

Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca

Pedro Conthe y Francisco Tejerina

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

La insuficiencia cardiaca (IC) supone un importante problema de salud en los países desarrollados. El número de hospitalizaciones y los costes derivados del tratamiento de estos pacientes se han incrementado notablemente en las últimas 2 décadas, y el principal componente de este coste sanitario son las sucesivas rehospitalizaciones, que pueden representar hasta el 70% de éste. Una de las principales causas de descompensación y, por tanto, de ingreso hospitalario es una mala adherencia terapéutica del paciente. La adherencia al tratamiento se define como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen usualmente un tratamiento farmacológico complejo. Es imprescindible reconocer los factores, tanto biomédicos como psicosociales, que pueden condicionar una deficiente adherencia terapéutica (DATF) y realizar acciones encaminadas a modificarlos. Combinar varios métodos, como la entrevista clínica dirigida y el recuento de comprimidos no consumidos, en casos seleccionados, puede ser una buena forma de estimación de la adherencia terapéutica real. La valoración sistematizada de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) es también de gran ayuda para planificar los cuidados, predice la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones acerca del tratamiento.

Palabras clave: Adhesión terapéutica. Calidad de vida. Insuficiencia cardiaca.

Heart Failure Treatment Adherence and Quality of Life

Heart failure is a significant public health problem in developed countries. Both the number of hospitalizations and the costs associated with treating these patients have increased markedly during the last two decades. The principal component of these healthcare costs is that due to successive rehospitalization, which could account for as much as 70% of the total. One of the main causes of decompensation and, therefore, of hospital admission is poor treatment compliance by the patient. That is, the extent to which the patient complies with a series of medical instructions that usually also relates to complex pharmacological treatment. It is essential that both medical and psychological factors that can lead to poor treatment compliance are identified and that steps are taken to modify them. A combination of methods, such as a guided clinical interview and recording the quantity of unused drugs, could, in selected patients, be a good way of assessing actual treatment compliance. In addition, systematic evaluation of the quality of life of patients with heart failure is also very useful in planning patient care; it can predict treatment responses and aid therapeutic decision-making.

Key words: Treatment adherence. Quality of life. Heart failure.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el término *calidad de vida* como la percepción personal de un individuo de su situación dentro del contexto cultural y de los valores en los que cree, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses vitales¹.

La calidad de vida es un concepto, por tanto, multidimensional, que incluye aspectos de diversa naturaleza, como sintomatología, funcionalidad, aspectos emocionales y familiares, función social, satisfacción con el tratamiento y factores relacionados con la sexualidad.

A pesar de que hay un interés por la calidad de vida desde tiempos remotos, es desde la década de 1950, como consecuencia de la preocupación que generan las posibles consecuencias de la industrialización, cuando se hace necesario medir esta realidad a través de datos objetivos y las ciencias sociales inician el desarrollo de herramientas estadísticas que permitan me-

Correspondencia: Dr. P. Conthe.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: pcontheg@terra.es

ABREVIATURAS

ATF: adherencia al tratamiento farmacológico.
 DATEF: deficiente adherencia terapéutica.
 IC: insuficiencia cardiaca.
 HTA: hipertensión arterial.
 DM: diabetes mellitus.
 IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
 NYHA: New York Heart Association.

dir hechos vinculados al bienestar de una población determinada. La calidad de vida es un concepto que aporta una información más completa de la estimación de la percepción de bienestar, que matiza las limitaciones que presentan conceptos que tradicionalmente se utilizan en el ámbito de la salud, como la mortalidad y la morbilidad¹.

Los avances en medicina han aumentado significativamente la esperanza de vida, lo que ha generado un aumento notable de las enfermedades crónicas y ha suscitado una especial atención por el concepto de calidad de vida en relación con la salud. La utilidad de la valoración de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) radica en la ayuda que aporta para planificar futuros cuidados, es predictiva de la respuesta al tratamiento y ayuda en la toma de decisiones acerca del tratamiento.

TABLA 1. Medidas generales en pacientes con insuficiencia cardiaca

Orientación general	
	Explicación sobre qué es y qué pronóstico tiene
	Reconocimiento de síntomas de desestabilización
	Autocontrol de peso
	Evitación tabaco y alcohol
	Finalidad del tratamiento
	Dudas más frecuentes y forma de proceder
Fármacos	
	Efectos esperables
	Dosis, posología prescrita
	Posibles efectos adversos
	Signos frecuentes de intoxicación
	Qué hacer en caso de dosis olvidada
Ejercicio y reposo	
	Actividad laboral
	Actividad diaria doméstica
	Actividad sexual
Hábitos dietéticos	
	Mantenimiento de dieta hiposalina
	Evitación de ingesta excesiva de líquidos
Vacunas y prevención de infecciones	
Viajes: problemas con climas, vuelos, altitud	

La IC supone un importante problema de salud en los países desarrollados y es la tercera causa de muerte cardiovascular en España^{2,3}. La prevalencia de la enfermedad es de alrededor de un 10% en mayores de 70 años.

El pronóstico de los pacientes con IC es sombrío en términos de morbimortalidad, sobre todo cuando se ha superado el umbral clínico y la expresividad clínica es muy evidente y avanzada; la supervivencia es de alrededor de un 50% a los 5 años del diagnóstico^{2,3}.

El factor tradicionalmente más relacionado con un mal pronóstico es la presencia de una fracción de eyección deprimida (< 40%). Los estudios clásicos realizados en pacientes con disfunción sistólica y diastólica han confirmado este punto al observar una mayor morbimortalidad en los pacientes con deterioro de la fracción de eyección, aunque en algún estudio más reciente la morbimortalidad de la disfunción diastólica también se mostró elevada^{4,5}. La tasa de reingreso en todos los tipos de pacientes con IC es muy elevada, alrededor del 30-60%, en especial en los primeros meses tras el alta hospitalaria^{2,3}. Una de las principales causas de descompensación y, por lo tanto, de ingreso hospitalario es una mala adherencia terapéutica del paciente. El número de hospitalizaciones y los costes derivados del tratamiento de estos pacientes se ha incrementado notablemente en las últimas 2 décadas, y el principal componente de este coste sanitario es el de las sucesivas rehospitalizaciones, que pueden representar hasta el 70% del coste del tratamiento de estos pacientes^{2,3}. Hasta fechas recientes no se ha prestado excesiva atención a lo que usualmente se denomina como cumplimiento, adherencia o adhesión terapéutica.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Definiremos la adhesión al tratamiento como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico, algunas medidas generales¹ que, en el caso de la IC, comprenden una dieta hiposalina, la abstención de hábitos tóxicos, indicaciones sobre ejercicio físico y autocontrol de peso, entre otras, las cuales son tan importantes como el tratamiento farmacológico. Son medidas que necesitan una clara comprensión por parte del paciente, por lo que es necesario que el médico transmita una explicación correcta y adecuada al nivel cultural del paciente y que posteriormente realice un seguimiento (tabla 1).

Una deficiente adhesión al tratamiento, tanto en lo referido a sus medidas generales como al tratamiento farmacológico, conlleva un empeoramiento de los síntomas y, a menudo, la necesidad de hospitalización.

Los principales factores de descompensación en pacientes con IC son una mala adhesión al tratamiento farmacológico, infecciones diversas, una inadecuada dieta y la presencia de arritmias^{2,3}.

Adhesión al tratamiento farmacológico. Consideraciones generales en enfermedades crónicas

Las tasas de adhesión en pacientes se definen con frecuencia como el porcentaje de dosis prescritas de un medicamento que han sido realmente tomadas por el paciente en un período de tiempo, aunque algunos autores consideran esta práctica insuficiente y recomiendan, además, valorar el momento de las dosis y comprobar si el paciente sigue el tratamiento, según los intervalos de tiempo pautados¹.

En los pacientes que presentan un proceso agudo, el grado de adhesión al tratamiento farmacológico (ATF) es mayor que en los pacientes que presentan una enfermedad crónica, en los que el seguimiento farmacológico suele descender drásticamente a los 6 meses¹.

La ATF en las enfermedades crónicas es un problema de gran importancia al que durante años no se le ha dado la relevancia suficiente, especialmente en los países desarrollados, donde las enfermedades crónicas han aumentado paralelamente al incremento en la esperanza de vida. La politerapia farmacológica hacia la que se ha evolucionado en el tratamiento de las enfermedades crónicas ha supuesto unos regímenes terapéuticos complejos que en muchos casos resultan difíciles de cumplir por muchos de los pacientes.

En el caso de algunas enfermedades como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y las dislipidemias, se ha prestado alguna atención al grado de seguimiento y adhesión terapéutica⁶⁻¹⁶, y los datos de control de objetivos parecen muy mejorables¹. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios estén sensibilizados acerca de la necesidad de controlar de manera más estricta el grado de cumplimiento de los regímenes terapéuticos en sus pacientes, ya que se trata de un problema que limita profundamente la eficacia terapéutica^{14,15}.

La habilidad de los profesionales de la salud para reconocer a los pacientes «no cumplidores» es en general bastante escasa, por lo que es imprescindible desarrollar una serie de habilidades que permitan reconocer a los pacientes no cumplidores y tomar medidas que se ha demostrado que mejoran la deficiente adhesión terapéutica¹⁴⁻¹⁹.

Una deficiente adhesión terapéutica farmacológica (DATF) va acompañada de un aumento en las tasas de morbilidad^{1,18} y, por lo tanto, de un mayor consumo de los recursos sanitarios destinados al tratamiento de estos pacientes, principalmente a expensas de una mayor tasa de ingresos hospitalarios. En pacientes que participan de ensayos clínicos se ha podido comprobar que los que no siguen el régimen terapéutico establecido, independientemente de que sea placebo o no, presentan un peor pronóstico que los pacientes que lo realizan²⁰.

Las condiciones de supervisión y seguimiento estrecho de los ensayos clínicos se alejan mucho de la prác-

tica clínica real, lo que complica de manera considerable la extrapolación a las condiciones de la práctica clínica real, donde los pacientes no han sido seleccionados y las condiciones de seguimiento se encuentran en ocasiones muy limitadas.

Los ensayos clínicos aleatorizados controlan estrechamente el grado de adhesión terapéutica con una vigilancia estrecha del fármaco testado^{18,20-22}, por requerimiento del protocolo. Esta vigilancia no es practicable en la clínica real, donde la accesibilidad al profesional sanitario está mucho más restringida y la carga asistencial supone una importante limitación para un seguimiento estrecho^{18,20-22}.

Por lo tanto, es imprescindible reconocer los factores, tanto biomédicos como psicosociales (tabla 2), que pueden condicionar una DATF y realizar acciones encaminadas a modificarlos²².

En el caso de la IC, el desarrollo de la teoría neurohormonal ha convertido a los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) en el pilar de la terapia de estos pacientes. Posteriormente se ha demostrado también el beneficio del tratamiento con bloqueadores beta y antialdosterónicos²¹. Los diuréticos son, por lo general, fármacos de uso obligado y nunca se ha podido hacer una gran estudio prescindiendo de este grupo terapéutico por razones obvias. Los diuréticos son, probablemente, el grupo terapéutico relacionado de manera más directa con el alivio sintomático y, por tanto, con la calidad de vida a corto y medio plazo. La introducción de nuevos fármacos no ha tenido el impacto que se esperaba en cuanto a reducción de morbilidad en referencia a los datos obtenidos en los distintos ensayos clínicos (en realidad, ensayos de combinaciones de fármacos en la estrategia terapéutica testada), y sería necesaria una mayor información sobre adhesión terapéutica para poder valorar realmente el beneficio de estos fármacos, puesto que

TABLA 2. Factores básicos relacionados con adherencia terapéutica

Factores derivados del equipo sanitario
Adecuación de la prescripción
Accesibilidad
Capacidad de comunicación
Material informativo
Trámites administrativos
Características propias de la enfermedad y comorbilidad
Tolerancia: efectos adversos, miedo a presentarlos
Fármacos concomitantes
Tipos específicos de tratamientos
Posología
Costes
Trámites administrativos
Factores relacionados con el paciente
Culturales: educación sanitaria, estilo de vida
Psicosociales: apoyo familiar, cuidadores

fuera de un ensayo los pacientes presentan mayores problemas a la hora de seguir los tratamientos.

Se tiende a pensar erróneamente que el gran responsable de una mala adhesión terapéutica es el paciente, pero es necesario valorar otros factores, como pueden ser un sistema sanitario de difícil accesibilidad, una mala educación sanitaria o una comunicación deficiente entre médico y paciente, aspectos tan importantes como la actitud del paciente y su entorno²². Hay fármacos que pueden demostrar su eficacia en un ensayo clínico pero que pueden ser muy difíciles de implantar en la práctica clínica, por precisar una posología progresiva con un número de controles requeridos, difíciles de programar en la práctica diaria.

Se estima que las intervenciones dirigidas a mejorar la adhesión terapéutica son eficientes en la reducción de costes e incluso más efectivas que los efectos producidos por una correcta elección terapéutica²³⁻³⁴. Algunos estudios sobre intervención domiciliaria realizados en pacientes con IC han demostrado una reducción importante de los costes, principalmente a expensas de un menor número de reingresos, a través de una sencilla visita domiciliaria al paciente realizada por personal sanitario^{35,36}. Estas intervenciones presentan hasta el momento algunas limitaciones, ya que, a pesar de tener una buena relación coste-efectividad, los aumentos en los costes de personal pueden no ser mantenibles por las distintas administraciones sanitarias y no hay aún un modelo óptimo sistematizable.

Una dosificación farmacológica sencilla fomenta la adhesión terapéutica, especialmente si se combina con un programa de visitas frecuentes al personal sanitario; aun así, alrededor del 10-40% de los pacientes con estos regímenes terapéuticos tan sencillos falla a la hora de realizar el tratamiento³⁷⁻³⁹.

La monitorización electrónica del tratamiento ha permitido obtener información muy detallada del comportamiento de los pacientes en cuanto al seguimiento de regímenes terapéuticos, y muchas de las faltas en el tratamiento son debidas a omisiones en el número de dosis más que el resultado de un incremento en las dosis. Los pacientes con frecuencia mejoran su adhesión al tratamiento farmacológico durante los días previos y posteriores a la consulta médica.

Se ha comprobado que la adhesión es inversamente proporcional a la frecuencia de las dosis; así, los pacientes con un esquema de tratamiento que implica por lo menos 4 tomas al día presentan tasas de adhesión que ronda el 50%.

La identificación de factores que condicionan una deficiente adhesión terapéutica resulta una herramienta útil para los médicos, que ayudará a identificar a los pacientes que necesitan acciones encaminadas a mejorar su adhesión. Cuando estos factores estén presentes, los profesionales sanitarios han de estar alerta sobre la posibilidad de una DATF, aunque hay que tener pre-

sente que, aun en ausencia de estos factores, la posibilidad de una mala adhesión sigue estando presente y, por lo tanto, siempre que un paciente no responda a un tratamiento correctamente prescrito se debe valorar la posibilidad de un mal cumplimiento terapéutico^{18,22}.

El interrogatorio a un paciente sobre si cumple o no su tratamiento puede llevar en la mayoría de las ocasiones a una valoración incorrecta, ya que muchos pacientes prefieren agradar a su médico y contestan lo que consideran que el médico pretende escuchar. Por ello, una aproximación que puede ser más fiel es preguntar al paciente si ha presentado o no efectos secundarios al tratamiento o si conoce las razones por las que toma la medicación y los beneficios que puede obtener con ella. A través de este interrogatorio se puede obtener una información indirecta que puede darnos una idea bastante aproximada del grado de adhesión del paciente a un determinado tratamiento (tabla 2).

Medición de la adhesión terapéutica farmacológica

La aproximación a los problemas de adhesión requiere un conocimiento de los métodos empleados en la estimación del cumplimiento y también de las medidas que han mostrado algún grado de eficiencia en su abordaje^{22,27-40}.

Los métodos utilizados para la medición del grado de adhesión terapéutica se pueden dividir en indirectos y directos, presentando ambos ventajas y desventajas.

La medición del fármaco o de su metabolito en suero, la determinación de marcadores biológicos añadidos a la formulación de algunos medicamentos o la observación directa del tratamiento son ejemplos de métodos directos. Estos métodos son caros y pueden ser distorsionados por el paciente o interpretados como desconfianza. Los métodos indirectos incluyen

TABLA 3. Estrategia de estimación de la adhesión

Métodos directos
Cuantificación del fármaco o metabolitos
Administración supervisada
Métodos basados en entrevista clínica
Test de cumplimiento autocomunicado (Haynes-Sacket/Morinsky-Green)
Valoración de asistencia a citas
Juicio del médico
Comprobación fingida
Resultados en determinados parámetros biológicos
Métodos basados en recuento de comprimidos
Monitorización electrónica de la toma (MEMS)
Medición con recuento simple
Estudios por sorpresa
Métodos combinados (entrevista-recuento)

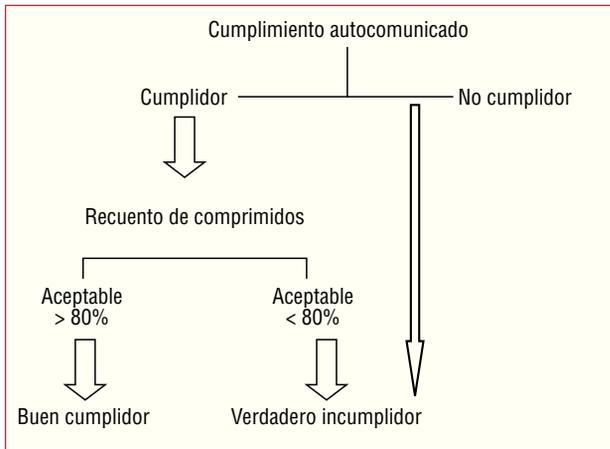


Fig. 1. Aproximación a la estimación de la adhesión terapéutica.

cuestionarios al paciente, recuentos de comprimidos, utilización de diarios de medicación o utilización de monitorización electrónica.

El mayor problema para medir la ATF es que no hay ninguna herramienta homologable para medirla óptimamente ya que, como hemos comentado, hay estrategias diversas de estimación (tabla 3). Los límites entre buena y mala adhesión no están uniformemente decididos y se suele tomar de forma arbitraria el 80% de observación en las tomas^{1,18,22}. Así, cualquier sistema será al fin y al cabo una aproximación más o menos sesgada al cumplimiento real.

Parece claro que el método de monitorización electrónica es el que más adecuadamente puede informar, no sólo sobre la cuantificación del incumplimiento, sino también sobre el patrón horario de éste, pero su implantación es difícil y posiblemente induzca un mayor sesgo sobre el paciente al sentirse vigilado²⁹⁻³¹.

TABLA 4. Causas habituales de mala adhesión terapéutica farmacológica²²

Desconocimiento	32-39,8%
Olvido	22,6-73,2%
Desmotivación/desidia	14,6-16%
Efectos adversos o miedo a sufrirlos	2-13,3%
Otras causas	0-35,8%

Es posible que la entrevista clínica tenga una gran utilidad en caso de que el paciente reconozca su incumplimiento, pero presenta grandes limitaciones y tiende a sobreestimar la adhesión terapéutica²². No se ha observado una buena correlación con otros métodos de estimación, al menos en caso de aseveración de un buen cumplimiento terapéutico.

El método de elección en la práctica es el recuento de comprimidos. Combinar varios métodos como la entrevista y el recuento de comprimidos puede ser una buena forma de estimación de la adhesión terapéutica (fig. 1).

Las razones más frecuentes para el incumplimiento suelen ser el olvido, el desconocimiento, la desmotivación y los efectos adversos; asimismo, una proporción importante de pacientes no fue capaz de dar un motivo que explicara su falta de adhesión (tabla 4).

Adhesión terapéutica farmacológica en insuficiencia cardiaca

La IC es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años y representa casi el 5% de todos los ingresos en los pacientes de este grupo de edad^{41,42}.

En los últimos 20 años se han desarrollado nuevos fármacos que han demostrado un claro beneficio en múltiples ensayos clínicos, los IECA, que han produ-

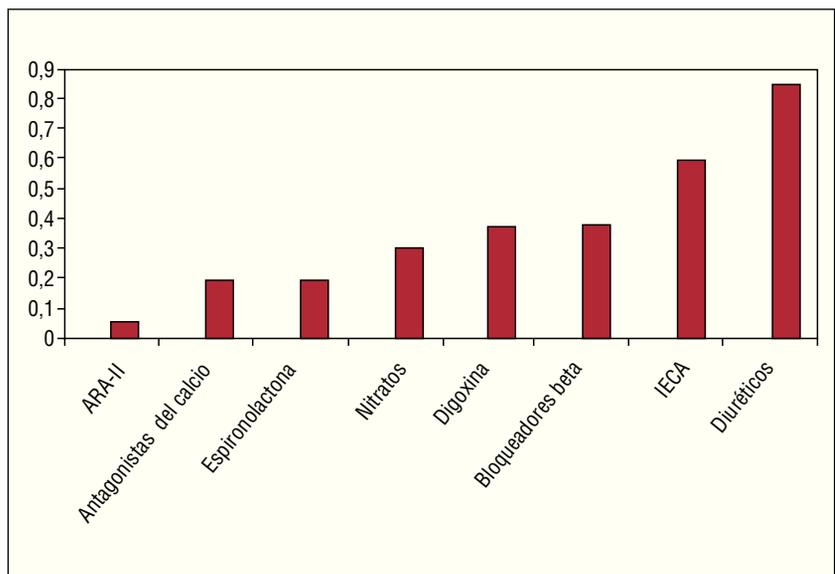


Fig. 2. Utilización de los distintos fármacos en la insuficiencia cardiaca (ICC). IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

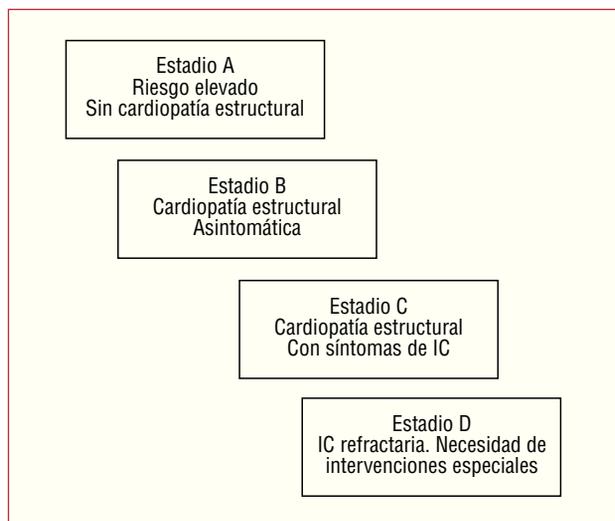


Fig. 3. Estadios en la insuficiencia cardiaca (IC).

cido un aumento en la supervivencia, han reducido el número de hospitalizaciones y han mejorado la clase funcional y la calidad de vida, generalmente añadidos al tratamiento clásico representado por los diuréticos y con menor frecuencia, los digitálicos. Asimismo, los bloqueadores beta también aportan un importante beneficio en pacientes que están siendo tratados con IECA, con una reducción en la mortalidad de alrededor del 30-35%⁴¹⁻⁴⁴. Finalmente, en los últimos años también ha quedado demostrada la utilidad de los antiandrogénicos en pacientes en clase funcional III-IV

de la New York Heart Association (NYHA) y/o postinfarto con disfunción ventricular o diabetes, y que están siendo tratados con los fármacos anteriormente mencionados (fig. 2). Aun así, varios estudios realizados en diferentes países han mostrado que la prescripción de estos fármacos y las dosis administradas son claramente insuficientes a pesar de que se han editado múltiples guías de tratamiento de la IC. En concreto, en el caso de España, las tasas de utilización de bloqueadores beta son las más bajas de toda Europa, aun teniendo en cuenta que los efectos secundarios relacionados con este grupo de medicamentos no difiere mucho de los que aparecen con el resto de fármacos utilizados en el tratamiento de la IC.

El concepto actual de la IC expresada en las guías americanas³³ engloba todo el espectro de la enfermedad desde sus etapas iniciales, incluso a los pacientes con riesgo elevado de presentar IC, aunque no tengan ningún grado de alteración estructural y solamente presenten factores de riesgo para presentar IC (fig. 3). En todos estos grados evolutivos sería preciso conocer datos de adhesión real.

El estudio ATICA⁴⁵ (Adherencia Terapéutica en Insuficiencia Cardiaca) va a aportar una información realista sobre el perfil de los pacientes ingresados por IC en servicios de medicina interna. El período de inclusión del estudio ATICA ha permitido la caracterización de los pacientes ingresados por IC en los servicios de medicina interna, aunque las revisiones finales de este registro están inconclusas y serán objeto de trabajos posteriores. La falta de adhesión al tratamiento ha sido

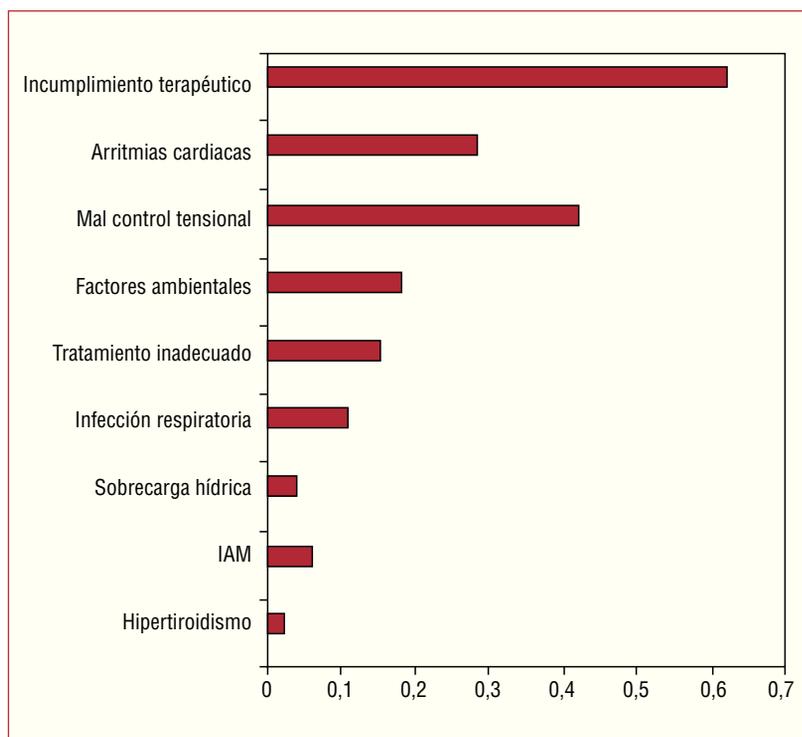


Fig. 4. Causas de descompensación de la insuficiencia cardiaca. IAM: infarto agudo de miocardio.

una de las causas más frecuentemente identificadas de descompensación e ingreso hospitalario (fig. 4).

Los programas de intervención y educación en pacientes han demostrado una reducción en el número de ingresos y, por lo tanto, en el coste de los pacientes. Así, una estrategia dirigida a potenciar el ATF en estos pacientes conseguirá una importante reducción en los costes sanitarios derivados de la atención a estos pacientes.

Un estudio reciente realizado por Román-Sánchez et al⁴⁶ demuestra la existencia de diferencias en el tratamiento entre médicos de atención primaria y especialistas que puede estar en relación con la accesibilidad a pruebas diagnósticas que apoyen el diagnóstico de IC, como la ecocardiografía, y a las diferencias entre las características de los pacientes tratados por cada colectivo médico⁴⁶.

Hay pocos estudios amplios y rigurosos que hayan evaluado la adhesión terapéutica en la IC, aunque se han comunicado algunos estudios preliminares interesantes⁴⁷⁻⁵¹.

Chui et al³⁸ evaluaron una serie reducida compuesta por 42 pacientes mediante un estudio observacional con monitorización electrónica de adhesión al tratamiento diurético y cuestionarios sobre diversos aspectos de la enfermedad. Se confirmó que un mejor conocimiento de la acción farmacológica predice una menor DATF. Además, una correcta adhesión terapéutica se asoció con una significativa reducción del número de hospitalizaciones. Al disponer de dispositivo electrónico, en este estudio se pudo valorar la importancia del horario de tomas y su cumplimiento en el momento adecuado.

En otro trabajo, González et al³⁹ estudiaron a 324 pacientes mediante un cuestionario en la primera visita, también dirigido al conocimiento de la enfermedad, y encontraron diferencias entre edad y sexo, con una mayor adhesión en varones jóvenes, y también una relación positiva entre una correcta ATF y el tratamiento especializado previo. El conocimiento por parte del paciente de la acción del fármaco se ha demostrado como positivo en la mejora de la adhesión terapéutica.

La depresión, frecuente en la edad de mayor prevalencia de la IC, y otras alteraciones neuropsiquiátricas como la demencia, condicionan en gran medida el tratamiento de estos pacientes y han de ser tenidas en cuenta a la hora de planificar el tratamiento, ya que parece que son un claro factor predictivo de mala adhesión terapéutica⁵¹.

El nivel socioeconómico también se relaciona con una DATF y con un aumento en el número de reingresos por IC; al definir el perfil de los pacientes que ingresaban en un hospital americano clasificándolos según la zona en la que vivían, se apreció que aquellos procedentes de barrios más pobres eran con mayor frecuencia mujeres afroamericanas, presentaban mayor comorbilidad, eran hospitalizados con mayor frecuen-

cia y usaban de manera más habitual la red de beneficencia. Estos pacientes reingresaban con mayor frecuencia que los de los barrios de mayor nivel económico. Posiblemente, una mejora en el nivel educativo y el más fácil acceso a un seguimiento harían disminuir estos reingresos.

En otro estudio que utilizó el método electrónico en 171 pacientes tratados con IECA⁴², más del 80% de los pacientes mostraron una ATF superior al 70% de las dosis.

Struthers et al^{48,49} valoraron la medición directa de la ECA para valorar una correcta ATF y encontraron un porcentaje similar (82%) de adhesión terapéutica farmacológica idónea.

Una amplia encuesta europea ha explorado recientemente el grado de desconocimiento actual sobre diversos aspectos de esta enfermedad⁴¹. En esta misma línea, hay que reseñar que, como se ha comentado anteriormente, tanto el desconocimiento como la privación social están íntimamente ligados con una deficiente adhesión terapéutica.

Es posible que los problemas relacionados con el diagnóstico en la IC influyan en un correcto seguimiento del tratamiento por parte del paciente. La IC es un síndrome clínico que plantea dificultades en su diagnóstico, a diferencia de otros síndromes, como la insuficiencia respiratoria, con unos criterios cuantitativos claramente definidos; por tanto, al ser el diagnóstico menos seguro, el seguimiento también puede ser menos estricto. En aquellos casos en los que el diagnóstico de IC no está claro, parece demostrado que el médico se ciñe poco a las guías de práctica clínica y posiblemente insista menos en una correcta adhesión terapéutica^{22,46,52}.

Los distintos grupos de fármacos pueden presentar diferencias en cuanto al grado de adhesión. Esto ha quedado demostrado en estudios sobre la HTA, donde los fármacos antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) muestran un alto seguimiento terapéutico al año, alrededor del 64%, mientras que los bloqueadores beta sólo llegan a un 40%⁵³. No hay datos sobre la adhesión real al tratamiento diurético en IC y podría ser diferente según los efectos adversos (urgencia miccional) percibidos.

REGISTRO EUROPEO EN INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA. USO DE BLOQUEADORES BETA

Calidad de vida en la insuficiencia cardiaca

El interés por el concepto de calidad de vida en relación con la salud ha aumentado progresivamente en los últimos años⁵⁴⁻⁶². Clásicamente, la tasa de supervivencia y la morbilidad son las variables consideradas

más importantes a la hora de valorar una actuación médica, pero en el momento actual es también necesario valorar variables como la calidad de vida, la cual aporta una información importante a la hora de medir estas actuaciones. A modo de ejemplo, la United States Food and Drug Administration considera la mejora en la calidad de vida como uno de los dos potenciales beneficios para la aprobación de nuevos quimioterápicos en la terapia antineoplásica. Concretamente, la calidad de vida en relación con la salud ha tenido una importancia vital en los pacientes oncológicos desde que en 1949 Karnofsky y Burchenal desarrollaron una escala que permitía cuantificar el grado funcional de los pacientes oncológicos.

En los últimos años se han desarrollado cuestionarios que permiten medir o estimar la calidad de vida en el ámbito sanitario. Podemos dividir estos cuestionarios en genéricos, que son aplicables a toda la población y que permiten comparar poblaciones tanto enfermas como de personas sanas, y cuestionarios específicos, diseñados para valorar a poblaciones que comparten una misma enfermedad. Actualmente se tiende a combinar ambos métodos, genéricos y específicos, para intentar abarcar todas las áreas que puedan tener influencia en la calidad de vida.

Los ensayos clínicos con frecuencia incluyen la calidad de vida como variable, especialmente en aquellos casos en los que los posibles efectos secundarios del tratamiento son importantes; así, una mejora en la calidad de vida puede ser percibida como más relevante frente a una pequeña mejoría en la supervivencia de la enfermedad que se va a valorar.

La calidad de vida estimada ha demostrado ser predictiva de la respuesta al tratamiento, por lo que puede ayudar en la toma de decisiones acerca del tratamiento y la planificación de futuros cuidados^{54,55-57}.

La IC es una de las enfermedades que más afectan a la calidad de vida; se ha constatado que muchos pacientes con IC en un estadio avanzado dan una mayor importancia a la calidad de vida que a la estimación del tiempo que les queda de vida.

Para la valoración de la calidad de vida en relación con la salud en la IC se pueden utilizar cuestionarios genéricos, como el SF-36⁵⁸, que aporta una información mucho más general acerca de la calidad de vida, y también instrumentos específicos. El cuestionario de Minnesota⁵⁹ sobre calidad de vida en la IC es uno de los cuestionarios específicos más utilizados. Fue desarrollado por la universidad de Minnesota para valorar el efecto de la IC y de su tratamiento sobre la calidad de vida en estos pacientes. Está compuesto por 21 puntos que abarcan variables físicas, psíquicas y sociales. La percepción del paciente de dichas variables se mide con una escala del 0 al 5. Así, el total de la suma del cuestionario se obtiene de la suma de los valores obtenidos en las distintas variables (de 0 a 115 puntos), y cuanto mayor el resultado, peor la calidad de

vida relacionada con la IC. La diferencia entre el cuestionario Minnesota y otros cuestionarios generales radica en que en el Minnesota se incluyen síntomas y signos específicos de la IC, como la disnea, los edemas en los miembros inferiores o los efectos secundarios de la medicación.

Se han desarrollado otros cuestionarios específicos para la valoración de la IC; un ejemplo es el cuestionario Kansas City⁵⁵ sobre miocardiopatía, que también es un cuestionario eficaz y validado en la IC.

Varios estudios realizados en pacientes con disfunción ventricular izquierda han demostrado que los pacientes con una peor calidad de vida en relación con su IC presentan una mayor mortalidad y una mayor frecuencia de hospitalizaciones^{56,57}. Una de las limitaciones que nos pueden presentar estos estudios es que han sido realizados en pacientes con disfunción ventricular y hay que tener en cuenta que, como ya hemos comentado, se está constatando que la mayoría de los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna presenta una fracción de eyección conservada, por lo que estos datos podrían no ser del todo extrapolables.

Un reciente estudio multicéntrico realizado por Rodríguez Artalejo et al⁶² ha valorado la calidad de vida en pacientes con IC como predictora de la mortalidad y la hospitalización; para ello se ha utilizado un grupo de pacientes con una amplia variación en la fracción de eyección. Se objetivó que los pacientes con una peor calidad de vida presentaban una mayor mortalidad y precisaban un mayor número de ingresos hospitalarios, independientemente de variables biomédicas, psicosociales y de atención médica. Se comprobó que la magnitud de la asociación es comparable con la de otros conocidos factores predictores, como pueden ser la diabetes o el tratamiento con IECA.

En este estudio, una peor clase funcional de la NYHA, la presencia de diabetes, anemia, valvulopatía y un número importante de ingresos en el año previo se asociaron con una peor percepción de la calidad de vida en relación con la IC.

La calidad de vida en relación con la salud en la IC es un importante factor que cabe valorar ya que, a diferencia de otros factores o variables biomédicas, aporta una información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que ésta conlleva. Esta información es muy específica de cada paciente, ya que es muy susceptible de variación individual. La calidad de vida percibida depende de las expectativas que presente el paciente respecto a su capacidad funcional y estilo de vida. Los pacientes con una peor percepción de su calidad de vida en relación con la salud tienen un mayor riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad.

La valoración de la calidad de vida en pacientes con IC mediante un sencillo cuestionario puede resultar una herramienta útil para identificar a los que presen-

tan mayor riesgo de reingreso y mortalidad, y realizar con ellos un seguimiento más estrecho o incluirlos en programas para un mayor control.

CONCLUSIONES

La IC es una enfermedad creciente, de pronóstico sombrío, con gran trascendencia sociosanitaria y con importantes novedades terapéuticas desarrolladas en las últimas décadas. Con la llegada de nuevos fármacos capaces de modificar el curso natural de la enfermedad se ha generalizado la utilización de regímenes terapéuticos complejos, y los pacientes con IC presentan con frecuencia una importante comorbilidad propia de la edad avanzada, lo que provoca que sean con frecuencia pacientes muy polimedicados y con discapacidad. Por todo ello, el seguimiento clínico es más complicado.

Tanto la adhesión al tratamiento como la calidad de vida en relación con la salud en los pacientes con IC están ganando una importancia capital en los últimos años, al tratarse de factores muy relacionados con el aumento de los ingresos hospitalarios y parece que relacionables con la morbimortalidad.

Los tratamientos farmacológicos presentan importantes porcentajes de mala adhesión, y cerca del 50% de los pacientes presenta problemas para el seguimiento del tratamiento prescrito. Esta falta de adhesión al tratamiento farmacológico conlleva un aumento en las rehospitalizaciones, con el consiguiente incremento del gasto sanitario en estos pacientes y la mayor morbimortalidad. Por lo tanto, es deseable identificar a los pacientes que presuntamente van a presentar problemas en el seguimiento de su esquema terapéutico óptimo para llevar a cabo medidas preventivas, bien a través de intervenciones domiciliarias, bien mediante un mayor seguimiento clínico terapéutico que evite o prevenga estos problemas. Se ha objetivado que los pacientes con una peor calidad de vida en relación con la salud también presentan mayores tasas de reingreso y mortalidad. La identificación de estos pacientes mediante cuestionarios específicos parece una práctica relativamente sencilla, con un coste económico razonable, y puede ser útil para llevar a cabo acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Ciertas variables como la depresión y privación social se han asociado con una mala adhesión terapéutica y una mala percepción de la calidad de vida en IC; por ello, es necesario considerar este tipo de variables para evitar una DATF y un mayor deterioro en la calidad de vida del paciente. Es conveniente que en un futuro próximo se realicen estudios que relacionen estas 2 variables (calidad de vida relacionada con la salud y adhesión terapéutica real) y nos permitan diseñar acciones encaminadas a un mejor seguimiento y control de los pacientes con IC.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Adherence to Long Term Therapies Project II. Global Adherence Interdisciplinary Network. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castellón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57:163-70.
3. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J*. 1997;18:208-23.
4. Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2006;355:251-9.
5. Bhatia RS, Tu JV, Lee DS, Austin PC, Fang J, Haouzi A, et al. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study. *N Engl J Med*. 2006;355:260-9.
6. Sorensen TI. The changing lifestyle in the world. Body weight and what else? *Diabetes Care*. 2002;23:1-4B.
7. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther*. 1999;21:1074-90.
8. McInnes GT. Integrated approaches to management of hypertension, promoting treatment acceptance. *Am Heart J*. 1999;138:25S-5.
9. Christensen DB, Williams B, Golbers HI, Martin DP, Engelberg R, Logerfo JP. Assessing compliance to hypertensive medications using computed-based pharmacy records. *Med Care*. 1997;35:1252-62.
10. Caro JJ, Salas M, Raggio G, Jackson JD. Effects of the initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *CMAJ*. 1999;160:41-6.
11. Faulkner MA, Wadibia EC, Lucas BD, Hilleman DE. Impact of pharmacy counselling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization, a randomized, controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2000;20:410-6.
12. Kavanagh DJ, Gooley S, Wilson PH. Prediction of adherence and control in diabetes. *J Behav Med*. 1993;6:509-22.
13. Somons LA, Levis G, Simons J. Apparent discontinuation rates in patients prescribed lipid lowering drugs. *Med J Austr*. 1996;164:208-1.
14. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ. El incumplimiento farmacológico en las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)*. 2001;116 Supl 2:46-51.
15. Rotter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance, a metaanalysis. *Med Care*. 1998;36:1138-61.
16. Gans KM, Lapane KL, Lasater TM, Carleton RA. Effect of intervention on compliance to referral and lifestyle recommendations given at cholesterol screening programs. *Am J Prev Med*. 1994;10:275-82.
17. Raynor DK, Booth TG, Blenkinsopp A. Effects of computer generated reminder charts on patients compliance with drug regimens. *BMJ*. 1993;306:1158-61.
18. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Eng J Med*. 2005;353:487-97.
19. Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*. 2000;9:57-64.
20. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, Granger CB, Olofsson B, McMurray JJ, et al. CHARM investigators. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial. *Lancet*. 2005;366:2005-11.
21. Remme WJ, Swedberg K. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2001;22:1527-60.
22. Conthe P, Visus E. La importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardiaca. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:302-7.
23. Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KK, et al. Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *N Eng J Med*. 2002;347:1397-402.
24. Rizzo JA, Simmons WR. Variations in compliance among hypertensive patients with drug class: implications of health care costs. *Clin Ther*. 1996;19:1446-57.

25. Puigventos Latorre F, Llodrá Ortolá V, Vilanove Boltó M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferrerueta M, Forteza- Rey Borralleras J, et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:702-6.
26. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Ramos Gómez J, Saenz Soubrier S, Moreno García JP, Celotti Gómez B, et al. Influencia del cumplimiento terapéutico en los niveles de presión arterial en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Hipertensión*. 1998;15:133-9.
27. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Martínez Vázquez M, Moreno García JP, Fernández Ortega A, et al. Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico en las presiones arteriales, y grado de control de la HTA mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2001;116 Supl 2:114-21.
28. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, López de Andrés M, Corés Prieto E, López Zamorano JM, Moreno García JP, et al. Cumplimiento terapéutico en las displipemias. Ensayo sobre la eficacia de la educación sanitaria. *Aten Primaria*. 1998;22:79-84.
29. Gil VF, Belda J, Piñeiro F, Merino J. Métodos para medir el cumplimiento terapéutico. En: Gil VF, Belda J, Piñeiro F, Merino J, editores. *El cumplimiento terapéutico*. Madrid: Doyma; 1999. p 77-90.
30. Mc Kenney JM, Munroe WP, Wright JT. Impact on electronic medication compliance aid on long-term pressure control. *J Clin Pharmacol*. 1992;32:277-83.
31. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC*. 2001;8:558-73.
32. Grupo de Trabajo IC de la SEMI. La IC en los servicios de medicina interna de España. Registro SEMI-IC. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:605-10.
33. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldmand AM, Francis GS, et al. American College of Cardiology/American Heart Association. Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in adults. *Circulation*. 2001;104:2296-3007.
34. Heart Failure: evaluation and care of patients with left ventricular dysfunction. Maryland: US Department of Health and Human Services. Publication n.º 4-0612; 1994.
35. Anguita M, Ojeda S, Atienza F, Ridocci F, Almenar L. Análisis de coste beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. Impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58 Supl 2:32-6.
36. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:618-25.
37. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen Solal A, Aguilar C, and Study Group on diagnosis in the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure survey programme: a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe (I): patients characteristics and diagnosis. *Eur Heart J*. 2003;24:442-63.
38. Chui MA, Deer M, Bennett SJ, Tu W, Oury S, Brater DC, et al. Association between adherence to diuretic therapy and health care utilization in patients with heart failure. *Pharmacotherapy*. 2003;23:326-32.
39. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3:61-9.
40. Horne R, Weinman J. Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999;47:555-67.
41. Remme WJ, McMurray J, Rauch B, Zannad F, Keukelaar K, Cohen A, for the SHAPE StudyHeart Failure Awareness and Perception in Europe: a Pan-European general public survey on awareness and perception of the clinical, social and economic importance of heart failure in the community. *ESC Congress*; september, 2003.
42. Grupo de Trabajo Insuficiencia Cardiaca de la SEMI. Insuficiencia cardiaca: recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid. Jarpyo; 2006.
43. Cleland JG, Gemmel I, Khand A, Boddy A. Is the prognosis of heart failure improving? *Eur Heart Fail*. 1999;1:229-41.
44. Mayor S. NICE issues new guidelines for patients with heart failure. *BMJ*. 2003;327:179.
45. Casado JM, Visus E, Recio JP, Sánchez Ledesma M, Chimeno M, Roca B, et al. Neurohormonal blockade in patients with heart failure at discharge from hospital. *An Med Interna*. 2006;23:478-82.
46. Román-Sánchez P, Conthe P, García Alegría J, Forteza-Rey J, Montero M, Montoto C. Factors influencing medical treatment of heart failure patients in Spanish internal medicine departments: a national survey. *Q J Med*. 2005;98:127-38.
47. Bohachick P, Burke LE, Sereika S, Murali S, Dunbar-Jacob J. Adherence to angiotensin converting enzyme inhibitor therapy for heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2002;17:160-6.
48. Struthers AD, Anderson G, McFadyen RJ, Fraser C, McDonald TM. Non-adherence with ACE inhibitor treatment is common in heart failure and can be detected by routine serum ACE activity assays. *Heart*. 1999;82:584-8.
49. Struthers AD, McFadyen RJ, Fraser C, Robson J, Morton JJ, Junnot C, et al. Non-adherence with angiotensin converting enzyme inhibitor therapy. A comparison of different ways of measuring it in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 1999;34:2072-7.
50. Ni H, Nauman D, Burguess D, Wise K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 1999;159:1613-9.
51. Murberg TA, Bru E, Svebak S, Tveteras R, Aarsland T. Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure, a two year follow up study. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29:311-32.
52. Hoobs R. Can heart failure be diagnosed in primary care? *BMJ*. 2000;321:188-9.
53. Bloom BS. Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year therapy. *Clin Ther*. 1998;20:671-81.
54. Konstam V, Salem D, Pouleur H, Kostis J, Gorkin L, Shumaker S, et al. Studies of Left Ventricular Dysfunction Investigators. Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5025 patients with congestive heart failure: SOLVD investigations. *Am J Cardiol*. 1996;78:890-5.
55. Faller H, Steinbuechel T, Schowalter M, Spertus JA, Stork S, Angermann CE. The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ): a new disease-specific quality of life measure for patients with chronic heart failure. *Psychoter Psychosom Med Psychol*. 2005;55:200-8.
56. Stull DE, Clough LA, Van Dussen D. Self report quality of life as a predictor of hospitalization for patients with LV dysfunction: a life course approach. *Res Nurs Health*. 2001;24:460-9.
57. Hulsmann M, Berger R, Sturm B, Bojic A, Woloszczuk W, Bergler-Klein J, et al. Prediction of outcome by neurohormonal activation, the six minute walk test and The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire in an outpatient cohort with congestive heart failure. *Eur Heart J*. 2002;23:886-91.
58. Alonso Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
59. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient's self assessment of their congestive heart failure, part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Heart Fail*. 1987;3:198-209.
60. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Use of The Minnesota Living With Heart Failure Quality of Life Questionnaire in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:155-60.
61. Lewis EF, Johnson PA, Johnson W, Collins C, Griffin L, Stevenson LW. Preferences for quality of life or survival expressed by patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant*. 2001;20:1016-24.
62. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Rodríguez Pascual C, Otero CM, Montes AO, García AN, et al. Health. Related Quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with Herat failure. *Arch Intern Med*. 2005;165:1274-9.