

Hipertensión arterial no controlada

¿Pueden las combinaciones en una píldora mejorar la adherencia en Argentina?

Dr. Nicolas F. Renna

Coordinador Unidad Coronaria - Hospital Español de Mendoza
Secretario de Posgrado, Ciencia, Técnica y Vinculación tecnológica, FCM-UN Cuyo
Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial



La última Guía Nacional de Práctica Clínica sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial desarrollada por el Ministerio de Salud de Argentina destaca el infradiagnóstico y el mal control de la hipertensión en este país. Las campañas sobre control y diagnóstico en Argentina han reportado que 1 de cada 4 pacientes hipertensos tiene un adecuado control de la presión arterial.

Se prevé que la carga global de hipertensión aumentará de 918 millones en año 2000 a 1.560 millones en el 2025. Puesto en números abstractos para Argentina, según el censo 2019, existen 12,15 millones de hipertensos (calculado a partir de población mayor a 18 años) tendremos aproximadamente para el 2025, 20,65 millones de los cuales solo 5 millones estarán controlados. El impacto sobre la salud, economía y la actividad laboral será devastador.

Uno de los pilares fundamentales para lograr el adecuado control de la presión arterial es la adherencia. La adherencia al tratamiento en la hipertensión un año después del inicio se informa típicamente en <50%. Según la última definición de la OMS, la adherencia se definió como la medida en que el comportamiento de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y realizar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica.

La adherencia a los medicamentos es un proceso caracterizado por 3 componentes principales: el inicio, la implementación y la interrupción. En la práctica clínica, la no iniciación llega a cifras mayores al 20% en pacientes tratados por hipertensión, pero también en los tratados por diabetes mellitus o dislipidemia. Sin embargo, este fenómeno puede variar considerablemente según los países y el acceso a los medicamentos.

Por último, la interrupción marca el final de la terapia, cuando se omite la siguiente dosis que se debe tomar y luego se interrumpe el tratamiento.

Este parámetro permite la definición de persistencia, que es el período de tiempo entre el inicio y la última dosis inmediatamente anterior a la interrupción. La no persistencia es una de las causas más frecuentes de mala adherencia en la hipertensión, habiendo interrumpido el tratamiento el 50% de los pacientes al año.

La elección de las clases de fármacos prescritos para el tratamiento de la hipertensión tiene un impacto en la adherencia y la persistencia debido esencialmente al perfil de efectos secundarios, cantidad de tomas, confianza del paciente. De estas, la frecuencia de dosificación puede jugar un papel tan importante como la clase de fármaco en sí. Obviamente, la falta de persistencia tiene una gran influencia en el control de la presión arterial ya que los pacientes permanecen sin medicación durante largos períodos.

Se sabe que menos de un 30% de los pacientes consiguen el control de la HTA con monoterapia. Los estudios que han demostrado buenos niveles de control están asociados invariablemente con el uso de terapia combinada, ya que la combinación de fármacos de diferentes clases puede aumentar significativamente la eficacia.

Una combinación de dosis fija (CDF) que incluye dos o más compuestos farmacéuticos activos combinados en una píldora única podría ser una estrategia de superación. La elección inicial de los medicamentos antihipertensivos podría afectar la primera experiencia terapéutica del paciente y las decisiones del médico en la práctica diaria.

La CDF es una opción terapéutica adecuada y se puede implementar en Argentina porque es una estrategia rentable. Las CDF, producen una disminución rápida y sostenida de la presión arterial,



dado que la HTA es una enfermedad multifactorial, la combinación de clases de fármacos aumenta el efecto antihipertensivo en aproximadamente cinco veces, mejorando la tasa de control; confirmando además una mayor prevención cardiovascular. Esto es debido a que, la CDF en dosis baja podría estar asociado con menores efectos adversos metabólicos sobre el colesterol total, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad, los triglicéridos y la glucosa plasmática en ayunas, así como la HbA1C, la creatinina y el ácido úrico, destacando los posibles efectos protectores en personas con múltiples afecciones de salud. La máxima expresión de este concepto de protección es representada por la polipíldora. Que es un tipo de CDF que combina antihipertensivos, hipolipemiantes y, aunque no siempre, aspirina.

Si dudas, las CDF son la mejor estrategia para superar la inercia del médico y mejorar la adherencia del paciente. La curva de dosis-respuesta y una curva de dosis aguda-efecto adverso, las píldoras combinadas, especialmente aquellas en dosis más bajas que las estándar, proporcionan un control más rápido con efectos adversos limitados. Una combinación de una sola pastilla alivia la angustia psicológica y financiera de la gran cantidad de pastillas prescritas, lo que conduce a una mejor adherencia.

Debemos hacer una aclaración a este concepto. Los pacientes con presión arterial limítrofe y riesgo cardiovascular alto o ancianos frágiles, puede ser apropiado iniciar el tratamiento con monoterapia: en

el primer grupo porque solo es necesaria una pequeña reducción de la presión arterial para lograr los objetivos, y en el segundo, porque La sensibilidad barorrefleja en los ancianos suele estar alterada y el riesgo de hipotensión es mayor.

Lectura recomendada:

Marín, M. J., García Vasquez, F., Martínez Marissi, E., Díaz, M. A., Iturzaeta, A., Becerra, P. A., y col., Argentinian Society of Hypertension and the MMM Investigators (2019). May Measurement Month 2017: analysis of the blood pressure screening results in Argentina-Americas. *European heart journal supplements* : journal of the European Society of Cardiology, 21(Suppl D), D8–D10

Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*. 2008; 336:1114–1117.

Hill MN, Miller NH, Degeest S, Materson BJ, Black HR, Izzo JL, Oparil S, Weber MA; American Society of Hypertension Writing Group. Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Am Soc Hypertens*. 2011; 5:56–63

Mancia G, Parodi A, Merlino L, Corrao G. Heterogeneity in antihypertensive treatment discontinuation between drugs belonging to the same class. *JHypertens*. 2011; 29:1012–1018

Renna NF, Piskorz D, Stisman D, Martínez D, Lescano L, Vissani S, y col. Position Statement on Use of Pharmacological Combinations in a Single Pill for Treatment of Hypertension by Argentine Federation of Cardiology (FAC) and Argentine Society of Hypertension (SAHA). *J Human Hyper* 2021. En prensa

