

¿Por qué el paciente hipertenso no adhiere al tratamiento?

Dr. César Romero

Médico especialista en Hipertensión Arterial
 Profesor Asistente en la Universidad Emory, Atlanta, USA.
 Miembro del comité directivo de la sociedad Internacional de Hipertensión y Sociedad Argentina de Hipertensión



Solo alrededor del 20% de los pacientes hipertensos en Latinoamérica, incluida Argentina, logra mantener su presión arterial controlada.(1,2) Hace algunos años, estudios científicos sorprendieron a la comunidad médica al revelar que una proporción significativa de pacientes no tomaba la medicación prescrita o lo hacía de forma inconsistente.(3) Estos hallazgos, basados en la detección sistemática de fármacos en muestras de orina, se replicaron en diversos contextos: tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y tanto en pacientes con hipertensión resistente como en aquellos con formas más simples de la enfermedad. (4)

La falta de adherencia nos interpela a los investigadores y profesionales de la salud que luchamos por prevenir la enfermedad cardiorenovascular. Incluso en un escenario ideal en el que: 1) el paciente accede al sistema de salud, 2) consigue un médico que le mide la presión, 3) le diagnostica la enfermedad, 4) le prescribe la medicación, 5) en ese mundo ideal, al final el paciente no adhiere al tratamiento. Cada uno de los puntos anteriores es un problema de salud pública, pero el ultimo destruye todo el camino realizado.

Empoderar el paciente: Autoeficacia

Hace unos años exploramos, al estudiar qué variables se asociaban con el control de la presión arterial en Argentina, nos enfocamos en los determinantes sociales. Encontramos que el mayor determinante, incluso independiente del ingreso económico, era la educación.(5) Nuestros colegas en Brazil, con el estudio ELSA-Brazil, encontraron resultados similares.(6)

El nivel educativo determina muchas dimensiones que hace muy difícil determinar algún factor clave en la adherencia. Sin embargo, nuestro estudio reveló que alcanzar un nivel educativo superior al colegio secundario no aumentaba significativamente el control más allá de un 50%. Esto sugiere que otros elementos contextuales también intervienen en esta compleja realidad.

En muchas disciplinas actuales y ámbitos sociales se habla de empoderar, es decir, dar poder. En el contexto de la hipertensión, empoderar implica que el paciente asuma un rol activo en el manejo de su enfermedad. Para lograr esto, es esencial introducir la noción de autoeficacia (self-efficacy), un concepto proveniente de la teoría social cognitiva de Albert Bandura.(7) Esta teoría muestra que la conducta humana es una compleja interacción de factores ambientales, personales, emocionales y motivacionales que recíprocamente se afectan.

La autoeficacia refleja la confianza del individuo en su capacidad para alcanzar los objetivos propuestos. En el caso de la hipertensión, esto significa que el paciente debe confiar en su habilidad para controlar su presión arterial y, crucialmente, saber cómo actuar en situaciones específicas (know-how).

La autoeficacia no se limita a transmitir conocimientos. Similar a cómo los médicos aprenden la práctica clínica durante la residencia, los pacientes necesitan desarrollar habilidades prácticas para manejar su salud. Esto implica, por ejemplo, no solo saber cuáles son los alimentos saludables, sino también aprender a cocinarlos. La autoeficacia tiene muchas dimensiones e incluye saber gestionar sus emociones, comunicar sus necesidades a la familia y al médico en el momento oportuno.

Los programas orientados al refuerzo de la autoeficacia incluyen:

- *Entrenamiento en resolución de problemas:* ¿Qué hacer ante efectos adversos o si se olvida una dosis?
- *Educación experiencial:* Aprender de las experiencias de otros pacientes en circunstancias similares.
- *Persuasión verbal:* Desmontar creencias erróneas, como la percepción de que "descansar de la medicación" es beneficioso.
- *Regulación emocional:* Explorar las respuestas afectivas del paciente hacia su enfermedad, la medicación y el contexto social.

Evidencia sobre la Autoeficacia en Hipertensión

Estudios recientes han demostrado que una mayor autoeficacia se asocia con un mejor control de la presión arterial. (8,9) Además, las intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia han mostrado resultados prometedores. En este sentido, herramientas digitales, como aplicaciones móviles, la telemedicina y la inteligencia artificial, abren nuevas oportunidades para potenciar la autoeficacia del paciente.

Un estudio realizado en España es un buen ejemplo de este enfoque: los pacientes utilizaron una aplicación para automonitorear su presión arterial y ajustar su medicación bajo supervisión remota de enfermeros.¹⁰ Esta intervención no solo mejoró el control de la hipertensión, sino que promovió la autonomía del paciente en el manejo de su salud, ejemplificando el impacto de la autoeficacia en la práctica. Mejorar la autoeficacia es efectiva, independientemente del nivel educativo alcanzado, como lo demuestra un estudio proveniente de China.⁽¹¹⁾

Condición necesaria, no suficiente

Si bien la autoeficacia es esencial, no resuelve por sí sola el problema del bajo control de la hipertensión. Existen factores biológicos, sociales y relacionados con el sistema de salud que también influyen en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, la autoeficacia es una condición indispensable para la gestión efectiva de enfermedades crónicas. Aun en un sistema de salud ideal, si el paciente decide no adherirse al tratamiento, todos los esfuerzos previos pierden efectividad.

Como señala la teoría social cognitiva, la decisión del paciente de no seguir el tratamiento no es un acto aislado, sino el resultado de múltiples dimensiones personales y contextuales. Por lo tanto, es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud guiar al paciente en este proceso, sin juicios ni sanciones, sino con empatía y comprensión.

Colaboración para el Futuro del Control de la Hipertensión

Imagino un futuro cercano en el que diversos sectores —el equipo de salud, la industria farmacéutica y organizaciones científicas y sin fines de lucro— colaboren para desarrollar programas multidimensionales que promuevan la autoeficacia para mejorar el control de la hipertensión. Estas iniciativas no solo brindarán apoyo necesario a los profesionales de la salud, sino que también facilitarán el camino hacia un manejo más efectivo y sostenible de la enfermedad, promoviendo la investigación en esta área de la conducta humana.

Referencias Bibliográficas

1. Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens*. 2019;37(9):1813-1821.
2. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo GH, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev Argent Cardiol*. 2017;85(4):1-8.
3. Tomaszewski M, White C, Patel P, et al. High rates of non-adherence to antihypertensive treatment revealed by high-performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry (HP LC-MS/MS) urine analysis. *Heart Br Card Soc*. 2014;100(11):855-861. doi:10.1136/heartjnl-2013-305063
4. Siddiqui M, Judd EK, Dudenbostel T, et al. Antihypertensive Medication Adherence and Confirmation of True Refractory Hypertension. *Hypertens Dallas Tex* 1979. 2020;75(2):510-515. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14137
5. Zanuzzi MG, Garzon ME, Cornavaca MT, et al. Social determinants of blood pressure control in a middle-income country in Latin America. *J Biosoc Sci*. 2024;56(1):50-62.
6. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sá Carvalho M, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. *PLoS One*. 2015;10(6):e0127382. doi:10.1371/journal.pone.0127382
7. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall, Inc; 1986:xiii, 617.
8. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):44. doi:10.1186/s12875-021-01391-2
9. Hisaki F, Aga M, Tomitani N, Okawara Y, Harada N, Kario K. Daily self-reported behavioural efficacy records on hypertension digital therapeutics as digital metrics associated with the reduction in morning home blood pressure: post-hoc analysis of HERB-DH1 trial. *Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens*. 2024;47(1):120-127. doi:10.1038/s41440-023-01434-4
10. Martínez-Ibáñez P, Marco-Moreno I, García-Sempere A, et al. Long-Term Effect of Home Blood Pressure Self-Monitoring Plus Medication Self-Titration for Patients With Hypertension: A Secondary Analysis of the ADAMPA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(5):e2410063. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.10063
11. Fu SN, Dao MC, Luk W, et al. A cluster-randomized study on the Risk Assessment and Management Program for home blood pressure monitoring in an older population with inadequate health literacy. *J Clin Hypertens Greenwich Conn*. 2020;22(9):1565-1576. doi:10.1111/jch.13987