

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “SANTA CLARA”  
SANTA CLARA. VILLA CLARA.

ARTÍCULO ORIGINAL

**FACTORES VINCULADOS AL TRATAMIENTO Y LA ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA  
EN UN ÁREA DE SALUD URBANA.**

Por:

Dra. Rina Triana de la Paz<sup>1</sup>, Dr. Alexis López Casanova<sup>2</sup> y Lic. Yolanda Pérez Alonso<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la mujer. Policlínico Universitario “Santa Clara”. Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [ivantp@capiro.vcl.sld.cu](mailto:ivantp@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario “Santa Clara”. Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: [frank@capiro.vcl.sld.cu](mailto:frank@capiro.vcl.sld.cu)
3. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Policlínico Universitario “Santa Clara”. Villa Clara.

**Resumen**

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardíaca es un problema de salud de gran envergadura, con impacto social, económico y humano, y supone una grave limitación de la calidad de vida del individuo. Un aspecto importante en su evolución es la adherencia al tratamiento. En la atención primaria no todos los profesionales están familiarizados con las pautas terapéuticas. El objetivo del estudio fue determinar los factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, al total de pacientes con insuficiencia cardíaca (56) del Consultorio del Médico de la Familia N° 3, del Policlínico Santa Clara. Se recogieron datos de los certificados de medicamentos, historias de salud individual y familiar, y entrevista individual. **Resultados:** La insuficiencia cardíaca predominó entre 70-79 años (44,6 %) y en el sexo femenino (66,1 %); prevaleció la adherencia completa al tratamiento con 78,6 %, la incompleta se presentó en 21,4 %; las clases funcionales II (46,4 %) y III (37,5 %) fueron las más encontradas; los digitálicos y diuréticos resultaron los fármacos más utilizados (82,1 % y 71,4 % respectivamente); hubo prescripción incorrecta en 39,3 % casos y conocimientos inadecuados en 45 % de los médicos. **Conclusiones:** La adherencia terapéutica no se relacionó con la edad y el sexo; la incompleta, fue mayor en pacientes con seguimiento inadecuado, en clases funcionales II y III. Los digitálicos y diuréticos fueron los más utilizados, existió prescripción incorrecta en gran número de pacientes y el conocimiento resultó inadecuado en los profesionales.

**Abstract**

**Introduction and Objectives:** Cardiac insufficiency is a major health problem with a social, economic and human impact. It causes a serious limitation in the quality of life of patients. An important aspect in the patients' evolution is their adherence to the treatment. In primary health

care, not all the professionals are familiar with the therapeutic procedures. This study was aimed at determining the factors linked to the treatment and therapeutic adherence of patients diagnosed with cardiac insufficiency. **Methods:** a cross-sectional descriptive study of the total amount of patients suffering from cardiac insufficiency (56) in the family doctor's consulting room N° 3 of Santa Clara Polyclinic was carried out. The sources of the collected data were the medical certificates, the individual and family medical histories and the personal interviews. **Results:** cardiac insufficiency prevailed in the age group between 70 and 79 years of age (44,6 %), and among women (66,1 %). The total adherence to the treatment prevailed with 78.6 percent, and the incomplete adherence was 21,4 percent. The most common functional classification were class II (46,4 %) and class III (37,5 %). The digitalis and diuretics were the most common medication (82,1 % and 71,4 % respectively). There was an incorrect treatment in 39.3 percent of the cases and inadequate knowledge in 45 percent of the doctors. **Conclusions:** The therapeutic adherence of the patients was not linked to age and gender. The incomplete adherence was higher in patients with an inadequate follow up, in functional classifications II and III. The digitalis and diuretics were the most commonly used medications. There was a wrong treatment in a large number of patients, as well as inadequate knowledge in the professionals.

**Palabras clave:**

INSUFICIENCIA CARDIACA  
ADHERENCIA TERAPEUTICA  
PRESCRIPCION

**Key words:**

FAILURE CARDIAC  
THERAPEUTICS ADHERENTE  
PRESCRIPTION

## **Introducción**

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye la etapa final común de la mayoría de las enfermedades cardíacas. Presenta una elevada incidencia y prevalencia, sobre todo en edades avanzadas, y se prevé un incremento de la enfermedad con el envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con infarto agudo del miocardio (IAM)<sup>1</sup>.

En los últimos diez años se ha revelado como uno de los problemas de salud pública de mayor envergadura, que afecta al 2-3 % de la población adulta en los países occidentales y al 8-10 % de la población mayor de 65 años<sup>2-6</sup>, todo lo cual produce un impacto social, económico y humano, ya que supone una grave limitación de la calidad de vida del individuo que la padece. La morbimortalidad por IC también es elevada, motiva el 5 % de los ingresos hospitalarios y se ha calculado el coste del tratamiento entre 1,2 y 2 % del gasto total en salud de varios países<sup>1,3</sup>.

En Cuba, hay datos que sugieren un comportamiento similar. En el Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" de Villa Clara, entre 1990 y el 2000, el 5,6 % de los fallecidos tenían como causa básica de muerte una IC, y el 89,1 % eran mayores de 60 años. En el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos representó el 2,5 % de todos los ingresos en el 2001<sup>7</sup>, en el hospital "Mario Muñoz Monroy" de Mantua, en 1998, el 16,4 % de todos los ingresos en mayores de 65 años fue motivado por una IC<sup>8</sup>. En Centro Habana, en el año 2007, hubo una prevalencia del 10,8 % en el área del policlínico "Marcio Manduley"<sup>9</sup>.

En los últimos años se ha incrementado el conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad y estos avances han condicionado la reevaluación de las opciones de tratamiento farmacológico, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, disminuir la morbilidad y aumentar la supervivencia de estos pacientes. Se sabe ahora, que es posible revertir el proceso que durante mucho tiempo se consideró irreversible, pero a pesar de los avances conseguidos, la morbimortalidad de la enfermedad no parece que haya disminuido<sup>2</sup>. El inadecuado pronóstico de los pacientes con IC probablemente obedece a una limitada utilización de algunos de los fármacos que mejoran la supervivencia de estos enfermos, y a cierta variabilidad en el tratamiento de la enfermedad entre los distintos especialistas y entre diferentes países, muchos pacientes no son tratados con los medicamentos que ofrecen beneficios demostrados y una seguridad adecuada.

Cuba no es ajena a esta situación, en el año 2000 existían inscritos por tarjeta control de digoxina 135 855 pacientes para una tasa de 12,14 x 1 000, y en un estudio reciente, donde la muestra fue de 1760 pacientes con IC, solo el 6 % eran tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)<sup>10,11</sup>.

En el nivel primario no todos los profesionales están familiarizados con las pautas de tratamiento de esta frecuente enfermedad<sup>10,11</sup>. En una encuesta sobre la IC, realizada a 122 médicos de la atención primaria, se encontró que el 62,95 % emitió respuestas correctas, lo que evidencia la falta de orientación sobre este tema polémico y cambiante<sup>4</sup>. Uno de los aspectos que se requiere en el seguimiento de los pacientes con IC, es la adherencia de estos al tratamiento, pues generalmente son ancianos que tienen dificultad para cumplirlo<sup>4</sup>.

En nuestra área de salud, diversos factores vinculados al paciente y su enfermedad pueden determinar la adherencia terapéutica de los pacientes con IC, además de insuficiencias en la prescripción y el nivel de conocimientos de los profesionales acerca de su tratamiento, consideraciones estas que han motivado el presente estudio.

Los objetivos de la investigación fueron determinar los factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica de pacientes con insuficiencia cardíaca en el Consultorio del Médico de la Familia (CMF) N° 3 del policlínico Santa Clara y precisar el nivel de conocimientos de los médicos sobre el tratamiento de esta enfermedad.

## **Método**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo de determinar los factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica de pacientes con IC en el CMF N° 3 del Policlínico Universitario "Santa Clara", en el período comprendido entre septiembre de 2008 y enero de 2009. La muestra se conformó con el total de pacientes dispensarizados con ese diagnóstico en el consultorio que accedieron a participar en el estudio (56 pacientes). Para la obtención de la información se elaboraron dos fichas, la primera recogió datos necesarios a partir de los certificados de medicamentos controlados, la historia de salud individual y familiar de cada paciente, y la información brindada por el médico e incluyó variables como: sexo, edad, enfermedades crónicas asociadas, clasificación funcional, medicamentos utilizados, dosis y número de controles al año. La segunda fue una guía de entrevista individual que permitió evaluar la adherencia al tratamiento mediante la aplicación de dos pruebas específicas y validadas internacionalmente: el cumplimiento autocomunicado Haynes-Sackett, y la de Morisky-Green-Levine, para registrar reacciones adversas relacionadas con la medicación. Los pacientes fueron entrevistados en el CMF o en su domicilio, en caso de no acudir a la consulta.

A los médicos se les aplicó un cuestionario que permitió evaluar el nivel de conocimientos sobre la IC y su tratamiento.

La adherencia al tratamiento farmacológico se consideró completa cuando: el cumplimiento autocomunicado Haynes-Sackett mostró una toma de 80-110 % de las tabletas prescritas y en la prueba de Morisky-Green-Levine se respondió "no" a las cuatro preguntas. La adherencia incompleta se consideró por el incumplimiento parcial o total de alguno de las dos pruebas realizadas.

El estadio de la enfermedad, según la capacidad funcional al ejercicio, se consideró de acuerdo a la clasificación propuesta por la *New York Heart Association*<sup>1-5</sup>.

Respecto al seguimiento de la enfermedad, se tomaron los controles registrados en la historia clínica del paciente y se consideró adecuado el seguimiento, cuando el paciente había tenido 3 consultas como mínimo en el último año, y seguimiento inadecuado, cuando tuvo menos de 3 consultas en igual período de tiempo.

Los grupos de fármacos analizados fueron IECA, diuréticos, betabloqueadores, digitálicos y nitratos.

Como enfermedades crónicas asociadas se consideraron aquellas que pudieran influir sobre la IC o determinar algún tratamiento específico como diabetes *mellitus*, dislipidemias, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, valvulopatías y otras.

Las reacciones adversas evaluadas fueron aquellas referidas por los pacientes y que se relacionaban con la medicación: cefalea, insomnio, mareos, debilidad, tos, depresión, náuseas, vómitos, síntomas de intoxicación digitálica, entre otras.

El tipo de prescripción se consideró adecuado cuando estaba justificado el uso de cada medicamento y las dosis eran las adecuadas, e incorrecto cuando se utilizaron dosis inadecuadas, con medicamentos no justificados o que no se llevaba de forma regular por el enfermo.

El nivel de conocimientos de los médicos sobre la IC y su tratamiento se exploró mediante el método de encuesta, la cual se evaluó en base a una calificación de 100 puntos (cinco preguntas con valor de 20 puntos cada una) y se consideró adecuada (calificación de 90 o más puntos), aceptable (calificación entre 70 y 89 puntos) e insuficiente (calificación menor de 70 puntos).

Se obtuvo el consentimiento informado de pacientes y médicos.

Los datos se procesaron con la utilización del *software* estadístico SPSS versión 11.0 para Windows, como método descriptivo de las determinaciones de frecuencias y las tablas de contingencia con la aplicación de la prueba de Chi cuadrado ( $X^2$ ).

## Resultados

La distribución por edades según la adherencia terapéutica (Tabla 1) favoreció al grupo de 70-79 y 80-89 años con 44,6 % y 28,6 % respectivamente, con una edad media de 79 años y desviación estándar (DE) de 7,9. Predominó la adherencia completa al tratamiento (78,6 %) sobre la incompleta (21,4 %), esta última fundamentalmente en los grupos de edades antes mencionados. Aunque no tabulamos el sexo, podemos mencionar que predominó el femenino (66,1 %) y la adherencia terapéutica se distribuyó por igual en ambos.

Tabla 1 Distribución de pacientes con insuficiencia cardíaca según tipo de adherencia terapéutica y grupos de edad. Policlínico Santa Clara. 2009.

Grupos de edad	Adherencia terapéutica				Total	
	Completa		Incompleta			
	No.	%	No.	%	No.	%
50-59	2	3,6	-	-	2	3,6
60-69	2	3,6	2	3,6	4	7,1
70-79	19	33,9	6	10,7	25	44,6
80-89	13	23,2	3	5,4	16	28,6
90-99	6	10,7	1	1,8	7	12,5
≥100	2	3,6	-	-	2	3,6
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>78,6</b>	<b>12</b>	<b>21,4</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta.  $p > 0,05$   
Media: 79 años DE: 7,9

La tabla 2 expone la mencionada adherencia según la capacidad funcional al ejercicio que presentaban los pacientes al momento del estudio. La mayoría presentaban clase funcional II (46,4 %), seguidos de la clase III con 37,5 %, y la clase IV con 12,7 %. Sólo el 3,6 % se encontraba en clase funcional I. La adherencia incompleta al tratamiento fue significativamente mayor en las clases II y III con 10,7 % y 8,9 %, respectivamente ( $p < 0,05$ ).

Tabla 2 Distribución de pacientes según tipo de adherencia terapéutica y capacidad funcional al ejercicio (NYHA).

Clase funcional al ejercicio	Adherencia terapéutica				Total	
	Completa		Incompleta			
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	2	3,6	-	-	2	3,6
Clase II	21	37,5	6	10,7	26	46,4
Clase III	16	28,6	5	8,9	21	37,5
Clase IV	5	8,9	1	1,8	7	12,7
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>78,6</b>	<b>12</b>	<b>21,4</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta.

p < 0,05

La adherencia terapéutica según seguimiento de la enfermedad por el equipo de salud (Tabla 3), refleja que el 55,4 % de los pacientes tuvo un seguimiento adecuado y en el 44,6 % restante, fue inadecuado; la diferencia significativa (p < 0,05) radica en que dos tercios de los pacientes con adherencia incompleta (14,3 % del total) llevaban un seguimiento inadecuado.

Tabla 3 Distribución de pacientes según tipo de adherencia terapéutica y seguimiento de la enfermedad por el equipo de salud.

SEGUIMIENTO	ADHERENCIA TERAPÉUTICA				TOTAL	
	Completa		Incompleta			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	27	48,2	4	7,1	31	55,4
Inadecuado	17	30,3	8	14,3	25	44,6
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>78,6</b>	<b>12</b>	<b>21,4</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta.

p < 0,05

Las causas principales de no adherencia al tratamiento fueron: el abandono por reacciones adversas (8,9 %), el olvido (5,3 %) y el no respeto del horario o abandono por mejoría (ambos con 3,6 %).

La frecuencia de uso de los diferentes fármacos en el tratamiento de la IC se refleja en la tabla 4, predominaron los digitálicos que eran utilizados por el 82,1 % de los pacientes, seguidos de los diuréticos con 71,4 % (de mayor uso los tiacídicos con 53,5 %) y los nitritos y nitratos con 51,8 %. Los IECA estaban indicados en menos de la mitad de los pacientes (44,6 %) y solo el 14,3 % de ellos, consumían betabloqueadores, fundamentalmente atenolol.

Tabla 4 Frecuencia del uso de grupos de fármacos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en los pacientes.

<b>Grupo de fármacos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>IECA</b>	25	44,6
<b>Diuréticos*</b>	40	71,4
Diuréticos tiacídicos	30	53,5
Diuréticos de ASA	2	3,6
Diuréticos ahorradores de K	17	3,3
<b>Betabloqueadores</b>	8	1,3
Carvedilol	1	1,8
Atenolol	7	12,5
<b>Digitálicos*</b>	46	82,1
<b>Nitratos</b>	29	51,8

Fuente: Encuesta.

\* p < 0,05

En la tabla 5 se exponen las asociaciones de fármacos más utilizados, en los pacientes, sobresalen los que usaban tres o más fármacos (60,7 %); dentro de ellos, las combinaciones de IECA-Digital-Diurético-Nitratos y Diuréticos-Digital-Nitratos con 14,3 % cada una de ellas. Los que usaban dos fármacos siguieron en orden de frecuencia con 30,4 %, donde hubo un predominio de la combinación Digital-Diuréticos con 17,9 %, y la monoterapia con digoxina se observó en el 8,9 % de los pacientes.

Tabla 5 Asociaciones de fármacos más utilizados en los pacientes del estudio.

<b>Grupo de fármacos</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Monoterapia</b>	<b>5</b>	<b>8,9</b>
Digoxina	5	8,9
<b>Dos medicamentos</b>	<b>17</b>	<b>30,4</b>
IECA + Diuréticos	1	1,8
IECA + Digital	1	1,8
IECA + Nitratos	1	1,8
Digital + Diuréticos	10	17,9
Digital + Nitratos	4	7,1
<b>Tres o más medicamentos*</b>	<b>34</b>	<b>60,7</b>
IECA + Digital + Diurético + nitratos	8	14,3
Diuréticos + Digital + nitratos	8	14,3

IECA + Diurético + Nitratos	3	5,3
IECA + Digital + Diuréticos	4	7,1
Otras asociaciones incluyen $\beta$ B	11	19,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

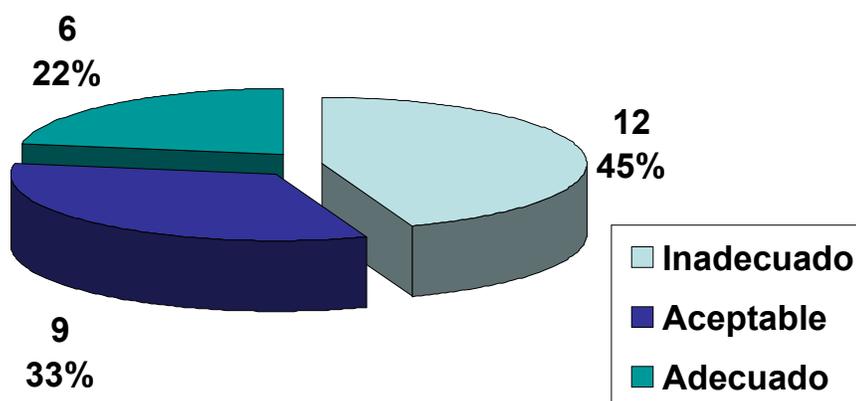
Fuente: Encuesta.

\*p < 0,05

La prescripción farmacológica (datos no tabulados) se consideró incorrecta en el 39,3 % de los casos, correspondiendo el 28,6 % al uso inadecuado de asociaciones de fármacos, seguido de la sobredosificación con 8,9 % y la submedicación que fue encontrada en 1,7 % del total de pacientes.

El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la IC por parte de los profesionales de la atención primaria de salud se expresa en la Figura. Predominó el conocimiento inadecuado de los médicos encuestados (44,5 %), el 33,3 % tuvo un conocimiento aceptable y sólo en el 22,2 %, resultó adecuado.

**Figura 1. Conocimientos sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca por los profesionales. Policlínico Santa Clara. 2009.**



### **Discusión**

La distribución por grupos de edad coinciden con los resultados obtenidos por otros autores<sup>9,12,13</sup>, que plantean que la edad de los pacientes con IC se ha venido incrementado progresivamente, esto parece lógico por su relación con el envejecimiento poblacional y el aumento de la supervivencia de los pacientes con IAM que quedan con una función ventricular disminuida<sup>1</sup>.

Respecto a la adherencia terapéutica los resultados encontrados en la literatura médica consultada informan que la edad superior a 65 años es un factor que favorece su incumplimiento, de ahí que sea dos veces superior la no adherencia en este grupo de pacientes<sup>14-18</sup>.

En relación al sexo, el predominio de la IC en el sexo femenino concuerda con la mayoría de los datos ofrecidos por otros estudios<sup>16-19</sup>; en la investigación del policlínico "Marta Abreu", el 62,3 % resultaron ser mujeres y sólo el 37,7 %, hombres<sup>12</sup>; en Ranchuelo también se encontró un predominio del sexo femenino<sup>13</sup> y Negrín<sup>9</sup>, en un grupo de consultorios del Policlínico "Marcio Manduley", tuvo resultados similares.

Al parecer, la mayor expectativa de vida que en nuestra zona geográfica favorece a las mujeres y el mejor control y tratamiento de la cardiopatía isquémica, han hecho que cuando se estudian pacientes ambulatorios se detecten mayores frecuencias relativas de mujeres en pacientes mayores de 60 años<sup>20</sup>.

No existieron diferencias significativas al aplicar  $X^2$  en la relación de estas variables, lo que permite suponer que no existió una relación importante entre la edad, el sexo y la adherencia al tratamiento.

Al relacionar la adherencia con la clase funcional de la IC algunos estudios difieren muy poco de estos resultados, en el Policlínico Marta Abreu, por ejemplo, existió un número considerablemente mayor de pacientes en la clase funcional I con 31,31 %, la prevalencia para el resto de las clases se comportó ligeramente menor<sup>12</sup>.

Estos resultados están dados probablemente debido a que los pacientes estudiados tuvieron una edad media escasamente mayor a la informada por otros autores. Por otra parte, compartimos el criterio expresado por Cairo Sáez<sup>12</sup> acerca de los beneficios que representaría para los pacientes la existencia de una consulta diferenciada, que ofrezca una valoración integral a la calidad de vida y el control de los pacientes, y la supervisión del cumplimiento del tratamiento, con ello se lograría una mejoría en la clasificación funcional del grupo de pacientes con IC<sup>12,19</sup>.

Al analizar la adherencia terapéutica, según el seguimiento por el equipo de salud, es evidente que la intervención ambulatoria e interdisciplinaria sobre la educación sanitaria y la percepción de riesgo resultan beneficiosas para el tratamiento del paciente con IC, ya que posibilitan no solo que interactúe en el proceso salud-enfermedad sino que, como plantean los códigos éticos modernos, permiten compartir la responsabilidad con el paciente en cuanto a las decisiones que afecten su salud y facilitar así, el cumplimiento del tratamiento. Como enfermedad que ocupa uno de los primeros lugares entre las principales causas de muerte, el control debe efectuarse como mínimo tres veces en el año, de esta manera se realiza una evaluación sistemática de cada paciente<sup>8</sup>.

Estos muestran una mejor adhesión al tratamiento cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo<sup>16,19,21-23</sup>.

Las razones a las que se recurre para la no adherencia son numerosas, entre ellas figuran los efectos adversos producidos por los fármacos y la sensación de "sentirse peor"; sin embargo, frecuentemente la causa principal del abandono de la medicación es exactamente la contraria: el "sentirse bien". También el costo del medicamento, el número de dosis, la cantidad diaria y el estilo de vida irregular han sido mencionados entre las causas más comunes de no adherencia<sup>19, 21-23</sup>. Otro factor a considerar es que la población más afectada por la IC es muy envejecida, lo que acarrea problemas en el consumo de medicamentos, y en ocasiones los ancianos no disponen de apoyo familiar que les supervise un régimen de tratamiento adecuado.

Al analizar la frecuencia de uso de medicamentos en la IC resulta evidente que persisten deficiencias en el tratamiento prescrito a los pacientes, menos del 50 % de casos tomaba IECA, grupo farmacológico considerado como la piedra angular del tratamiento de la IC en todas sus fases; son medicamentos que han logrado disminuir la mortalidad, en la IC asociada o no a isquemia coronaria<sup>1,2,10,24-29</sup>, por lo que todas las guías tanto internacionales como nacionales proponen tratar con IECA a todos los pacientes que no presenten contraindicaciones y toleren su uso<sup>1,2,10,11,28</sup>. En un registro cubano de los primeros años de la presente década, sólo el 6 % de los pacientes con IC eran tratados con IECA<sup>10</sup>, esta cifra ha mejorado en el presente estudio pero aún resulta insuficiente.

Los diuréticos tienen un importante lugar para el tratamiento sintomático de la IC, se consideran fármacos de primera línea en pacientes con síntomas por retención de líquido, al reducir y mantener la volemia<sup>1,2,11,10</sup>, y aunque es indiscutible su utilidad no se deben usar en monoterapia, sino combinados con IECA y betabloqueadores, ya que no existen evidencias directas de que los

diuréticos de asa o las tiacidas produzcan beneficios pronósticos en pacientes con IC, o sea, no impiden la progresión de la enfermedad ni disminuyen la mortalidad. En este estudio resultaron ser fármacos muy usados pero después de los digitálicos; sin embargo, se conoce que cada vez hay menos lugar para los digitálicos en el tratamiento de la IC. Se deben prescribir para pacientes con ritmo sinusal y sintomáticos a pesar del tratamiento estándar, así como para los que tienen asociada una fibrilación auricular rápida<sup>1,2,10,11,30-32</sup>. En el año 2000, en el país, existían inscriptos por tarjeta control de digoxina 135 855 pacientes para una tasa de 12,14 x 1 000<sup>10</sup>. Este comportamiento es similar al hallado en esta investigación donde el 82,1 % de los pacientes consumían digoxina.

Diferentes metaanálisis y ensayos clínicos han demostrado que los betabloqueadores prolongan la supervivencia, disminuyen la morbilidad y mejoran la sintomatología del paciente con IC en clase funcional II y III<sup>1</sup>, por tanto, deben ser añadidos al tratamiento estándar cuando el paciente se mantiene sintomático y estable por al menos un mes, producto a que al inicio del tratamiento tienden a descompensar la enfermedad; como la digoxina no disminuye la mortalidad es aconsejable añadirlos al tratamiento estándar antes que al digitálico<sup>1,2,10,11,30,31</sup>; los que han demostrado mejores resultados en los ensayos clínicos han sido el carvedilol, metoprolol y bucindolol<sup>32</sup>, pero estos medicamentos no están disponibles en nuestro medio hecho que quizá explique el bajo uso que de ellos presentan los pacientes del estudio, quienes utilizan mayormente atenolol, medicamento sobre el que no existen informes que le atribuyan los beneficios antes mencionados y que no ha sido aprobado por la FDA para esta enfermedad.

Las asociaciones de fármacos más utilizados en los pacientes corroboran los criterios expresados en el análisis anterior y evidencian dificultades en los regímenes terapéuticos empleados, las combinaciones consideradas de primera línea son escasamente usadas y se sigue considerando a la digoxina como fármaco de primera línea, incluso en monoterapia. La asociación de hidralacina y dinitrato de isosorbide, se utiliza como alternativa en los pacientes que no toleran o presentan contraindicación a IECA, y ha demostrado mejorar los síntomas y aumentar la supervivencia, aunque la magnitud del efecto es menor que el encontrado para los IECA y sólo en pacientes con clase funcional II y III de IC<sup>1,2,10,30-32</sup>; sin embargo, en este estudio encontramos que los nitratos se utilizaron en más del 50 % de los pacientes pero nunca con esta asociación.

La espironolactona ha demostrado disminuir la mortalidad al combinarse con IECA en estudios controlados con placebo<sup>1,2</sup>, esta asociación fue poco utilizada en los pacientes y cuando se hizo, en algunos casos, se detectaron regímenes posológicos excesivos con dosis de espironolactona mayor de 25 mg por día, lo cual implica un riesgo importante de hiperpotasemia.

La prescripción incorrecta, aunque no predominó, tiene aún un alto por ciento en este estudio, resultado que iguala los encontrados por Cairo Sáez<sup>12</sup> en el Policlínico "Marta Abreu", donde consideró incorrecto el 40 % de los tratamientos de los pacientes por diversas razones, otro registro del mismo autor indicó, alrededor de un 30 % en pacientes de un Grupo Básico de Trabajo (GBT)<sup>33</sup>.

Aunque existen razones que justifican que los medicamentos y las dosis no siempre pueden ser utilizados como recomiendan los estudios multicéntricos, las pautas del tratamiento en los pacientes con IC difieren con frecuencia de la conducta que se considera adecuada; continuamos, pues, sin conocer de forma correcta las indicaciones terapéuticas, sin prescribir pautas de tratamiento basadas en la situación concreta de cada paciente y utilizamos, cuando lo hacemos, asociaciones terapéuticas claramente no beneficiosas para un mejor control<sup>16,34,35</sup>.

El nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la IC por los profesionales de la atención primaria de salud, se relaciona estrechamente con errores en la prescripción y en el seguimiento de los pacientes<sup>21-23</sup>. Por tanto, a partir de los aspectos evaluados sobre la enfermedad y su terapéutica, y la identificación de las mayores dificultades que se centraron en la incorrecta selección de los medicamentos y en el desconocimiento de la clasificación de la clase funcional de la enfermedad, podemos afirmar que los resultados obtenidos fueron preocupantes.

## **Conclusiones**

En los pacientes estudiados con IC predominó el sexo femenino, la edad entre 70-89 años y las clases funcionales II y III. Predominó la adherencia terapéutica completa, y no se relacionó con la

edad y el sexo; esta última fue mayor en los pacientes con seguimiento inadecuado y en las clases funcionales II y III. Los digitálicos y diuréticos fueron los fármacos más utilizados, predominó el uso de tres o más medicamentos, fundamentalmente las combinaciones IECA-digital-diurético-nitratos y diuréticos-digital-nitratos, con prescripción incorrecta en un gran número de pacientes por asociaciones no individualizadas. El conocimiento sobre la insuficiencia cardíaca resultó inadecuado por la mayoría de los profesionales.

## **Referencias bibliográficas**

1. Escasany AA, Durán DM, Arnau de B, Josep M, Rodríguez CD. Tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca basado en la evidencia. *Rev Esp Cardiol.* 2004;54:715-34.
2. Borroto RR. Medicamentos empleados en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. CD Maestría Atención integral a la mujer [CD- ROM]. La Habana: ENSAP; 2006.
3. Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC, et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J.* 1997;18:08-25.
4. Cairo Sáez G. ABC del diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca en la atención primaria de salud. IV Encuentro Teórico Universalización y sociedad [CD-ROM]. Santa Clara: Samuel Feijóo; 2008.
5. Koelling TM, Chen RS, Lubwama RN, L'Italien GJ, Eagle KA. The expanding national burden of heart failure in the United States: The influence of heart failure in women. *Am Heart J* 2004; 147(1): 74-83.
6. Fonarow GC, Adams KF Jr, Abraham WT, Yancy CW, Boscardin WJ. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. *JAMA.*2005; 293(5): 572-80.
7. Romero Cabrera AJ. Insuficiencia cardíaca en el anciano. un problema no resuelto. *Medisur [serie en Internet].* 2004 [citado 5 Mar 2008];2(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/46>
8. Gómez Juanola M. Morbilidad geriátrica. Hospital Mario Muñoz. Bienio 1998-1999. *Rev Ciencias Méd Pinar del Río [serie en Internet].* 2001 [citado 3 Jun 2009];5(1):[aprox 5 p.]. Disponible en: <http://princesa.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista1-2001.html#art8>
9. Negrín Expósito JE, Fernández-Brito Rodríguez JE, Castillo Herrera JA, Senra Armas G, Gutiérrez Rojas A, Pérez Yn M, et al. Prevalencia y formas de insuficiencia cardíaca en mayores de 65 años. *Rev Cubana Invest Bioméd [serie en Internet].* 2007 [citado 3 Jun 2009];26(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002007000200002&lng=es&nrm=iso&tng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000200002&lng=es&nrm=iso&tng=es)
10. Guía para la práctica clínica: tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. *Boletín APS [serie en Internet].* 2001 Mar- Abr [citado 14 Jun 2001];13:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.cdf.sld.cu/boletin%20insuficiencia%20cardiaca.pdf>
11. Furones JA, Céspedes L, Cruz MA, García D, Delgado I, Salazar LE. Guía cubana para la práctica clínica: tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana: MINSAP; 2007. Disponible en: <http://www.cdf.sld.cu/gpc/gpciccgree.pdf>
12. Cairo Sáez G, Díaz Pérez O. Valoración de la adherencia al tratamiento y su relación con la percepción de riesgo en los ancianos con insuficiencia cardíaca. IV Encuentro Teórico Universalización y Sociedad [CD-ROM]. Santa Clara: Samuel Feijóo; 2008.
13. Cairo Sáez G, Ojeda Blanco JC, Gutiérrez Díaz MJ. Incidencia, prevalencia y manejo de la insuficiencia cardíaca en un grupo básico de trabajo. I Encuentro Teórico Universalización y Sociedad [CD-ROM]. Santa Clara: Samuel Feijóo; 2005.
14. Ward RE, Gheorghide M, Young JB, Uretsky B. Economic outcomes of withdrawal of digoxin therapy in adult patients with stable congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1995;26: 93-101.
15. Delea TE, Vera-Llonch M, Richner RE, Fowler MB, Oster G. Cost-effectiveness of carvedilol for heart failure. *Am J Cardiol* 1999; 83:890-6.

16. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]*. 2006 [citado 23 Oct 2007]; 32(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
17. MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JWT, Boyd J, Finlayson A, et al. Evidence of improving prognosis in heart failure: Trends in case fatality in 66 547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation*. 2000;102(9):1126-31.
18. Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piscorz D. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol [serie en Internet]*. 2005 [citado 22 Jun 2006];34(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en:  
<http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
19. Anguita Sánchez M y los investigadores del BADIPAC. Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Resultados del registro BADIPAC. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(12):1159-69.
20. OMS. La OMS alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico [serie en Internet]. [citado 7 Jun 2003]. Disponible en:  
[www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
21. Sansó F. ¿Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción? *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2002 [citado 22 Mar 2002];18(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. Pérez Peña J. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;18(2):114-6.
23. Bastera Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*. 1999;1:97-106.
24. Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R. Effect of losartan compared with captopril on mortality of patients with symptomatic heart failure. Losartan Heart Failure Survival. Study ELITE II. *Lancet*. 2000;355: 582-7.
25. Garg R, Yusuf S, for the Collaborative Group on ACE Inhibitor Trials. Overview of randomised trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. *JAMA* 1995; 273: 1450-6.
26. Eccles M, Freemantle N, Mason J, for the North of England ACE-inhibitor Guideline Development Group. North of England evidence based development project: guideline for angiotensin converting enzyme inhibitors in primary care management of adults with symptomatic heart failure. *Br Med J* 1998; 316: 1369-75.
27. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. *N Engl J Med* 1992; 327: 685-91.
28. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 259-66.
29. Hunt S A, Abraham W T, Chin M H, Feldman A M Francis G S, Ganiats T G, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*; 112:1825-52.
30. Castro P, Pérez O, Greig D, Díaz-Araya G, Moraga F, Chiong M et al. Efectos del carvedilol en la capacidad funcional, función ventricular izquierda, catecolaminas y estrés oxidativo en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57 (11) 1053-6.
31. Duaso E, Díaz-Caballero M, Formida F. Abordaje de la insuficiencia cardíaca en ancianos: una visión desde la atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(3): 289-91.
32. Garina O, Soriano N, Riberab A, Ferrerc M, Pontd A, Alonsoe J, et al. Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 251-9.
33. Cairo Sáez G, Jiménez Prieto Y, González Rodríguez DS. Predicción de la mortalidad por insuficiencia cardíaca. *An Cir Card Cir Vas* 2000; 6 (4) 173-9.

34. Lenfand C. Clinical research to clinical practice – Lost in translation? N Engl J Med 2004  
348(20):2007-18.
35. Jessup M, Brozena S. Heart Failure. N Engl J Med. 2003;348(20):2007-18.

Recibido: 02 de Junio de 2009.

Aceptado para su publicación: 25 de agosto de 2009