

PREGUNTA CLÍNICA N°15

¿QUÉ INTERVENCIONES SON EFICACES PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE HIPERTENSO?

Fecha de edición: Mayo 2014

RESUMEN

1. Introducción.

La baja adherencia o incumplimiento del paciente al plan terapéutico junto con la inercia terapéutica del profesional sigue siendo una de las causas explicativas del fracaso en alcanzar cifras adecuadas de PA (1).

La prevalencia del incumplimiento del tratamiento farmacológico en hipertensión leve-moderada en España varía entre los diferentes estudios con una media ponderada del 32,5%(2).

El abordaje de la falta de adherencia debe responder a un enfoque multidimensional analizando diversos condicionantes (paciente, curso de enfermedad, fármacos y régimen terapéutico, condicionantes socioeconómicos y características del sistema de salud) tal y como plantea la OMS (3).

Múltiples estudios han valorado el efecto de diferentes estrategias para aumentar la adherencia al régimen terapéutico farmacológico. Sin embargo no todos han conseguido demostrar beneficios en las cifras de presión arterial y /o resultados en salud.

La GPC a actualizar aconseja la atención organizada de los pacientes hipertensos que incluya intervenciones educativas y de promoción del autocuidado (Grado A). También propone utilizar diferentes estrategias combinadas que vayan más allá del consejo breve para mejorar el cumplimiento farmacológico (Grado B).

Por otra parte recomienda simplificar las pautas de dosificación, tanto reducción de frecuencia de dosis como asociación de fármacos en un solo comprimido (Grado A).

2. Resumen respuesta en GPCs base.

Las 2 guías base consultadas recomiendan intervenciones múltiples. La guía canadiense(4) propone varias medidas para mejorar la adherencia referidas al régimen terapéutico, al paciente y al modelo organizativo. La guía NICE((5)) se muestra más prudente en sus recomendaciones dada la falta de evidencia concluyente; introduce como recomendación nueva el uso del pastillero (*medicines adherence*). Hay coincidencia en ambas acerca de la recomendación de la simplificación del régimen terapéutico así como favorecer la automonitorización por parte del paciente.

3. Resumen de la evidencia.

La evidencia proviene de estudios realizados en población hipertensa (6-9) así como evidencia indirecta de estudios realizados en enfermedades crónicas ((10-13). Existe una gran heterogeneidad tanto en las intervenciones estudiadas como en el sistema de medición de la adherencia. No todas las intervenciones proporcionan resultados en adherencia y resultados en salud. El aumento de la adherencia y el beneficio en resultados en cifras de PA no siempre guarda una relación directa. Varias de las intervenciones valoradas son intervenciones de gran complejidad y difícilmente aplicables en nuestro medio y otras, las referidas a la implicación de otros profesionales tales como farmacéuticos, exceden los objetivos de esta actualización.

De manera resumida y con calidad baja-muy baja las intervenciones que se muestran beneficiosas son:

-Automonitorización(**6**): beneficio pequeño tanto en PAS : -2,53(-3,73 a -1,34) como PAD : -1,81 (-2,39 a -1,23)

-Intervención de otro profesional:

Farmacéutico: De manera consistente esta intervención se muestra beneficiosa en varios de los estudios analizados (**10**), (**8**), (**6**, **11**).

Enfermería: los modelos de enfermería analizados, enfermera prescriptora, no son extrapolables a nuestro medio (**6**, **14**).

-Cambios organizacionales complejos: beneficio importante tanto en PAD como PAS y objetivo tensional (**6**, **11**).

-Recordatorio de citas(**6**): beneficio pequeño moderado en objetivos de buen control y en cifras de PAS. No sobre PAD.

-Simplificación del régimen terapéutico: Una RS ((**13**) de estudios en enfermedades crónicas diversas encuentra una relación inversamente proporcional entre adherencia y frecuencia de dosificación consistente entre las 3 definiciones de adherencia que utiliza. Sin embargo no permite sacar datos respecto a enfermedades específicas.

Otras estrategias valoradas no han resultado ser beneficiosas tales como educación sobre el paciente, educación sobre el médico(**6**), combinación de dosis fija de fármacos(**7**), blíster calendario (**12**).

4. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

La automonitorización muestra beneficios pequeños- moderados en disminución de cifras de PA . El beneficio de la automonitorización es concordante entre los estudios dentro de un programa con interacción de otros profesionales de la salud.

Los pacientes entienden que la medida domiciliaria es más precisa que la clínica. Algunos pacientes están de acuerdo en automedirse la PA pero otros lo rechazan., sobre todo los pacientes mayores de bajo nivel socioeconómico. Los pacientes prefieren los sistemas con *feedback* cercano de los profesionales sanitarios. (ver pregunta 13).

El recordatorio de citas tiene un efecto beneficioso sobre el objetivo de buen control y las cifras de PAS no así la PAD. Aunque probablemente cuenta con la opinión favorable de los pacientes ello supone costes en aumento de carga de trabajo para los profesionales de la salud.

La simplificación de pauta terapéutica mejora la adherencia de forma inversamente proporcional al número de tomas. Sin embargo no hay datos sobre el efecto en las cifras de PA.

Las intervenciones complejas que incluyen combinación de varias de ellas, han mostrado su eficacia de forma concordante entre los estudios, sobre variables importantes pero no críticas y su coste resulta muy elevado.

Razonamiento justificación de la recomendación:

Basada en aquellas intervenciones que demuestran no sólo aumento de adherencia sino resultados en cifras de TA y/o otros resultados en salud ya que la mejora en la adherencia no necesariamente se traducirá en resultados en salud. Las intervenciones para aumentar adherencia consumen recursos.. La calidad baja de la evidencia hace que la confianza en las estimaciones sea también baja.

Recomendación:

Se sugiere recomendar a los pacientes la automonitorización, a ser posible dentro de un programa con interacción con otros profesionales de la salud (ver pregunta 13).

Se sugiere utilizar un sistema de recordatorio de citas.

Se sugiere intentar simplificar la pauta terapéutica disminuyendo el número de tomas /día.

Consideraciones para la implementación:

Las intervenciones que parecen ser más efectivas (intervención de otros profesionales y cambios de modelos de atención complejos) escapan de los objetivos y destinatarios de esta guía aunque la colaboración con el farmacéutico comunitario debería ser fomentada. Las intervenciones más factibles tienen un discreto efecto en las cifras de TA la automonitorización, la simplificación de la pauta terapéutica así como el recordatorio de citas.

Factibilidad:

La simplificación de la pauta terapéutica es una práctica factible.

El recordatorio de citas se puede plantear en pacientes seleccionados que presenten mal control persistente.

Evaluación y prioridades para la investigación:

El abordaje de la falta de adherencia debe responder a un enfoque multidimensional analizando diversos condicionantes (paciente, curso de enfermedad, fármacos, condicionantes socioeconómicos y características del sistema de salud) tal y como plantea la OMS (3).

El resultado de aumento de adherencia con la simplificación de la pauta terapéutica debe ser corroborado con resultados en mejoras de las cifras de PA.

5. Bibliografía.

1. Marquez Contreras E, Martin de Pablos J, Gil Guillen V, Martel Claros N, Motero Carrasco J. La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico ¿cómo influyen en el control de la hipertensión arterial?: Estudio CUMAMPA. Hipertensión y riesgo cardiovascular. 2008;25:187-93.
2. Marquez-Contreras E, de la Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillen V, Martin-de Pablos JL, et al. Do Patients With High Vascular Risk Take Antihypertensive Medication Correctly? Cumple-MEMS Study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012;65(6):544-50.
3. Sabate E. Adherence Meeting Report. In: WHO, editor.; Genève: World Health Organization.; 2001.
4. Daskalopoulou SS, Khan NA, Quinn RR, Ruzicka M, McKay DW, Hackam DG, et al. The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. The Canadian journal of cardiology. 2012;28(3):270-87.
5. Excellence NifHaC. Hypertension.Clinical management of primary hypertension in adults. Disponible en <http://publicationsniceorguk/hypertension-cg127> [Acceso septiembre 2012]. 2011.
6. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2010(3):Cd005182.
7. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 55. United States2010. p. 399-407.
8. Morgado MP, Morgado SR, Mendes LC, Pereira LJ, Castelo-Branco M. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: review and meta-analysis. American Journal of Health-System Pharmacy. 2011;68(3):241-53.
9. Clark CE, Smith LFP, Taylor R, Spiers, Campbell JLP. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. [Miscellaneous Article]. BMJ August 28. 2010;341(c3995).
10. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):Cd000011.
11. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. Ann Intern Med. 2012;157(11):785-95.

12. Zedler BK, Kakad P, Colilla S, Murrelle L, Shah NR. Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. *Clin Ther.* 33. United States: Inc; 2011. p. 62-73.

13. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, Lee S, Roberts MS, Kaur R, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm.* 18. United States: Academy of Managed Care Pharmacy; 2012. p. 527-39.

14. Clark CE, Smith LF, Taylor RS, Campbell JL. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010;341:c3995.