

Trabajo de revisión

Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica

Noé Sánchez Cisneros*

* Servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

La hipertensión arterial (HA) es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, la importancia del padecimiento radica en su repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones. La adherencia terapéutica se refiere a una conducta que coincide con la indicación médica o de la salud. La importancia de conocer la adherencia terapéutica y establecer estrategias para llevarla a cabo en la HA radica en que ésta, es el principal factor de riesgo de la enfermedad isquémica del corazón y del cerebro. El control de la HA requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. El nivel exacto de adherencia terapéutica es difícil de determinar y algunas situaciones que implican la falta de esta adherencia tienen que ver con la difícil comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, el régimen terapéutico y factores psicosociales. Las estrategias para aumentarla implican la modificación del régimen terapéutico, instruir y preparar al profesional de la salud para desarrollar una mejor comunicación y educación sanitaria al paciente. La educación a la salud es la estrategia que no solamente mejorará la adherencia, sino además puede prevenir la enfermedad, por lo que en México debe ser considerada como una de las prioridades sanitarias del país.

Palabras clave: Hipertensión arterial, adherencia terapéutica, educación sanitaria.

Recibido para publicación: 27 octubre 2006
Aceptado para publicación: 13 diciembre 2006

Dirección para correspondencia:

Noé Sánchez Cisneros

Servicio de Terapia Intensiva Postquirúrgica

Juan Badiano Núm. 1 Col. Sección XVI Del. Tlalpan, 14080 México D.F.

Teléfono: 55 73 29 11 Ext 1405, 1389

E-mail: taorho@yahoo.com.mx

ABSTRACT

Arterial hypertension (AH) is the most frequent chronic disease in our field. The importance of this disease is located in its repercussion on the life expectation and life quality of people suffering from this ailment. This is because the disease is not diagnosed opportunely and the course of this suffering is asymptomatic until the moment that one or more complications appear. The therapeutic adherence refers to some kind of behavior that matches with medical or health prescription. The importance of knowing the therapeutic adherence and establishing strategies for carrying it out in AH lies on the point that this last suffering is the main risk factor of ischemic heart and brain disease. The control of AH requires from the modification of the well-known risk factors and, in its case, a strict adherence to the pharmacological treatment. The exact level of the therapeutic adherence is very difficult to be established and some situations implying the omission of this adherence have a lot to do with the hard effective communication between the professional and the patient, the therapeutic system and psycho-social factors. The strategies to increase the therapeutic adherence are related to the modification of the therapeutic regime, and the instruction and training of the health professional in order to develop a better communication and sanitary education in the patient. Health education is a strategy that not only will improve the adherence but also may prevent the disease. Because of the facts before, in Mexico the adherence should be considered as one of the sanitary priorities for the country.

Key words: Arterial hypertension, therapeutic adherence, sanitary training.

INTRODUCCIÓN

El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la sa-

lud. El empleo de la palabra adherencia en lugar de cumplimiento proviene de diversos autores que argumentan que el término cumplimiento connota a un paciente pasivo que sigue fielmente las indicaciones e instrucciones del profesional al cuidado de la salud. El término adherencia implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

La adherencia comprende diversas conductas: 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; 2) asistencia a citas de seguimiento; 3) uso correcto de la medicación prescrita; 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida y 5) evitar conductas contraindicadas.

Aunque el nivel exacto de adherencia al tratamiento es difícil de determinar, muchos autores estiman rangos que van desde 8 hasta 96 por ciento.¹ En la práctica clínica la medición del cumplimiento presenta numerosas dificultades y no es fácil ni exacta.

La justificación de realizar una revisión acerca de la *adherencia terapéutica* proviene de observar que las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento y en algunos países han logrado empatar e incluso superar la prevalencia de las enfermedades infecciosas. A este cambio en la prevalencia mundial de las enfermedades se ha denominado transición epidemiológica. De este modo las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbilidad en más del 75% de los países a nivel mundial. Cada año en el mundo mueren más de 17 millones de personas por enfermedad cardiovascular. Se estima que cada 4 segundos ocurre un evento coronario y cada 5 segundos un evento vascular cerebral, la hipertensión es el factor de riesgo más común en estas entidades.^{2,3} La HA es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afecta a sujetos en las etapas más productivas de la vida. La importancia del padecimiento radica en la repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones.⁴

El control de la HA requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. De ahí que las intervenciones higiénico-farmacológicas sean tan importantes para disminuir así la morbilidad relacionada con ésta. Además, con el propósito de propiciar el autocuidado, facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento.⁵

IMPACTO POBLACIONAL

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de HA en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa mueren por causas directamente relacionadas. En México aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial sistémica (HAS). Uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años es portador de HA. El 61% de las personas con HAS lo ignoran. Del 49% de personas con diagnóstico previo de HA menos del 50% están bajo tratamiento médico-farmacológico. El 14.6% de la población con HA se encuentra en control (< 140/90 mmHg). En el año 2000 se estimaron 194,000 muertes relacionadas de manera directa a hipertensión, es decir más de una muerte cada 3 minutos.² La mayor prevalencia de HA en México ocurre en los estados del norte de la república (> 30%). La diabetes tipo 2, la obesidad, la proteinuria y el tabaquismo incrementan la prevalencia de HA. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) en el año 2000 alertan sobre la necesidad de intensificar las estrategias para la detección, control, tratamiento y prevención de la HA en México.⁶

La distribución poblacional de la HA en nuestro país, le aparta de los patrones globales de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención. Gran concentración de nuestra población está compuesta por personas menores de 50 años de edad, lo que determina una gran proporción de HA de predominio diastólico. Otras características intrínsecas de nuestra población, como las de carácter étnico, genómico y fénómico, imprimen rasgos muy particulares a las diversas formas de HA en México, que obligan al planteamiento de estrategias de atención especial.⁷

FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA ADHERENCIA E INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS PARA AUMENTARLA

Algunos autores expresan que la falta de adherencia entre los pacientes puede explicarse, al menos en parte, por un número de factores particulares en el ambiente del cuidado de la salud, que hace difícil la comunicación efectiva entre el profesional y el paciente. Algunos de estos factores incluyen: la alta frecuencia del uso de términos técnicos por los profesionales de la salud cuando hablan con los pacientes; el personal de salud pasa menos de dos minutos dando información del tratamiento al paciente; insatis-

facción por la interacción personal de salud-paciente; el personal de salud sobreestima la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y subestima el deseo de los pacientes para obtener información.¹ De esta manera en la interacción profesional salud-enfermo, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo con la relación establecida con el terapeuta, se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.⁸

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: los olvidos simples en la toma de la medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento –si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios– más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen, tales como: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social.^{8,9}

Otro grupo de autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de los siguientes aspectos: a) la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces, b) el simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios) y c) programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales.⁷ En algunas referencias el blanco principal es la educación sanitaria al paciente, en donde debe ser informado

acerca de los aspectos básicos de la HA y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones y su relación con la adherencia al tratamiento, las actividades del personal de salud, así como la manera de mejorar la presión arterial.^{6,10} De la Cruz, en una propuesta de proceso enfermero en el paciente hipertenso, establece en el análisis del déficit de autocuidado de los requisitos universales, puntos como: incumplimiento de la dieta, falta de interés por el peso ideal, consumo excesivo de sal, entre otros, que le crea la necesidad de proporcionar apoyo educacional al paciente como medida para conseguir un autocuidado suficiente y delimitar los problemas y la evolución de la HA.¹¹

Cruz y Pinal, señalan que la participación de enfermería en las clínicas de HA resulta fundamental ya que su perfil profesional es capaz de coordinar el equipo interdisciplinario de salud, de crear, diseñar y dirigir acciones que favorezcan la modificación de los hábitos y costumbres que afectan la salud del paciente, mediante la aplicación del proceso atención de enfermería, campañas de prevención de la enfermedad, detección oportuna de la población hipertensa, control de factores de riesgo modificables, inicio del tratamiento farmacológico y no farmacológico para evitar el daño a órganos blanco y traslado oportuno a un segundo o tercer nivel de atención.¹² Lo anterior se vincula con lo que concluyen Jiménez y Villegas y cols. en cuanto a que se considera que el déficit de autocuidado en pacientes con HA, se debe a la adopción de estilos de vida poco saludables y donde la prevención primaria debe estar orientada a modificar los factores de riesgo en toda la población, con mayor énfasis en niños y jóvenes.¹³ Los grupos de ayuda mutua parecen ser una piedra angular en la adherencia terapéutica, pues se plantean como estrategia fundamental en la línea educativa para mejorar el control de la enfermedad, ya que las personas con diabetes o hipertensión y sus familiares pueden jugar un papel activo en el cumplimiento del desarrollo del tratamiento, así como en la preventión y control de la enfermedad. Los beneficios que se logran en los grupos de ayuda mutua son coadyuvantes para controlar la enfermedad y retrasar las complicaciones en personas que ya son diabéticas o hipertensas.¹⁴

Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar la salud, mejorando las condiciones de vida. Por otro lado, con la implementación de programas educativos, se lleva

un control estricto de regímenes higiénico-dietéticos y médicos, y se da un enfoque para la atención individual personalizada a la vez que se propicia el autocuidado del individuo y su familia, lo cual mejora las expectativas de vida de la población.⁵

Algunas opciones para el incremento de la adherencia terapéutica proponen por un lado, seguir el modelo para la descripción y modificación de la conducta (MDMC), este es un modelo interactivo que ofrece una presentación paso a paso de los atributos que conducen a la modificación de la conducta; el modelo no agrega información nueva al cuerpo creciente de la literatura acerca de las conductas de salud; sin embargo, representa una síntesis de conceptos que se han encontrado repetidamente por ser importantes y efectivos en la interpretación y predicción de la conducta de salud.¹ Por otro lado, también sugiere ofrecer conocimientos al paciente sobre la HA y su tratamiento, enseñarle cómo, cuándo y en qué cantidad tomar la medicación; qué hacer en el caso de olvido o retraso en una dosis, con qué frecuencia y qué efectos adversos graves pueden producirse; personalizar la intervención, utilizar la información impresa, medios audiovisuales y las tarjetas de control; así como ofrecer educación sanitaria individual, oral y escrita de forma amplia y regular, por parte del médico o enfermera que intentarán establecer la relación médico-paciente lo mejor posible.⁹

CONCLUSIONES

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica, que debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención, una vez diagnosticada la enfermedad. Concluyendo: si la hipertensión arterial es una de las prioridades de salud en el país, y una de las acciones para lograr su prevención es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, nos pode-

mos preguntar: ¿Qué podemos hacer desde nuestra perspectiva profesional?

REFERENCIAS

1. Rodríguez OG. *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Ed. Porrúa; 1993.
2. Rosas PM, Velásquez MO, Pastelín HG, Lara EA, Tapia CR, Attie F. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (análisis por consolidación conjuntiva). *Rev Archivos de Cardiología de México* 2004; 2(74): 164-178.
3. Martínez SC, Reding MS. Cambio en el rumbo de las consecuencias cardiovasculares de la hipertensión arterial sistémica. *Rev Archivos de Cardiología de México* 2004; 2(74): 179-185.
4. Cruz CM. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. *Rev Archivos de Cardiología de México* 2001; 1(74): 192-97.
5. Peredo RP, Gómez LV, Sánchez NH, Navarrete SA, García RM. Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Rev Médica del IMSS* 2005; 2(43): 125-129.
6. Rosas PM. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. *Rev Archivos de Cardiología de México* 2003; 1(73): 137-140.
7. Rosas PM, Pastelín G, Reding J, Herrera AJ, Attie F. Hipertensión arterial en México, guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. *Rev Archivos de Cardiología de México* 2004; 2(74): 134-157.
8. Giñarte AY. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 5(17): 502-505.
9. Orueta SR. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005; 2(29): 40-45.
10. Woods A. La hipertensión. *Rev Nursing* 2003; 1(21): 20-21.
11. De la Cruz MC. Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica. *Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2000; 1(8): 19-24.
12. Cruz AG, Pinal ME. Clínicas de hipertensión arterial, una necesidad de nuestra sociedad. *Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2004; 3(12): 92-98.
13. Jiménez VC, López SG, Pichardo LC. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. *Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2003; 1(11): 11-17.
14. Lara EA, Aroch CA, Jiménez A, Arcao MG, Velásquez MO. Grupos de ayuda mutua: Estrategias para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Rev Archivos de Cardiología de México* 2004; 4(74): 330-335.