

# Persistencia en utilización de betabloqueadores después de un infarto agudo de miocardio: Medida clínica de calidad



**Diego Rosso, MD**

Principal Oficial Médico

MMM Healthcare, LLC. & PMC Medicare Choice, LLC.

Según estadísticas en los Estados Unidos cada 34 segundos alguien sufre un infarto agudo de miocardio, cada 90 segundos muere una persona a causa de un infarto y son más de 700 000 las muertes al año por un infarto de miocardio (Go *et al*, 2014).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), casi la mitad de la población de los Estados Unidos tiene uno o más factores de riesgo para enfermedad cardíaca o infarto al miocardio: hipertensión arterial, hiperlipidemia o son fumadores.

La utilización de betabloqueadores indefinidamente después de un evento cardíaco se ha estudiado a gran escala demostrándose consistentemente la reducción en un 20% a 30% de la mortalidad cardiovascular y de eventos subsiguientes. El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón difunden entre los médicos las guías para el manejo del paciente después de un infarto agudo de miocardio y esta práctica clínica fue considerada por el Comité Nacional para Garantía de Calidad (NCQA) y endosada por el NQF (National Quality Forum). Esta medida de calidad de HEDIS se anticipa como una de las medidas clínicas de CMS para el Programa de Clasificación 5 Estrellas para evaluar los Planes Medicare Advantage. En Puerto Rico, el promedio de cumplimiento es del 75% mientras que en los Estados Unidos es del 90% (HEDIS 2014, medición de 2013).

HEDIS mide el porcentaje anual de adultos sobre 18 años que son hospitalizados con un evento de infarto agudo de miocardio y dados de alta, y que siguen con el betabloqueador por 6 meses después del alta.

## Consideraciones para cumplir con la medida:

- Asegurarnos de que el paciente utilice el betabloqueador durante la hospitalización por el evento y por más de 6 meses luego del alta;

- Educar al paciente y al cuidador principal sobre los beneficios de ser adherente al tratamiento;
- Mantener comunicación con el cardiólogo para garantizar la adherencia al medicamento;
- Identificar factores sociales que puedan afectar la adherencia del paciente al medicamento;
- En casos complejos, considerar referirlo a un programa de manejo de casos; y
- Conocer bien las exclusiones o contraindicaciones para betabloqueadores: asma, COPD, bronquitis crónica obstructiva, condiciones crónicas por humos y vapores, hipotensión, bloqueos cardíacos mayores de primer grado, bradicardia sinusal, eventos previos de utilización de medicamentos de asma, intolerancia o alergia a betabloqueadores.

Mientras sigan evolucionando las medidas de calidad hacia un enfoque de cumplimiento con las tres áreas básicas de mejor cuidado, mejor salud y menor costo, la interconexión entre manejo con terapia farmacológica continuará en aumento. Como profesionales de vanguardia estamos orientados a tratar a nuestros pacientes según los más altos estándares de calidad y así poder anticipar el desarrollo de nuevas métricas. 

## Referencias

HEDIS 2016 Volume 2, User Manual, 2015-07-01 version. Ahrq.gov; Agency for Healthcare Research and Quality, National Quality Measure Clearinghouse site quality measures. NCQA.org, the NCQA'S 2015 HEDIS measures.

## Lista de B-bloqueadores en la medida de HEDIS/Estrellas

Descripción	Prescripción
Betabloqueadores no cardioselectivos	Carvedilol, Labetalol, Nadolol, Penbutolol, Pindolol, Propranolol, Timolol, Sotalol
Betabloqueadores cardioselectivos	Acebutolol, Atenolol, Betaxolol, Bisoprolol, Metoprolol, Nebivolol
Combinaciones antihipertensivas	Atenolol-chlorthalidone Bendroflumethiazide-nadolol Bisoprolol-hydrochlorothiazide Hydrochlorothiazide-metoprolol Hydrochlorothiazide-propranolol