



GRUPO CUMPLIMIENTO

Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión-
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

Cumplimiento terapéutico en la HTA

Actualizaciones

Editor: Emilio Márquez Contreras
Coordinador Grupo Cumplimiento

Volumen 4, Número 2, Abril 2007

Publicación cuatrimestral

Editorial	1	¿La persistencia con la medicación es similar al cumplimiento del tratamiento?
Prevalencia del incumplimiento en España	2	Se muestran los últimos datos de una revisión realizada que incluye todos los estudios publicados en España sobre cumplimiento en la HTA
Guía Española de Hipertensión Arterial 2005	4	Se presenta la evaluación clínica del paciente hipertenso mediante pruebas complementarias, y se resume una parte del capítulo 5 de la Guía
La opinión del experto	6	El Dr. López Chozas opina que si se mejorara el cumplimiento, se producirían enormes beneficios en términos económicos directos y, lo que es más importante, de salud
Caso clínico	7	Se analiza la toma de decisiones en el tratamiento de la HTA en función de la inercia clínica profesional y del tratamiento correcto a partir de las recomendaciones de los consensos
Actualización bibliográfica	10	Se presentan los estudios más relevantes sobre cumplimiento publicados entre noviembre de 2006 y enero de 2007
Proyecto de investigación	11	Se analizan los datos parciales del estudio EFEDIS y se muestran los resultados de la frecuente inercia clínica profesional que nos afecta a todos
Otras actividades del grupo: página web, talleres de cumplimiento, jornadas, tarjeta de autocumplimiento	12	Se presenta una serie de actividades que desarrolla el Grupo, en las cuales puedes participar o colaborar en su desarrollo



Con el patrocinio de **ESTEVE**

¿La persistencia con la medicación es similar al cumplimiento del tratamiento?

En el último año, estamos asistiendo a la publicación de un número importante de artículos en todo el mundo en los que se estudia la persistencia del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial (HTA). Muchos lectores tienen dificultades para entender qué se quiere comunicar en estos estudios, y los términos persistencia con la medicación, abandono del tratamiento y cumplimiento del tratamiento pueden confundirlos.

Los términos cumplimiento, abandono y persistencia se pueden medir con estudios retrospectivos y estudios prospectivos, ya que ambos aportan datos reales de la práctica clínica habitual de los médicos. A veces, los estudios prospectivos incluyen a pacientes con ciertas características especiales, que de vez en cuando pueden no representar a la población general y pueden producir efectos, como el efecto Hawthorne, mediante el cual, y por el mero hecho de ser observados, los pacientes mejoran su cumplimiento y la persistencia del tratamiento. De modo general, la persistencia con el tratamiento se investiga mediante estudios retrospectivos que evitan estos sesgos, mediante la utilización de bases de datos, a pesar de que los autores siguen diferentes metodologías que dificultan la comparación mundial de los resultados obtenidos. Un ejemplo de ello es valorar la persistencia de diferentes antihipertensivos durante un tiempo determinado, que se analiza mediante el número de recetas de fármacos que cada paciente ha adquirido en la farmacia y que están registrados en las bases de datos de prescripciones de farmacia de cualquier sistema de salud. El incumplimiento se refiere a la omisión de dosis de una medicación en un tratamiento crónico o continuado. La persistencia hace referencia a la suspensión temprana del tratamiento. Ambos conceptos interactúan en el uso adecuado de la toma de la medicación, pero en la práctica tienen implicaciones distintas. La persistencia es la utilización continuada de un fármaco o fármacos durante un período específico y se estudia como una variable dicotómica en función de un período. (¿Fue el paciente persistente al año del inicio del tratamiento o no?) La persistencia con la medicación es el tiempo de administración de una medicación específica desde el inicio de su prescripción hasta el fin del período de estudio o el término de la última receta suministrada de ese fármaco, antes de dejar de administrarla. La persistencia con la pauta es el tiempo de administración con un conjunto específico de fármacos desde el inicio de cualquier fármaco hasta cualquier variación de éste o el término del período de estudio, en el que se pueden valorar varios fármacos antihipertensivos. La persistencia con el tratamiento es el tiempo con cualesquiera fármacos antihipertensivos, desde el inicio hasta la suspensión de todas las medicaciones o el término del período de estudio.

La falta de persistencia sucede a veces cuando el paciente abandona el tratamiento sin instrucciones del médico, o incluso sin comentarlo con él. Cuando los pacientes no reciben tratamiento para la HTA, presentan mayor riesgo de secuelas asociadas a la presión arterial (PA) elevada. Esto sucede en ocasiones al inicio del tratamiento, el cual refleja acontecimientos adversos o percibidos como si estuvieran asociados a un nuevo tratamiento farmacológico. Los pacientes que alcanzan tempranamente el objetivo de control de las cifras de PA, generalmente, presentan mayor persistencia, a diferencia de los que no alcanzan este control o experimentan efectos adversos. En estos pacientes, pueden producirse

automodificaciones del tratamiento, e incluso sus médicos pueden pensar que esta falta de control se produce como consecuencia de la falta de eficacia de los antihipertensivos, por lo que podrían responder intensificando inadecuadamente el tratamiento sin interesarse en la correcta toma de la medicación.

La falta de cumplimiento sucede en el contexto de un tratamiento en curso, crónico, cuando los pacientes modifican la posología en lugar de suspender el tratamiento por completo. Los efectos del incumplimiento son menos relevantes que la falta de persistencia, ya que las variaciones de la PA son menos relevantes, pero evidentemente el riesgo de episodios cardiovasculares es mayor que los sucedidos en los buenos cumplidores.

El abandono del tratamiento se refiere a los pacientes que dejan de tomar la medicación de forma permanente durante un período superior a 60 días, o al tiempo correspondiente a 2 recetas omitidas o, al menos, que no prevén reanudarla.

Pero ¿cómo se determina el cumplimiento y la persistencia? Ya sabemos que podemos medir el cumplimiento mediante test indirectos basados en entrevistas clínicas, mediante el recuento de comprimidos o los monitores electrónicos. La persistencia se mide retrospectivamente utilizando una base de datos y además, generalmente, una medida, como es el cociente de posesión de medicación (*medication possession ratio*), que se refiere al cociente de dividir los días totales de medicación suministrada (sin incluir la última receta) entre los días totales en un período determinado. Por consiguiente, persistencia, abandono del tratamiento y cumplimiento tienen diferentes connotaciones sobre la toma habitual de la medicación. Actualmente, con el auge de la medicina basada en la evidencia científica, la cuantificación del cumplimiento y de la persistencia con el tratamiento de la HTA proporcionará información adicional a los clínicos y a otros estamentos responsables de la toma de decisiones en la sanidad pública, acerca de los diferentes aspectos que afectan a la eficacia del tratamiento, como creencias, actitudes y comportamientos de los pacientes. No se debe olvidar que la mejora de la persistencia del tratamiento aumenta los gastos de la sanidad a corto plazo, a causa del incremento de gastos de farmacia, pero sin lugar a duda disminuye los sanitarios a largo plazo; y reduce otros gastos sanitarios, como los hospitalarios o los tratamientos de complicaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Miembros del Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha Contra la HTA

Dr. Emilio Márquez Contreras
Dr. Vicente Gil Guillén
Dra. Nieves Martell Claros
Dr. Mariano de la Figuera Von Wichmann
Dr. José J. Casado Martínez
Dr. José Luis Martín de Pablos
Dr. Francisco Atienza Martín
Dra. Teresa Gros i García
Dr. Jacinto Espinosa García

Nuevos datos sobre la prevalencia del incumplimiento terapéutico en España

SEH-LELHA

El incumplimiento farmacológico en España en el tratamiento de las enfermedades crónicas varía entre el 40 y el 60% aproximadamente y de forma general, y el incumplimiento no farmacológico oscila entre el 70 y el 95%, lo que da a entender la dificultad que lleva consigo tomar la medicación de modo continuo, en el tratamiento farmacológico, y realizar los cambios en el estilo de vida y el abandono de los hábitos tóxicos, en el tratamiento no farmacológico. En cuanto a las prescripciones realizadas en la consulta, en líneas generales se acepta que entre el 20 y el 60% de los fármacos recetados no se retiran de la farmacia.

En revisiones anteriores realizadas por Puigventós et al y Márquez et al, estos autores observaron que el incumplimiento en España en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) oscilaba entre el 6 y el 60%. El Grupo de Cumplimiento recientemente ha realizado una revisión con la intención de conocer la evolución del incumplimiento en España, a raíz de la publicación de los últimos estudios llevados a cabo en España. Esta revisión se ha publicado en la revista *Atención Primaria* (su referencia bibliográfica es: Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Martell Claros N, De la Figuera M, Casado Martínez JJ, Marín de Pablos JL. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA en España, entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006;38:325-32). En este artículo comentamos ciertos aspectos de la publicación.

El objetivo del estudio fue analizar el incumplimiento farmacológico de la HTA en España, tras una revisión de estudios publicados entre 1984 y 2005.

Se ha diseñado un estudio descriptivo, mediante una revisión bibliográfica de todos los estudios publicados en España, desde el año 1984 hasta el día 1 de junio de 2005, que analizaron el incumplimiento terapéutico farmacológico en la HTA.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Estudios que analizaron el incumplimiento terapéutico farmacológico en la HTA, ya sean estudios de seguimiento o ensayos clínicos.
2. Artículos publicados en revistas médicas, como artículo original, como *abstracts* de congresos, o publicados como tesis doctorales.
3. Estudios realizados en su totalidad en centros sanitarios de España.
4. Estudios que, para el análisis del incumplimiento, utilizaron como método de medida el recuento de comprimidos a domicilio o en consulta, o mediante el recuento del número de aberturas de los contenedores de medicación a través de los moni-

tores electrónicos de control de la medicación (*Monitors Events Medication Systems*) y el cálculo del porcentaje de cumplimiento medio (PC) del período comprendido entre las visitas iniciales y finales, según la fórmula:

$$PC = \frac{N.º \text{ total de comprimidos presumiblemente consumidos}}{N.º \text{ total de comprimidos que debiera haber consumido}} \times 100$$

5. Estudios que definían el incumplimiento terapéutico, o pacientes no cumplidores, con un valor del PC inferior a 80% y superior a 110%.

Se excluyeron artículos de revisiones o editoriales, estudios cuya definición de no cumplidor fue diferente al utilizado en el criterio de inclusión, estudios transversales o estudios no realizados completamente en centros sanitarios españoles.

Dos investigadores diferentes realizaron una búsqueda bibliográfica. Sus resultados se han evaluado posteriormente en grupo. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica el día 1 de junio de 2005, a través de internet, mediante 2 sistemas: a) Medline a través de PubMed, y b) índice español de tesis doctorales. Se han utilizado como límites temporales: el año 1984, año en que se conoce la primera publicación sobre cumplimiento, hasta el 1

de junio de 2005. Como descriptores se han utilizado los términos “*hypertension and patient compliance*”, or “*compliance*”, or “*adherence*”, or “*patient dropouts*” or “*treatment refusal*” y sus múltiples combinaciones. Asimismo, se ha realizado una búsqueda manual en las revistas españolas siguientes: *Medicina Clínica*, *Revista Clínica Española*, *Atención Primaria*, *Hipertensión* y *Semergen* y los números extraordinarios de las revistas *Atención Primaria e Hipertensión*, que presentan los datos de los *abstracts* de los congresos nacionales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y de la Asociación de la Sociedad Española de HTA y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; y, finalmente, se han analizado todas las referencias bibliográficas, de los artículos detectados sobre cumplimiento en España. Se contactó con todos los autores conocidos como expertos en cumplimiento en España, y se solicitó la bibliografía conocida por ellos sobre el tema.

En esta publicación, de forma global, incluidos todos los estudios, se ha calculado el porcentaje de cumplidores y no cumplidores y sus IC del 95%. Se ha calculado la media ponderada del porcentaje de cumplidores y no cumplidores, considerando como valor de ponderación al número de individuos incluidos en cada estudio, como valor representativo del incumplimiento terapéutico. De forma independiente, se han realizado estos mismos análisis en los estudios encontrados tras la última revisión re-

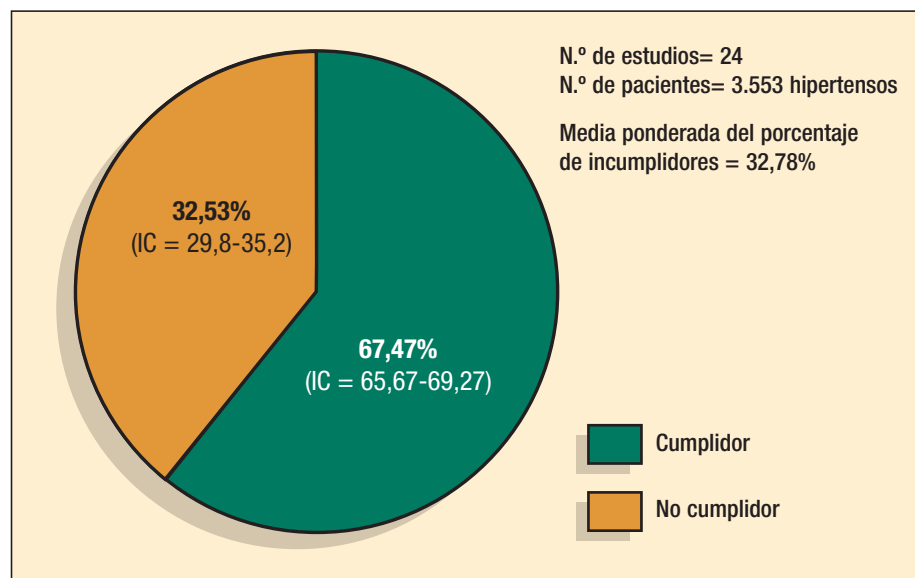


Figura 1. Porcentaje de pacientes cumplidores y no cumplidores obtenidos en el análisis de los estudios de cumplimiento publicados en España entre 1984 y 2005. IC: intervalo de confianza.

Tabla 1. Estudios de cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial realizados en España con la medición de éste mediante el recuento de comprimidos o MEMS

Autores, año y lugar	Pacientes con medición del cumplimiento	No cumplidores n (%)	Cumplidores n (%)	Duración del seguimiento	Porcentaje de cumplimiento medio
Batalla (1984), L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)	145	49 (66,2)	96 (33,8)	4 meses	
Vals Jiménez (1992), Cornellá (Barcelona)	86	36 (41,9)	50 (58,1)	1 mes	101,7
Vázquez Pueyo (1993), Huesca	37	14 (62,2)	23 (37,8)	12 meses	
Gil Guillén (1993), Elche (Alicante)	157	73 (46,5)	84 (53,5)	39,3 días	
Márquez Contreras (1995), Huelva	90	15 (16,7)	75 (83,3)	1 mes	
Gil Guillén (1995), Alicante	152	60 (39,5)	92 (60,5)	1 mes	
Piñeiro Chousa (1997), Alicante	174	83 (47,7)	91 (95,3)	2 visitas	90,5
Márquez Contreras (1998), Huelva	94	18 (19,5)	76 (80,5)	6 meses	91,5
(2000), Huelva	92	20 (21,7)	72 (78,3)	24 meses	90,9
Pertusa Martínez (1998), Valencia	94	51 (54,3)	43 (45,7)	2 meses	
González Sánchez (1999), Madrid	54	25 (46,3)	29 (53,7)	20-30 días	86,2
Márquez Contreras (2001), Huelva	99	18 (18,2)	81 (81,8)	2 meses	91,8
Gil Guillén (2001), Alicante	113	8 (7,1)	105 (92,9)	6 meses	
Puras (2001), Albacete	488	270 (55,2)	218 (44,8)	?	74,04
Raigal (2001), Alicante	95	50 (52,6)	45 (47,4)	14 meses	79,1
García Navarro (2001), Alicante	252	105 (40)	147 (60)	2 meses	83,1
Márquez Contreras (2001), Huelva	91	20 (21,9)	71 (78,1)	2 meses	87,6
Tortajada (2001), Alicante	114	48 (24,8)	66 (75,2)	5 meses	
Zaragoza (2002), Valencia	106	45 (42,5)	61 (57,5)	6 meses	89,1
Márquez Contreras (2004), España (ESTUDIO ETECUM-HTA)	538	78 (14,5)	460 (85,5)	6 meses	89,6
Márquez Contreras (2004), España (ESTUDIO HTA-ALERT)	67	10 (14,9)	57 (85,1)	6 meses	90,2
Márquez Contreras (2005), (Estudio EAPACUM-HTA)	200	34 (17)	166 (83)	6 meses	90,6
Márquez Contreras (2005), (Estudio CUMAMPA-Preeliminar)	100	11 (11)	89 (89)	6 meses	94,1
Gascón Vivó (2005), Huelva	115	15 (13)	100 (87)	2 meses	96,7
TOTAL	3.553	1.156 (32,53)	2.397 (67,46)		

MEMS: Medication Event Monitoring System.

alizada, es decir, entre los años 2001 y 2005, y se han comparado sus resultados.

Se han analizado 24 estudios. En la tabla 1 se presentan los diferentes estudios analizados, el número de pacientes incluidos en cada uno, el número de cumplidores y no cumplidores, el porcentaje de incumplimiento obtenido, la duración del seguimiento y el porcentaje de cumplimiento medio comunicado en algunos de ellos.

El número total de pacientes incluidos ha sido de 3.553 hipertensos, de los cuales el 32,53% (IC del 95%, 29,83-35,23) (n = 1.156) fueron no cumplidores y el 67,47% (IC del 95%, 65,67-69,27) (n = 2.397), cumplidores (fig. 1). La media ponderada del porcentaje de incumplimiento fue del 32,78%. El número total de pacientes incluidos entre 2001 y 2005, años posteriores a la última revisión realizada, ha sido de 1.240 pacientes hipertensos, de los cuales el 19,44% (IC del 95%, 14,54-24,34) (n = 241) fueron

no cumplidores y el 80,56% (IC del 95%, 78,16-82,96) (n = 999), cumplidores. La media ponderada del porcentaje de incumplimiento en estos años fue del 17,84%. Se ha observado una diferencia en la media del incumplimiento del 20,12% entre los años 1984-2001 (44,4%) y 2001-2005 (19,44%).

En esta revisión, se ha observado que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA en España ha descendido en los últimos años, aunque sigue siendo elevado, a pesar de los esfuerzos realizados por los expertos y las sociedades científicas. Un análisis detallado nos hace sospechar que realmente el incumplimiento del tratamiento en España no se haya modificado, ya que la mejoría observada en esta revisión puede deberse a la mejoría obtenida en varios de los nuevos estudios que analizaban estrategias intervencionistas, en los que se obtuvieron buenos resultados en los grupos de intervención. En estos

mismos estudios, los resultados en los grupos de control son similares a los de cumplimiento de años anteriores.

Como se ha comentado en el editorial, sería de un gran interés la realización de un estudio en España que analizara la persistencia del tratamiento y el abandono de la medicación, ya sea mediante estudios retrospectivos o mediante estudios prospectivos, y que se utilizara una metodología que simulara la práctica clínica y en la que la actuación por parte del estudio en el médico y el paciente quedara completamente minimizado para evitar el efecto Hawthorne. Una buena metodología podría ser el intento que está desarrollando el Grupo de Cumplimiento, a través del estudio de la persistencia del tratamiento y el abandono de la medicación mediante un seguimiento de la receta XXI o receta electrónica utilizada en la Sanidad Pública de Andalucía.

Evaluación clínica del paciente hipertenso

SEH-LELHA

En el año 2005, se publicó la Guía Española de Hipertensión Arterial 2005, avalada por la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión arterial y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Esta guía se realizó por consenso entre un grupo de expertos españoles en el campo de la hipertensión arterial (HTA). La guía se publicó en la revista *Hipertensión* (Hipertensión. 2005;22 Supl 2) y puede consultarse en la página web de la SEH-LELHA (<http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>).

En este número del boletín, se va a presentar una parte del capítulo 5 (Pruebas complementarias), con el objetivo de difundirla, y colaborar en la formación sobre la HTA. En este artículo se presentan las referencias bibliográficas originales que pueden consultarse en la web.

Exploraciones complementarias

Las recomendaciones actuales de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología se basan en la práctica sistemática, siempre que sea posible, de las exploraciones encaminadas a evaluar la coexistencia de otros factores de riesgo y de lesión de órgano diana. A ello deberá añadirse en muchos casos el cribado de la HTA secundaria.

Pruebas de laboratorio

Creatinina sérica

La determinación de la creatinina sérica es superior a la de urea o al nitrógeno ureico (BUN) como indicador del filtrado glomerular, dado que no está influida por la ingesta proteica o por la existencia de deshidratación. Se obtiene más información con la determinación del aclaramiento de creatinina, que generalmente se consigue a partir de la creatinina sérica y la excreción urinaria de creatinina en orina de 24 h. En los casos en los que esta recogida es problemática, se han desarrollado varias fórmulas que permiten la estimación a partir de la creatinina sérica.

De entre ellas, destacan 2, en las que se ha demostrado una buena correlación con el filtrado glomerular, la fórmula de Cockcroft y Gault¹¹⁷ y la fórmula modificada del Modification of Diet in Renal Disease^{118,208} (tabla 1).

Recientemente, la presencia de insuficiencia renal ligera se ha definido por valores de creatinina iguales o

superiores a 1,5 mg/dl en los varones y 1,4 mg/dl en las mujeres, o por un filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min^{3,119}. Tal como se ha comentado en otros boletines, estos valores deben considerarse trastornos clínicos asociados. No obstante, las elevaciones de la creatinina de menor grado (entre 1,3 y 1,5 en los varones y entre 1,2 y 1,4 en las mujeres) se asocian con un incremento del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso y se consideran lesión de órgano diana^{3,209}.

Potasio sérico

La detección de una hipopotasemia en un paciente sin tratamiento puede ser la clave de sospecha de un exceso secretor de aldosterona, primario (hiperaldosteronismo primario) o secundario a la excesiva producción de renina que acompaña a la HTA vasculorrenal (hiperaldosteronismo secundario). El tratamiento con diuréticos tiazídicos o del asa puede inducir hipopotasemia que debe corregirse, dada su capacidad arritmogénica. Se ha demostrado que el beneficio terapéutico de los diuréticos desaparece en los pacientes que desarrollan hipopotasemia como consecuencia de este tratamiento²¹⁰.

La hiperpotasemia puede estar presente en pacientes con un tratamiento sustitutivo excesivo con sales de potasio, con diuréticos distales ahorradores de potasio, con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina, especialmente en pacientes con insuficiencia renal. En pacientes diabéticos puede indicar la existencia de un hipoadosteronismo hiporreninémico.

Perfil lipídico

La determinación del perfil lipídico es una práctica obligada en todos los pacientes hipertensos. Su misión es evaluar otros posibles factores de riesgo cardiovascular entre los que el perfil lipídico tiene una importancia crucial. En esta evaluación debe incluirse el colesterol total, los triglicéridos y el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), con el consiguiente cálculo del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). cLDL = colesterol total - (cHDL + triglicéridos/5). La presencia de un colesterol total superior a 250

mg/dl, de un cLDL superior a 155 mg/dl o cHDL inferior a 40 mg/dl en varones y 48 mg/dl en mujeres, se considera como un factor de riesgo cardiovascular asociado en la HTA³.

Las medidas terapéuticas encaminadas a disminuir el riesgo vascular pasarán por intentar disminuir los va-

lores de cLDL y aumentar los valores de cHDL, al tiempo que se consigue la reducción de la presión arterial. Recientemente se ha demostrado que el tratamiento hipolipidemiante con estatinas en pacientes hipertensos, hasta alcanzar valores de colesterol inferiores a 175 mg/dl (LDL inferior a 100 mg/dl), disminuye la tasa de morbimortalidad cardiovascular²¹¹.

Glucemia

Es obligada su determinación, si tenemos en cuenta que la prevalencia de diabetes mellitus está claramente elevada en la población de pacientes hipertensos y que aquélla supone, además, un factor adicional de riesgo. La normalidad de la glucemia en ayunas se establece en cifras inferiores a 100 mg/dl y el diagnóstico de diabetes en cifras superiores a 126 mg/dl. Los valores entre 100 y 126 se consideran como glucosa anómala en ayunas.

La glucosa posprandial (2 h después de una sobrecarga oral de 75 g de glucosa) debe ser inferior a 140 mg/dl. Esta prueba permite igualmente el diagnóstico de diabetes (cifras superiores a 200 mg/dl) o de intolerancia oral a la glucosa (cifras entre 140 y 199 mg/dl)²¹². Por otra parte, la coexistencia de diabetes e hipertensión puede modificar la decisión terapéutica en varios sentidos. En primer lugar, las cifras de normalidad de presión arterial recomendadas para los pacientes diabéticos son menores (130/80 mmHg)^{2,3} que para el resto de los pacientes hipertensos. En segundo lugar, el bloqueo farmacológico del sistema renina-angiotensina es un elemento esencial en la protección cardiovascular y renal del paciente diabético²¹³.

Hiperuricemia

Una cuarta parte de los pacientes afectados de HTA presenta hiperuricemia, que algunos autores²¹⁴ consideran que es factor de riesgo vascular independiente. No obstante, la determinación de la concentración sérica de ácido úrico tiene mayor importancia en el momento de la elección del tipo de tratamiento farmacológico, dada la conocida capacidad de los diuréticos tiazídicos para elevar los valores de ácido úrico y precipitar ataques de gota. Finalmente, la hiperuricemia es un marcador de preeclampsia en las pacientes hipertensas embarazadas²¹⁵.

Calcemia

El hiperparatiroidismo primario es unas 5 veces más frecuente en la población hipertensa que en la normotensa y, además, es susceptible de corrección quirúrgica. Asimismo, el tratamiento con diuréticos tiazídicos es capaz de elevar las cifras de calcemia, por lo que su determinación resulta una medida prudente previa al inicio del tratamiento antihipertensivo, si bien no puede considerarse como estrictamente necesario.

Recuento celular sanguíneo

En el momento actual, prácticamente todos los laboratorios de España utilizan una técnica automa-

Tabla 1. Fórmulas de estimación del filtrado glomerular

Fórmula de Cockcroft-Gault
Filtrado glomerular = (140-edad) × peso (kg)/creatinina plasmática (mg/dl) × 72 El valor debe multiplicarse por 0,85 en las mujeres.
Además, el valor obtenido (ml/min) debe corregirse para 1,73 m ² de superficie corporal, según la fórmula de DuBois (Arch Intern Med. 1916;17:863-71).
Sc (m ²) = 0,2047 × talla (m) ^{0,725} × peso (kg) ^{0,425}
Fórmula MDRD simplificada
Filtrado glomerular (ml/min/1,73m ²) = 186 × creatinina plasma.1.154 × edad.0,203 El valor debe multiplicarse por 0,742 en las mujeres y por 1,21 en los individuos de raza negra.

MDRD: Modification of Diet in Renal Disease.

tizada para la determinación del recuento leucocitario, plaquetario y de la hemoglobina. Se trata de una medida encaminada a valorar la salud general del paciente. Asimismo, puede demostrar la existencia de una policitemia, o de una anemia por insuficiencia renal crónica.

Proteína C reactiva

En el desarrollo de la arteriosclerosis, se hallan implicados varios fenómenos, entre los que destaca una inflamación de bajo grado²¹⁶. La proteína C reactiva representa un marcador de este estatus inflamatorio. El desarrollo de una técnica de análisis ultrasensible permite evaluar de modo correcto este marcador, cuyas implicaciones pronósticas en prevención primaria y secundaria están bien establecidas⁹³. En la guía de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología³ se recomienda su práctica sistemática a los pacientes hipertensos como parte de la evaluación del riesgo cardiovascular global.

Valores superiores o iguales a 1 mg/dl deben considerarse de riesgo. No obstante, en la evaluación de este parámetro de forma individualizada debe tenerse en cuenta su inespecificidad y el hecho de que otros procesos infecciosos o inflamatorios intercurrentes puedan ser la causa de esta elevación.

Examen básico de orina

Como medida rutinaria de evaluación inicial, debe procederse a un examen de la orina fresca de la mañana. En ella debe investigarse la presencia de glucosa, proteínas, cilindros, bacterias, leucocitos o hematíes. En algunos casos, este examen deberá complementarse con el análisis de la orina de 24 h para la cuantificación de la proteinuria, o para la determinación del aclaramiento de creatinina como índice del filtrado glomerular. Si se detecta leucocituria, debe procederse a la práctica de un urinocultivo para evaluar la posibilidad de la existencia de una infección urinaria. La detección de proteinuria igual a 2 g/24 h, o la detección de cilindros o hematíes en el examen en fresco, debe hacer sospechar la existencia de una enfermedad glomerular como causa de la HTA.

Microalbuminuria

En el momento actual, no hay ninguna duda sobre la conveniencia de la práctica de determinación de microalbuminuria en la evaluación de los pacientes hipertensos. En individuos diabéticos, la microalbuminuria es un marcador muy temprano de da-

ño renal y es una determinación obligada²¹⁷. En los pacientes hipertensos, además de marcador temprano de afección renal, se correlaciona con el daño orgánico global y con el desarrollo futuro de complicaciones cardiovasculares¹⁰⁵. Por ello, la guía clínica de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología la considera como un elemento de lesión de órgano diana³.

Hay 3 medidas útiles para la determinación de la excreción urinaria de albúmina. Por un lado, la determinación en orina de 24 h y expresada como excreción de albúmina en mg/24 h. En segundo lugar, la recolección de orina nocturna y los resultados expresados en µg/min y, finalmente, determinación en una muestra de orina aislada y resultados expresados en función de la excreción de creatinina. Esta última determinación tiende a ser la más reconocida, ya que no ofrece dificultades para recoger la orina.

Persisten todavía 2 problemas en su determinación. El primero de ellos se debe a que muchos procesos clínicos intercurrentes no relacionados con el riesgo cardiovascular pueden elevar de forma transitoria la excreción urinaria de albúmina, por lo que es preciso realizar al menos 2 determinaciones, o incluso más si los resultados no son consistentes. El segundo problema estriba en que es posible que los valores de normalidad, trasladados de los baremos en pacientes diabéticos puedan ser relativamente poco sensibles. Así, es posible que cifras inferiores a 30 mg/24 h (o sus equivalentes) puedan tener ya importancia pronóstica para el riesgo vascular¹⁰¹ (tabla 2).

Otras exploraciones complementarias Electrocardiograma y ecocardiograma

El electrocardiograma (ECG) es el método más sencillo de evaluación de la posible afección cardíaca por la HTA. Aunque su sensibilidad es baja, pueden obtenerse datos de una posible hipertrofia miocárdica, expresados por la presencia de unos voltajes altos en las derivaciones precordiales o de una desnivelación del segmento ST en V5-V6. Hay diversos índices electrocardiográficos que determinan el crecimiento ventricular izquierdo. Los más utilizados son los índices de Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 o V6 > 38 mm) y de Cornell²¹⁸, (SV3 + RaVL > 28 mm en varones y 20 mm en mujeres). Si se dispone de un electrocardiograma que cuenta la duración del complejo QRS en ms, puede utilizarse el producto de Cornell (> 2.440 mm × ms), con lo que se aumenta la sensibilidad en la detección de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

La presencia de esta última, detectada por electrocardiograma, es un predictor independiente de episodios cardiovasculares²¹⁹.

No obstante, la mejor técnica para el diagnóstico de HVI es la ecocardiografía²²⁰, que permite determinar el índice de masa ventricular²²¹ y, por tanto, la presencia o no de HVI (125 g/m² en varones y 110 g/m² en mujeres),

que además es un potente predictor de riesgo cardiovascular²²². Además, permite evaluar la geometría del ventrículo izquierdo con los tipos de hipertrofia concéntrica, excéntrica o remodelado concéntrico, también de importancia pronóstica²²³. Finalmente, la ecocardiografía es útil para detectar la disfunción sistólica (medida de la fracción de eyección), crecimiento auricular, disfunción diastólica (estudio Doppler del flujo transmitral) y trastornos segmentarios de la motilidad (isquemia), con lo que se convierte en una herramienta muy útil en la evaluación del daño cardíaco hipertensivo. Se sabe que el impacto de los diferentes grupos de antihipertensivos en la regresión de la HVI no es homogéneo. Un estudio reciente que comparaba 2 fármacos antihipertensivos mostró que una reducción mayor de la HVI por uno de ellos se acompañaba de una mejor protección cardiovascular^{224,225}.

Ultrasonografía carotídea

La ecografía carotídea con estudio Doppler permite evaluar la presencia de placas de ateroma, así como el grosor del complejo íntima-media (GIM). Aunque la relación de estos hallazgos con la presencia de episodios cardiovasculares es continua²²⁶, la presencia de placas o un GIM superior o igual a 0,9 mm pueden considerarse como indicadores de lesión de órgano diana³.

Otras evaluaciones clínicas posiblemente útiles para evaluar la lesión de órgano diana

La resonancia magnética (RM) cardíaca supone una alternativa al ecocardiograma para el diagnóstico de HVI, que tiene además la ventaja de que permite cálculos sin interferencia del observador. Su elevado coste y la disponibilidad menor la mantiene como alternativa a la ecocardiografía en los pacientes con mala ventana ecográfica.

La afección vascular puede evaluarse mediante el análisis del contorno de la onda de pulso o la velocidad de ésta determinada en 2 territorios vasculares. En ambos casos, son índices de las propiedades elásticas y del grado de rigidez de las grandes arterias, especialmente la aorta. Aunque hay evidencias que ligan estas alteraciones con la probabilidad de presentar episodios cardiovasculares, en ambos casos se requiere de material relativamente sofisticado, de elevado coste y escasa disponibilidad, por lo que deben mantenerse todavía en el terreno de la investigación clínica²²⁷.

Otro elemento de estudio vascular es la determinación de la función endotelial. La disfunción endotelial es un fenómeno frecuente en los pacientes con HTA y predice la aparición de ECV²²⁸. El estudio de la función endotelial requiere técnicas complejas, invasivas, costosas y molestas para el paciente. Aunque se han desarrollado algunas variantes simplificadas, en el momento actual no hay un consenso sobre su posible utilidad en la práctica clínica, por lo que también se mantiene en el ámbito de la investigación.

Para finalizar, la RM cerebral es útil en la identificación de lesiones de pequeño vaso, en forma de infartos lacunares o leucoaraiosis. Estas lesiones son relativamente frecuentes en pacientes hipertensos a partir de los 50 años, aun sin sintomatología neurológica²²⁹, y son un predictor de futuros ictus²³⁰.

Tabla 2. Definiciones de microalbuminuria y macroalbuminuria (proteinuria) según la excreción urinaria de albúmina

	Orina 24 h (mg)	Orina minutada (µg/min)	Muestra de orina aislada ajustada a la Cr*
Normal	< 30	< 20	< 30
Microalbuminuria	30-299	20-199	30-299
Macroalbuminuria	≥ 300	≥ 200	≥ 300

*Índice albúmina/creatinina (mg/g o µg/mg).

Se han propuesto unos límites específicos para cada sexo para disminuir la influencia de la distinta producción y excreción de creatinina (en guías norteamericanas varones 17-250 mg/g y mujeres 25-355 mg/g, o en la guía SEH-SEC 2003 varones ≥ 22 mg/g y mujeres ≥ 31 mg/g), aunque la recomendación para su uso no es unánime.

Dada la variabilidad de la excreción urinaria de albúmina, una determinación elevada debe confirmarse en al menos 2 de 3 muestras en el plazo de 3-6 meses.

Pueden aumentar la excreción urinaria de albúmina: mal control de la glucemia en pacientes diabéticos, hipertensión arterial mal controlada, fiebre, cualquier infección, ejercicio físico en las 24 h anteriores, fallo cardíaco, dieta hiperproteica y contaminación por hematuria e infección urinaria o vaginal.

Entrevista con el Dr. José Manuel López Chozas

Unidad Clínico-Experimental de RV. UCAMI-Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.



Si se mejorara el cumplimiento, se producirían enormes beneficios en términos económicos directos y, lo que es más importante, de salud

– Como experto, ¿qué opinión le merecen los grupos de trabajo y concretamente la existencia, en la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, del Grupo de Cumplimiento terapéutico? ¿Qué otro tipo de grupos de trabajo le parecería relevante que se crearan?

– Los grupos de trabajo son una forma de poder realizar estudios, registros y colaboraciones entre profesionales, que están motivados e interesados por una enfermedad o parcela concreta, y siempre precisan de un grupo motor que canalice los proyectos, su seguimiento y analice los resultados. Una clara muestra es el Grupo de Cumplimiento terapéutico, un grupo de profesionales que son referencia en nuestra comunidad y en todo el territorio nacional, sus aportaciones son de enorme interés para la comunidad científica y para los pacientes. Si se mejorara el cumplimiento, se producirían enormes beneficios en términos económicos directos y, lo que es más importante, de salud, lo que supondría más control de la enfermedad, menos ingresos por complicaciones y una mejoría de la calidad y la expectativa de vida, por ello deberían crearse más grupos de trabajo. En la Sociedad Andaluza de Hipertensión y Riesgo Vascular tenemos, además del Grupo de Cumplimiento liderado por el Dr. Márquez, hay el de Ataque Cerebrovascular y el de Síndrome Metabólico, pero considero que son otros muchos los que se deberían crear, como el de Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, Educación Terapéutica, Insuficiencia Renal, Enfermedad Arterial Periférica, etc. Esto no es fácil, ya que la dedicación asistencial es casi plena en los profesionales, y las herramientas de las que disponemos para analizar nuestra casuística no es homogénea. Desde aquí animo a los profesionales a incluirse en estos u otros grupos de trabajo.

– ¿Cree que los médicos que trabajan en el medio hospitalario investigan el incumplimiento y utilizan medios adecuados para su correcto diagnóstico? ¿Hay diferencias respecto a los tratados en el ámbito de la atención primaria?

– Es muy difícil generalizar entre profesionales de un nivel u otro, estoy seguro que unidades que se dedican a enfermedades concretas tienen muy en cuenta el grado de cumplimiento, pero también es verdad que entre los métodos empleados —en la mayoría de los casos es la información que el propio paciente, de forma verbal, te manifiesta— no suelen utilizarse el recuento de comprimidos ni dispositivos específicos. Posiblemente, las características del proceso que un médico atiende genera, por parte del paciente, un mayor grado de cumplimiento, o dicho de otro modo, enfermedades más graves, de peor pronóstico, suelen tener más cumplimiento por parte del paciente porque suelen ser procesos sintomáticos, ya que la mayo-

ría ya ha tenido un episodio vascular que les sensibiliza y porque el tiempo de dedicación en esas consultas monográficas son mayores y, por lo tanto, se puede explicar y enfatizar mejor los riesgos del no cumplimiento, sin olvidar también que esos tratamientos específicos también tienen más efectos secundarios y, a veces, son politratamientos que favorecen el incumplimiento.

– En su opinión, ¿la Sanidad pública conoce el problema del incumplimiento y establece medidas para evitarlo? ¿Qué recomendaciones daría a la Sanidad pública para que estableciera medidas para favorecer el correcto cumplimiento de la toma de la medicación?

– A veces, parece que a la Administración le preocupa más que el fármaco sea barato a que haya una relación coste-efectividad. Considero que la política del principio activo no favorece, entre otras, el cumplimiento terapéutico, muchos de nuestro pacientes no reconocen o identifican el fármaco por su presencia exterior con el proceso para el que lo deben tomar, y se dan enormes paradojas, como puede ser tomar 2 fármacos para lo mismo y ninguno para otros. Por otra parte, se ha demostrado que a mayor número de comprimidos menor cumplimiento. La Administración no favorece las asociaciones fijas, ya que el paciente debe pagar un porcentaje más alto al no estar sometido al conocido punto negro. Otras medidas serían que el médico dispusiera de más tiempo por paciente para explicar, identificar y corregir estas deficiencias. También creo que el servicio de enfermería debería dedicar más tiempo a detectar e instruir a los pacientes en la medicación que tiene prescrita. Una medida que ha puesto en marcha la Administración y que puede debatirse por otros temas, es la receta XXI, que sí creo que puede favorecer la detección del incumplimiento.

– Un factor influyente en la dificultad del control de la hipertensión arterial (HTA) y otros factores de riesgo cardiovascular es la presencia de la inercia clínica terapéutica, ¿qué nos puede decir de este aspecto? ¿Cree que la inercia médica y el incumplimiento de los pacientes pueden tener un nexo de unión? ¿Qué les relaciona?

– Efectivamente, en la actualidad esta inercia médica está presente en más del 70% de los casos, y en datos previos, hasta en el 88%, puede participar en el mal control de las cifras de presión arterial en el paciente hipertenso o de otras enfermedades vasculares. Supone no modificar el tratamiento, a pesar de no lograrse los objetivos terapéuticos individualizados, en un paciente. Puede y debe tener un nexo de unión con el incumplimiento, al menos indirectamente, ante un paciente mal controlado y antes de modificar el tratamiento se debe valorar y pensar que

la causa puede ser el incumplimiento por métodos validados. Si no existe, entonces no hay que dejarse llevar por la inercia clínica y cambiar el régimen terapéutico para alcanzar el objetivo de control. Desgraciadamente, en muchos pacientes mayores de 65 años se produce incumplimiento y entre los profesionales, inercia clínica. La coincidencia de ambas puede ser muy perniciosa, la disminución de ambas supondría mejor control de la morbimortalidad vascular y de los costes sanitarios.

– Si le pidiéramos que recomendase a los médicos dos estrategias simples para mejorar el grado de control, ¿cuáles recomendaría a los médicos en general?

– A lo largo de esta entrevista, he hecho referencia a varias, pero voy a destacar 2 medidas fundamentales: la primera, que tuviera en cuenta y valorara por los métodos validados, sencillos, el cumplimiento terapéutico; la segunda, que una vez confirmado éste, sea riguroso con los cambios terapéuticos para alcanzar los objetivos de control. Me permito dejar otras estrategias a otros colectivos, como por ejemplo que el servicio de enfermería participara más activamente en el control de la medicación prescrita, con sesiones de educación terapéutica con los pacientes; que los farmacéuticos continúen desarrollando programas de control de la medicación, y que la Administración facilite el tiempo mínimo necesario a los profesionales por consulta y que ordene, con sentido común, la prescripción por principio activo, especialmente en pacientes mayores y polimedicados.

– Como organizador del próximo Congreso de la Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular, ¿nos podría informar de la temática que se tratará y su lugar y fecha?

– Como miembro del Comité Organizador presidido por el Dr. Fernández Andrade, estamos preparando un programa científico atractivo, con un tema central sobre “Marcadores precoces de riesgo vascular”. Se realizará en Sevilla durante los días 15 al 17 de noviembre y trataremos las nuevas evidencias en el diagnóstico y el tratamiento de la HTA, la diabetes, la hipercolesterolemia, la insuficiencia renal oculta, el manejo del paciente de alto riesgo vascular, los nuevos tratamientos con insulina, el síndrome metabólico, todo ello en mesas redondas, foros de debate, conferencias, casos clínicos, comunicaciones orales y pósteres. Igualmente, tendremos una Jornada para y por enfermería y otra para farmacéuticos, interesados en el riesgo vascular. Nuestra Sociedad es multidisciplinaria y da cabida a todos los profesionales interesados en el riesgo vascular, ya que su control es tarea de todos.

La inercia clínica profesional en el tratamiento de la hipertensión arterial

Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento
Asociación de la SEH - LELHA

Motivo de consulta: A la consulta acude un varón de 70 años porque presenta cifras de presión arterial (PA) elevadas fuera del ámbito médico, a pesar de que se encuentra bien.

Antecedentes familiares: Madre fallecida a los 59 años de edad de cáncer. Su padre fue hipertenso y falleció de infarto agudo de miocardio a los 44 años.

Antecedentes personales: Diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) esencial grado 1 y en tratamiento farmacológico con enalapril 20 mg/24 h al levantarse desde hace 1 año. En la historia constan datos de haber seguido las recomendaciones iniciales para el diagnóstico y el tratamiento de la HTA del Consenso Europeo (ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003). Los últimos controles de PA presentan cifras de 140-150 y 88-98 mmHg, respectivamente.

No presenta otros antecedentes personales de interés. Consume escasa sal. No fuma.

Tabla 1. Definición y clasificación de las cifras de presión arterial (mmHg)

	PAS	PAD
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal-alta	130-139	85-89
HTA leve (grado 1)	140-159	90-99
HTA moderada (grado 2)	160-179	100-109
HTA grave (grado 3)	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

HTA: hipertensión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular para la estratificación del riesgo

- Grados de presión arterial sistólica y diastólica
- Edad (> 55 años en varones y > 65 años en mujeres)
- Tabaquismo
- Dislipidemia: colesterol total > 250 mg/dl o cLDL > 155 mg/dl o cHDL < 40 (varones) y < 48 mg/dl (mujeres)
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (varones < 55 años y mujeres < 65 años)
- Obesidad abdominal. Circunferencia abdominal ≥ 102 cm (varones) y ≥ 88 cm (mujeres)
- Proteína C reactiva ≥ 1 mg/dl

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.

Exploración física: La exploración general es normal. Peso 78 kg, talla 162 cm. Circunferencia de cintura abdominal 96 cm. Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen normal, pulsos pedios y carotídeos conservados. No presenta adenopatías ni bocio. La media de 3 mediciones de la PA en consulta fue de 159/96 mmHg.

Exploraciones complementarias: Se realizaron las pruebas complementarias siguientes. En la analítica se observó: glucemia 99 mg/dl; colesterol total 262 mg/dl; triglicéridos 157 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad 52 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) 178 mg/dl; sodio 144 mEq/l; potasio 4,6 mEq/l; creatinina 0,86 mg/dl.

La determinación de microalbuminuria se determinó mediante el cociente albúmina/creatinina en una muestra de primera orina de la mañana. Su resultado fue de 22 mg/g.

El electrocardiograma (ECG) presenta un ritmo sinusal con frecuencia de 72 lpm, espacio PR, espacio ST, onda T y QT normales, criterios de voltaje de Sokolow de 28 mm, criterios de voltaje de Cornell de 17 mm, onda P normal. El presente trazado podría considerarse como normal.

En la historia clínica, estaba registrada la realización de una radiografía de columna y de tórax en los 2 años anteriores, en la que no se observaban lesiones arterioscleróticas.

Estratificación del riesgo vascular del paciente

Clasificación de las cifras de presión arterial y del grado de hipertensión arterial

En un paciente con cifras elevadas de PA, hay que clasificar las cifras de este paciente. Para su clasificación, se recomienda seguir las recomendaciones

del Consenso Europeo (ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003) y de la Guía Española de HTA 2005. Para ello, se utiliza la clasificación expuesta en la tabla 1. Según las tablas, nuestro paciente, con unas cifras medias de 159 y 96 mmHg, presenta una HTA ligera o de grado 1.

Valoración de lesiones de órganos diana y enfermedades clínicas asociadas

Posteriormente, se debe estratificar el riesgo cardiovascular para tomar decisiones respecto al tratamiento farmacológico a seguir. Para ello, se debe conocer previamente cuales son los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presenta (tabla 2) y si presenta lesiones de órganos diana (LOD), diabetes mellitus o enfermedades clínicas asociadas (tabla 3).

El paciente presenta 2 FRCV: dislipidemia y antecedente de muerte coronaria prematura de su padre. No presenta LOD, diabetes ni enfermedades clínicas asociadas.

Estratificación del riesgo

Al observar las tablas (tabla 4), se observa que presenta un riesgo vascular moderado. Esto nos indica, de forma práctica, que presenta un riesgo absoluto añadido entre un 15-20% de tener una complicación cardiovascular en los próximos 10 años.

Diagnóstico diferencial

Nuestro paciente, a pesar del tratamiento, presenta un mal control de su HTA. Ante cifras elevadas de PA, siempre se debe hacer el diagnóstico diferencial de las causas posibles.

Los aspectos a considerar son los siguientes:

1. ¿Se ha producido un fenómeno de inercia clínica?
2. ¿Hay alguna circunstancia que dificulte la acción de los fármacos?

Tabla 3. Lesiones de órganos diana y enfermedades clínicas asociadas necesarias valorar para estratificar el riesgo cardiovascular del paciente

Lesión de órgano diana	Enfermedad clínica asociada
1. Hipertrofia ventricular izquierda (ECG: Sokolow > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms; ecocardiograma: IMVI, V ≥ 125, M ≥ 110 g/m ²)	1. Enfermedad cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia cerebral o AIT
2. Pruebas ecográficas de engrosamiento de la pared arterial (carótida ≥ 0,9 mm) o de placa aterosclerótica	2. Enfermedad cardíaca: IM, angina, revascularización coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva
3. Ligero aumento de la creatinina sérica (V: 1,3-1,5; M: 1,2-1,4 mg/dl)	3. Enfermedad renal: nefropatía diabética, deterioro renal (creatinina sérica: V > 1,5; M > 1,4 mg/dl), proteinuria (> 300 mg/24 h)
4. Microalbuminuria (30-300 mg/24 h); cociente albúmina-creatinina: V ≥ 22, M ≥ 31 mg/g	4. Enfermedad vascular periférica
	5. Retinopatía avanzada: hemorragia o exudados, papiledema

AIT: accidente isquémico transitorio; ECG: electrocardiograma; IMVI: índice de masa ventricular izquierda; M: mujer; V: varón. ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.

Caso clínico

Tabla 4. Clasificación del riesgo cardiovascular en función de las cifras de presión arterial, factores de riesgo cardiovascular, lesiones de órganos diana, procesos clínicos asociados o presencia de diabetes

	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal-alta PAS 130-139 o PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-149 o PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 PAS \geq 180 o PAD \geq 110
Sin FRCV adicionales	Riesgo de referencia	Riesgo de referencia	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1 o 2 FRCV adicionales	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo muy alto
3 o más FRCV o Diabetes o LOD	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo muy alto
Procesos Clínicos Asociados (PCA)	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

< 15%; 15-20%; 20-30%; > 30%

FRCV: factor de riesgo cardiovascular; LOD: lesiones de órganos diana; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PCA: procesos clínicos asociados.

ESH/ESC Guidelines. J Hypertens 2003¹.

- ¿Se ha mantenido suficiente tiempo el tratamiento?
- ¿Presenta el paciente un fenómeno de “bata blanca”?
- ¿Los antihipertensivos utilizados controlan de modo eficaz la HTA?
- ¿Es adecuado el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo?
- ¿Presenta una HTA secundaria?

Probablemente, estemos ante un problema de inercia clínica, ya que a pesar de presentar cifras anteriores de PA elevadas, sigue en tratamiento con un único antihipertensivo. En la historia clínica no se encuentran circunstancias como la ingesta excesiva

de sodio, la toma de antiinflamatorios, glucocorticoides, mineralcorticoides u obesidad que pudiesen dificultar la acción de fármacos antihipertensivos. En el paciente, el tiempo esperado, más de un año, es suficiente para valorar la eficacia del antihipertensivo. Respecto al tiempo que es necesario esperar para comprobar la acción antihipertensiva de un fármaco, se considera que debe estar entre 3 y 4 semanas.

El fenómeno de bata blanca podría descartarse, si se realiza una monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 24 h o si la paciente aportase

controles de automedición domiciliar de la presión arterial (AMPA). Al no disponer de estos registros, no podemos descartarlo inicialmente. Para valorar el cumplimiento adecuado del tratamiento, debe seguirse el algoritmo de la figura 1. Este algoritmo se inicia con la realización del test de Haynes-Sackett. Este test consiste en informar al paciente y preguntarle con las frases siguientes: “La mayoría de los pacientes hipertensos, por una u otra razón, tienen dificultades en tomar todas sus pastillas diariamente”, y posteriormente preguntar: “¿Tiene usted dificultad en tomar todas las suyas?”. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera no cumplidor cuando el porcen-

taje de cumplimiento autocomunicado se sitúa por debajo del 80% o por encima del 110%. Si el paciente manifiesta no tener dificultad en la toma del fármaco y presenta cifras de PA de mal control, se procederá al recuento de comprimidos. Finalmente, hay que descartar una HTA secundaria. La ausencia de síntomas, los datos de normalidad de la exploración y la analítica practicada podría inicialmente ser suficientes para establecer el diagnóstico de una HTA esencial. La realización de otras pruebas, como la determinación de catecolaminas, hormonas tiroideas, cortisol, ecografías renales y de suprarrenales, podrían plantearse en el seguimiento posterior si existiese una falta de respuesta a tratamiento con 3 fármacos o apareciesen nuevos datos clínicos o alteraciones en la exploración pueden ser útiles.

- El paciente presenta una HTA Grado 1 con 2 FRCV adicionales (dislipidemia y antecedente familiar de enfermedad cardiovascular prematura), por consiguiente, con un riesgo moderado y precisa tratamiento farmacológico.
- En su evolución no se realizó un correcto seguimiento y hubo una falta de control de las cifras de PA.
- Las posibles causas del mal control son la inercia clínica y el probable incumplimiento.

Tratamiento

A continuación, se expondrá la toma de decisiones a partir de la práctica por inercia clínica profesional y de la mejor evidencia posible.

Inicio de tratamiento en función de la práctica clínica frecuente con inercia profesional

Frecuentemente, en la toma de decisiones terapéuticas se produce una serie de problemas que hay que procurar evitar. Ejemplos de ellos son: a) se suele generalizar el objetivo de control en las cifras de PA, y en todos los casos se plantean las cifras de buen control de PA cuando son < 140/90 mmHg; b) no se plantea el diagnóstico del fenómeno de “bata blanca”; c) no se investiga correctamente el incumplimiento del tratamiento; d) es frecuente actuar siguiendo lo que se ha venido a llamar “inercia clínica” o fallos en la iniciación, continuación o intensificación del tratamiento cuando están indicados; e) las dosis establecidas de fármacos se pueden considerar insuficientes para un objetivo de control de 24 h inferior a 130/80 mmHg. Además, se deja en manos del paciente lo que debe hacer en relación con los controles de PA en los próximos 6 meses, y f) la falta de una adecuada formación y organización, la percepción de las cosas no van mal y los recelos en la aceptación de las guías clínicas pueden influir en una inadecuada estrategia terapéutica (tabla 5). En la práctica clínica, es frecuente observar que muchos médicos actuarían del modo siguiente:

El médico establece el diagnóstico de HTA de grado 1 ante las cifras de PA, la cual no está controlada a pesar del tratamiento con un fármaco antihipertensivo. Los datos de la historia clínica, la exploración y las pruebas complementarias son suficientes para descartar una HTA secundaria. Se considera que la

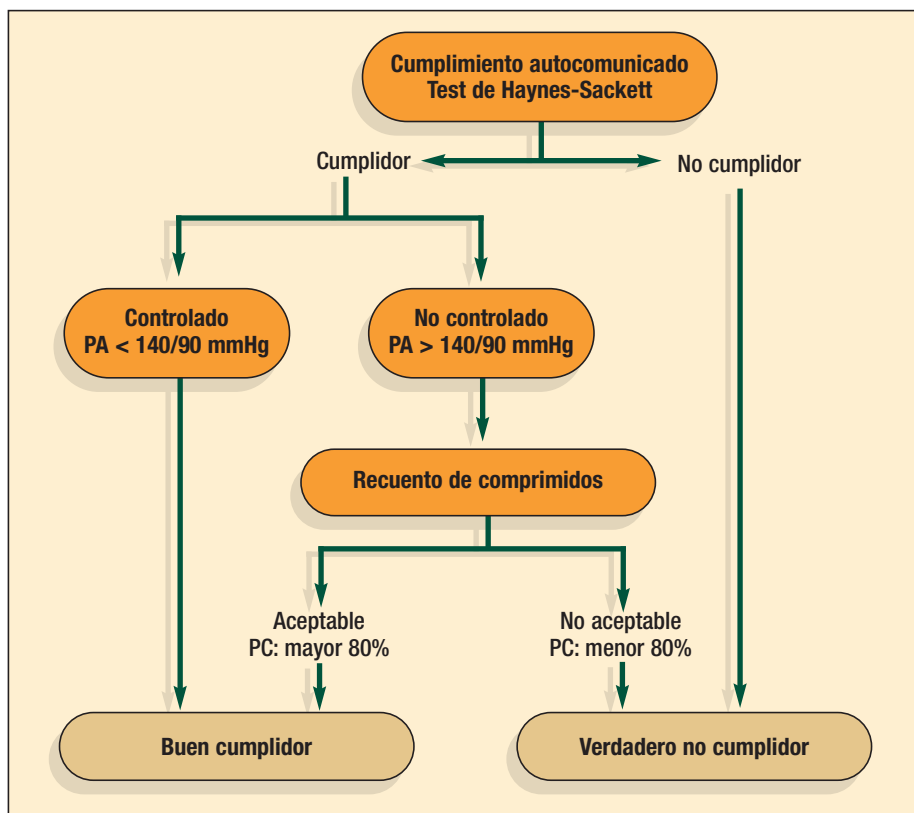


Figura 1. Algoritmo de diagnóstico del incumplimiento terapéutico. PA: presión arterial. PC: Porcentaje de cumplimiento.

falta de buen control es achacable a la baja dosis del fármaco utilizado. Se pasa por alto el hecho de investigar sobre el fenómeno de "bata blanca" y sobre el incumplimiento del tratamiento.

El médico informa al paciente del mal control de su PA y le indica que va a modificar su tratamiento. Se decidió incrementar la dosis de enalapril 20 mg/12 h y valorar la respuesta citándose a la paciente para nuevo control al mes.

Acude de nuevo al cabo de un mes, y presenta cifras medias de PA de 148/92 mmHg. Con estos valores, su médico decidió modificar el tratamiento añadiendo un diurético (hidroclorotiazida 25 mg/24 h). Se realizaron consejos sobre dieta y estilos de vida y se le advirtió de la necesidad de nuevo control analítico a los 6 meses.

En este paciente se recomienda un antihipertensivo en 2 dosis y se le añade un segundo antihipertensivo y no se aborda la dislipidemia. Se desconocía el cumplimiento que el paciente podía tener de su tratamiento, pero no se estableció ninguna medida diagnóstica ni terapéutica. No se le indicaron nuevas citas para el seguimiento y el control de las cifras de PA tras el nuevo tratamiento.

Meses más tarde, el paciente no ha vuelto, se observa la ausencia a citas posteriores y, por consiguiente, se desconoce su evolución clínica. Estamos ante un abandono de su seguimiento y del tratamiento, en el que se mezclan como causas el incumplimiento y la inercia clínica.

Nos podemos plantear las reflexiones siguientes acerca del manejo con problemas de inercia clínica:

- Valoración diagnóstica incompleta.
- Objetivos de control inadecuados.
- Dosificación de fármacos insuficiente.
- Falta de un plan de seguimiento correcto del paciente.
- Se deja en manos del paciente la manera de establecer los controles evolutivos.
- No se investiga el incumplimiento por no tenerse en consideración o por considerarse que es culpa del paciente y sólo le compete a él.
- Muchos pacientes no cumplidores parciales terminan finalmente por abandonar no sólo el tratamiento, sino también la asistencia a la consulta médica, por lo que se desconoce su evolución.

Inicio de tratamiento en función de la mejor evidencia disponible y siguiendo las recomendaciones de los expertos

Otra forma más razonable de manejo de este paciente sería en función de la mejor evidencia disponible y recomendaciones de los expertos.

Se diagnóstica de HTA esencial de grado 1 no controlada, con un riesgo vascular moderado, teniendo como posibles causas del mal control el tratamiento farmacológico insuficiente, el cumplimiento del tratamiento inadecuado y el posible efecto de "bata blanca". La HTA secundaria sería más improbable, aunque debería tenerse en cuenta según la evolución de nuestro paciente. Y la presencia de una dislipidemia no controlada con dieta.

En este paciente, nuestro objetivo es disminuir su riesgo vascular, para lo cual es necesario controlar la dislipidemia y controlar la PA por debajo de 140 y 90 mmHg.

Tabla 5. Causas de la inercia clínica

1. Sobreestimación

De la atención médica
De la adherencia a las guías clínicas

2. Déficit

Formación
Organización

3. Causas "blandas"

Percepción de que las "cosas van bien"
Culpabilización del paciente
"Recelos" en la aceptación de los objetivos de las guías

Es posible que la dosis única de enalapril sea insuficiente para controlar la PA del paciente, por lo que se deban utilizar antihipertensivos con una cobertura terapéutica mayor, que actúen durante 24 h y que precisen ser dosificados en una única dosis. Si precisamos descender casi 20 mmHg la PA sistólica (PAS) para conseguir el objetivo de 140 mmHg de PAS, probablemente será necesario utilizar al menos 2 fármacos antihipertensivos.

Se decidió investigar el incumplimiento del tratamiento con la aplicación del test de Haynes-Sackett, en el que el paciente manifestó olvidos en las tomas del fármaco en 3-4 ocasiones en la última semana de forma alterna, de modo que se llegó al diagnóstico de incumplimiento. Al investigar sobre los motivos del incumplimiento, el paciente mani-

Tabla 6. Estrategias que han demostrado su eficacia en la mejora del cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial (HTA)

1. Educación sanitaria individual en el conocimiento de la enfermedad y tratamiento prescrito, y consejos escritos sobre la necesidad del cumplimiento
2. Sesión grupal de educación sanitaria y recordatorio postal educativo de forma periódica
3. Recuerdos postales de tomar la medicación
4. Recuerdos postales de citas programadas en centro médico
5. Intervenciones telefónicas en las que se fomenta el cumplimiento
6. Llamadas telefónicas automatizadas realizadas por personal sanitario, con recordatorio de tomar la medicación
7. Tarjetas de control de la HTA
8. Cuidados en el lugar de trabajo por parte de personal sanitario, medicación horaria personalizada, autocontrol de la enfermedad y recompensas por un cumplimiento y control de la enfermedad buenos
9. Utilización de fármacos en monodosis
10. Programa de automedicación domiciliar de la presión arterial
11. Entrevista motivacional fuera de la consulta a demanda
12. Consulta programada
13. Programa de farmacia

festó que dado que se encontraba bien, no tenía clara la necesidad de tomar la medicación, además nadie le dijo que fuera para siempre o necesario tomarlo diariamente. Evidentemente, había fallado la educación sanitaria.

Para descartar el "fenómeno de bata blanca", se decidió realizar un AMPA. Se le dio un OMRON M4 y se le solicitó mediciones de la PA 2 veces antes del desayuno y 2 mediciones antes de la cena durante 1 semana. Las cifras medias de PA domiciliarias fueron de 139 y 90 mmHg para PAS y PA diastólica (PAD), respectivamente, que se consideraron cifras de HTA no controlada, y se descartó el fenómeno de bata blanca.

Ante estos datos, se llega a la conclusión de que el paciente presenta una HTA no controlada por tratamiento farmacológico insuficiente e inadecuado e incumplimiento del tratamiento farmacológico. Si decidiéramos continuar con enalapril, habría que utilizar dosis más elevadas y repartidas en 2 tomas al día, aspecto que no ayudaría a mejorar el cumplimiento.

Se tomaron las decisiones terapéuticas siguientes:

1. Se modificó el tratamiento y se utilizó la combinación fija de valsartán 160 con 25 mg de hidroclorotiazida, ya que para descender la PAS clínica en casi 20 mmHg serían necesarios 2 antihipertensivos.
2. Se añadió simvastatina 10 mg en dosis nocturna al no controlarse con dieta y cumplir criterios de indicación de tratamiento farmacológico en función de su riesgo y valores de cLDL que presenta.
3. Se establecieron diferentes estrategias para favorecer el cumplimiento: se citó al paciente en consulta programada donde se realizó educación sanitaria individual y se le informó sobre la importancia del cumplimiento. Se le ofreció información oral y escrita sobre la HTA. Se le dieron consejos para evitar olvidos (se asoció la toma del antihipertensivo y estafeta con la alarma del despertador).
4. Se derivó al paciente a consulta de enfermería donde se continuaría con la educación sanitaria y los controles de PA y analíticos (según el protocolo del centro) (tabla 6).

Reflexión final

– Ante cifras elevadas de PA, siempre habrá que hacer una clasificación de su grado y posteriormente una estratificación del riesgo cardiovascular en función de los valores de PA, presencia de FRCV, LOD y enfermedades clínicas asociadas.

– Ante pacientes con HTA no controlada, siempre hay que hacer un diagnóstico diferencial de sus posibles causas y hacer especialmente una valoración crítica del tratamiento previamente prescrito y también del posible incumplimiento del paciente.

– Las estrategias de tratamiento han de plantearse con unos objetivos claramente establecidos y comunicados al paciente.

– Siempre será necesario un control evolutivo con valoraciones continuas del riesgo cardiovascular, de la efectividad del régimen terapéutico y del cumplimiento por parte del paciente.

– Ante el diagnóstico de un incumplimiento, será necesario conocer sus causas para poder corregirlo.

Publicaciones sobre cumplimiento terapéutico

(noviembre 2006-enero 2007)

José Joaquín Casado Martínez

Distrito Sanitario Huelva. Centro de Salud La Orden. Huelva. España.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed en la que se ha introducido sucesivamente los términos: "compliance and hypertension", "adherence and hypertension", "compliance antihypertensive", "compliance blood pressure" y "adherence antihypertensive". Se aplicó el límite de búsqueda: "noviembre 2006-enero 2007". Se han seleccionado los artículos más relevantes.

1. Estudios observacionales

Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. Taira DA, Wong KS, Frech-Tamas F, Chung RS. *Am J Manag Care.* 2006;12:678-83.

Objetivo: Medir el impacto del grado de copago de la medicación y de otros predictores en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

Diseño: Estudio observacional y retrospectivo.

Métodos: Se utilizaron modelos de regresión logística multivariante para evaluar las características del paciente y el grado de copago como predictores del cumplimiento.

Resultados: El análisis de los datos para 114.232 pacientes hipertensos reveló que el cumplimiento era más bajo para los fármacos más costosos. Al comparar fármacos con un coste para el paciente de 5 dólares frente a otros con un coste de 20 dólares, el cociente de probabilidades (intervalo de la confianza [IC] del 95%) para el cumplimiento era 0,76 (IC del 95%, 0,75-0,78); la comparación del coste de 20 dólares frente a 165 dólares ofreció un cociente de probabilidades de 0,48 (IC del 95%, 0,47-0,49). El cumplimiento también difiere por edad, pertenencia étnica del paciente, así como por clase terapéutica del fármaco, con mejor cumplimiento para los antagonistas del receptor de la angiotensina, seguido por antagonistas del canal del calcio, bloqueadores beta, inhibidores enzimáticos de la angiotensina y diuréticos.

Conclusiones: El grado de copago se encontró como predictor fuerte de cumplimiento con los antihipertensivos, con mayor cumplimiento en los pacientes que requieren pagos más bajos. Esto indica que el cumplimiento es sensible al precio.

Persistence, adherence, and risk of discontinuation associated with commonly prescribed antihypertensive drug monotherapies. Elliott WJ, Plauschnat CA, Skrepnek GH, Gause D. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20:72-80.

Objetivo: Determinar la persistencia y la adherencia tras un año con monoterapia usando 4 clases de antihipertensivos: hidroclorotiazida, amlodipino, lisinopril o valsartán.

Método: Análisis retrospectivo, longitudinal de prescripciones iniciales entre 2001-2002.

Medidas: Utilización del fármaco después de su primera prescripción.

Resultados: Se incluyeron 60.685 tratamientos: tiazidas (n = 18.713), amlodipino (n = 11.520), lisinopril (n = 21.138), y valsartán (n = 9.314). Durante el año, entre el 31 y el 44% de los pacientes, no utilizaron ningún tratamiento al menos durante 60 días. La medida de la adherencia a la medicación se situó entre el 73 y el 90%. Valsartán se asoció perceptiblemente ($p < 0,001$) a medidas más favorables de persistencia y del riesgo de discontinuación, comparado con

tiazida, amlodipino o lisinopril. El riesgo de discontinuación era el 53, 32 y 14% mayor para tiazida, amlodipino, y lisinopril, respectivamente, frente a valsartán ($p < 0,001$).

Conclusión: Entre los agentes estudiados, valsartán se asoció a los patrones más favorables de utilización.

2. Estudios de seguimiento

Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J, Rask K. *J Gen Intern Med.* 2006;21:1341-2.

Antecedentes: Los factores que determinan la adherencia a la medicación no están completamente claros. La inadecuada comunicación puede reducir la adherencia al tratamiento.

Objetivos: Examinar la relación entre el grado de instrucción en salud y la adherencia al tratamiento.

Diseño: Estudio de cohorte. Se incluyó a pacientes con enfermedad cardíaca, hipertensión, diabetes e hiperlipidemia (n = 1.549).

Medidas: La instrucción en salud se determinó usando una prueba de instrucción funcional de salud en adultos (S-TOFHLA). La baja adherencia se definió como consumo de fármacos < 80% en un año.

Resultados: El 40% tenía adherencia baja. Los análisis bivariantes indicaron que la instrucción en salud, la raza, la educación y la complejidad del régimen se relacionaron con baja adherencia a la medicación ($p < 0,05$). Del análisis sin ajustar, los pacientes con inadecuada instrucción en salud tenían las probabilidades aumentadas (odds ratio [OR] = 1,37; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,08-1,74) de adherencia baja. Sin embargo, no era estadísticamente significativo en los análisis multivariantes (OR = 1,23; IC del 95%, 0,92-1,64).

Conclusiones: El actual estudio indica que la instrucción baja en salud predice adherencia baja, pero no se pudo demostrar de modo concluyente.

Self-reported adherence with medication and cardiovascular disease outcomes in the Second Australian National Blood Pressure Study (ANBP2). Nelson MR, Reid CM, Ryan P, Willson K, Yelland L. *Med J Aust.* 2006;185:487-9.

Objetivo: Investigar si las respuestas a un cuestionario previamente validado sobre cumplimiento de la toma de la medicación se asocian a acontecimientos cardiovasculares adversos.

Diseño: Cohorte de participantes en el segundo estudio nacional australiano de hipertensión arterial.

Sujetos: Cohorte formada por 4.039 pacientes hipertensos.

Medidas principales: Todos los episodios, muerte cardiovascular o primer episodio cardiovascular específico.

Resultados: Los sujetos cumplidores con su medicación (comparado con los no cumplidores) tenían perceptiblemente menos probabilidad de experimentar un primer episodio cardiovascular no fatal (riesgo relativo [RR] = 0,81; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,67-0,98; $p = 0,03$); un episodio cardiovascular fatal (RR = 0,68; IC del 95%, 0,48-0,99; $p = 0,04$), o una parada cardíaca (RR = 0,58; IC del 95%, 0,37-0,90; $p = 0,02$). Los que contestaron sí a la pregunta: "¿Se olvidan siempre de tomar tu medicación?", presentaban considerablemente más probabilidad de experimentar un

episodio o muerte cardiovascular (RR = 1,28; IC del 95%, 1,04-1,57; $p = 0,02$), o un primer episodio cardiovascular no fatal (RR = 1,35; IC del 95%, 1,09-1,66; $p = 0,01$). Los que contestaron sí a la pregunta: "A veces, si te sentías mal cuando tomabas tu medicina, ¿dejabas de tomarla?", considerablemente tenían más probabilidad de experimentar un paro cardíaco (RR = 2,06; IC del 95%, 1,16-3,64; $p = 0,01$).

Conclusiones: El cumplimiento del régimen de medicación hace menos probable experimentar episodios o muerte cardiovascular. La pregunta referente a olvidarse tomar la medicación identificó a los pacientes no cumplidores con mayor probabilidad para experimentar un episodio o muerte cardiovascular. Los clínicos podrían utilizar esta pregunta para identificar a los pacientes con hipertensión que pueden beneficiarse de estrategias para mejorar la adherencia a la medicación.

3. Ensayo clínico

Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. *JAMA.* 2006; 296:2614-6.

Los pacientes con factores de riesgo coronarios requieren con frecuencia tratamientos con múltiples fármacos, lo que aumenta el riesgo de no adherencia.

Objetivo: Valorar la eficacia de un programa de cuidado de farmacia para mejorar la adherencia a la medicación y sus efectos en la presión arterial (PA) y los valores de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL).

Diseño: Ensayo clínico con pacientes > 65 años en tratamiento con al menos 4 medicaciones crónicas, entre junio de 2004 y agosto de 2006. Se realizó intervención durante 6 meses (educación estandarizada de la medicación, carta recordativa regular de los farmacéuticos, y medicaciones dispensadas en contenedores especiales tiempo-específicos). Se midió el porcentaje de cumplimiento y los cambios en PA y cLDL.

Resultados: Se incluyó en el estudio a 200 pacientes (77,1% varones; con edad media \pm desviación estándar [DE] de $78 \pm 8,3$ años), que tomaban una media \pm DE de 9 ± 3 fármacos. De ellos, 184 pacientes (91,5%) tomaban antihipertensivos y 162 (80,6%), hipolipemiantes. Después de 6 meses de intervención, la adherencia a la medicación era del 96,9% en el grupo de intervención y se asoció a mejoras significativas en la PA sistólica ($133,2 \pm 14,9$ descendiendo a $129,9 \pm 16,0$ mmHg; $p = 0,02$) y cLDL ($91,7 \pm 26,1$ descendiendo a $86,8 \pm 23,4$ mg/dl; $p = 0,001$). Seis meses después de la aleatorización, la adherencia a la medicación disminuyó a 69,1% entre los pacientes asignados al grupo de no intervención. Esto se asoció a menores descensos de PA en este grupo (1,0 mmHg) ($p = 0,04$), pero ninguna diferencia significativa entre grupos en los descensos de los valores de cLDL.

Conclusiones: El programa de cuidado de farmacia ha conducido a aumentos en la adherencia, persistencia con el tratamiento y mejoras clínicas significativas.

● Puntos clave de interés derivados de la revisión

- El grado de copago, independiente de otros determinantes, es un predictor fuerte de cumplimiento con los antihipertensivos.
- Valsartán se asocia a patrones favorables de adherencia y persistencia al tratamiento.
- La instrucción baja en salud predice baja adherencia al tratamiento.
- La adherencia al régimen de medicación antihipertensiva hace menos probable el hecho de experimentar episodios o muerte cardiovascular.
- Un programa de cuidado de farmacia puede conducir a aumentos en la adherencia y la persistencia con el tratamiento y mejoras clínicas significativas.

Estudio EFEDIS.

Factores asociados a la inercia clínica profesional estudio EFEDIS

Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento

Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

En el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) y en la toma de decisiones, respecto a la iniciación o continuación del tratamiento por parte de los médicos, influyen numerosas variables. Al iniciar el tratamiento, se deben seguir las mejores evidencias respecto a éste; sin embargo, de forma habitual, se da el fenómeno de la inercia clínica terapéutica (ICT). Phillips definió la inercia clínica profesional como los fallos del médico en la iniciación o la intensificación del tratamiento cuando están indicados. Se trata de una actitud conservadora de los clínicos de no modificar el tratamiento, a pesar de saber que no se han alcanzado los objetivos terapéuticos.

Algunos estudios transversales realizados en España han observado un porcentaje de inercia clínica del 51%, en el estudio CLUE, del 72,2%, en el estudio PRESCAP 2002, del 84,6%, en el estudio Controlpres 2003, y del 55,1%, recientemente, en el estudio Controlproject. Fuera de España, en un estudio retrospectivo realizado por Okonofua et al en los Estados Unidos, el porcentaje de inercia clínica fue del 87%.

Se han identificado numerosas causas de la ICT no excluyentes entre ellas, como pueden ser la sobreestimación de la atención médica, recelos en la aceptación de los objetivos de las guías clínicas —por lo cual no se suelen seguir en la práctica clínica—, el déficit en la formación y en la organización, la percepción de que las “cosas van bien”; por ello, no se hace nada, se culpabiliza al paciente de la falta de control, y hay la sensación de que hace más controles de los que en realidad hace, que el paciente no cumple con el tratamiento y que, por tanto, no debería incrementarse, ya que no sería eficaz, además de la falta de tiempo para realizar el seguimiento, etc. En la actualidad, el concepto de ICT se está modificando desde su concepción inicial, en la que el médico era el responsable único del problema, y se está llegando a un concepto más actual en el que intervienen otros factores externos, como el contexto de trabajo, la organi-

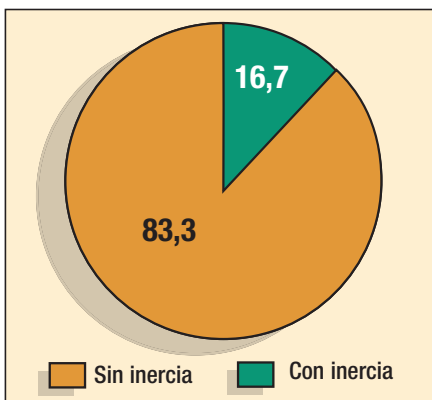


Figura 1. Porcentaje de pacientes que presentan inercia clínica profesional.

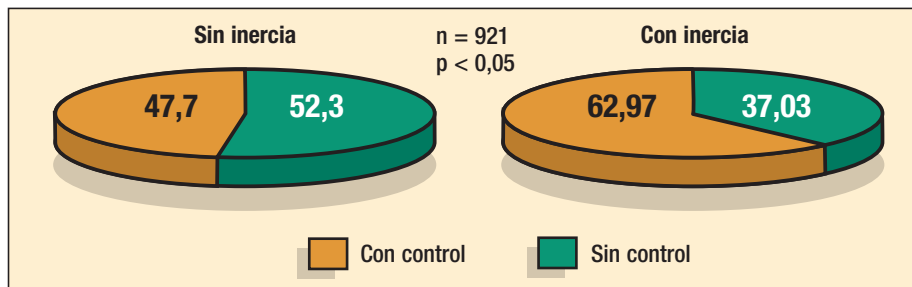


Figura 2. Porcentaje de pacientes controlados en función de la presencia de la inercia clínica profesional.

zación, las características de los pacientes, etc. El estudio EFEDIS nos ofrece datos de la relevancia de la inercia clínica en España mediante un estudio longitudinal, realizado en la práctica clínica de atención primaria en condiciones muy similares a las habituales de la atención médica y con una amplia muestra de pacientes de todas las provincias españolas.

Objetivos

En este estudio, entre otros objetivos, se quería evaluar la asociación de una serie de factores intrínsecos del paciente hipertenso en la inercia clínica profesional del tratamiento farmacológico de la HTA.

Métodos usados

Estudio clínico controlado, realizado en diferentes centros de atención primaria de España, con distribución aleatorizada a 4 grupos de intervención y seguimiento de 6 meses.

Se incluyó a 1.105 pacientes hipertensos diagnosticados de novo o no controlados, con indicación del uso de uno o 2 antihipertensivos en combinación fija, según la práctica clínica habitual. Los grupos fueron:

1. Grupo de control (GC): recibieron la intervención sanitaria habitual por su médico.
2. Intervención educativa y programa de automedición domiciliar de la presión arterial (AMPA) (GIE).
3. Intervención mediante el uso de una tarjeta de cumplimiento y un programa de AMPA (GIT).
4. Intervención mediante el uso de la tarjeta de cumplimiento, intervención educativa y un programa de AMPA (GIET). A los 3 meses (visita 2), el médico podía modificar el tratamiento farmacológico a su criterio, en función de las cifras obtenidas de presión arterial (PA).

Se definió ICT mediante el cociente: (número de pacientes a los que no se les ha modificado el tratamiento farmacológico/número de pacientes con cifras medias de PA clínica superiores a 140 y/o 90 mmHg) y multiplicado por 100. Se calculó las

PA medias y sus descensos y el grado de control de la HTA. Se utilizaron test estadísticos. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

Concluyeron el estudio 921 individuos (83,3% de la muestra), con una edad media \pm desviación estándar global de $61,87 \pm 11,6$ años (419 varones, 45,5%). Fueron cumplidores el 91,1% (IC, 2,5%) (839 pacientes) y el porcentaje de cumplimiento medio fue del 91,5% (IC, 5,3%).

En la visita 2, no estaban controlados el 42,2% de la muestra (IC, 1,5) (n = 389), el 46,8 en varones (n = 182) y 53,2% en mujeres (n = 207).

La ICT estuvo presente en el 83,3% de los pacientes (IC 1,3%) (n = 324). Es decir en 65 de los 389 hipertensos no controlados en la visita 2 el médico modificó el tratamiento (fig. 1).

El descenso medio de la PA sistólica (PAS) entre la visita 2 y final (3 meses después) fueron de $9,2 \pm 10$ y $4,6 \pm 7$ para los pacientes sin ICT y con ICT, respectivamente ($p < 0,01$) y para la PA diastólica (PAD) de $4,6 \pm 7$ y $3,1 \pm 5$ ($p = 0,08$).

El porcentaje de pacientes controlados (PA < de 140 y 90 mmHg para PAS y PAD, respectivamente) fue del 52,3 (IC, 6) (n = 34) en el grupo sin ICT y del 37,03% (IC= 5,25) (n = 120) en el grupo con ICT (fig. 2).

La ICT se asoció a una menor PAS y PAD en la visita en la cual se toma la decisión, a un menor índice de Quetelet inicial y presencia de obesidad, a un menor número de enfermedades presentadas y un mayor número de comprimidos prescritos.

Conclusiones

La ICT fue muy importante y afectó a la mayoría de los pacientes hipertensos no controlados. Se asocia a un control desfavorable de la HTA y a una menor PAS y PAD, un índice de Quetelet inicial menor, un número menor de enfermedades presentadas y un número mayor de comprimidos prescritos.

Actividades del Grupo de Cumplimiento

Página web:

<http://www.seh-lelha.org/grupocumpl.htm>

I Jornadas de Investigación sobre Cumplimiento

Los días 17 y 18 de octubre de 2007 se celebrarán las I Jornadas de Investigación sobre Cumplimiento. En estas jornadas, se presentará la metodología a seguir en la investigación sobre el cumplimiento terapéutico, las guías para realizar estudios sobre persistencia y abandono de la medicación en estudios retrospectivos, así como los datos finales del estudio Efedis-Cum y del estudio IHANCU.

Estas jornadas se celebrarán en Zafra, en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Todos los interesados en inscribirse pueden solicitarlo a la dirección de correo electrónico siguiente: emarquezc@papps.org

La carrera profesional

La carrera profesional es algo que se ha implantado en varias comunidades y en un futuro cercano estará vigente en todas las comunidades autónomas. Para conseguir un mayor grado en el desarrollo de la carrera profesional, es necesario mejorar el currículo individual de cada uno de nosotros. Nuestro Grupo le ofrece la oportunidad de mejorarlo tanto en el apartado de aspectos formativos, como en el aspecto docente, así como colaborar en nuestras diferentes actividades acreditadas, que a su vez le acreditaremos. Para el desarrollo de nuevos trabajos de investigación, el Grupo solicita la participación de profesionales que estén interesados en la investigación, en el estudio de los factores de riesgo cardiovascular y en el estudio del cumplimiento terapéutico.

Desde estas líneas, se ofrece la oportunidad para que los interesados en el tema contacten con miembros del Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento (emarquezc@papps.org).

La investigación en marcha

El estudio IHANCU, cuyo resumen se presentó en el boletín de mayo de 2006, y cuyo objetivo fue valorar la eficacia de diferentes horarios de la toma de medicación en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial (HTA) no controlada, finalizó su seguimiento durante el mes de marzo de 2007. En este estudio, la medición del cumplimiento se ha realizado mediante el uso de los monitores electrónicos de control de la medicación o MEMS, y en él han participado 400 médicos de atención primaria de toda España, que colaboran de forma asidua con el Grupo de Cumplimiento. Se ha incluido a un total de 986 pacientes. Los investigadores están adquiriendo una gran experiencia en investigación en este campo, a la vez que incrementan su currículo por su trabajo en la investigación en este proyecto. Los resultados se presentarán en las I Jornadas de Investigación sobre Cumplimiento en el mes octubre en Zafra (Extremadura).

Nuevo estudio de investigación

Durante el mes de marzo, nuestro Grupo ha iniciado un nuevo proyecto sobre cumplimiento a nivel nacional (Estudio ECCON), en el que nuevamente se ha utilizado la metodología de medición del cumplimiento mediante los MEMS. Se trata de un estudio en HTA, en el que se valora la eficacia de una intervención no farmacológica en el cumplimiento terapéutico de la HTA y en el grado de control de las cifras de presión arterial. En este estudio, se valorará la eficacia de una revista educativa que se entregará al paciente, donde se presentan aspectos educativos, herramientas para entregar a los pacientes y facilitar el control y la implicación del paciente en sus cuidados mediante la propuesta de actividades a desarrollar, cuyos resultados entregarán a sus médicos en futuras visitas.

Curso de formación continuada acreditada

El Grupo de Trabajo ha diseñado un curso de formación continuada titulado "La intervención en la inercia clínica profesional y el incumplimiento terapéutico como estrategia para favorecer el grado de control de la hipertensión arterial". El curso está acreditado con 7,72 créditos por el Sistema Nacional de Salud. Se trata de un curso a distancia, que presenta 2 módulos. Cada módulo tiene un fascículo con aspectos teóricos en diapositivas con notas explicativas a pie de página y el test de evaluación. Además, se adjunta un CD que contiene las diapositivas, 10 casos clínicos documentados y los test. Si deseas inscribirte, contacta con nuestro Grupo.

IV Jornadas de Cumplimiento 2007 en Alicante

Los días 23 y 24 de febrero de 2007 se celebraron las IV Jornadas de Cumplimiento en Alicante. Su objetivo fue presentar los diferentes proyectos de investigación y establecer un foro de discusión sobre el cumplimiento. En este encuentro coincidieron investigadores que colaboran en proyectos de investigación con el Grupo y médicos interesados en el estudio del cumplimiento terapéutico. Durante estas jornadas se analizaron las causas por las cuales no se controla en un mayor porcentaje la HTA en atención primaria. Se disertó sobre la medida incorrecta de la presión arterial, la evaluación electrocardiográfica del paciente hipertenso, con especial referencia a la inercia clínica profesional y el cumplimiento terapéutico a través de diversos talleres de formación.

A estas jornadas acudieron un total de 198 médicos y de esta reunión nacieron nuevos proyectos de investigación.

Tarjeta de cumplimiento del paciente hipertenso

El grupo de cumplimiento ha elaborado la tarjeta de cumplimiento del paciente hipertenso, que se presenta en el material para pacientes que se edita en el n.º 2 del boletín. Todas las personas interesadas pueden solicitarla a través de nuestra página web o al laboratorio que la promociona. Esta tarjeta se está entregando a los médicos y personal de enfermería de atención primaria, en cajas de 40 tarjetas cada una, para su posterior entrega a sus pacientes hipertensos.

El objetivo de la tarjeta es que los hipertensos puedan comenzar a percatarse de que hay un problema, del cual no son conscientes en general, como es el incumplimiento del tratamiento farmacológico y, además, que noten que sus médicos y enfermeros se preocupan por ellos.

El Grupo de Cumplimiento ofrece un enlace en actualización constante, dentro de la página web de la Sociedad Española Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) con amplia información. En la web se ofrecen los aspectos siguientes, que están a su disposición:

1. Solicitud de asesoramiento en el diseño de un proyecto de investigación sobre cumplimiento en la HTA.
2. Revisiones sobre cumplimiento y bibliografía.
3. Referencias bibliográficas de todos los estudios publicados en España y revisiones sobre cumplimiento terapéutico en la HTA publicados durante el año 2001-2002.
4. Estudios de intervención sobre cumplimiento terapéutico en la HTA que ofrecen la mejor evidencia.
5. Caso clínico sobre cumplimiento.
6. Estudios de investigación finalizados, en marcha o en fase de preparación, con publicación de protocolos, boletines de seguimiento o resultados.
7. Cómo proceder para realizar el recuento de comprimidos.
8. Información sobre el taller: el incumplimiento terapéutico en la HTA.
9. Requisitos necesarios para diseñar un proyecto de investigación.
10. Información sobre el proyecto tarjeta de automedición del cumplimiento.
11. Materiales para pacientes.
12. Boletín n.º 1 del Grupo de Cumplimiento.
13. Boletín n.º 2 del Grupo de Cumplimiento.
14. Boletín n.º 3 del Grupo de Cumplimiento.
15. Boletín n.º 4 del Grupo de Cumplimiento.
16. Boletín n.º 5 del Grupo de Cumplimiento.
17. Boletín n.º 6 del Grupo de Cumplimiento.
18. Boletín n.º 7 del Grupo de Cumplimiento.
19. Boletín n.º 8 del Grupo de Cumplimiento.