

Palabras clave

Adherencia, mejor control, intensificación tratamiento.

Síntesis Inicial

Retener a los pacientes en un tratamiento crónico es, por múltiples razones, notoriamente problemático. Así, tasas bajas de adherencia fueron publicadas con frecuencia, en especial antes del año 2000. Al mismo tiempo, y a pesar del enorme desarrollo de fármacos hipotensores, históricamente han sido publicadas tasas muy bajas de control de la hipertensión en distintos países. Se supone que una importante fracción de estos hipertensos pueden mejorar su grado de control si elevan su adherencia a los tratamientos.

INTRODUCCIÓN

Recientes datos sugieren que la baja adherencia está cambiando. Se observa una mejoría en el control de la población hipertensa, que va del 13 al 66% en distintas poblaciones. La mejoría es más evidente cuando se comparan tasas históricas de control utilizando datos provenientes del mismo tipo de estudio repetido en el tiempo, como, por ejemplo, en el NHANES, cuyos reportes muestran que, de una tasa de alrededor de 29% en el año 2000 y 36.4% en el 2004, alcanza un control de 50,1% de todos los hipertensos en EE. UU en el 2008.¹

En el mismo sentido, se reportaron datos de control cercanos al 65% en los ensayos clínicos y un grado de control semejante se obtuvo con menos recursos en estudios basados en la práctica clínica habitual en diversos centros universitarios, incluyendo el nuestro. Como veremos luego, en parte esto se asoció a programas de mejor control de la hipertensión, que combinan estrategias proactivas, pero no solo para sostener la adherencia sino, además, para intensificar el tratamiento. Así, aunque el concepto de adherencia es de mayor uso, en la práctica y en muchos estudios está íntimamente relacionada a la intensificación de un tratamiento en busca de un mejor control de la hipertensión arterial.^{1,2,3,4,5,6}

¿Volverá el paciente tomando sus remedios?

La intensidad del tratamiento y la adherencia no es uniforme en la población. Mientras que el problema más común en este punto es la adherencia parcial, el problema de la adherencia no es igual a través de toda la población. Es baja en

especial en los pacientes recientemente diagnosticados (50 a 60%), sin embargo este número es mucho menor en pacientes que ya han recibido tratamiento por largo tiempo. Así, un reporte del hospital de veteranos informa de una alta tasa de adherencia en sus pacientes (cercana al 80%).⁷

Esto es un dato útil para el consultorio cuando estamos estimando la probable adherencia. Se reportaron también otros datos que ayudan en este sentido. En una gran muestra poblacional de EE. UU. (167.907 pacientes), en un estudio *del National Quality Forum* se observa que en hipertensos recientemente diagnosticados la adherencia a largo plazo es en promedio del 66% para antagonistas del receptor de la angiotensina II, pero con una marcada heterogeneidad en relación con la edad.

Aquellos con más de 55 años tienen una tasa de adherencia que duplica o triplica (según como se mida) a la de los que tienen entre 35-44 años.

Posiblemente, en determinados consultorios, predominen la clase de pacientes con más adherencia, de más edad, que ya vienen tratados por un tiempo largo. Y en otros, pacientes de menor edad, con menor conocimiento de la enfermedad, condiciones sociales adversas, etc. Otros factores de heterogeneidad son la región, el tipo de cobertura, la presencia de copago, el número de comorbilidades, el número de píldoras antihipertensivas y el antecedente de internación previa.

Además, este estudio, como otros efectuados en Canadá o Australia, muestra que en pacientes que son tratados por primera vez, una gran parte del fenómeno de no tomar los comprimidos indicados va a ocurrir en los primeros 6 meses. Incluso se observa que un 20 a 30% no va retirar la segunda compra del remedio indicado.

No obstante la alta interdependencia de la adherencia a las condiciones en que se consiguen los remedios, y siendo

estas tan heterogéneas (no solo en el significado que tiene el gasto, sino en la comodidad que brinda el sistema de salud) hacen que no sea posible extrapolar totalmente ninguno de los datos mencionados.⁸⁻⁹⁻¹⁰

LA COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA DE LA ADHERENCIA

Mientras que una significativa parte de la adherencia puede ser mejorada por la comunicación y la educación centrada en el paciente y su entorno, la adherencia es un fenómeno más complejo.

Es un fenómeno multidimensional, con múltiples posibilidades de mejorarla, en el que el sistema de salud es un nuevo actor reconocido, al que se le cuestiona que no está “diseñado” para las enfermedades crónicas y se le solicita que esté más implicado para ofrecer soluciones.

Como el tema es multifactorial y crucial para la salud pública, se desarrollaron en la última década extensas guías que podemos recomendar, como la de la OMS del año 2004, disponible en castellano en forma libre en el sitio de la OPS, y más recientemente, la guía británica NICE del 2009 (disponible en inglés en forma libre en la web) que desarrolla un extenso tratamiento del tema y destaca la necesidad tanto de comprometer al paciente en su tratamiento como de ofrecer un soporte por parte del sistema de salud a la compleja logística de una medicación crónica.^{11,12}

Definiciones de adherencia

Además de señalar los diferentes factores, ambas recomendaciones destacan lo inapropiado del término en la actualidad.

En la guía OMS se define adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

La diferencia principal es entonces que, así concebida, la adherencia requiere, al menos, la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones.

Si bien es mejor que su predecesor “cumplimiento” u “observancia”, el término adherencia remite de alguna manera a lo que hace el paciente, mientras que el hacer o no un tratamiento se asocia a un sinnúmero de factores, y muchos de ellos están por fuera de la voluntad de aquél..

Otros autores, entre ellos la guía británica mencionada, hacen hincapié en la necesidad de “agreement” o concordancia entre profesionales y pacientes sobre la posibilidad de realizar una prescripción. Esto llevaría, antes de hacer una indicación, a testear cuál es la posibilidad del paciente de realizarla, y ver cuál es su perspectiva al respecto. De no tener en cuenta estos factores, la adherencia sería, según Sabaté, coordinador de la guía OMS “...una difícil medida de la coherencia entre el consejo médico y la realidad” (fig. 100-1).

En la propia guía OMS, se destaca: “Los pacientes necesitan apoyo, no que se los culpe. A pesar de las pruebas que demuestran lo contrario, sigue habiendo una tendencia a centrarse en los factores relacionados con el paciente como las causas de los problemas con la adherencia terapéutica, y se descuidan relativamente el personal sanitario y los determinantes de salud relacionados con el sistema. Estos últimos factores, que constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos, ejercen un notable efecto sobre la adherencia terapéutica”.

En ella se enfatiza –entre otros aspectos– que trabajar sobre la adherencia mejora, al mismo tiempo: a) la seguridad del paciente y b) la efectividad del sistema de salud.

La complejidad de la temática en general excede el accionar de un médico individual o asociado en una especialidad y los resultados pueden mejorar mucho cuando se dispone de un equipo multidisciplinario.

Factores relacionados al sistema de salud

Acerca de los factores relacionados al sistema de salud, esta guía destaca que, por un lado, una mejor relación médico-

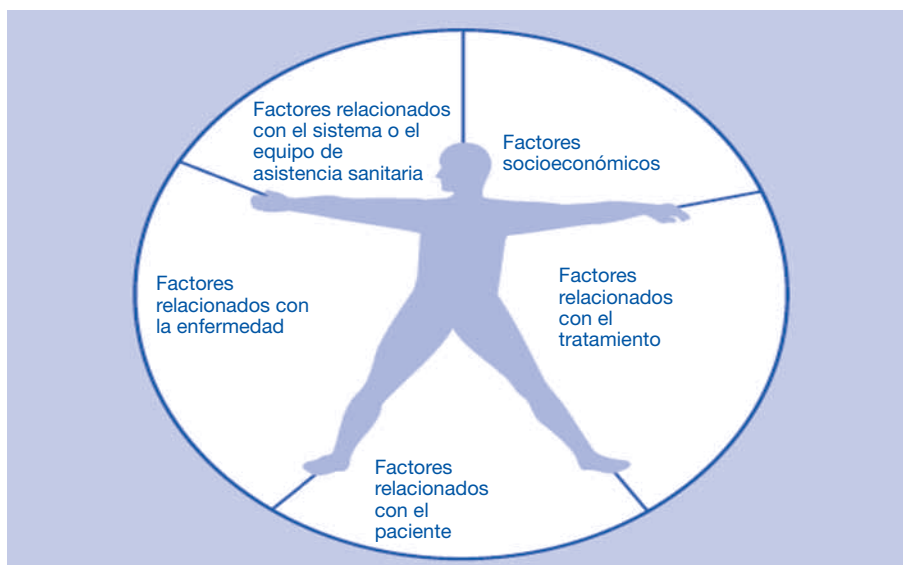


Figura 100-1. La complejidad de la adherencia.

paciente puede mejorar la adherencia en las enfermedades crónicas, pero que hay muchos factores en el sistema que tienen un efecto negativo. Entre ellos, un sistema de salud poco desarrollado y poca distribución de la medicación. Un diseño del sistema de salud inadecuado para las enfermedades crónicas, con poco entrenamiento en estas, barreras para el seguimiento, consultas cortas, falta de conocimiento de la adherencia y de los factores que la mejoran.

Los factores relacionados al paciente se desarrollan en el capítulo sobre educación y tratamiento.

En el caso de la hipertensión, la guía recorre las 5 dimensiones mencionadas y plantea alternativas y soluciones.

Destaca que la hipertensión tiene múltiples determinantes y tratamientos y que, al mismo tiempo, buscamos con el tratamiento que no solo se reduzca la presión sino que disminuyan los eventos. Esto hace, entonces, que existan muchas posibilidades de acción, al mismo tiempo que una acción completamente exitosa en todos los campos es difícil. Se necesita una síntesis para generar un programa que intensifique la adherencia.

En la literatura, las diversas publicaciones se focalizan, sobre todo, en los factores relacionados al tipo de tratamiento y a las comorbilidades. Así, ha sido descrito que no favorecen la adherencia el elevado número de tomas diarias, el elevado número de píldoras por día, la presencia concomitante de dislipidemias, la diabetes y la obesidad.¹³

Otros artículos hacen hincapié en las bondades de los fármacos con menores efectos colaterales sobre una mejor adherencia, así como el uso de combinaciones fijas. Al mismo tiempo, introducen otro término, “la persistencia”, que es distinto de la adherencia, ya que se refiere al número de personas que siguen tomando la misma medicación que fue prescrita en un período corto desde el inicio del tratamiento.¹⁴

Otros aspectos relacionados con la adherencia

En la actualidad, la escasa adherencia ha sido asociada a una mayor morbimortalidad. Surge de esto que, por un lado, el no realizar el tratamiento puede por sí mismo favorecer un mayor riesgo en el seguimiento. Por otro lado, quizás la baja adherencia sea un factor que tiene otras connotaciones, por ejemplo, ser un marcador de un escaso cuidado de la salud en un sentido más amplio.¹⁵

Son de destacar también las limitaciones en las mediciones de la adherencia en la vida real y que no tenemos un “Gold Standard”. Así, hay diversas propuestas pragmáticas, como cuestionarios validados, registros de consumo de farmacia, conteo de píldoras y registros electrónicos.

Recomendaciones de la guía OMS para mejorar la adherencia

Se aconseja la consulta directa de este documento y solo se destaca que, en ausencia de evidencias acerca de qué estra-

tegia es mejor que otra, se aconseja un abordaje multifactorial, con desarrollo de un “grupo de trabajo” que promueva activamente la adherencia, entrenando al personal de salud en tópicos de educación, en conocer y facilitar regímenes antihipertensivos simples y con bajos efectos colaterales, combinaciones más útiles, en establecer recordatorios, incluso en establecer qué hacer cuando los pacientes se olvidan de tomar las píldoras, etc.

Pero también, la guía insiste en favorecer el automonitoreo de la presión arterial para involucrar al paciente en la “titulación” en busca de una presión controlada, compartiendo con el mismo los objetivos terapéuticos buscados.

De esta manera, de forma inadvertida, desplaza la atención desde la adherencia propiamente dicha hacia otro concepto: “la intensificación del tratamiento”, que tiene una significación muy diferente en la formulación de los objetivos. En el primer caso sería que recibiera la medicación de manera sostenida, en el segundo, en que esto logre además controlar la hipertensión de manera efectiva.

Hipertensión no controlada, adherencia y programas de intensificación de tratamiento

Mientras que clásicamente se considera que una significativa proporción de hipertensos no están controlados por problemas en la adherencia, recientes datos, si bien no subestiman la importancia de esta, sugieren qué intención de intensificación del tratamiento puede asociarse a una significativa mejoría, mientras que los pacientes con un adecuado *score* de adherencia no muestran en el seguimiento diferencias significativas en el grado de control respecto de otros con un *score* menor.

Este dato pone en foco que cuando estamos trabajando con la adherencia, estamos buscando garantizar que el paciente esté haciendo el tratamiento y, de hacerlo y seguir hipertenso, poder pasar al siguiente paso, que es la intensificación de este. Esto ocurre en un alto porcentaje de pacientes debido a la baja tasa de control y a la frecuente necesidad de combinar antihipertensivos, así como insistir en los pacientes tratados con fármacos en las medidas no farmacológicas. Como se destaca en el capítulo sobre educación, la mayor parte de los pacientes que se encuentran en disposición de realizar un cambio de hábitos están tomando medicamentos.¹⁶

Intervenciones complejas para mejorar el control de la presión arterial y la adherencia

En las últimas décadas se publicaron trabajos que, con distintas aproximaciones, realizan un abordaje del complejo mundo de la adherencia, al mismo tiempo que intentan intensificar el tratamiento de ser necesario, sea el tratamiento farmacológico como el no farmacológico.

Estas experiencias muestran que, posiblemente, uno de los mejores diseños sea la intervención educativa sobre

ambos polos de la alianza terapéutica, es decir, médicos y pacientes. Esta estrategia de por sí interviene además desde un tercer actor, el sistema de salud, que adquiere un rol de gestor del proceso, en general con la conformación de un grupo específico para la gestión de los cambios organizacionales que requiere el cuidado de la enfermedad crónica.

A manera de ejemplo, se describen tres trabajos en esta línea que, si bien no son similares, coinciden en una aproximación sistémica al problema y que parten ya desde el inicio de una tasa alta de control (40 a 60%) en relación a lo que estábamos acostumbrados antes del 2000.^{3,4,6}

En un estudio del hospital de veteranos en EE. UU. incluyeron 1827 pacientes que seguían hipertensos tomando un fármaco. Fueron randomizados juntos a sus médicos a 3 ramas de intervención educativa: a) una solamente educativa sobre los médicos, b) otra que le agrega una alerta en la historia clínica, una definición de objetivos a alcanzar, combinaciones, etc. y c) una tercera rama donde a esto se agrega una intervención educativa a distancia sobre los hipertensos.

Esta última consistió en una carta personalizada a cada paciente con recomendaciones: dieta baja en sodio, ejercicio, adherencia a la medicación, información sobre la posibilidad de necesitar más de una medicación para su control y recomendación de hablarlo con su médico. Además, ofrecía más información en línea en el sitio de los veteranos y en la Web de la AHA.

Al final del estudio todos los grupos mejoraron y alcanzaron un grado de control de 41 y 42% en el grupo A y B, y de 59 % en el grupo C, de intervención mixta.³

Algo similar ocurrió en una experiencia efectuada en el Hospital Italiano de Bs. As., a través de un programa de mejor control de la presión arterial, llevada adelante en forma interdisciplinaria (gerencia del Plan de Salud-área epidemiología-unidad de HTA-médicos de cabecera-grupo de manejo de enfermedades crónicas). Al inicio del programa se randomizaron a 250 pacientes y a sus respectivos médicos de cabecera a una intervención. El grupo control fueron 250 pacientes y sus médicos, que recibieron los cuidados usuales. Al cabo de 6 meses el grado de control persistió sin cambios en el grupo control (51%) y se incrementó en el grupo de intervención activa, que alcanzó el 67%. Esta consistió, de forma resumida, en generar guías de consenso sobre el tratamiento con el grupo de médicos de cabecera, desarrollar un programa educativo para pacientes y promover activamente la concurrencia de los pacientes, y a través de la historia clínica electrónica detectar aquellos con menor concurrencia al hospital, citarlos, tomar la presión en la sala de espera, etc.⁶

Más recientemente, una experiencia similar fue llevada a cabo por el grupo de la Duke University. Como dato distintivo, al igual que en nuestro estudio, los pacientes tuvieron un elevado control antes de comenzar el ensayo (alrededor de 60%). En este trabajo, también a los seis meses la rama de intervención mixta (pacientes y médicos) es la que mostró una mejoría más acentuada. A los 18 meses se pierden la diferencia entre las ramas, pero todos mejoraron y alcanzaron un grado de control de entre 70 y 85%.⁴

Aunque persisten dudas acerca del efecto neto a largo plazo de estas intervenciones, estas son alentadoras y muestran un cambio notorio con las tendencias previas. Y aunque es difícil establecer qué aspecto de una intervención es más efectivo, los autores de un metaanálisis al respecto muestran que en conjunto las intervenciones aisladas sobre los médicos tienen menor impacto que las intervenciones destinadas a mejorar el automanejo de los pacientes, y que lo ideal sería que las intervenciones se dirigieran a ambos grupos de actores.⁵

Bibliografía sugerida

1. Egan, B.M.; Zhao, Y. y Axon, R.N. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension, 1988-2008. *JAMA* 2010; 303: 2043-2050.
2. Townsend, R.R. Can we justify goal blood pressure of less 140/90 in most hypertensives. *Curr Hypertens Rep* 2005; 7: 257-264.
3. Roumie, C.L.; Elasy, T.A. y col. Improving Blood Pressure Control through Provider Education, Provider Alerts, and Patient Education A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 165-175.
4. Svetkey, L.P.; Pollak, K.I. y col. Hypertension Improvement Project Randomized Trial of Quality Improvement for Physicians and Lifestyle Modification for Patients. *Hypertension* 2009; 54: 1226-1233.
5. Walsh, J.M.; McDonald, K.M. y col. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med Care* 2006; 44: 646-657.
6. Figar, S.; Waisman, G. y col. Narrowing the Gap in Hypertension: Effectiveness of a Complex Antihypertensive Program in the Elderly. *Dis Manag* 2004; 7: 235-244.
7. Siegel, D.; Lopez, J. y Meier, J. Antihypertensive Medication Adherence in the Department of Veterans Affairs. *Am J Med* 2007; 120: 26-32.
8. Yeaw, J.; Benner, J.S. y col. Comparing Adherence and Persistence Across 6 Chronic Medication Classes. *J Manag Care Pharm* 2009; 15: 728-740.
9. Simons, L.A.; Ortiz, M. y Calcino, G. Persistence with antihypertensive medication: Australia-wide experience, 2004-2006. *Med J Aust* 2008; 188: 224-227.
10. Perreault, S.; Lamarre, D. y col. Persistence with Treatment in Newly Treated Middle-Aged Patients with Essential Hypertension. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1401-1408.
11. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. <http://www.paho.org>.
12. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS 14 Princes Gate, Hyde Park, London, SW7 1PU, www.rcgp.org.uk
13. Farmer, K.C. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clin Ther* 1999; 21: 1074-1090.
14. Elliott, W.J. Improving Outcomes in Hypertensive Patients: Focus on Adherence and Persistence With Antihypertensive Therapy. *J Clin Hypertens* 2009; 11: 376-382.
15. Mazzaglia, G.; Ambrosioni, E. y col. Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity. *Circulation* 2009; 120: 1598-1605.
16. Daugherty, S.L.; Powers, J.D. y col. The Association Between Medication Adherence and Treatment Intensification With Blood Pressure Control in Resistant Hypertension. *Hypertension* 2012; 60: 303-309.