

Cumplimiento e inercia

257. COMPARACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 70 AÑOS ENTRE UNA ZONA URBANA Y UNA SEMIURBANA

R. Bordallo¹, C. Cols¹, S. Duran², C. López², A. Ballester¹, N. Daza¹, E. Roca¹, M. Carrasco¹, L. Cortes¹ y F. Mera³

¹ABS Gelida. ²ABS Disset de Setembre. ³ABS El Pla.

Objetivo: Comparar el grado de cumplimiento terapéutico (CT) referido en test de Haynes-Sakes (TestHS) y Morinsky-Green (TestMG) en comparación con la recogida de fármacos de farmacia (RF), en pacientes polimedicados ≥ 70 años entre un centro semiurbano (ASU) y uno urbano (AU).

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en 2 centros de Salud, AU y ASU. Se incluyeron pacientes ≥ 70 años polimedicados (≥ 5 fármacos) atendidos por parte de enfermería entre noviembre 2013 y octubre 2014. Se analizaron variables demográficas (edad, género), diagnósticos activos en historia clínica (DM2, HTA, dislipemia (DL), EPOC, patología cardiaca, insuficiencia renal (IRn), depresión). Se pasó TestHS y TestMG y se valoró la RF del tratamiento prescrito el último año. Buen CT: retirada $\geq 80\%$ recetas prescritas.

Resultados: N = 194 (97 AU y ASU). Hombres: 43,3% y 36,1% en AU y ASU. Edad 79,18 (DE 6,27) años y 80,02 (DE 6,4). Prevalencia patologías AU y ASU: HTA 84,5% vs 85,6%, DM2 39,2% vs 40,2%, DL 57,7% vs 53,6%, EPOC 16,5% vs 14,4%, Patología cardiaca 45,4% vs 37,1%, IRn 7,2% vs 21,6% (p = 0,004), Depresión 14,4% en los dos centros. Buen CT en AU y ASU según TestHS 88,7% vs 100% (p = 0,001), TestMG 36,1% vs 60,8% (p = 0,01), RF 90,7% vs 91,8%. En AU peor CT según TestMG en mujeres que hombres (72,7% vs 52,4%). Sin diferencias en RF. En el CT referido con TestMG: pacientes con depresión vs no depresión: En AU Buen CT 42,9% vs 34,9%, y en ASU Buen CT 21,4% vs 67,5% (p = 0,01). Pacientes con HTA vs no HTA en AU Buen CT 31,7% vs 60,0% (p = 0,036) y en ASU Buen CT 66,3% vs 28,6% (p = 0,008). Pacientes con DM2 vs no DM2 en AU Buen CT 34,2% vs 37,3%, y en ASU Buen CT 66,7% vs 56,9%. Pacientes con DL vs no DL en AU Buen CT 33,9% vs 39,0%, y en ASU Buen CT 61,5% vs 60,0. CT según RF: sin diferencias entre dos áreas básicas en pacientes con depresión, HTA, DM2 (Buen CT en pacientes con DM2 86,8% y 94,9% en AU y ASU respectivamente). En pacientes DL, en ASU pacientes sin DL mejor RF: 97,8% vs 86,5% con DL diagnosticada (p = 0,045), no se observa esta diferencia en AU. Al comparar el CT en TestMG y RF, pacientes con RF correcta presentan en AU Buen CT en TestMG 37,5% vs 62,5% mal CT, mientras que en ASU el Buen CT en TestMG es 62,9% vs 37,1% de mal CT. En AU 34% presentan BT en TestMG y RF, y en ASU 57,7%.

Conclusiones: No existen diferencias entre las características poblacionales de las dos áreas (AU y ASU), a excepción del diagnóstico IRn (posible falta de registro en historias clínicas AU). Observamos peor CT referido con los TestMG y TestHS en el AU respecto ASU, no así con la correcta RF. Mujeres de AU presentan pero CT referido con TestMG que los hombres, sin observarse esta diferencia en ASU. Sin diferencias entre dos áreas en el cumplimiento de la RF en pacientes con depresión, DM2 y HTA a excepción de la DL que presentan mejor RF pacientes de ASU sin DL. El cumplimiento referido según TestMG se observa Mal CT en pacientes HTA en AU al contrario que ASU en que pacientes con HTA refieren mejor CT. En AU sólo 34% presentan Buen CT con TestMG y RF mientras que en

ASU este valor aumenta al 57,7%. Una correcta retirada de farmacia no indica CT correcto. El CT referido con TestMG es peor en AU que en ASU.

258. ANÁLISIS DE LA TENDENCIA TEMPORAL EN EL MAL CONTROL DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Gestal¹, S. Cinza¹, D. Rey², G. Allut¹, C. Lires¹, A. García¹, B. Martínez¹ y P. de Blas¹

¹CS de Porto do Son. ²CS de A Estrada.

Objetivo: Conocer las variables que influyen en el TRT, y de forma especial la tendencia temporal en los pacientes con insuficiente TRT.

Métodos: Se plantea un estudio longitudinal a partir de una muestra no seleccionada de todos los pacientes atendidos en un Centro de Salud rural a lo largo de 3 años. Se seleccionaron pacientes, que recibieran anticoagulación con antivitamina K al menos durante 6 meses, por una FA no valvular obteniendo una muestra final fue de 130 pacientes.

Resultados: El 53,1% eran varones, con una edad media de 77,0 \pm 1,5 años. La prevalencia de HTA y de DM fue del 90% y del 33,8% respectivamente, y el 11,5% y 14,9% había presentado una insuficiencia cardiaca o un ACV. El número medio de fármacos consumidos por los pacientes fue de 7,6 \pm 0,6. La prevalencia del insuficiente control del TRT, calculado por Rosendaal, fue del 60,2% en 2011, 54,2% en 2010 y 43,4% en 2012. Analizando el comportamiento del TRT en pacientes con insuficiente control en el primer trimestre de seguimiento, se observó que se mantendría bajo en los años siguientes (69,7% vs 55%, p = 0,0005, en 2011), (71,9% vs 59,3%, p = 0,0015, en 2012) y (74,7% vs 60,0%, p < 0,0005, en 2013).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que los pacientes con mal control en el INR presentan una tendencia temporal a no alcanzar el objetivo terapéutico, por lo que planteamos la necesidad de tomar precozmente decisiones clínicas en los pacientes anticoagulados dadas las consecuencias pronósticas de la fibrilación auricular.

259. DISLIPEMIA, REALIDAD DE SU MANEJO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

F.J. Sanz¹, C. Pérez¹, M. Sancho¹, J. Tamarit², M.J. Esteban¹, B. Roig³, I. Bonig⁴, E. Rovira⁵ y V. Giner¹

¹Hospital Virgen de los Lirios, Medicina Interna, Unidad de HTA.

²Hospital Universitario Dr. Peset, Medicina Interna. ³Hospital de Manises, Medicina Interna. ⁴Hospital Comarcal de Vinarós, Medicina Interna. ⁵Hospital Universitario de la Ribera.

Objetivo: Conocer las opiniones e inquietudes de los médicos de la Comunidad Valenciana al respecto del manejo de los distintos factores de riesgo cardiometabólico a raíz de las últimas Guías de las Sociedades Científicas y las medidas administrativas de las Autoridades Sanitarias.

Métodos: Para conocer el posicionamiento de los médicos de la CV al respecto del manejo de los principales FRM, se organizaron 12 reuniones presenciales de 3-4 horas de duración en las tres provincias valencianas donde se discutieron casos clínicos y se respondió una encuesta de opinión. La mayoría de asistentes eran de Atención Primaria mientras que los ponentes lo fueron de diversas especialidades.

Resultados: Participaron 214 asistentes y 41 moderadores/ponentes de diversas especialidades médicas y CCV repartidos en 12 reuniones en las tres provincias (5 en Valencia, 5 en Alicante, y 2 en

Castellón). Hubo consenso al considerar objetivos de LDL < 100 y 70 mg/dl en sujetos de riesgo elevado, que parecieron igualmente alcanzables. Se valoraron las estatinas como fármacos eficaces y seguros, aunque con diferencias en potencia y capacidad de interacciones. Hubo rechazo unánime a las directrices de la Administración y se reafirmó preocupación por el coste repercutido al paciente y no así al sistema sanitario. La mayoría de médicos sigue las indicaciones de las Guías Europeas (54,5%) seguidas de las españolas (19,6%), las aportadas por la Administración (6,9%) y las norteamericanas (6%), con un 11% que dice no seguir ninguna. El factor determinante en la elección de la estatina es: eficacia 53,7%, efectividad (12,4%, seguridad (5,9%) y recomendaciones de la Administración (4,2%). Tan sólo un 27,9% cree que su pacientes en prevención secundaria tienen controlado el colesterol, indicando como motivos de la no consecución de objetivos el incumplimiento (68,7%) seguido de la inercia médica (15,5%), ineficacia de fármacos disponibles (6,7%), presión de la Administración (6,5%) y secundarismos (3,2%). Por orden decreciente, se considera que la intervención más importante para reducir la morbimortalidad en el diabético es: glucemia (50,2%), tabaco (17%), lípidos (15,8%), HTA (9,4%) y antiagregación (3,3%). Parece existir un adecuado conocimiento de las Guías emitidas por las Sociedades Científicas en hipercolesterolemia. La mayoría de facultativos asume los objetivos terapéuticos en el paciente de riesgo, aunque reconoce que la consecución de dichos objetivos es muy pobre y mayoritariamente por factores ajenos a la actividad del facultativo. La mayoría de médicos valencianos se expresan a favor de las Guías Europeas en detrimento de las norteamericanas o las de la propia Administración, siendo los costes para el sistema de escasa consideración en contraposición al coste directo al paciente.

Conclusiones: Entre los médicos valencianos destaca una elevada adhesión a las Guías Científicas para el control de la hipercolesterolemia en contraposición con la escasa adherencia a los posicionamientos terapéuticos de la Administración. Vuelve a repetirse la escasa conciencia de responsabilidad directa en la consecución de objetivos terapéuticos.

260. EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA VENCER LA INERCIA TERAPÉUTICA EN RIESGO CARDIOVASCULAR

M.A. María¹, S. Vinat², E. Tornay³, S. Rodríguez¹, R. Campón² y C. Montejo⁴

¹Consultorio Local Perales de Tajuña. ²CS Artilleros. ³CS Juncal. ⁴CS Canillejas.

Objetivo: HTA es una patología prevalente. Es un factor de riesgo cardiovascular independiente. La educación para la salud (EpS) es una herramienta eficaz para reforzar hábitos de vida saludable y para implicar al paciente en el conocimiento de su enfermedad, la gravedad, las complicaciones, el seguimiento y el tratamiento. Evitando así parte de la inercia terapéutica atribuible al paciente. Proponemos con este estudio demostrar la eficacia de la EpS en HTA en pacientes con HTA y al menos otro factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes, dislipemia, obesidad).

Métodos: Para incluir a los pacientes se propone en consulta de enfermería de un cupo de médico de familia (1.500 pacientes) de una zona rural (pueblo de 2.500 habitantes) a todos aquellos pacientes conocidos HTA la posibilidad de participar en un taller sobre (conocimiento de la enfermedad, conocimiento gravedad, conocimiento complicaciones, manejo de tensiómetro en domicilio, manejo de la dieta, manejo del ejercicio físico y simulador de Score cardiovascular. El criterio de inclusión tener HTA en tratamiento farmacológico y otro factor de riesgo que no fuera sólo Diabetes. Incluimos a 7 con sus respectivos acompañantes (11 en total). Se realizaron tres sesiones en tres días separados en tres semanas diferentes de 60 minutos. La primera sesión comienza con una en-

cuesta de 26 ítems dividida (5 preguntas básicas de sobre la HTA, 5 afectación órganos diana, 4 factores de riesgo asociados, 3 sobre dieta, 4 sobre medicación, 3 modificación estilos de vida, 2 percepción enfermedad) y se sigue de una formación participativa por parte del médico de familia y residente de familia. La segunda sesión consiste en formación participativa en dieta, ejercicio físico, cambio hábitos, manejo del tensiómetro impartida por enfermero y residente de familia. La sesión de cierre comienza por un recordatorio general y un taller/simulador Score, y de cierre se vuelve a administrar la misma encuesta comentada previamente.

Resultados: Los pacientes reclutados fueron 4 hombres y 3 mujeres. La edad en rango 43 a 68 años. 4 habían sufrido cardiopatía isquémica, 1 era diabética, IMC medio 29, exfumadores 4, fumador activo 1. Dislipémicos eran 4. Cumplían criterios de síndrome metabólico 2. Participaron 4 acompañantes. Contestaron los 7 a las dos encuestas y participaron los 3 días el total. Preguntas básicas sobre HTA fallan y mejoran claramente en la segunda. Preguntas sobre afectación órganos diana fallan y mejoran en la segunda. Preguntas sobre factores de riesgo fallan y mejoran en la segunda. Preguntas sobre dieta acertaron todos en ambas encuestas. Preguntas sobre medicación tienen claro no abandonar el tratamiento. Preguntas sobre estilos de vida son congruentes entre ambas encuestas, lo tienen claro. Preguntas sobre percepción de la enfermedad enfermera y médico pueden ayudarle, no la familia o amigos. El simulador de Score resultó muy atractivo. En manejo de tensiómetro automático fue muy satisfactorio.

Conclusiones: Es una muestra muy pequeña pero los participantes quedaron encantados. Nos propusieron realizar más, incluso plantear una charla en el pueblo. La mejoría plasmada a través de las encuestas lo fue sobre todo en conocimiento de la enfermedad, gravedad y complicaciones. Queda claro que conocen los hábitos de vida poco saludable, la dieta y las formas de corregirla. Se trata pues de una clara manifestación de inercia terapéutica "conocer las cosas que están mal hechas y seguir haciéndolas." "Simuladores" de Score son muy eficaces en EpS de factores de riesgo cardiovascular.

261. LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES DE ALTO RIESGO VASCULAR

E. Márquez, S. Márquez, G. López, C. Gracia, L. López, R. Chaves, J. Ferraro, I. Botello, A. Fernández y S. Espejo

Grupo de Cumplimiento SEH-LELHA.

Objetivo: Valorar la persistencia del tratamiento hipolipemiente en pacientes de alto riesgo vascular.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, desarrollado en Atención Primaria y en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron los primeros 220 pacientes con alto riesgo vascular (Criterios ESC/EAS) que acudieron a la consulta de atención primaria, por cualquier motivo entre el 1 de septiembre y 30 de noviembre de 2013, en tratamiento con un hipolipemiente y con un seguimiento exclusivamente informático. Se valoró el registro de la medicación adquirida en la farmacia durante un año mediante la receta electrónica. Esta receta permite la prescripción por parte del médico de cualquier medicamento, durante un tiempo máximo de 1 año y mediante el programa informático permite conocer si el paciente la adquiere de la farmacia. En función de la cantidad de medicación que posea el envase y de la dosificación prescrita, el paciente mediante su tarjeta electrónica puede adquirir, cada determinado tiempo el medicamento de la farmacia. Asumiendo que si el paciente adquiere la medicación periódicamente la está consumiendo, se calculó la persistencia al tratamiento hipolipemiente mediante el índice de posesión de medicación (MPR). El MPR por receta electrónica se calcula mediante el cociente: Número total

de comprimidos presumiblemente consumidos-adquiridos de farmacia/Número total de comprimidos que debiera haber consumido-adquirido según dosificación (días transcurridos) × 100. Se valoraron los diferentes parámetros lipídicos en función de la última analítica registrada en la historia clínica, analizándose el grado de control del cLDL en función del riesgo vascular. Se calculó el porcentaje de persistencia y el porcentaje de pacientes persistentes al año, considerándose persistentes cuando el MPR era $\geq 80\%$ y no persistentes cuando fue $< 80\%$.

Resultados: Finalizaron 208 pacientes (edad media 68,7 DE: 12,1 años). Tenían registrada una analítica en el último año 104 pacientes (50%). El porcentaje de pacientes que presentaban niveles de cLDL en objetivos de control en función del riesgo fue del 35% (IC95% 25,1-45,1%). Se observaron diferencias significativas con mayor control entre persistentes respecto a no persistentes ($p = 0,0001$). El MPR medio de la muestra fue del 60,3% (IC 52,3-68,3%). Fueron persistentes al tratamiento hipolipemiente el 52,3% (IC 46,2-58,4%).

Conclusiones: La persistencia al tratamiento hipolipemiente en pacientes de alto riesgo vascular es muy baja. La realización de controles analíticos en un año fue del 50%.

262. EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO CON RIVAROXABÁN EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS. ESTUDIO CUMRIVAVA

E. Márquez, E. Sánchez, N. Martell, V. Gil, M. de la Figuera, S. Márquez, I. Gil y J.J. Casado

Grupo de Cumplimiento SEH-LELHA.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es valorar el grado de incumplimiento terapéutico con rivaroxaban en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV), a los 12 meses de seguimiento, mediante monitores electrónicos (MEMS).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, multicéntrico de ámbito nacional, llevado a cabo en 90 centros de Atención Primaria españoles. Se han incluido 407 pacientes con FANV tratados con rivaroxaban según práctica clínica habitual, para la prevención de ictus. El seguimiento de cada paciente fue de 12 meses, con una visita de inicio y una de seguimiento a los 6 meses y 12 meses. El cumplimiento fue evaluado mediante monitores electrónicos (MEMS), método validado y reconocido por los autores como medida de investigación del cumplimiento. Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de tal forma que un microchips colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de éste, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase. Se calculó el porcentaje de cumplimiento medio (PC) mediante el cociente: (número total de comprimidos presumiblemente consumidos/número total de comprimidos que debía haber consumido) × 100, esto incluye a todos los pacientes durante los 6 meses. Con el valor de esta variable se procedió a calcular el porcentaje de cumplidores global (porcentaje de pacientes cuyo PC se encuentre entre el 80-100%). Se consideró cumplidor aquel paciente cuyo PC estuviese entre (80-100%) La variable principal del estudio: porcentaje de cumplidores diario, se calculó a partir del porcentaje de días en los cuales el paciente ha tomado al menos un comprimido del anticoagulante oral. Se ha valorado el cumplimiento en función del número de fármacos prescritos de forma global a cada paciente.

Resultados: En este primer análisis se incluyen datos de los primeros 120 pacientes que llegaron a un seguimiento de 12 meses. El porcentaje de cumplimiento medio (PC) fue del 89,9% (IC = 82,7-97,1%). El porcentaje de cumplidores globales fue del 82,4% (IC = 69,3-95,9%); el 82,4% de los pacientes fueron cumplidores, su PC se situó entre el 80 y el 100%. El porcentaje de cumplidores diario, fue del 80,8% (IC = 68-93,5%); el 80,8% de los pacientes fueron cumplidores tomando un

comprimido diario. A medida que los pacientes tomaban más fármacos el cumplimiento fue menor, de tal forma que cuando los pacientes tomaban 6 o menos dosis de diferentes fármacos el porcentaje de cumplidores fue del 88,2% y cuando tomaban más de 6 dosis el porcentaje de cumplidores fue del 74,1% ($p < 0,001$).

Conclusiones: En pacientes con fibrilación auricular no valvular, tratados con rivaroxaban para la prevención del ictus, el cumplimiento del tratamiento medio fue alto, con un PC del 89,9%. Los porcentajes de pacientes cumplidores, globalmente y diario, fue del 82,4% y del 80,8% respectivamente. El porcentaje de cumplidores entre los pacientes que tomaron 6 o menos dosis de fármacos fue significativamente mayor que entre los que toman más de 6 dosis de fármacos diarios, por lo que el número de tratamientos parece tener influencia en el cumplimiento terapéutico.

263. OTRA BARRERA PARA EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: LOS ACRÓNIMOS EN NUESTROS INFORMES

A. Puigdollers¹, J. Bordas¹, M.J. Bosch¹ y S. Sala²

¹CAP de les Bases de Manresa. ²CAP Barri Antic Manresa.

Introducción y objetivo: El incumplimiento farmacológico en hipertensión es alto, constituyendo un problema principal en la consecución del control de la enfermedad. En los últimos años se ha insistido en la necesidad de implicar al enfermo en su enfermedad y en su proceso asistencial, en términos anglosajones se habla del “empowerment”, que dota al paciente de las herramientas necesarias para tomar decisiones en cuanto a su salud se refiere consiguiendo una toma de conciencia para una buena adherencia terapéutica. En este sentido se considera básica la información al paciente en forma de documento escrito como el informe de alta médica en el que se informa al paciente de sus diagnósticos y del tratamiento. Pese a ello existen elementos que dificultan la interpretación de la información escrita: uso de siglas, acrónimos, y otros de economía lingüística. Ello entraña el peligro de ininteligibilidad del documento por parte del paciente.

Objetivo: Determinar la frecuencia del uso de siglas en el informe de alta médica. Determinar la frecuencia del uso de la sigla “HTA” en los diagnósticos finales. Evaluar la comprensión del documento por parte del enfermo.

Métodos: Revisión y análisis de 70 informes de alta médica.

Resultados: Encontramos 175 abreviaturas diferentes con un promedio de 19,3 por documento (rango entre 1-29). En 30 de los informes la hipertensión constaba como diagnóstico principal. 25 de ellos, un 84%, “HTA” estaba escrito con siglas. Los 25 pacientes reconocieron no entender el significado de HTA.

Conclusiones: El uso de abreviaciones es necesario y cumple una clara función de ahorro de tiempo y espacio en los documentos. Se debería evitar su uso indiscriminado por el peligro de ininteligibilidad en detrimento de la salud de nuestros pacientes. Las diferentes sociedades científicas deberían coordinar y consensuar la aparición de nuevas siglas, así como las normas para su uso. Adjunto al informe de alta médica debería existir un documento escrito en lenguaje llano y coloquial, sin siglas y acrónimos, que el paciente pudiera leer y entender.

264. PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PSEUDORREFRACTARIA

A. Tocino¹, E. Perdomo², C. Arnás³, C. Acosta³ y F.J. Martínez³

¹CAP Arucas. ²CAP Escaleritas. ³Servicio de Endocrinología, Hospital Dr. Negrin.

Introducción: Considerar la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento para el control de la tensión arterial y de una

anamnesis detallada en los pacientes con falta de respuesta al mismo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 37 años etiquetada de HTA desde hace unos 2-3 años, con PAS en torno a 150/160 mmHg y PAD 100/90 mmHg con resultados en MAPA sin tratamiento: patrón dipper, PA media en actividad de 141/93 mmHg y en reposo 115/69 mmHg. FC respectivas 81 y 68 lpm. PAS pico 156 mmHg. Nunca ha alcanzado el control adecuado de la hipertensión arterial a pesar de múltiples cambios y combinaciones de fármacos. Ha tenido hasta 12 pautas de tratamiento distintas para el control de la tensión arterial, por último la combinación de los siguientes 6 fármacos: cardesartán 16 mg/amlodipino 10 mg+ torasemida 10 mg+ doxazosina 8 mg, bisoprolol 10 mg, espironolactona 50 mg. Se reintierroga a la paciente para aclarar la ausencia de efecto del tratamiento antihipertensivo. Refirió que nunca lo había realizado con regularidad y que como máximo tomaba un comprimido al día. Se negoció el compromiso de que tomaría únicamente un fármaco, valsartán 80 mg (1-0-0), evitando al máximo las omisiones. A las 2 semanas se repitió el MAPA cuyos resultados fueron: patrón dipper límite, PA media en actividad de 123/83 mmHg y en reposo de 116/73 mmHg, FC respectivas de 75 y 77 lpm. PAS pico de 143 mmHg. Consideramos que la HTA etiquetada como refractaria estaba causada por la falta de adherencia al tratamiento.

Discusión: El presente caso ilustra que ante pacientes con hipertensión arterial etiquetada como refractaria, hay que confirmar primero, mediante herramientas básicas como la anamnesis, el nivel de cumplimiento terapéutico, antes de pautar fármacos que suponen un coste económico elevado y pueden tener efectos negativos en el paciente.