

**Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha
entre ensayos clínicos y realidad**

Arterial hypertension and adherence to treatment: the gap between
clinical trials and reality

Rodrigo Sabio^{1*}

¹Hospital de Alta Complejidad, "El Calafate". Santa Cruz, Argentina.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rodrigosabio75@hotmail.com

Recibido: 21/11/2017

Aceptado: 22/11/2017

Profesor Dr. C. Juan Vela Valdés

Director Revista Cubana de Salud Pública

Sr. Editor:

La baja adherencia al tratamiento farmacológico en las enfermedades crónicas no transmisibles es considerada según la OMS un problema de salud pública. Ante la prescripción de un tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial

menos de la mitad de ellos continuara recibéndolo de la forma indicada luego de 6 meses según el estudio ENSAT (48,15 % de adherentes).⁽¹⁾

En hipertensión arterial la adherencia deficitaria se describe como un causal del escaso cumplimiento de objetivos terapéuticos. En Argentina, el estudio RENATA evidencia que solo el 26,5 % de los pacientes hipertensos tratados se encontraban bien controlados.⁽²⁾ Como se podía esperar, esta adherencia deficitaria se asocia a peor pronóstico en términos de morbilidad y mortalidad cardiovascular.⁽³⁾ Existen implicaciones clínicas a la hora de evaluar al paciente en forma individual ya que los resultados de fármacos empleados con beneficios sobre morbilidad y mortalidad cardiovascular durante ensayos clínicos, podrían no observarse en el contexto real del consultorio ya que en escenarios controlados el cumplimiento es óptimo.

Se ha demostrado que el médico dedica en general poco o nada de tiempo de la consulta para evaluar la adherencia al tratamiento. Es recomendable la evaluación de la adherencia durante la consulta por medio de un cuestionario validado.⁽⁴⁾ Para valorar adherencia se dispone de métodos directos e indirectos. Los primeros si bien tienen la ventaja de tener un mayor grado de exactitud, presentan la limitación del costo o la disponibilidad, como la búsqueda de fármacos en plasma u orina. Los métodos indirectos presentan mayor accesibilidad y son aplicables en la consulta. Entre ellos están los cuestionarios validados como el test de Morisky-Green con cuatro ítems a responder por el paciente y el posteriormente desarrollado MMAS8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) con 8 ítems (anexo).⁽⁵⁾

Si bien las causas de baja adherencia son variadas, se destacan por su importancia aquellas relacionadas a las características de la enfermedad crónica y frecuentemente asintomática que dificulta la toma de conciencia. Otra causa es vinculable al fármaco por su perfil de efectos adversos, complejidad de dosificación (a mayor número de fármacos peor adherencia) y mayor costo económico.⁽⁶⁾ La buena relación médico paciente tiene influencia positiva en la adherencia al igual que usar lenguaje acorde para concientizar al paciente sobre la enfermedad. Una causa esencial radica en los determinantes sociales, económicos y culturales. Tanto el bajo nivel socioeconómico,

bajo nivel educativo y el desempleo se relacionan con mala adherencia. La falta de acceso al sistema de salud y la dificultad en la adquisición de fármacos son factores a tener en cuenta por los sistemas sanitarios a través de programas de seguimiento para pacientes crónicos.

Es importante poner en práctica medidas para mejorar el nivel de adherencia. Entre ellas la evaluación periódica en la consulta mediante cuestionarios validados, indicar esquemas farmacológicos de simple dosificación o de ser posible terapias combinadas con un comprimido en dosis fijas y disponer de sistemas de monitoreo del tratamiento con llamados telefónicos o correo electrónico. Por último, brindar información y educar al paciente acerca de la enfermedad resulta una estrategia costo efectiva en este aspecto.⁽⁴⁾

Referencias bibliográficas

1. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellindo C, Piscorz D, et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol. 2005; 34:104-11.
2. Marin M, Fabregues G, Rodriguez P, Diaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Estudio RENATA. Rev Arg de Cardiol. 2012; 80:121-9.
3. Corrao G, Parodi A, Nicotra F, Zambon A, Heiman F, Merlino L, et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. J Hypertens. 2011; 29: 610-8.
4. Toma de Posición sobre Adherencia al tratamiento Antihipertensivo. Argentina: Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial; 2016. Acceso: 16/10/2017. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/formacion/toma-de-posicion/adherencia>
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication compliance. Med Care. 1986;24: 67-74.

6. Panjabi S, Lacey M, Bancroft T, Cao F. Treatment adherence, clinical outcomes, and economics of triple-drug therapy in hypertensive patients. J Am Soc Hypertens. 2013; 7:46-60.

Anexo

Test de Morisky-Green-Levine

Este test consta de cuatro preguntas:

- 1-. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?
- 2-. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?
- 3-. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- 4-. Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SÍ" o "NO".

Se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no-adherentes a quienes contestan Sí a una o más.

Conflictos de intereses

El autor no declara conflictos de intereses en relación con el artículo enviado.