de la enfermedad, participando en la selección y ajuste del tratamiento y en los cambios del estilo de vida, adiestrando en la monitorización de la PA y de la glucemia, adecuando el tratamiento, eligiendo esquemas sencillos con fármacos de vida media larga y en combinación si fuera necesario. Introducir métodos innovadores y las nuevas tecnologías como la consulta telefónica o digital, los asistentes digitales recordando al paciente la toma... pueden ser útiles.

Abrir futuras líneas que mejoren la adherencia es necesario: fármacos con mínimos efectos secundarios o implantables, sistemas sanitarios fácilmente accesibles y educadores y, finalmente, intervenciones a mayor escala con una sensibilización cultural que cambie comportamientos y ambiente.

Bibliografía

1. De la Sierra A, Gorostidi de la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:104–16.
2. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007;28:1462–536.
3. Wright JM, Musini VM. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD001841.
4. Wijeyasundera HC, Machado M, Farahati F, Wang X, Witteman W, Van der Velde G, et al. Association of temporal trends in risk factors and treatment uptake with coronary heart disease mortality, 1994–2005. *JAMA*. 2010;303:1841–7.
5. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988–2008. *JAMA*. 2010;303:2043–50.
6. Ford ES. Trends in the control of risk factors for cardiovascular disease among adults with diagnosed diabetes: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2008*. *J Diabetes*. 2011;3:337–47.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care*. 2011;34 Suppl 1:S11–61.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Eng J Med*. 2005;353:487–97.
9. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist*. 2012;27:72–7.
10. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt E, Muntner P, Webber LS, Morisky DE, et al. Predictors of decline in medication adherence: results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*. 2011;804–10.
11. Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Liberman JN, Schneeweiss S, Pakes J, et al. The implications of therapeutic complexity on adherence to cardiovascular medications. *Arch Intern Med*. 2011;171:814–22.
12. Sicras Mainar A, Galera Llorca J, Muñoz Ortí G, Navarro Artieda R. Influencia del cumplimiento asociado a la incidencia de eventos cardiovasculares y los costes en combinaciones a dosis fijas en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin*. 2011;136:183–91.
13. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;3:CD005182.
14. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación. La Biblioteca. *Cochrane Plus*. 2008;4.
15. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, De la Figuera M, et al. Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study). *Circulation*. 2010;122:1183–91.