

Pacientes que abandonan voluntariamente el tratamiento antihipertensivo. Evolución de su riesgo cardiovascular en un año

Introducción. La inobservancia terapéutica es un obstáculo importante con el que nos encontramos los médicos de atención primaria para conseguir nuestros objetivos en el control cardiovascular. Probablemente es el problema más significativo con el que se enfrenta hoy día el médico de familia en sus consultas para conseguir el objetivo deseado en sus pacientes. Este factor tiene una vital importancia, sobre todo en tratamientos crónicos como la hipertensión arterial, que si no se controla supone un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares¹⁻³. Vamos a objetivar cómo afecta el abandono voluntario del tratamiento antihipertensivo al riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos.

Objetivos. Son dos: *a)* analizar cómo se modifica el riesgo cardiovascular (RCV) al año de abandonar voluntariamente el tratamiento antihipertensivo, y *b)* estudiar si hay diferencias en dicha modificación según el RCV previo al abandono sea alto, moderado o bajo.

Diseño. Estudio retrospectivo en pacientes hipertensos de nuestras consultas de atención primaria.

Emplazamiento. Centro de salud de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes. Se seleccionaron aleatoriamente en 2 grupos: un grupo de 80 pacientes (46 varones y 34 mujeres) de 40-75 años, hipertensos esenciales, tratados con uno o 2 fármacos y que abandonan voluntariamente (por cualquier motivo) el tratamiento antihipertensivo durante un año. Se dividieron en 3 grupos según su RCV inicial fuese bajo, moderado o alto. Otro grupo de 80 pacientes (44 varones y 36 mujeres) que siguen correctamente el tratamiento antihipertensivo durante el año

TABLA 1 Evolución del riesgo cardiovascular en hipertensos según el riesgo sea bajo, moderado o alto

	Riesgo inicial	Riesgo al año	Diferencia	p
Riesgo inicial bajo				
Abandono (n = 19)	6,8 ± 2,6%	9,3 ± 2,7%	+2,5	NS
No abandono (n = 20)	7,0 ± 2,5%	7,4 ± 2,9%	+0,4	NS
Riesgo inicial moderado				
Abandono (n = 51)	13,8 ± 2,8%	17,4 ± 2,8%	+3,6	NS
No abandono (n = 49)	13,2 ± 3,0%	14,4 ± 2,9%	+1,2	NS
Riesgo inicial alto				
Abandono (n = 10)	23,5 ± 2,5%	29,6 ± 2,6%	+6,1*	< 0,01
No abandono (n = 11)	23,2 ± 2,8%	22,9 ± 2,7%	-0,3*	< 0,05

*p < 0,05 en la diferencia entre abandono y no abandono.

Abandono: abandonan el tratamiento antihipertensivo voluntariamente durante el último año.

No abandono: toman correctamente el tratamiento antihipertensivo durante el último año.

analizado. También se dividieron en 3 grupos de similares características.

Intervenciones y mediciones. Se calculó el RCV en 2 ocasiones a cada paciente: *a)* en el momento en que se realiza el estudio, y *b)* retrospectivamente un año antes (según datos de historia clínica y anamnesis). No se realizó un estudio prospectivo por motivos éticos, ya que si incitamos a los pacientes a abandonar el tratamiento, deja de ser voluntario.

Las mediciones realizadas consistieron en una encuesta sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico durante el último año. Se calculó el riesgo cardiovascular según el método de Framingham. Se consideró riesgo bajo a la probabilidad menor del 10% de experimentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, moderado si éste es del 10-20%, y alto si es mayor del 20%.

Resultados. Se expresan en la tabla 1. En los grupos de riesgo cardiovascular bajo y moderado, las diferencias entre el riesgo inicial y al año no son significativas. En el grupo de RCV bajo, en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del 6,8 ± 2,6% y al año fue del 9,3 ± 2,7% (diferencia final-inicial de +2,5%); en los que no abandonan fue de un 7,0 ± 2,5% inicial y al año del 7,4 ± 2,9% (diferencia final-inicial de +0,4%). En estos grupos no hay diferencias significativas entre los que abandonan el tratamiento y los que no lo abandonan. En el grupo de RCV alto, en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del 23,5 ± 2,5% y al año fue del 29,6 ± 2,6% (p < 0,01) (diferencia final-inicial de

+6,1%); en los que no abandonan fue de un 23,2 ± 2,8% inicial y al año del 22,9 ± 2,7% (diferencia final-inicial de -0,3%). Hay significación estadística entre la diferencia final-inicial, según abandonen (+6,1%) o no (-0,3%) el tratamiento (p < 0,05).

Discusión y conclusiones. El elemento fundamental e inicial al plantearnos la mejora de la observancia es conseguir que el profesional sanitario y el pro-

pio paciente se sensibilicen de su verdadera importancia en la génesis del control de la hipertensión arterial el riesgo cardiovascular⁴⁻⁶. En esta investigación queda reflejado que el abandono voluntario del tratamiento antihipertensivo por nuestros pacientes supone un incremento de su RCV, que se hace significativo cuando el RCV previo es alto, probablemente porque en estos casos el tratamiento ejerce un efecto numérico mayor en la reducción del riesgo. Los pacientes con mala observancia terapéutica precisan un seguimiento especial por parte de los profesionales sanitarios.

Mariano Leal Hernández,
José Abellán Alemán,
Purificación Gómez Jara
y Remedios López López

Cátedra de Riesgo Cardiovascular.
Universidad Católica de Murcia (UCAM).
Murcia. España.

Palabras clave: Abandono voluntario. Tratamiento. Hipertensión. Riesgo cardiovascular.

1. Merino J, Gil VF, Belda J. Métodos de conocimiento y medidas de la observancia. La observancia en el tratamiento de la HTA. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.; 1993. p. 7-29.
2. Gil VF, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de Epidemiología Clínica. 1995;II:253-74.
3. Rudd P, Houston N, Kaufman J, Kraemer HC, Bandura A, Greenwald G. Nurse management for hypertension: a systems approach. Am J Hypertens. 2004;17:921-7.
4. Galperin J. Cómo entender la adherencia al tratamiento. Medifam. 1994;4:213-6.
5. Wetzels GE, Nelemans P, Schouten JS, Prins MH. Facts and fiction of poor

- compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens.* 2004;22:1849-55.
6. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens.* 2004;18:607-13.