

Estudio del incumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial

Artigas García R, Badiola Villa H, Segrelles Lloret M

Llerena (Badajoz)

El grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en España es bajo. Así, resultados del último estudio publicado, el estudio PRESCAP, ofrecen que el grado de control de la HTA es del 36%¹.

El cumplimiento o adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en patologías crónicas y asintomáticas, como la hipertensión, es fundamental para el buen control y la prevención de complicaciones, e incluso para disminuir la mortalidad. También se sabe la dificultad que tienen los pacientes para cumplir el tratamiento, que muchas veces no perciben como necesario y que a menudo provoca efectos secundarios.

El incumplimiento de los pacientes contribuye significativamente en el control de la HTA. Hoy se sabe que el nivel de incumplimiento es de 7,1-66,2%, similar al de otros países. Para la consecución de un grado de control satisfactorio de la HTA es necesario obtener un nivel de cumplimiento del tratamiento farmacológico cercano al 76% en el hipertenso. Diferentes estudios expresan que el incumplimiento terapéutico puede ser uno de los problemas más importantes con el que nos enfrentamos en la práctica clínica². Es posible que este incumplimiento sea una de las causas que expliquen por qué los hipertensos tratados presentan un riesgo cardiovascular superior a los normotensos de su mismo grupo de edad y sexo.

Con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico de la HTA, se han realizado diferentes recomendaciones; sin embargo, la eficacia de estas medidas para reducir el incumplimiento a largo plazo está en duda. Los profesionales sanitarios no sólo valoran poco el incumplimiento del tratamiento farmacológico como causa de la falta de control de las enfermedades crónicas, y entre ellas la HTA, sino que además, cuando lo hacen, probablemente por desconocimiento, para

su detección no se utiliza la mejor metodología en una proporción muy elevada.

Para determinar la magnitud del problema, desde el principio ha sido motivo de investigación por parte de los profesionales de atención primaria describir las causas del incumplimiento y desarrollar estrategias de mejora.

OBJETIVO

Analizar el grado de incumplimiento terapéutico y demostrar que éste influye en el control de la HTA, en una muestra de pacientes hipertensos atendidos en las consultas de atención primaria del Centro de Salud Foietes Benidorm.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio clínico observacional de 60 pacientes hipertensos diagnosticados previamente y que recibían tratamiento para la HTA, que se reclutaron de forma correlativa y que acudieron a las consultas de forma espontánea, por ese u otro motivo, durante 6 meses de seguimiento. El grado de HTA se clasificó, según los criterios de la Guía Europea de manejo de la Hipertensión Arterial³ (*tabla 1*).

Han participado 3 médicos del Centro de Salud Foietes Benidorm.

Se realizó una visita de inclusión y 4 visitas de seguimiento (1, 2, 4 y 6 meses después), en las que se midió la presión arterial y se realizó el recuento de comprimidos.

Se definió como cumplidor a aquel cuyo consumo de los antihipertensivos prescritos fue del 80-100%.

En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades, y no es fácil ni exacta.

Tabla 1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Categoría	Sistólica [mmHg]	Diastólica [mmHg]
Óptima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión		
Grado 1 (ligera)	140 - 159	90 - 99
Grado 2 (moderada)	160 - 179	100 - 109
Grado 3 (grave)	> 180	> 110
Sistólica aislada	> 140	< 90

Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser:

- **Métodos directos.** Cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos en alguno de los fluidos orgánicos del hipertenso, y su nivel indica si el hipertenso los tomó o no, pero no son aplicables en la práctica clínica diaria. Ejemplo de ellos son las determinaciones de digoxina, teofilina...

- **Métodos indirectos.** Son sencillos, baratos, reflejan la conducta del enfermo y son útiles en atención primaria, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento y están basados en la medición del recuento de comprimidos o en la entrevista clínica. Son los más utilizados.

El método indirecto basado en el recuento de comprimidos es el reconocido de certeza por todos los autores; está validado y es el que hemos usado para este estudio. Es sencillo y objetivo. Compara el número de comprimidos que quedan en el envase, teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Conociendo la fecha del inicio del tratamiento (apertura del envase), pueden calcularse los comprimidos supuestamente tomados y la proporción que representa con respecto a los prescritos. Así, puede calcularse el porcentaje de cumplimiento terapéutico (PC) según la fórmula:

$$\frac{\text{Total de comprimidos presumiblemente consumido}}{\text{Total de comprimidos que debiera haber consumido}} \times 100$$

Para calcularlo lo hicimos de la manera siguiente:

- En todas las visitas se pidió al paciente que trajera a la consulta los envases del medicamento con los blísters al completo, consumidos o no. Para ocultar al

paciente que estábamos realizando un control de su consumo de fármacos, solicitamos su colaboración para que trajera los envases, con el pretexto de estar realizando un estudio sobre las fechas de caducidad que figuran en los envases de los medicamentos.

- En la primera visita se anotó la fecha, el número de comprimidos que tenía el paciente y el de comprimidos que se llevaba con las nuevas recetas.

- En las siguientes visitas se revisaron los envases con la excusa de ver la fecha de caducidad, y se contaron los comprimidos que quedaban a los pacientes. Se asumió que los que faltasen habían sido consumidos.

Por tanto, se anotó el número de comprimidos que quedaban. Seguidamente, se calcularon los comprimidos que debería haber tomado desde la visita anterior (comprimidos prescritos al día por el número de días transcurridos).

- Después se calculó y anotaron los comprimidos consumidos (restando a los comprimidos que se llevó el paciente en la visita anterior los que le habían sobrado).

- Finalmente, se calcula el PC.

Se considera que los límites de ese porcentaje, que definen el buen cumplimiento, se sitúan en el consumo del 90-100% de los comprimidos prescritos. Valores superiores o inferiores a estos niveles expresan el incumplimiento (hipo o hiper cumplimiento). Este método tiene ciertas limitaciones y puede sobreestimar el cumplimiento. Este problema se obvia con la introducción de elementos de sorpresa, como puede ser la realización de recuentos en domicilio y sin previo aviso, o la llamada telefónica, solicitando al hipertenso que él mismo haga el recuento, que en nuestro caso no fue realizado y quedó para una segunda fase del estudio.

Las variables analizadas fueron:

- Edad y sexo.
- Presiones arteriales medias clínicas (sistólicas y diastólicas -PAS y PAD-) de 3 mediciones, según la Guía Española de Hipertensión Arterial 2005³.
- Se calculó el PC según la fórmula anterior.
- Se calculó el grado de control de la HTA (cifras de PAS y PAD medias en la última medición que sean menores a 140 y 90 mmHg, respectivamente) y se

comparó el control de los que no cumplen el tratamiento antihipertensivo.

- Número de enfermedades que presenta y de fármacos consumidos.

RESULTADOS

En total se incluyeron 60 pacientes hipertensos correspondientes a la consulta de tres médicos de Centro de Salud de Foietes Benidorm. En la **tabla 2** se exponen los resultados de las variables analizadas.

No hubo diferencias significativas entre los pacientes de cada consulta en lo que se refiere al sexo, la edad de los mismos, el número de fármacos que consumían o las enfermedades que presentaban además de la HTA.

La proporción de cumplidores en las tres consultas y el promedio de las cuatro visitas realizadas a cada paciente fue de 83,24%, lo que varió entre las visitas. Destaca que conforme se hicieron más visitas menos

proporción de incumplimiento existía. No hubo diferencias significativas entre el porcentaje de incumplidores de las tres consultas.

Se relacionó la edad con la proporción de cumplimiento y observamos que los pacientes más jóvenes incumplen el tratamiento hipertensivo en mayor grado que los pacientes mayores de 65 años.

COMENTARIO

El cumplimiento o adherencia al tratamiento farmacológico prescrito en patologías crónicas y asintomáticas, como la hipertensión, es fundamental para el buen control y la prevención de complicaciones, e incluso para disminuir la mortalidad.

También se sabe la dificultad que tienen los pacientes para cumplir el tratamiento, que muchas veces no perciben como necesario y que a menudo provoca efectos secundarios nocivos. Se estima que el grado de

Tabla 2.

	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3	Media
Edad (años) Media	62,7 (46-81)	64,6 (28-79)	62,3 (35-84)	63,2
Sexo				
Varón	5	7	6	
Mujer	15	13	14	
Nº fármacos consumidos	2,7 (1-4)	2,6 (1-4)	2,6 (1-5)	2,63
Nº enfermedades que presentan	3,58 (1-3)	2,98 (1-4)	3,05 (1-4)	3,20

Gráfico 1. SEXO

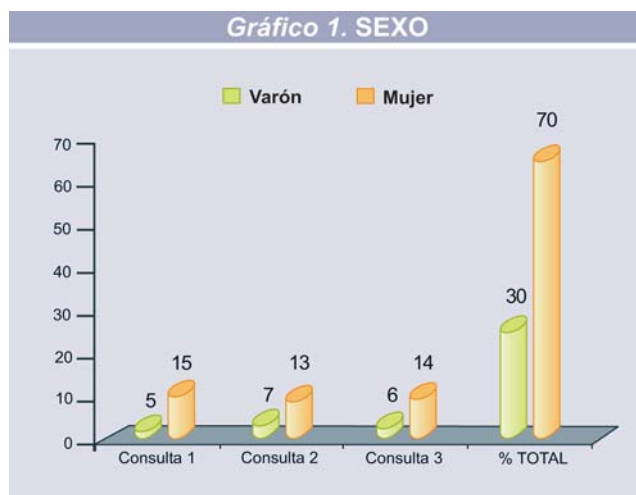
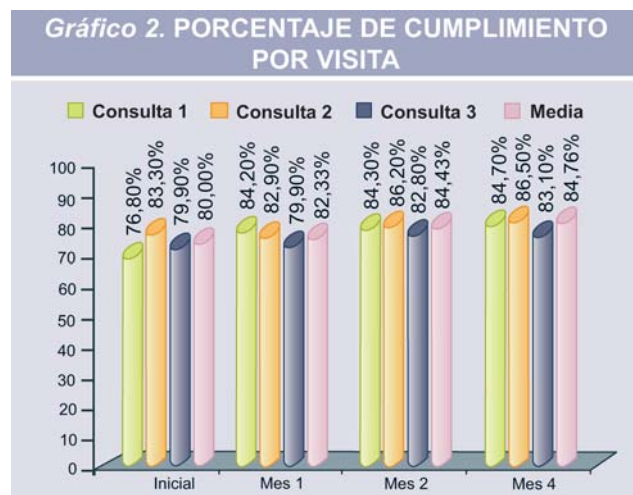


Gráfico 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR VISITA



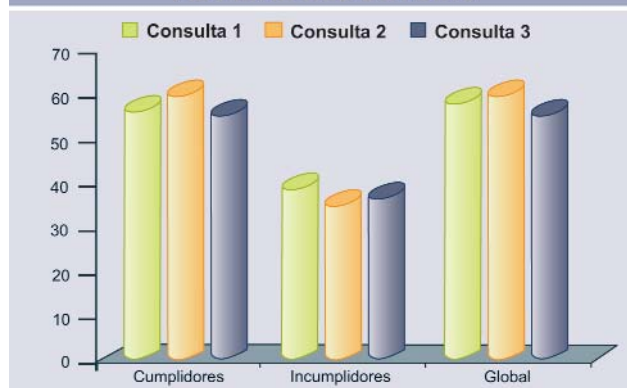
cumplimiento global en los tratamientos crónicos es de 50-75%; en cambio, para obtener un buen resultado terapéutico se consideran aceptables grados superiores a 80%. Se han identificado diversos factores que influyen y algunos de ellos son modificables, como la complejidad del tratamiento, el temor a los efectos adversos o la comunicación médico-paciente.

La proporción de incumplimiento que hemos hallado (15%) es claramente mejor que la de otros trabajos realizados en nuestro medio^{6,7,9,10}. En nuestro estudio la razón que dieron los pacientes para no tomar el tratamiento fue principalmente el olvido, seguido de "sentirse bien" y de la incomodidad por el número de fármacos que tomaban.

Medir el cumplimiento es difícil; ningún método, sea directo o indirecto, está exento de limitaciones, y el método ideal no existe. Además, ninguno de ellos engloba todos los aspectos que influyen en el cumplimiento. En estudios de investigación clínica el recuento de comprimidos ha sido aceptado por la mayoría de los autores como eficaz para su aplicación en las condiciones reales de la práctica clínica^{6,7,8}. El inconveniente más importante que tiene este método es que asume que los comprimidos que faltan en el envase los ha tomado el enfermo, hecho que puede no ser cierto, y por ello lo hemos intentado mejorar realizando el recuento en nuestro consultorio tras la pequeña argucia de decirle a los pacientes que era para comprobar la fecha de caducidad de los fármacos.

Por lo que respecta al control de la PA en los pacientes de las distintas consultas, hay que destacar que casi duplica el encontrado en el estudio epidemiológico anteriormente citado (Estudio PRESCAP 2002)¹ (tabla 3 y gráfico 3). Pensamos que puede ser porque la mayoría de los pacientes reclutados en nuestro estudio están incluidos en el Programa de HTA

Gráfico 3. GRADO DE CONTROL DE LA HTA AL FINAL DEL ESTUDIO



de nuestro Centro, lo que favorece que éstos estén mucho mejor controlados.

En nuestro trabajo el incumplimiento ha sido más frecuente en los hipertensos más jóvenes y que realizan actividad laboral, lo que coincide con otras publicaciones⁵. Además es preocupante, pues suele coincidir también con un mayor riesgo para que estos enfermos padezcan enfermedad cardiovascular.

Es evidente, y no admite dudas, que deben ser los médicos de atención primaria los responsables del correcto diagnóstico, el seguimiento y las decisiones terapéuticas que se deben tomar con los pacientes hipertensos. Asimismo, son los responsables de la obtención de un correcto grado de control de sus cifras de presión arterial, en función del riesgo individual que recomiendan los diferentes consensos en HTA.

Sin embargo, el grado de control de la HTA en España es bajo. Habitualmente, se ha considerado que para ello hay 2 causas fundamentales: el incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas por parte del paciente y la inercia clínica profesional o los fallos del médico en el inicio o la intensificación del tratamiento, cuando está indicado.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es uno de los grandes olvidados de la medicina, aún sin resolver por parte de los profesionales sanitarios. De todos es conocido que la proporción de incumplimiento es alta y que los profesionales sanitarios no sólo investigan escasamente el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino que, además, cuando lo investigan no utilizan la mejor metodología para

Tabla 3. GRADO DE CONTROL DE LA HTA EN LAS DISTINTAS CONSULTAS AL FINAL DEL ESTUDIO (TAS/TAD <140/90)

	Cumplidores	Incumplidores	Global
Consulta 1	64,5	47,8	67,4
Consulta 2	68,3	39,8	64,9
Consulta 3	62,7	40,3	61,8

su detección; además, la implantación de estrategias para mejorar el cumplimiento es algo lejano en la práctica clínica. También es conocido el incumplimiento por parte de los pacientes de las medidas higiénico-dietéticas y el fracaso en su seguimiento, mayor incluso que el incumplimiento farmacológico.

La población hipertensa desconoce por lo general que el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un problema para su salud y no piensa que los profesionales sanitarios estén preocupados por ello. Por ello, la intervención sobre los pacientes y la puesta en marcha de proyectos dirigidos a mejorar la educación sanitaria en este aspecto obtendrá sin duda mejoras

en el cumplimiento farmacológico.

Además de las intervenciones que se están desarrollando, totalmente necesarias, se precisa una reflexión profunda sobre este problema. El bajo control no sólo se produce en la HTA, sino también en otras enfermedades crónicas en España, y con similar importancia en otros países. Hay que reconsiderar aspectos tan conocidos como incrementar el tiempo de consulta de los médicos, intervenir directamente sobre los pacientes y que sean éstos quienes impliquen, por su propio interés, a sus cuidadores; y algo tan clásico como el cambio en el uso de antihipertensivos de forma individualizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, Divison JA, Santos JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)* 2004;122:165-71.
2. Puras Tellaeche J. Causas del mal control de la presión arterial en España. *Aten Primaria* 1998;21:638-44.
3. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. *Hipertensión* 2005;22 Supl 2:16-26.
4. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007;25:1105-87.
5. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997;20:180-4.
6. Gil V, Belda J, Muñoz JL, Martínez J, Soriano E, Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Rev Clin Esp* 1993;193:363-73.
7. Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de seis métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994;102:532-6.
8. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet* 1975;1:1205-7.
9. Turabián JL, Breznes JA, Blázquez P, De Lorenzo A, Mateo S. Cumplimiento y control de la hipertensión arterial: un estudio aleatorio en zona rural. *Aten Primaria* 1986;3:15-8.
10. Batalla Martínez C, Blanquer Laguarda A, Ciurana Misol R, García Soldevilla M, Jordi Cases E, Pérez Callejón A, et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1984;1:185-91.