



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 1, Enero 2007

Publicación cuatrimestral

Editorial	1	¿Cuál es la opinión de los pacientes sobre el cumplimiento?
Guía Española de Hipertensión Arterial 2005	2	Se presenta la evaluación clínica del paciente hipertenso, resumiendo una parte del capítulo V de la Guía
La opinión del experto	3	La Dra. Carmen Suárez opina que es necesario formar a los médicos y enfermeras hospitalarias en el campo del cumplimiento terapéutico, sobre todo si tratan enfermedades crónicas
Caso clínico	4	Se analiza cómo influye el incumplimiento del tratamiento en la falta de control de la HTA y la aparición paroxística de la fibrilación auricular
Actualización bibliográfica	7	Se presentan los estudios más relevantes publicados sobre cumplimiento entre mayo y octubre de 2006
Proyecto de investigación	8	Se presentan datos parciales del estudio EFEDIS presentando resultados de la frecuente inercia clínica profesional que nos afecta a todos
Proyecto de investigación	9	Se presenta el estudio ECALCUM que analiza el incumplimiento del tratamiento hipolipemiante, y se presentan algunos patrones de incumplimiento observados
El incumplimiento del tratamiento en otros países	11	Se presentan datos del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo y de su persistencia en una región italiana
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

¿Cuál es la opinión de los pacientes sobre el cumplimiento?

De todos es conocida la relevante magnitud del incumplimiento del tratamiento farmacológico en España. A pesar de esta importancia, los profesionales sanitarios, de forma general, para su medición utilizan métodos no validados, como el juicio subjetivo del médico, la opinión que tienen de ellos o la propia contestación del paciente acerca de su cumplimiento. Pero, además, los médicos escasamente utilizan estrategias de prevención del incumplimiento. Pero, y de los pacientes, ¿qué sabemos? ¿Cuál es la opinión de los pacientes sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico? Creemos que lo tienen en cuenta en su vida diaria o es algo aún muy lejano en el seguimiento de su tratamiento.

Nuestra sensación es que los pacientes no conocen lo que es el incumplimiento de la medicación y que no tienen conciencia en general de sus implicaciones y consecuencias en su salud. Sin embargo, es habitual que cuando a un paciente se le pregunta sobre la toma de su medicación, se siente indignado por la pregunta y da por hecho que nunca deja de tomar su tratamiento, como si realmente éste no fuera un problema del control de las enfermedades crónicas. A veces nos crean incertidumbre y nos podemos sentir torpes al hacer estas preguntas a nuestros pacientes. Para conocer aspectos de la opinión del paciente acerca de diferentes aspectos del cumplimiento, nuestro grupo de trabajo, en colaboración con Menarini, desarrolló el estudio Cumplex II. El objetivo de este estudio fue conocer la opinión de los hipertensos españoles sobre las posibles causas del incumplimiento y qué tipo de estrategias desearía que su médico utilizase con ellos para mejorarlo. El estudio Cumplex II fue descriptivo y transversal, mediante una encuesta de opinión realizada a pacientes hipertensos mayores de 18 años, en tratamiento antihipertensivo previo y atendidos en centros de atención primaria de todo el territorio nacional. Este estudio ha mostrado datos relevantes de la opinión de los pacientes sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial (HTA).

En este estudio se encuestó a 4.952 hipertensos, con una edad media de 62 años, el 47,8% mujeres. Todos los pacientes estaban en tratamiento farmacológico, y los antihipertensivos utilizados con más frecuencia fueron los diuréticos, con un 51,7%; los antagonistas de los receptores de la angiotensina-II (ARA-II), con un 51,4%, y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), con un 32%. El 52% de los hipertensos tomaba un antihipertensivo diario; el 36%, 2; el 9%, 3, y el 3%, más de 3.

Los pacientes controlaban su presión arterial mensualmente en el 56,6% de los casos y semanalmente en el 21,7%. Curiosamente, la mitad de los pacientes poseía un monitor para su automedición domiciliar de la presión arterial, aspecto muy relevante. Al utilizar tests indirectos basados en la entrevista clínica, como los tests de Haynes-Sackett o el de Morisky-Green, fueron cumplidores el 90,3% y el 85,3%, respectivamente.

El 77,4% de los pacientes manifestó que entre las diferentes causas por las que incumplía el tratamiento farmacológico se encontraban los olvidos; el 45,4% incumplía por quedarse sin medicación por no acudir a por la receta; el 34,5%, por no encontrarse bien y por ello no la tomaba; el 28,4%, por no tomarlos durante un viaje, y el 18,5% incumplían al no tomarlos durante los fines de semana. El 49% de los pacientes que tuvieron olvidos manifestaron que tuvieron más de un olvido la última semana y el 58,9% tomaron la medicación fuera del horario recomendado.

Las estrategias más deseadas por los pacientes para mejorar el cumplimiento fueron las siguientes: el 88,6% deseaba como estrategia la prescripción del menor número de comprimidos para controlar la HTA; el 69,9%, el uso de tarjetas para controlar su presión arterial y las tomas de la medicación; el 65,3%, una mayor dedicación del médico para explicar la importancia de tomar la medicación; el 63,8%, el uso de cajas calendarios, y el 61,5%, la consulta de enfermería. Los pacientes manifestaron un escaso deseo de utilizar las estrategias basadas en las últimas tecnologías, tanto de comunicación como informáticas, por su dificultad de uso. Por consiguiente, se podría afirmar que, en opinión de los pacientes, las principales causas del incumplimiento son los olvidos casuales, la estrategia preferida es la sencillez en la pauta de tratamiento y se resiste el uso de estrategias basadas en el uso de nuevas tecnologías.

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

Cribado de la hipertensión secundaria

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 fue realizada 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 presenta una parte resumida del capítulo 5 ("Evaluación clínica del hipertenso"), con el objetivo de difundir esta guía y colaborar en la formación, teniendo en cuenta que en este número se presentan las referencias bibliográficas originales que pueden consultarse en la página web. En el número anterior se presentó una parte de la evaluación clínica del hipertenso y ya se mencionaron los principales síntomas, signos y datos de laboratorio que hacen sospechar la presencia de alguna causa secundaria de HTA. En la tabla 1 se resumen estos aspectos. No obstante, algunas circunstancias productoras de HTA secundaria, en las que es posible la total ausencia de otros datos positivos, merecen mencionarse de forma especial y se presentan en este artículo, teniendo en cuenta que es infrecuente observar estas causas, fundamentalmente en atención primaria, pero que hay que recordarlas para saber reconocerlas ante su posible presencia.

Hipertensión arterial de origen renal

La enfermedad renal parenquimatosa es la causa más frecuente de HTA secundaria. La presencia de masas abdominales en la exploración física es consistente con el diagnóstico de poliquistosis renal. La principal prueba diagnóstica ante la sospecha de HTA de origen renal en estos casos es la ecografía renal, capaz de evaluar el tamaño de los riñones, el grosor de la cortical, así como la presencia de masas re-

nales u obstrucción de las vías urinarias. La cifra de creatinina, la cuantificación de la proteinuria y el examen en fresco de la orina en busca de hemáties, leucocitos y cilindros son los exámenes básicos en los pacientes con HTA de origen renal. La investigación de las causas últimas requiere, en muchos de los casos, una atención especializada.

Hipertensión arterial vasculorrenal

La estenosis de arterial renal puede cursar sola, o asociada a HTA, a insuficiencia renal (nefropatía isquémica) o a ambas. La estenosis de arterias renales secundaria a displasia fibromuscular ocurre en menos del 10% de los casos, y suele incidir en mujeres jóvenes de 15-50 años de edad; normalmente, suele afectar a los 2 tercios distales de la arterial renal o de sus ramas²³¹. La aterosclerosis es la causa del 90% de los casos de HTA vasculorrenal y, usualmente, afecta al *ostium*, al tercio proximal de la arteria renal principal y a la pared aórtica vecina. La afección aterosclerótica suele incidir en sujetos mayores de 50 años, principalmente en varones, con otros factores de riesgo cardiovascular o presencia de afección vascular en otras zonas (cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, etc.). Los signos de sospecha de estenosis de la arteria renal son la presencia de soplos abdominales o lumbares o el hallazgo de hipopotasemia, proteinuria y empeoramiento rápido de la función renal. La ecografía puede ayudar al diagnóstico cuando demuestra una diferencia superior a 1,5 cm en el diámetro longitudinal de los riñones. Las pruebas de cribado de más utilidad son la ecografía Doppler con determinación de las velocidades de flujo en las arterias renales y, sobre todo, la tomografía computarizada (TC) espiral o la angiografía magnética²³². La prueba de oro para el diagnóstico sigue siendo la angiografía digital que, por otra parte, es necesaria para la realización de una eventual angioplastia o la práctica de cirugía revascularizadora.

Hiperaldosteronismo primario

Se ha considerado clásicamente como una causa rara de HTA, que podría representar menos del 1% de los casos de HTA, aunque recientemente algunos autores abogan por una frecuencia mucho mayor²³³. Se caracteriza por HTA, hipopotasemia, reducción de la actividad de renina plasmática e incremento de los valores de la aldosterona. La causa más frecuente es el adenoma productor de aldosterona, que supone aproximadamente el 60-65% de los casos, al que sigue en frecuencia la hiperplasia suprarrenal o idiopática (30-40% de los casos). Como causas más raras se encuentran el hiperaldosteronismo corregible mediante tratamiento con glucocorticoides (1-3% de los casos), la enfermedad de tipo autosómico dominante y, en muy raras ocasiones, el carcinoma suprarrenal, que suele ser de mayor tamaño y que se acompaña de la secreción de otras hormonas. El diagnóstico de hiperaldosteronismo no es simple, pues no siempre se acompaña de hipopotasemia, y la presencia de un adenoma suprarrenal en un paciente hipertenso no es sinónimo de hiperaldosteronismo, pues con frecuencia puede ser no funcionante (incidentaloma suprarrenal)²³⁴. Un cociente entre la aldosterona plasmática (en ng/dl) y la actividad de renina plasmática (en ng/ml/h) mayor de 50, en ausencia de medicación antihipertensiva que interfiera (bloqueadores beta, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina [IECA], antagonistas de los receptores de la angiotensina-II [ARA-II] y diuréticos), es la primera prueba que debe sugerir la posibilidad de hiperaldosteronismo primario. La confirmación del diagnóstico se establece mediante la prueba postural o la de sobrecarga salina, y también con una prueba de fludrocortisona (administración de esta sustancia durante 4 o 5 días) y la determinación de la aldosterona plasmática, cuyo valor superior a los 8 ng/dl es muy sugestivo de hiperaldosteronismo. La TC o la resonancia magnética suprarrenal son las pruebas de imagen encaminadas a evaluar la naturaleza de la lesión productora. En ocasiones, puede ser necesaria la práctica de una gammagrafía con yodo-colestero o un cateterismo de las venas suprarrenales.

Feocromocitoma

Es un tumor raro de las células cromafines considerado con frecuencia en el estudio de la HTA o de las arritmias. El tipo de HTA puede ser paroxística o sostenida (en ocasiones, refractaria), y suele acompañarse de otra sintomatología: la más típica es la presencia de sudoración profusa, cefalea y palpitaciones²³⁵. El diagnóstico de una producción elevada de catecolaminas se establece demostrando un aumento de éstas o de sus metabolitos en plasma u orina. La prueba con mejor sensibilidad y especificidad (ambas cercanas al 100%) es la determinación de metanefrinas en plasma, aunque en muchos laboratorios se determinan las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), las metanefrinas o el ácido vanilmandélico urinarios. La localización del tumor es en el 90% de los casos suprarrenal, por lo que la prueba de elección es la TC o la resonancia magnética. En algunos casos, puede ser necesaria la práctica de una gammagrafía con iodoetilbenzil guanidina (MIBG). El 10% de los feocromocitomas son malignos y pueden producir metástasis. En los pacientes diagnosticados de feocromocitoma es necesario descartar la existencia de una neoplasia endocrina múltiple, por lo que deben cribarse el carcinoma medular de tiroides y la neurofibromatosis múltiple.

Tabla 1. Síntomas y signos que pueden hacer sospechar una causa secundaria de hipertensión arterial

Síntoma/signo	Causa
Anamnesis	
Historia de consumo de alcohol, drogas o fármacos con capacidad hipertensiva	HTA secundaria a dicho consumo
Crisis paroxística de HTA, acompañadas de palpitaciones, sudoración o cefalea	Feocromocitoma
Historia de infecciones urinarias de repetición, edemas o hematuria	HTA de origen renal
Inicio antes de los 30 años	HTA vasculorrenal
Traumatismo renal	HTA vasculorrenal
Exploración física	
Masas renales y/o hepáticas	Poliquistosis hepatorenal del adulto
Neurofibromas y/o manchas "café con leche"	Feocromocitoma
Facies en luna llena, obesidad troncular, estrías rojizas	Síndrome de Cushing
Soplo lumbar	HTA vasculorrenal
Soplo interescapular	Coartación de aorta
Retraso de los pulsos femorales	Coartación de aorta
Exploraciones complementarias	
Hipopotasemia	Hiperaldosteronismo primario/HTA vasculorrenal
Aumento de la creatinina	HTA de origen renal
Disminución de la TSH	Hipertiroidismo
Aumento de la calcemia	Hiperparatiroidismo
Hematuria, proteinuria y cilindros	HTA de origen renal

HTA: hipertensión arterial; TSH: tirotrópica.

Entrevista con la Dra. Carmen Suárez

Vicepresidenta de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA).
Coordinadora del Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI. Jefa de Servicio de Medicina
Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. Profesora Asociada del
Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. España



Es necesario formar a los médicos y enfermeras hospitalarios en el campo del cumplimiento terapéutico, sobre todo si tratan enfermedades crónicas

– Como experta, ¿qué opinión le merecen los grupos de trabajo y, concretamente, que la SEH-LELHA haya creado el Grupo de Cumplimiento Terapéutico?

– La iniciativa de la creación de grupos de trabajo dentro de las sociedades científicas ha sido, desde mi punto de vista, uno de los principales motores para estimular a sus miembros, ofertarles una participación activa y promover la investigación en áreas particulares y muy relevantes dentro del campo del que es responsable la sociedad científica de la que específicamente se trate. Muestra de ello es la proliferación de diferentes grupos de trabajo en sociedades potentes y de gran relevancia científica.

En este sentido, la SEH-LELHA ha seguido esta misma iniciativa y ha creado grupos de trabajo; entre ellos, merece especial atención el grupo de cumplimiento, ya que es uno de los más activos con los que cuenta la SEH. Este grupo está llevando a cabo una actividad muy importante tanto en formación (mediante la realización de talleres y jornadas específicas sobre este tema) como en investigación (fundamentalmente clínica) y en su aplicación en la práctica diaria. Es incuestionable que su actividad es de gran importancia, teniendo en cuenta la relevancia del tema del cumplimiento terapéutico en una enfermedad crónica y asintomática, como la hipertensión arterial (HTA).

– ¿Cuál cree que es la magnitud del incumplimiento de los pacientes tratados en el medio hospitalario? ¿Existen diferencias respecto a los tratados en el ámbito de la atención primaria?

– La magnitud del incumplimiento terapéutico en los pacientes atendidos en los hospitales es muy importante, tanto en los ingresados, una vez dados de alta, como en los atendidos en las consultas externas. Evidentemente, durante el ingreso hospitalario, el paciente sigue el tratamiento, pero una vez dado de alta la adherencia a éste es más difícil, especialmente en enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca, que es el motivo más frecuente de ingreso en los servicios de medicina interna. De esta forma, estos pacientes reingresan

con frecuencia por descompensación de su enfermedad y, al indagar acerca de posibles motivos, el incumplimiento terapéutico —tanto de las medidas higienicodietéticas como del tratamiento farmacológico— se identifica como uno de los principales, si no el principal.

En cuanto al paciente atendido en consultas, el incumplimiento es también frecuente, aunque no me atrevería a decir si más o menos que en atención primaria. Intuitivamente, pensaría que el paciente que acude a una consulta hospitalaria es mejor cumplidor, ya que no tiene ninguna necesidad de acudir a ésta y habitualmente considera que su enfermedad es más “grave”, por haber sido derivado al hospital, por lo que sería esperable que estuviera más motivado.

Lo que sí que tengo claro es que en los hospitales tenemos un gran déficit en la evaluación del cumplimiento. En primer lugar, no se suele interrogar sobre éste (sobre todo en consultas externas) y, si se hace, no con poca frecuencia se valora inadecuadamente, y habitualmente se aborda con una pregunta tan ingenua como: “¿sigue bien el tratamiento, verdad?”. Creo que es un tema que se debería mejorar en los hospitales, y es necesario formar a los médicos y enfermeras hospitalarias en este campo, sobre todo si tratan afecciones crónicas.

– Para conseguir un adecuado control de la HTA en España debería existir una intervención multifactorial y multiprofesional. Sin embargo, ¿qué estrategias cree que favorecerían en mayor proporción el control de la HTA: las estrategias utilizadas para disminuir la inercia clínica profesional o las estrategias para disminuir el incumplimiento?

– Creo que, aun siendo ambas necesarias, la mejora del cumplimiento favorecería más el control de la HTA. Por mucho que se mejore la inercia terapéutica, si el paciente no cumple, el resultado no se modificará. A la inversa, aun con el alto grado de inercia por parte de los profesionales que existe en la actualidad, los resultados podrían mejorar significativamente si el paciente mejorara su cumplimiento. Sin embargo, creo que ambas interven-

ciones están más próximas de lo que a simple vista puede parecer, ya que quien no suele caer en la inercia, tampoco suele actuar de forma permisiva con el incumplimiento, poniendo de su parte al menos todas las intervenciones que, dependiendo del profesional, pueden mejorarlo.

– ¿Qué recomendaciones daría a la Sanidad Pública para que estableciera medidas para favorecer el correcto cumplimiento de la toma de la medicación?

– Creo que la Sanidad Pública puede incidir favorablemente en la mejora del cumplimiento mediante diferentes intervenciones dirigidas al paciente y a los profesionales sanitarios. Se debe sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el problema y mejorar la formación de estos últimos para detectarlo e intentar corregirlo. Por otro lado, pueden contribuir facilitando los regímenes terapéuticos, por ejemplo mediante la promoción de las asociaciones fijas, y no penalizarlas, como ocurre en la actualidad.

– ¿Qué estrategia suele utilizar con sus pacientes, con el objetivo de favorecer la correcta toma de la medicación?

– vEn primer lugar, informar. Este aspecto me parece de máxima importancia. Si el paciente no entiende el problema y, específicamente, el beneficio que obtendrá de hacer las cosas bien, antes o después incumplirá. En segundo lugar, individualizar su situación para poder ajustarle lo más que pueda el tratamiento a su realidad cotidiana, es decir, intentar hacerle un tratamiento a medida; por ejemplo, no prescribir la toma del fármaco cuando está fuera de casa; finalmente, prescribir el menor número posible de comprimidos. Éste es otro punto que me parece muy importante y que, a diferencia de otros, es muy fácil de llevar a cabo.

Por otro lado, me parece importante no penalizar al paciente por ser incumplidor, sino analizar con él los motivos del incumplimiento para poder solucionarlos. En medicina, como en muchas otras situaciones en la vida, es muy útil el ponerse en el lugar del otro para entender el problema y tratar de darle solución, si está en nuestras manos.

Hipertensión con crisis de fibrilación auricular paroxística. ¿Cómo influye el incumplimiento del tratamiento?

Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento
Asociación de la SEH - LELHA

Motivo de consulta: A la consulta acude una mujer, ama de casa, de 60 años de edad, porque desde hace 2-3 años se mide la presión arterial (PA) en la farmacia y siempre la tiene elevada. No refiere sintomatología.

Antecedentes familiares: Su marido está en paro desde hace 1 año y convive en una familia nuclear en fase de dispersión del ciclo vital familiar, con 2 hijos mayores adictos a drogas que conviven en otra casa y una hija que se ha casado hace 3 meses y vive en otro domicilio. Tienen escasos recursos económicos.

Antecedentes familiares: Padre y madre hipertensos. Madre con diabetes tipo 2. Sin antecedentes familiares de muerte vascular precoz.

Antecedentes personales: Hace años presentó una depresión secundaria a su situación familiar. No constan mediciones de la PA en su historia clínica. Está apendicectomizada. No fuma.

Exploración física: La exploración general fue normal, con auscultación cardiopulmonar y de abdomen, y pulsos pedios y carotídeos normales. Se midió la PA en 3 ocasiones mediante un OMRON M4, con los siguientes resultados de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD), respectivamente: 150 y 96; 154 y 96, y 152 y 94 mmHg. El índice de masa corporal (IMC) fue de 30,4 kg/m² (peso, 78 kg). El perímetro de la circunferencia abdominal fue de 93 cm.

Exploraciones complementarias: Se realizó una analítica, un electrocardiograma (ECG) y una determinación de microalbuminuria, para descartar hipertensión secundaria y la presencia actual de lesiones de órganos diana.

En la analítica, se observó: glucemia de 98 mg/dl; colesterol total de 185 mg/dl; triglicéridos totales de 106; colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) de 47 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) de 117 mg/dl; sodio de 142 mEq/l; potasio de 4,6 mEq/l; ácido úrico de 2,2 mg/dl, y creatinina de 0,73 mg/dl.

La determinación de microalbuminuria se realizó mediante el cociente albúmina/creatinina, en una muestra de orina de primera hora de la mañana. Su valor fue de 18 mg/g (valor de normoalbuminuria). El ECG presentaba ritmo sinusal, con una frecuencia de 50 lat/min, aproximadamente; espacios PR, ST, y ondas T y QT normales, y un eje eléctrico izquierdo. Se detectaron criterios de voltaje de Sokolow de 25 mm y criterios de voltaje de Cornell de 18 mm, algo elevados pero sin criterios de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Toma de decisiones terapéuticas basadas en el riesgo vascular

El Consenso Europeo (ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003) recomienda que, ante un paciente con cifras elevadas de PA, la primera actitud que debe seguir el médico es clasificar las cifras de este paciente. Siguiendo la clasificación expuesta en la tabla 1, nuestra paciente, con una PA media de 152 y 94,5 mmHg, presenta una HTA ligera o de grado 1.

Para estratificar el riesgo cardiovascular, previamente se debe conocer cuáles son los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presenta (tabla 2) y qué lesiones de órganos diana o enfermedades clínicas asociadas posee (tabla 3).

Para ello, se valoraron los FRCV recomendados por las sociedades europeas. Nuestra paciente presentaba obesidad abdominal, con una circunferencia abdominal de 93 cm, sin lesiones de órganos diana ni enfermedades clínicas asociadas (tabla 3).

Por último, se estratificó el riesgo (tabla 4). Nuestra paciente tenía una HTA de grado 1, un FRCV adicional y no había lesiones de órganos ni enfermedades asociadas, por lo que presentaba un riesgo moderado.

Siguiendo el algoritmo expuesto en la figura 1 (ESH-2003) se iniciaron las recomendaciones sobre los hábitos de vida y otros FRCV acompañantes (obesidad), que debían continuarse durante, al menos, 3 meses. Se le aconsejó la práctica de ejercicio físico regular, con paseos de 40 min diarios, la mayoría de los días de la semana, y una dieta sosa y restrictiva respecto al consumo de grasas saturadas. Se le citó al mes, y a los 2 y 3 meses para nuevas mediciones de la PA y seguir.

Tabla 3. Lesiones de órganos diana y enfermedades clínicas asociadas que es necesario valorar para estratificar el riesgo cardiovascular

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: infarto de miocardio, 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: mujeres; V: varones. ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.

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 ligera (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

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

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

Valores de presión arterial sistólica y diastólica
Edad (> 55 años en varones y > 65 años en mujeres)
Tabaquismo
Dislipemia: 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) ≥ 88 cm (mujeres)
Proteína C reactiva > 1 mg/dl

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; 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 (FRCV), lesiones de órganos diana (LOD), procesos clínicos asociados (PCA) 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

Riesgo absoluto añadido de padecer complicaciones vasculares en 10 años:

ESH/ESC Guidelines. J Hypertens 2003¹.

■ < 15%; ■ 5-20%; ■ 20-30%; ■ > 30%

miento de las recomendaciones. Dado que las cifras de PA continuaban siendo elevadas se inició un tratamiento farmacológico con valsartán, 160 mg/día, por la mañana al levantarse.

Evolución

La paciente volvió a nuestra consulta tras la aparición de una crisis de fibrilación auricular paroxística tratada en el hospital y resuelta, y quedó en ritmo sinusal. No acude a revisiones desde hace un año, y ha abandonado el tratamiento antihipertensivo.

En una nueva reevaluación se observan, como hallazgos diferenciadores de la visita inicial, los siguientes: PA media de 155 y 96 mmHg y circunferencia abdominal de 92 cm; en el ECG presenta unos criterios de voltaje de Sokolow de 28 mm y criterios de voltaje de Cornell de 19 mm, algo más elevados y sospechosos de su mal control y una probable HVI. En la nueva analítica, se observa una tiroxina (T_4) y una tirotrópina (TSH) normales, y una ecocardiografía con una ligera hipertrofia auricular izquierda y signos de HVI concéntrica. La clasificación del

riesgo vascular se ha modificado con la presencia de la HVI, y ha pasado a presentar un riesgo alto.

Se reinstaura el tratamiento antihipertensivo y se reflexiona sobre el incumplimiento del tratamiento farmacológico.

En los siguientes meses, la paciente ha presentado nuevas crisis de fibrilación auricular, que han cedido y quedado en ritmo sinusal, con tratamiento hospitalario, hasta hacerse crónica e incluso recidivar tras una intervención mediante electroshock. Se instauró un tratamiento con anticoagulación oral, amiodarona y valsartán, 160 mg.

En el último mes, y con una fibrilación auricular crónica instaurada, sigue presentando crisis de respuesta ventricular rápida, que precisan tratamiento hospitalario. Tras una entrevista familiar, se pudo observar que las crisis de respuesta ventricular rápida coincidían con elevaciones de la PA superiores a 180 y 105 mmHg, y todos esos episodios coincidían con el incumplimiento del tratamiento con amiodarona y valsartán (fig. 2).

Problemas fundamentales que plantea el caso clínico

1. Problemática sociofamiliar.
2. HTA no controlada con lesión de órganos diana.
3. Fibrilación auricular con crisis de respuesta ventricular rápida recidivante.

Consideraciones clave del caso clínico

1. Situación sociofamiliar: en la práctica clínica es de gran ayuda conocer la situación sociofamiliar de nuestros pacientes. Determinadas actitudes y conductas, entre las que se incluyen el incumplimiento terapéutico, así como ciertos síntomas, pueden ser secundarios a situaciones de "disfunción familiar". Tanto los acontecimientos vitales estresantes como la fase de adaptación al cambio de ciclo vital familiar pueden originar multitud de síntomas y actitudes negativas en los pacientes. En el presente caso, se hace referencia a problemas de drogadicción en sus hijos y la situación de

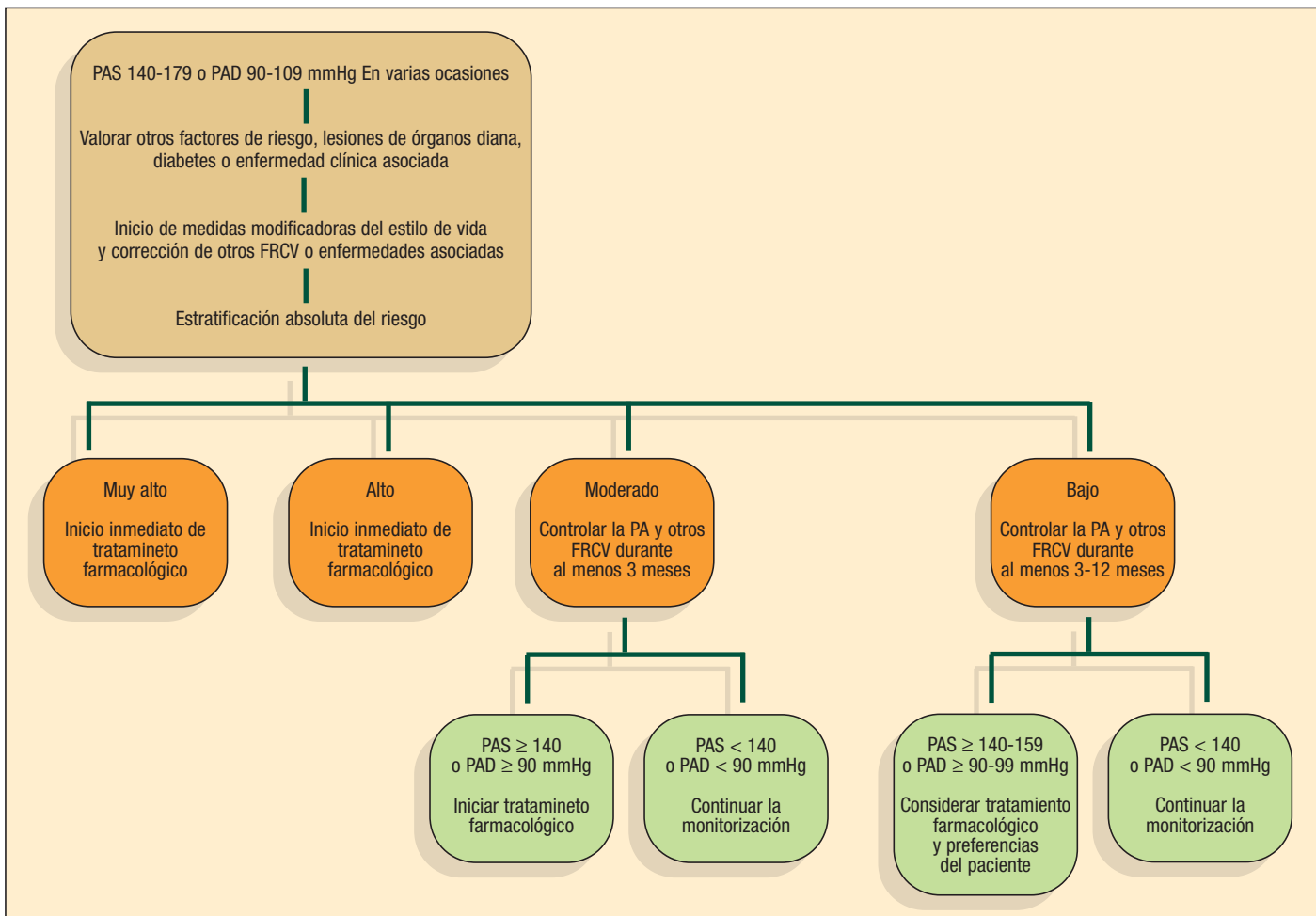


Figura 1. Inicio del tratamiento antihipertensivo, basado en los valores iniciales de la presión arterial y en el valor de riesgo cardiovascular total. (ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.)

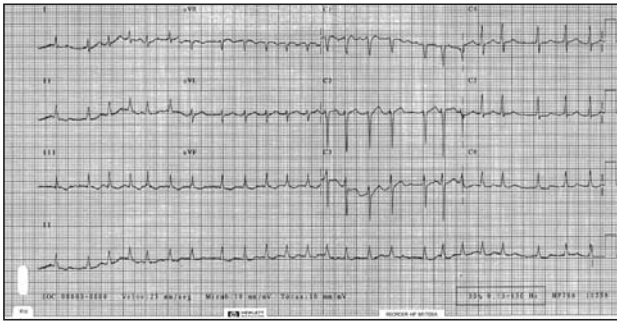


Figura 2. Crisis de respuesta ventricular rápida que coinciden con el incumplimiento del tratamiento con amiodarona y valsartán.

paro laboral del cónyuge; ambos hechos han de tenerse en consideración y pueden definirse como acontecimientos vitales estresantes. Con respecto a la etapa del “ciclo vital familiar”, el caso clínico se corresponde con la etapa de “nido vacío”, que se inicia cuando el último hijo abandona el hogar, momento en el que, en ocasiones, pueden manifestarse ciertas enfermedades. Probablemente, el incumplimiento de la paciente podría

estar relacionado con una situación de ansiedad y un estado de ánimo depresivo, secundarios a la problemática familiar.

2. Hipertensión mal controlada: en anteriores números, se han abordado recomendaciones sobre las actitudes diagnósticas y terapéuticas ante un control inadecuado de las cifras de PA. Conviene recordar, de forma resumida, que se deben plantear, por este orden, las siguientes preguntas:

- ¿Estamos ante un paciente cumplidor del tratamiento?
- ¿Puede ser un fenómeno de “bata blanca”?
- ¿Es el tratamiento indicado adecuado y suficiente?

Para responder a la primera pregunta realizamos el test de Haynes y preguntamos a la paciente acerca de su posible incumplimiento, manifestando abiertamente en diferentes ocasiones que había abandonado el tratamiento y, posteriormente, que si incumplía.

La paciente respondió que había dejado de tomar la medicación, argumentando falta de interés en el control de la PA, así como el elevado precio de la medicación. Por ello, se diagnosticó el incumplimiento del tratamiento farmacológico como causa de la HTA no controlada y de la fibrilación auricular paroxística. El fenómeno de bata blanca quedó descartado ante la presencia de una fibrilación auricular y la HVI. La insuficiencia del tratamiento no era la causa ante el incumplimiento.

3. Fibrilación auricular: es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica (prevalencia del 5% en mayores de 65 años). Es una arritmia auricular que se caracteriza por la presencia de un ritmo cardíaco totalmente irregular, asociado a un amplio espectro de síntomas, que van desde la situación totalmente asintomática hasta las situaciones de insuficiencia cardíaca. Los síntomas más frecuentes son palpitaciones, disnea, dolor torácico, mareo y síncope.

La fibrilación auricular tiene una alta morbilidad, tanto por los síntomas directos como por sus efectos secundarios. Es un importante factor de riesgo de tromboembolia sistémica; su frecuencia global alcanza el 5% por año, y el riesgo aumenta al 17% en los pacientes con valvulopatía reumática y con la edad (un 23,5% en los pacientes de más de 80 años). Puede descompensar una cardiopatía orgánica estable y desencadenar angina o infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, etc. Puede ser causa de disfunción ventricular relacionada con fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida. Siempre se intentará diagnosticar la causa (tabla 5). Para determinar posteriores decisiones de abordaje terapéutico también es necesario considerar el tipo de fibrilación auricular, según la clasificación de la tabla 6:

Ante el diagnóstico de FA, es preciso realizar una valoración global para evaluar los factores etiológicos, fisiopatológicos y clínicos que se asocian a la FA y que determinan su abordaje terapéutico, incluyendo una historia clínica y una exploración física adecuadas, un ECG, una analítica general con hormonas tiroideas y una ecocardiografía.

En el tratamiento de la FA, hay que eliminar las causas desencadenantes potencialmente corregibles, como la ingesta de alcohol, el hipertiroidismo, la fiebre, la hipoxia, la tromboembolia, etc. La situación clinicohemodinámica del paciente condi-

Tabla 5. Causas de fibrilación auricular

Cardíacas (en el 80% de las ocasiones)	No cardíacas
Hipertensión	Tirotoxicosis
Cardiopatía isquémica	Abuso del alcohol
Miocardiopatías	EPOC
Cardiopatía valvular	Embolia pulmonar
Enfermedad del seno	Electrocución
Pericarditis	Accidente cerebrovascular
Cirugía cardíaca	Feocromocitoma

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 6. Clasificación de la fibrilación auricular (FA)

1. **FA recurrente:** episodios de FA intercalados con periodos de ritmo sinusal
Paroxística: duración < 48 h. Revierte espontáneamente
Persistente: duración > 48 h. Revierte con cardioversión farmacológica o eléctrica
2. **FA permanente, establecida o crónica:** el ritmo de base es FA. Imposible o no indicado restablecer ritmo sinusal
3. **FA de comienzo reciente:** primer episodio de FA sintomática o primera vez que se diagnostica una FA asintomática

Adaptación de la clasificación propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología.

Tabla 7. Estrategias de tratamiento, según la clasificación

Fibrilación auricular paroxística (< 48 h)
1. Cardioversión farmacológica Sin cardiopatía: flecainida i.v. o propafenona i.v. Con cardiopatía: amiodarona i.v.
2. Cardioversión eléctrica (si falla la anterior o hay compromiso hemodinámico)
3. Prevención de recurrencias Amiodarona (si hay cardiopatía) Sotalol Bloqueadores beta Antiarrítmicos de clase Ic (flecainida, propafenona)
4. Control de la frecuencia cardíaca Si hay insuficiencia cardíaca: digoxina sola o asociada a diltiazem (evitar bloqueadores beta) Si hay disfunción ventricular sin insuficiencia descompensada: bloqueadores beta solos o asociados a digoxina Otras situaciones: bloqueadores beta o verapamilo o diltiazem o combinación de éstos entre sí y con digoxina
Persistente (> 48 h)
1. Cardioversión eléctrica (con anticoagulación previa 3 semanas) (puede no demorarse una ecografía transesofágica, sin trombos en orejuela)
2. Prevención de recurrencias Amiodarona (si hay cardiopatía) Antiarrítmicos de clase Ic Sotalol
3. Prevención de embolia (anticoagulación a largo plazo)
Permanente (crónica)
1. Control de la frecuencia cardíaca Si hay insuficiencia cardíaca: digoxina sola o asociada a diltiazem (evitar bloqueadores beta) Si hay disfunción ventricular sin insuficiencia descompensada: bloqueadores beta solos o asociados a digoxina Otras situaciones: bloqueadores beta o verapamilo o diltiazem o combinación de éstos entre sí y con digoxina
2. Prevención de tromboembolia (anticoagulación a largo plazo)

Tabla 8. Indicaciones de anticoagulación en la fibrilación auricular

Pacientes < 65 años
Sin factor de riesgo: nada
Con factor de riesgo: anticoagulación
Pacientes 65-75 años
Sin factor de riesgo: ácido acetilsalicílico, 325 mg/día, o anticoagulación (según beneficio/riesgo)
Con factor de riesgo: anticoagulación
Pacientes > 75 años
Con o sin riesgo: anticoagulación (control estrecho del INR)

INR: International Normalized Ratio.

ciona la elección y la urgencia del tratamiento. Los objetivos terapéuticos que se plantean ante una fibrilación auricular son:

1. Control de la respuesta ventricular: fármacos.
2. Restauración y mantenimiento del ritmo sinusal: cardioversión farmacológica o eléctrica, aspecto que no trataremos en el Boletín.
3. Profilaxis de fenómenos tromboembólicos: anticoagulación o antiagregación.

Las estrategias de tratamiento están en función del tipo de fibrilación auricular y se esquematiza en la tabla 7 y en las figuras 3 y 4.

Las decisiones de anticoagular están en función de la edad del paciente y la presencia o no de factores de riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) (tabla 8).

Pautas que se deben seguir en nuestra paciente

En nuestra paciente, se instauró tratamiento con valsartán como antihipertensivo y, a consecuencia de la fibrilación auricular crónica se anticoaguló y se continuó tratamiento con amiodarona.

La intervención del médico de familia se centró en capacitar a la paciente en su cumplimiento, controlar la PA y el INR. Nuestra paciente acudió a consulta programada y se realizaron las siguientes intervenciones:

1. Educación sanitaria sobre conocimientos de la HTA, la HVI y la fibrilación auricular. Se aclaró la

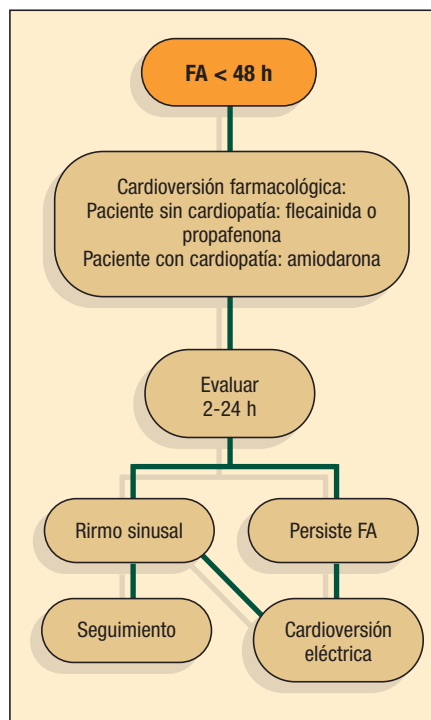


Figura 3. Tratamiento de la fibrilación auricular de < 48 h de evolución, en casos en que esté indicada la cardioversión.

naturaleza crónica de la HTA y la fibrilación auricular, y la necesidad de tratamiento farmacológico.

2. Se recalcó la importancia de los tratamientos prescritos y las posibles modificaciones que podría requerir en los próximos días hasta conseguir el adecuado control de la HTA.

3. Se entregó información escrita acerca de la HTA y el tratamiento prescrito, y consejos escritos sobre la necesidad del cumplimiento.

4. Se entregó a la paciente una tarjeta de control de la PA y se le citó para posteriores controles en consulta de enfermería, así como para el control del sintrom.

5. Se abordó el problema de su estado de ánimo, y se le ofertó la posibilidad de llevar a cabo una valoración por parte de Salud Mental, en el caso de que no presentase mejoría. Se llevó a cabo una intervención familiar y una entrevista familiar con sus hijos, para valorar la situación familiar y acordar pautas de actuación familiar.

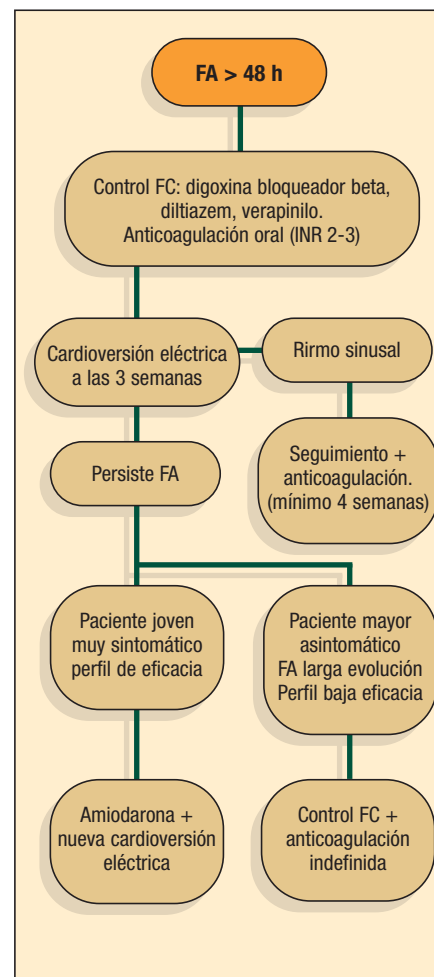


Figura 4. Tratamiento de la fibrilación auricular de > 48 h de evolución.

6. Se le asoció la toma de valsartán y amiodarona con el momento del desayuno.

7. Se le proporcionó un monitor y se le instruyó para el seguimiento de un programa de automedicación domiciliar de la PA.

La paciente siguió controles semanales en consulta de enfermería y presentó PA inferiores a 135/85 mmHg y controles adecuados del INR; tras 6 meses no había presentado ningún nuevo episodio de respuesta ventricular rápida de su fibrilación auricular.

Publicaciones sobre cumplimiento terapéutico (Mayo-Octubre 2006)

José Joaquín Casado Martínez

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

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed introduciendo sucesivamente los términos: "compliance and hypertension", "adherence and hypertension", "compliance antihypertensive", "compliance blood pressure" y "adherence antihypertensive". Se aplicó el límite de búsqueda: "mayo-octubre 2006". Se han seleccionado los artículos más relevantes.

1. Artículos de revisión

Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. Harmon G, Lefante J, Krousel-Wood M. *Curr Opin Cardiol.* 2006;21:310-5.

Propósito de la revisión: Describir investigaciones recientes que determinan el papel de los médicos y de otros profesionales de la salud en facilitar adherencia al tratamiento antihipertensivo, con el objetivo de establecer un marco de actuación para tratar la adherencia a la terapia antihipertensiva.

Resultados: Estudios recientes destacan el papel de los proveedores de salud en mejorar la adherencia del paciente a la terapia antihipertensiva. Éstos tienen la oportunidad de mejorar la comunicación con el paciente y detectar si el incumplimiento es intencionado o no, si existen efectos secundarios, si se precisa uso de medicamentos menos costosos y regímenes menos complejos y proponer alternativas.

Conclusión: La escasa adherencia a las terapias prescritas es común en pacientes con hipertensión, y se debe considerar en la evaluación del paciente hipertenso con control inadecuado. Al iniciar el tratamiento en los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) y al supervisar a los pacientes con enfermedad existente, los proveedores de salud deben identificar barreras a la adherencia y llegar a la toma de decisión compartida respecto a su tratamiento. Estas actividades facilitarán la adherencia y conducirán a mejoras para los hipertensos.

Toward a standard definition and measurement of persistence with drug therapy: examples from research on statin and antihypertensive utilization. Caetano PA, Lam JM, Morgan SG. *Clin Ther.* 2006;28:1411-24.

Antecedentes: La utilización a largo plazo de fármacos en enfermedades crónicas es una realidad para millones de individuos. Los tratamientos pueden interrumpirse antes de que ejerzan su efecto beneficioso. Varios estudios han medido la duración inadecuada del tratamiento (persistencia), usando bases de datos administrativos de salud. Sin embargo, la terminología y la metodología usadas para medir la persistencia varían según los estudios, y hacen difícil las comparaciones.

Objetivos: Identificar medidas de persistencia utilizadas actualmente y proponer una definición operacional estándar.

Métodos: Búsqueda en Medline para artículos de lengua inglesa publicados entre enero de 1997 y junio de 2005, que incluyeran los conceptos de persistencia, adherencia, continuidad con terapia antihipertensiva o cumplimiento, usando bases de datos administrativos de las demandas de la prescripción. Las definiciones conceptuales y operacionales de la persistencia usadas en los estudios identificados se categorizaron y aplicaron a un paciente hipotético, para comparar las duraciones de la persistencia según cada método.

Resultados: Se identificaron 31 artículos. Pocos de los estudios indicaron explícitamente la definición conceptual

de persistencia utilizada. Se identificaron 5 métodos de medir la persistencia: modelos de aniversario, modelos de mínimo-recambio, modelos de recambio-secuencial, modelos proporción de días cubiertos y modelos híbridos. Cuando estos modelos se aplicaron a los datos para el paciente hipotético, la persistencia total con terapia farmacológica se situó en un rango entre 7 días hasta más de un año.

Conclusiones: Continúa siendo inconsistente la definición de persistencia y los métodos por la que se mide. Una definición operacional estándar de la persistencia debe tener 2 dimensiones y cuantificar no sólo la duración total de la terapia, sino también la cantidad de medicación que se debe tomar dentro de este intervalo.

2. Estudio observacional

Antihypertensive and/or lipid-lowering treatments pattern of compliance in hypertense and/or dyslipemic patients in Primary Care. Sicras Mainar A, Fernández de Bobadilla J, Rejas Gutiérrez J, García Vargas M. *An Med Interna.* 2006;23:361-8.

Objetivo: El incumplimiento es un factor importante causante de las diferencias entre los resultados de ensayos clínicos y la eficacia en práctica médica, y contribuye a un control escaso de los factores de riesgo cardiovascular. El conocimiento de los factores asociados al incumplimiento es limitado. Los objetivos de este estudio son: a) determinar indirectamente el nivel de cumplimiento en pacientes con hipertensión y/o dislipemia, y b) determinar factores asociados al incumplimiento.

Material y método: Un total de 9.001 hipertensos y/o dislipémicos en 4 centros de atención primaria de Cataluña. El cumplimiento se estimó por la relación entre la cantidad de píldoras dispensadas y prescritas. Se calcularon y compararon: a) los valores de cumplimiento de pacientes dislipémicos sin hipertensión (DL-no HT), hipertensos con dislipemia (HT + DL) y de hipertensos sin dislipemia (HT-no DL), y b) para explicar el cumplimiento se diseñó un análisis multivariante, aplicando un modelo de regresión múltiple.

Resultados: a) El cumplimiento fue del 79% en DL-no HT, más bajo que en HT + DL (81,2%; $p = 0,000$) y en HT-no DL (82,4%; $p = 0,000$). Las diferencias también fueron significativas entre los últimos 2 grupos ($p = 0,001$). b) Las variables explicativas de un mejor cumplimiento en el análisis multivariante fueron: inactividad laboral ($p = 0,000$); médico específico ($p = 0,000$); existencia de carta recordativa ($p = 0,04$); grupo de fármaco ($p < 0,0001$); precio del fármaco ($p = 0,006$), y número de principios activos utilizados ($p = 0,019$).

Conclusiones: a) Los pacientes dislipémicos demuestran un peor cumplimiento que los hipertensos, y la dislipemia empeoró el cumplimiento global en hipertensos. b) Las características del paciente, la actitud del médico, la existencia de la carta recordativa, el grupo de fármaco y la simplicidad del tratamiento se relacionan con el cumplimiento.

3. Estudios de seguimiento

Assessment of patients' and physicians' compliance to an ACE inhibitor treatment based on urinary N-acetyl Ser-Asp-Lys-Pro determination in the Noninsulin-Dependent Diabetes, Hypertension, Microalbuminuria, Proteinuria, Cardiovascular Events, and Ramipril (DIABHYCAR) Study. Azizi M, Menard J, Peyrard S, Lievre M, Marre M, Chatellier G. *Diabetes Care.* 2006;29:1331-6.

Objetivo: Determinar el cumplimiento de los pacientes y de los médicos, con el tratamiento de un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), midiendo en orina un biomarcador endógeno el N-acetilo-Ser-ASP-Lys-Favorable (AcSDKP), en un ensayo clínico (DIABHYCAR), que compara ramipril con placebo.

Métodos: El cociente AcSDKP/creatinina en orina se midió en todos los participantes que terminaron el estudio ($n = 1.871$).

Resultados: El cociente urinario AcSDKP/creatinina era 6 veces más alto para el ramipril que para el placebo. Definimos a los pacientes con verdadera adherencia al ramipril cuando el cociente era ≥ 4 nmol/mmol y a pacientes con verdadera adherencia al placebo cuando el cociente era ≤ 4 nmol/mmol. El 27,3% de los 597 pacientes con ramipril tenían cocientes < 4 , lo que indica una pobre adherencia y un 9,7% de los 621 pacientes con placebo tenían cocientes ≥ 4 , lo que indica el uso de un inhibidor de la ECA no incluido en el estudio.

Conclusiones: El uso sistemático de la determinación urinaria de AcSDKP facilitó la detección de defectos de acuerdo con el tratamiento del inhibidor de la ECA en pacientes y médicos. La medida urinaria de AcSDKP podía ser un biomarcador útil para determinar adherencia con los inhibidores de la ECA.

Discontinuation of antihypertensive drugs among newly diagnosed hypertensive patients in UK general practice. Burke TA, Sturkenboom MC, Lu SE, Wentworth CE, Lin Y, Rhoads GG. *J Hypertens.* 2006;24:1021-2.

Objetivos: Evaluar la discontinuación de la terapia con fármacos antihipertensivos en pacientes hipertensos diagnosticados de novo.

Métodos: Estudio de cohorte. Se incluyó a los pacientes diagnosticados de hipertensión entre 1991 y 2001, y tratados posteriormente con fármacos. La interrupción total del fármaco se evaluó tras la primera prescripción del antihipertensivo. Se evaluaron por grupos terapéuticos: los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los bloqueadores alfa, los antagonistas de los receptores de la angiotensina-II (ARA-II), los bloqueadores beta, los antagonistas de los canales de calcio (ACA), los diuréticos ahorradores de potasio y las tiacidas. Se consideró interrupción cuando no se constató una nueva prescripción en el plazo de 90 días tras la expiración más reciente de la prescripción.

Resultados: La población abarcó a 109.454 pacientes, con 223.228 fármacos. La interrupción total del fármaco fue del 20,3% a los 6 meses y del 28,5% al primer año. El tiempo medio de discontinuación por grupo terapéutico fue más largo para los ARA-II (2,9 años) seguido por los IECA (2,24), los ACA (1,86), los bloqueadores beta (1,5), las tiacidas (1,5), los bloqueadores alfa (1,35) y los ahorradores de potasio (0,40). La interrupción anual se situó entre el 29,4 y el 64,1% para los ARA-II y los diuréticos ahorradores de potasio, respectivamente.

Conclusión: Es importante que los médicos supervisen a los pacientes tras el inicio del tratamiento antihipertensivo, debido al riesgo de interrupción. Los ARA-II seguidos por los IECA y los ACA fueron los fármacos con un riesgo más bajo de interrupción.

Puntos clave de interés derivados de la revisión

- La supervisión y la adecuada comunicación de los proveedores de salud con el paciente facilitan la adherencia al tratamiento.
- Se precisa llegar a definiciones estándar de persistencia que cuantifiquen la duración y la cantidad de fármacos consumidos.
- Los pacientes dislipémicos demuestran un peor cumplimiento que los hipertensos y la dislipemia empeora el cumplimiento global en hipertensos.
- La medida de AcSDKP puede ser un biomarcador urinario útil para determinar adherencia con los inhibidores de la ECA.
- Los ARA-II seguidos por los IECA y los ACA tienen un riesgo más bajo de interrupción de la terapia.

Estudios EFEDIS. Factores asociados a la inercia clínica profesional estudio EFEDIS

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. Phillips definió la inercia clínica profesional como los fallos del médico en la iniciación o 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 ha alcanzado los objetivos terapéuticos.

Estudios transversales 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 Estados Unidos fue del 87%.

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 pretende evaluar la asociación de una serie de factores intrínsecos del 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 aleatoria a 4 grupos de intervención y seguimiento de 6 meses.

Se incluyó a 1.105 hipertensos, diagnosticados de novo o no controlados, con indicación del uso de uno o 2 antihipertensivos en monoterapia en monodosis, 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 auto-medición 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 pro-

grama 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 PA.

Se definió ICP mediante el cociente: (número de pacientes a los que se les ha modificado el tratamiento farmacológico/número de pacientes con cifras medias de PA clínica superiores a 140 y/o 90 mmHg) $\# \times 100$. Se calcularon las cifras de presión arterial (PA) medias y sus descensos, así como el grado de control de la HTA. Se utilizaron pruebas estadísticas. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

Concluyeron el estudio 921 individuos (el 83,3% de la muestra), con una edad media 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%).

No estaban controlados en visita 2 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 visita 2, el médico modificó el tratamiento (fig. 1).

El descenso medio de las cifras de 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 PAD de $4,6 \pm 7$ y $3,1 \pm 5$, respectivamente ($p = 0,08$).

El porcentaje de pacientes controlados (PA < 140 y 90 mmHg, para la PAS y la PD sistólica [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 PAS y una PAD menores en la visita en la que se tomaba la decisión, a un menor índice de Quetelet inicial y presencia de obesidad, a un menor número de enfermedades padecidas y a un mayor número de comprimidos prescritos.

Conclusiones

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

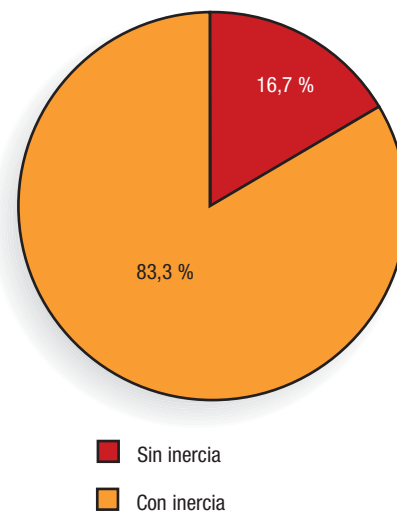


Figura 1. Porcentaje de pacientes que presentan inercia clínica profesional.

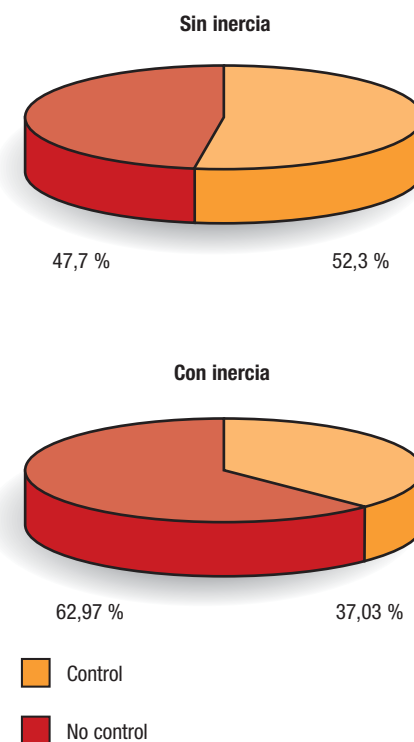


Figura 2. Porcentaje de pacientes controlados en función de la presencia de la inercia clínica profesional.

Estudios ECALCUM.

Aprendizaje del estudio ECALCUM, donde se analiza la eficacia de la intervención mediante una tarjeta calendario en el cumplimiento terapéutico de las dislipemias

Objetivos

El estudio ECALCUM tuvo como objetivo principal valorar la eficacia de la intervención mediante un calendario recordatorio de la toma de la medicación en el cumplimiento terapéutico con hipolipemiantes en pacientes dislipémicos. En este estudio se utilizan por primera vez en España los monitores electrónicos de control de medicación (MEMS) para el estudio del cumplimiento en el tratamiento farmacológico de las dislipemias.

Métodos usados

Ensayo clínico controlado realizado en 10 centros de atención primaria, con distribución aleatoria y estratificado por edad y sexo, y con un seguimiento medio de 6 meses.

Se seleccionó a 220 pacientes hipercolesterolémicos, diagnosticados de dislipemia de novo o no controlados, con indicación del tratamiento con estatinas, por inicio o cambio de la medicación.

Se distribuyó a los pacientes en 2 grupos de intervención:

1. Grupo de control (GC): 110 pacientes que recibieron la intervención sanitaria habitual.
2. Grupo de intervención (GI): 110 pacientes que recibieron, además, una intervención controlada (un calendario recordatorio), donde debían anotar con una señal la fecha de cada día que tomaba la medicación y aportarla a cada consulta (fig. 1).

Se llevó a cabo una visita de inclusión al inicio y 2 visitas programadas y, además, una analítica al inicio, al tercer y al sexto mes, que incluía la medición del colesterol total, los triglicéridos (TG) totales, el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y el colesterol unidos a lipoproteínas de alta densidad (cLDL). El cumplimiento se midió mediante los MEMS (fig. 2).

Los MEMS (Aardex, Ltd.) consisten en facilitar al paciente la medicación en un envase que lleva acoplado un sistema electrónico que registra cada vez que se produce la apertura del envase. Los MEMS se componen de un bote de diferentes tamaños (60, 120, 150 ml, etc.), dentro del cual se introducen los fármacos que tomarán los pacientes, y que se cierra mediante un tapón cuya característica es que, en su interior, contiene un microchip que registra la hora y el día en el que se produce la apertura del dispositivo, para que el paciente tome la medicación. Tras el seguimiento del paciente durante un tiempo, al menos 1 mes en la práctica clínica y al menos 6 meses en investigación, se evalúan sus resultados. Para ello, a través de un lector

del tapón se transfieren los datos al ordenador, mediante un programa informático, que ofrece diferente información sobre la toma de la medicación.

El MEMS nos permite estudiar, entre otros aspectos, los siguientes:

1. El porcentaje total de tomas que realiza el paciente durante el seguimiento.
2. El porcentaje de días correctos en los que ha tomado la medicación. En este estudio será la variable principal, y se diferencia del punto 1 en que el anterior porcentaje no distingue cuántas tomas al día podría haber hecho el paciente en un mes del 100% de la medicación (si tiene prescrito 1 comprimido al día) pero sólo en 7 días, con 4 comprimidos al día. Este porcentaje, al no haber tomado una dosis cada día, indica que el porcentaje de cumplidores sería del 23%.
3. El porcentaje de tomas que ha realizado en el horario prescrito de toma de la medicación.
4. Los diferentes patrones de cumplimiento.
5. La cobertura terapéutica.

Una de las principales ventajas de estos dispositivos es que nos aportan información no sólo de si el paciente ha tomado la medicación, sino también de cuándo lo hace, cuestión no superflua en la mayoría de los tratamientos, y por descontado, en el caso de los antihipertensivos, en el que no respetar los intervalos entre dosis puede suponer que el tratamiento no sea eficaz.

Se definió como cumplidor aquel paciente cuyo consumo fue del 80-110% del prescrito. Se compararon los porcentajes de cumplidores y el porcentaje medio de cumplimiento por grupos de intervención. Se calculó la reducción del riesgo absoluto y relativo (RRA, RRR) y el número de individuos en que fue necesario intervenir para evitar un incumplimiento (NNT).

Resultados

Finalizaron 188 individuos (el 85,45% de la muestra): 76 varones (40,43%) y 112 mujeres



Figura 1. Ejemplo de calendario recordatorio de la toma de la medicación en el cumplimiento terapéutico.



Figura 2. Monitor electrónico de control de la medicación (MEMS).

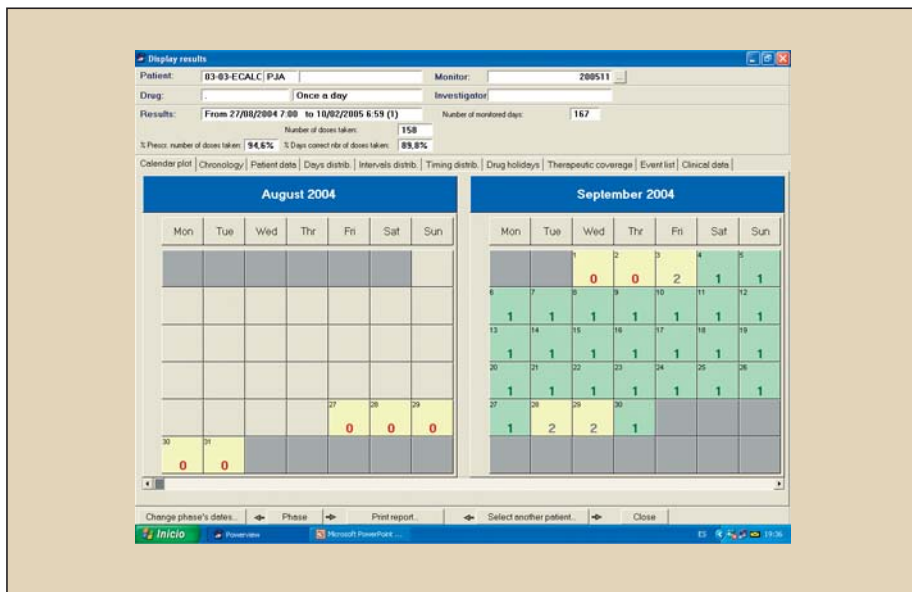


Figura 3. Patrón de cumplimiento correcto con incumplimiento esporádico e incumplimiento posterior a la visita inicial.

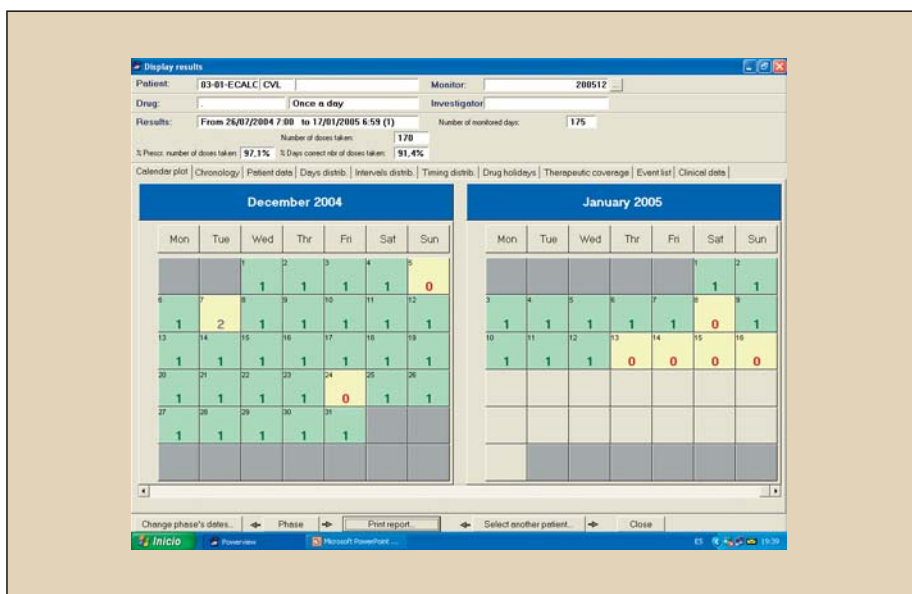


Figura 4. Patrón de cumplimiento correcto con incumplimiento esporádico e incumplimiento previo a las visitas.

(59,57%), con una edad media de $60,62 \pm 11$ años. El GI lo componían 96 individuos (36 varones) (edad, $60,3 \pm 11$ años) y el GC, 59 (40 varones) (edad, $60,9 \pm 11$ años). Fueron incumplidores, al final del seguimiento, el 26,55% (IC, 6,3) de la muestra, en el GI el $10,5 \pm 11\%$ (IC, 6,1) y en el GC el $42,6 \pm 12\%$ (IC, 10,1) ($p < 0,001$). El porcentaje medio de días en los que se tomaban correctamente una dosis fue del 86% en el GI y del 81,3% en el GC ($p < 0,05$). El porcentaje de días que tomaban la medicación en el horario correcto (8.00-9.00 h de la mañana) fue del 81,5% en el GI y del 76,5% en el GC ($p < 0,05$), y la cobertura terapéutica, suponiendo un efecto del antihipertensivo de 24 h, fue

del 91,7% en el GI y del 86,2% en el GC ($p < 0,05$). La media del porcentaje de cumplimiento al final del seguimiento fue del 88,1% (IC, 4,6) de forma global, del 92% (IC, 5,4) en el GI y del 84 (IC, 7,4) en el GC ($p < 0,05$). La RRA fue del 32,1%; la RRR, del 75,35%, y el NNT, de 3,1 pacientes.

Este estudio nos ofreció, entre otros hallazgos relevantes, que en el 47% de los pacientes había, al menos, un período de 3 días seguidos sin tomar la medicación, llamado patrón de vacaciones farmacológicas, y que el período más frecuente sin tomar la medicación fueron los días anteriores a la visita al centro de salud.

En la figura 3 se presentan los datos de un pa-

ciente incluido en el estudio, en tratamiento con una dosis diaria de estatina, en quien se observan los primeros 2 meses de evaluación de los datos de cumplimiento ofrecidos por el MEMS, tras su análisis mediante el programa informático. En este MEMS, se han computado 167 días, con 158 dosis; es decir, el 94,6% de las tomas, en el 89,8% de los días, ya que había días que tomaba 2 comprimidos. En este paciente se da el patrón de cumplimiento correcto, con un incumplimiento esporádico.

El incumplimiento esporádico es el patrón más frecuente entre los cumplidores y sucede en casi la mitad de los pacientes; es decir, son cumplidores, pues toman entre el 80 y el 100% de los comprimidos, pero a lo largo del mes suelen incumplir entre una y 6 tomas.

Sin embargo, llama la atención un aspecto importante en la evaluación de los datos de este MEMS, observado con frecuencia en otros pacientes: numerosos pacientes no toman la medicación los días posteriores tras la consulta, hasta que llega un momento en que comienzan a tomar la medicación y llegan a ser, ocasiones, buenos cumplidores, como en este caso. Entrevistados estos pacientes, se ha podido observar que, en la mayoría de ellos, no se había realizado una adecuada educación sanitaria acerca de la enfermedad que presentaban y el tratamiento prescrito. Estos pacientes, tras recibir diferente información extrasanitaria, deciden tomar la medicación unos días más tarde.

Otro hallazgo de interés fue que el período más frecuente sin tomar la medicación fueron los días anteriores a la visita al centro de salud. Entrevistados estos pacientes, en la mayoría de ellos esto se debió a que retrasaron la consulta al médico por diferentes motivos personales y, en esos días, se quedaron sin medicación, por lo cual no podían tomarla. En la figura 4 se valoran los datos de los primeros 2 meses del cumplimiento, mediante los MEMS, de un paciente con dislipemias en tratamiento con una dosis diaria de estatinas, donde se observa un cumplimiento del 97,1% de las dosis previstas, en el 91,4% de los días y donde aparece un patrón frecuente en las dislipemias, que es el patrón de buen cumplidor con incumplimiento esporádico, pero con datos adicionales consistentes en un incumplimiento los 4 días anteriores a la visita con su médico.

Conclusiones

La intervención mediante un calendario recordatorio de la toma de la medicación es una medida eficaz para mejorar el porcentaje de cumplidores en el tratamiento de las dislipemias. Sólo es necesario tratar a 3,1 pacientes con esta intervención para evitar un incumplimiento.

Un ejemplo italiano

Poluzzi E, Strahinja P, Vargiu A, Chiabrando G, Silvani MC, Motola DE, et al.

Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61:603-9.

Disponemos de datos acerca del incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial (HTA) en España, pero este problema sucede, asimismo, en el resto de países de la Unión Europea.

Para exponer la situación se presenta un estudio realizado en Italia donde, además, se utilizan términos novedosos, como el abandono o la persistencia del tratamiento.

Recientemente, Poluzzi et al han publicado un estudio de alto interés sobre cumplimiento y persistencia del tratamiento a largo plazo. En este estudio se incluyó a 6.413 hipertensos en los cuales se iniciaba tratamiento antihipertensivo entre enero y diciembre de 1999. Se llevó a cabo un seguimiento durante 3 años, y se midió el cumplimiento mediante los datos obtenidos del archivo informático de medicamentos reembolsados por el sistema de salud regional de Romagna (Italia). Se valoró la persistencia durante 3 años como haber recibido al menos una prescripción de cualquier antihipertensivo en los años 2000, 2001 y 2002. Se consideraron cumplidores aquellos hipertensos que disponían de, al menos, 300 dosis de las 365 que debían disponer en un período de 12 meses. Se valoró la persistencia como haber recibido, al menos, una prescripción de cualquier antihipertensivo en los años 2000, 2001 y 2002. Fueron cumplidores aquellos que disponían de, al menos, 300 dosis en un período de 12 meses. Como se observa en la figura 1, la persistencia al tratamiento en el tercer año fue del 60%, y entre los que persistieron fueron cumplidores el 34% el primer año, cifra que se reducía al 20% en el tercer año (fig. 2). Realmente, se demuestra la importancia del incumplimiento en otros países. Considerando la adherencia al tratamiento, se observa que el 18% de la muestra recibió sólo una prescripción a lo largo de los 3 años, el 13% recibió más de una prescripción, pero abandonó el tratamiento durante el primer año, el 69% fueron persistentes durante el segundo año y el 60% también durante el tercero. Sólo el 34% fueron cumplidores durante el primer año, el 24% durante el segundo y el 20% durante el tercero.

Entre los pacientes persistentes, el 41% mantenía el mismo régimen antihipertensivo lo largo de los 3 años, el 25% añadía otros fármacos al tratamiento inicial y el 34% cambiaba de tratamiento.

En este estudio se utilizaron, inicialmente, en el 79% de los pacientes (n = 4.785), antihipertensivos en monodosis, en el 19% (n = 1.101), antihipertensivos en combinación, y la triple terapia se utilizó en el 2% (n = 133); se utilizaron diuréticos en 3 cuartas partes de las combinaciones de 2 fármacos. Los fármacos utilizados con más frecuencia en monoterapia fueron los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), con un 26% (n = 1.597) y los antagonistas del calcio, con un 19% (n = 1.126). En la figura 3, se observa la persistencia a largo plazo, durante el seguimiento a los 3 años, y los pacientes se agrupan según su tratamiento inicial. Se observa cómo los pacientes hipertensos que iniciaron tratamiento con un antihipertensivo antagonista AT1 mantenía el régimen inicial en una mayor proporción, alrededor del 50%, que otros antihipertensivos, mientras que los hipertensos que iniciaban su tratamiento con diuréticos

os tiazídicos y del asa, o complejos regímenes antihipertensivos, abandonaban el tratamiento o cambiaban el tratamiento inicial en un mayor porcentaje.

Al analizar el cumplimiento a largo plazo, se observan los siguientes hallazgos en la figura 4. Entre los pacientes que mantenían su tratamiento inicial durante los 3 años del estudio, menos del 10% de los tratados con diuréticos tiazídicos o del asa fueron cumplidores. En contraposición, el uso de bloquea-

dores alfa o la combinación de 2 fármacos se asoció con un mayor cumplimiento.

Los hallazgos de este estudio destacan las divergencias existentes en muchos países entre las recomendaciones del uso inicial de determinados fármacos y lo que ocurre en la práctica clínica con su uso, y evidencia las dificultades de estos fármacos recomendados para su mantenimiento en el tiempo y la inducción de un menor cumplimiento.

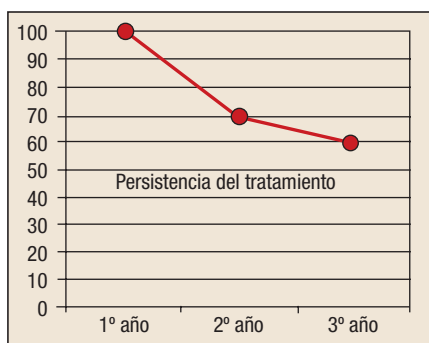


Figura 1. Persistencia del tratamiento farmacológico.

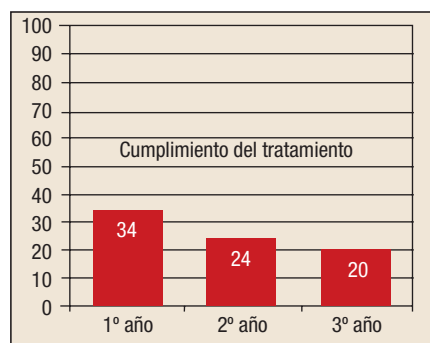


Figura 2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico.

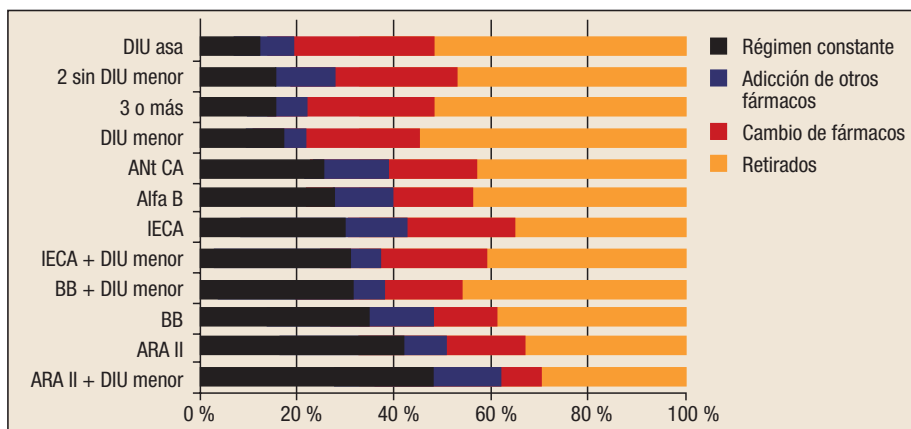


Figura 3. Persistencia del tratamiento farmacológico a largo plazo, según los grupos terapéuticos prescritos inicialmente.

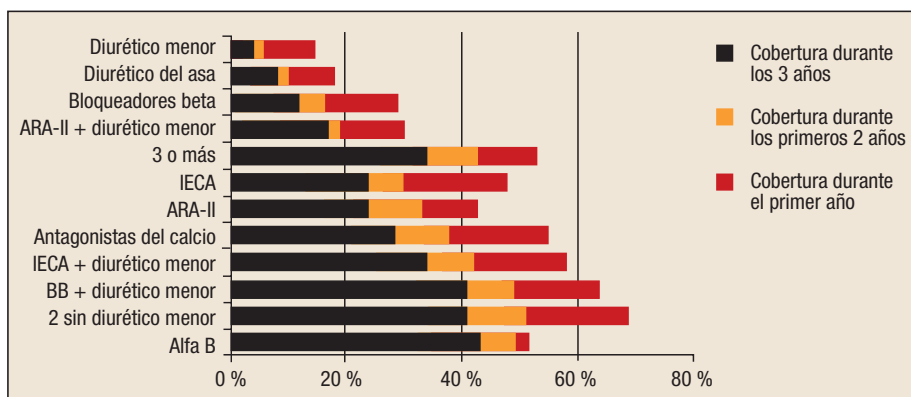


Figura 4. Cumplimiento del tratamiento farmacológico a largo plazo, según los grupos terapéuticos prescritos inicialmente.

IV Jornadas de Cumplimiento 2007 en Alicante

Actividades del grupo de cumplimiento

Los días 23 y 24 de febrero de 2007 se celebrarán las IV Jornadas de Cumplimiento en Alicante. Su objetivo, como en años anteriores, será presentar los diferentes proyectos de investigación y establecer un foro de discusión sobre el cumplimiento. En dicho evento coincidirán investigadores colaboradores en proyectos de investigación con el grupo y médicos interesados en el estudio del cumplimiento terapéutico. Durante estas jornadas se analizarán las causas por las cuales no se controla en un mayor porcentaje la HTA en atención primaria. Se estudiará la medida incorrecta de la presión arterial, la evaluación electrocardiográfica del hipertenso, la inercia clínica profesional y el cumplimiento terapéutico a través de diversos talleres de formación.

Estas jornadas están acreditadas por el Sistema de Formación del Ministerio de Sanidad y Consumo con 2,2 créditos, para el currículo. La asistencia prevista será de 200 médicos, y de esta reunión nacerán nuevos proyectos de investigación. Así, que inscríbete si es de tu interés.

La carrera profesional

La carrera profesional 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 te ofrece la oportunidad de mejorarlo tanto en el apartado de aspectos formativos como en el aspecto docente, colaborando en nuestras diferentes actividades acreditadas, que a su vez te acreditaremos.

Para el desarrollo de nuevos trabajos de investigación, el grupo solicita la participación de profesionales 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 que estén interesados en el tema contacten con la directiva de la sociedad para unirse al Grupo de Trabajo (satha.es), o 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 HTA no controlada finalizó su fase de inclusión de pacientes y se prevé el cierre del estudio para marzo de 2007. En este estudio, la medición del cumplimiento se está realizando mediante el uso de los monitores electrónicos de control de la medicación o MEMS, y en él están participando 400 médicos de atención primaria de toda España, que colaboran de forma asidua con el Grupo de Cumplimiento. Se ha incluido a 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.

Nuevo estudio de investigación

Para marzo de 2007 nuestro grupo iniciará un nuevo proyecto sobre cumplimiento a escala nacional, utilizando nuevamente la metodología de medición del cumplimiento mediante los MEMS. Se tratará de un estudio en HTA, valorando diferentes dosificaciones de los antihipertensivos. Si deseas participar contacta con nuestro grupo.

La receta electrónica

La receta XXI es una receta electrónica instaurada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desde hace 2 años, que permite la prescripción de cualquier medicamento, durante un tiempo máximo de un año. En función de la cantidad de medicación que posea el envase y de la dosificación prescrita, el paciente, mediante su tarjeta electrónica personal, puede adquirir en un determinado tiempo el medicamento de la farmacia.

El médico, mediante el programa informático, puede acceder a la historia de prescripción farmacológica de cada paciente y puede conocer si el paciente la adquiere de la farmacia.

Se trata de una importante herramienta que puede utilizarse como un método indirecto de medición del cumplimiento, pues al menos sabemos con certeza y bastante especificidad que si el paciente no adquiere los medicamentos en la farmacia probablemente no los esté consumiendo.

En este sentido, nuestro grupo ha desarrollado un estudio en 218 hipertensos adscritos al programa de receta XXI, para estudiar su cumplimiento, teniendo en cuenta las dosis prescritas y los fármacos adquiridos. Se observó que el 83,48% de los pacientes incluidos fueron cumplidores.

Tarjeta de cumplimiento del hipertenso

El grupo de cumplimiento ha elaborado la tarjeta de cumplimiento del hipertenso, que se presenta en el material para pacientes que se edita en el número 2 del Boletín. Todos aquellos interesados pueden solicitarla a través de nuestra página web o al laboratorio que la promociona. Esta tarjeta se está entregando a los médicos y los enfermeros de atención primaria, en cajas de 40 tarjetas, para su posterior entrega a los hipertensos.

El objetivo de la tarjeta es que los hipertensos puedan comenzar a percatarse de que existe un problema, del cual, en general, no son conscientes, como es el incumplimiento del tratamiento farmacológico y, además, que noten que a sus médicos y enfermeros les preocupa de forma importante.

Página web:

<http://www.sehleha.org/grupocumpli.htm>

El Grupo de Cumplimiento ofrece un enlace en actualización constante, en la página web de la SEH-LELHA con amplia información. En la web se ofrecen los siguientes aspectos, que están a su disposición:

1. Solicitud de asesoramiento en el diseño de un proyecto de investigación sobre el cumplimiento en la HTA.
2. Revisiones sobre el cumplimiento y bibliografía.
3. Referencias bibliográficas de todos los estudios publicados en España y revisiones sobre el cumplimiento terapéutico en la HTA, publicados durante los años 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.

Una nueva página web sobre cumplimiento

La Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular ha creado, recientemente, un grupo de trabajo para el estudio del cumplimiento. En la dirección mostrada a continuación se pueden consultar diferentes aspectos del tema:

<http://www.sahta.com>