

## GRUPO CUMPLIMIENTO

Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión-  
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

# Cumplimiento terapéutico en la HTA

## Actualizaciones

Editor: Emilio Márquez Contreras  
Coordinador Grupo Cumplimiento

Volumen 3, Número 1, Enero 2006

Publicación cuatrimestral

<b>Editorial</b>	1	Numerosos médicos opinan que son capaces de predecir el cumplimiento farmacológico de sus pacientes. ¿Verdad o ficción?
<b>Guía Española de Hipertensión Arterial 2005</b>	2	Epidemiología. Prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial en España
<b>La opinión del experto</b>	4	La Dra. Martell opina que actualmente ni los organismos sanitarios públicos, ni una gran parte de las sociedades científicas, tienen en cuenta el problema del incumplimiento
<b>Caso clínico. Cumplimiento</b>	5	Cómo diagnosticar en un hipertenso una microalbuminuria aparecida como consecuencia del abandono del tratamiento antihipertensivo
<b>Actualización bibliográfica</b>	8	Se presentan los estudios más relevantes publicados sobre cumplimiento entre mayo y agosto de 2005
<b>Revisiones sobre cumplimiento: relación entre incumplimiento y morbimortalidad cardiovascular</b>	9	Se ha observado una relación directa entre la disminución de la morbimortalidad y un mejor cumplimiento terapéutico
<b>Revisiones sobre cumplimiento: relación entre cumplimiento y grado de control HTA</b>	10	Diferentes estudios demuestran la asociación entre mal control e incumplimiento
<b>Otras actividades del grupo: página web, talleres de cumplimiento, jornadas, tarjeta de autocumplimiento</b>	12	Se presenta una serie de actividades que desarrolla el Grupo, en las cuales puedes participar o colaborar en su desarrollo



## Numerosos médicos opinan que son capaces de predecir el cumplimiento farmacológico de sus pacientes. ¿Verdad o ficción?

Muchos médicos realmente confían en su capacidad de saber si sus pacientes son cumplidores o incumplidores del tratamiento farmacológico, y basan esta capacidad fundamentalmente en la experiencia de una práctica médica de muchos años y en el conocimiento de sus propios pacientes después de muchos años de ser su médico. En otras palabras, son capaces de discriminar entre cumplidores y no cumplidores basándose en la propia opinión que tienen de ellos.

Todo ello es considerado como un método de medida indirecto del cumplimiento farmacológico, denominado test del juicio subjetivo del médico sobre su paciente. Sin embargo, este test, al validarse en diferentes estudios de investigación respecto al recuento de comprimidos, ofrece unos bajos indicadores de validación, con un bajo nivel de sensibilidad y de especificidad.

En la bibliografía existen ejemplos de lo que realmente ocurre respecto a esta creencia. En uno de los estudios se hizo un seguimiento de pacientes hipertensos durante 2 meses y, tras la realización de un recuento de comprimidos domiciliario del antihipertensivo correspondiente, se clasificó a los pacientes en cumplidores o incumplidores. Se trataba de pacientes de un médico que llevaba 20 años con su cupo y experto en temas de cumplimiento. Posteriormente se interrogaba al médico sobre su opinión acerca del cumplimiento de sus pacientes de uno en uno. La conclusión del estudio fue que la opinión del médico sobre el buen o mal cumplimiento de sus pacientes era similar a la capacidad de discriminación o de acierto que tenía el echar una moneda al aire para saber quiénes eran buenos o malos cumplidores. Al valorar individualmente a los pacientes se ponía en evidencia algo muy curioso, ya que en el 20% de los aciertos y el 60% de los fallos era evidente la conducta del médico, que diagnosticaba el buen cumplimiento en los pacientes de mejor aspecto, de mayor nivel socioeconómico, más simpáticos, etc., y, al contrario, calificaba como incumplidores a los que no respondían a este patrón. Es decir, al abogado del barrio, elegante, serio, que acudía con todo apuntado, lo consideró cumplidor, pero realmente era un incumplidor, con una gran cantidad de olvidos; y a la señora María, de 78 años, de aspecto menos confiado, que tomaba 8 pastillas al día, que se enteraba mal de lo que le decía y que no sabía para qué era lo que tomaba, la consideró incumplidora, cuando realmente la señora María estaba muy motivada para tomar su medicación, no fallaba y era una perfecta cumplidora. Entonces, ¿puede predecirse el buen o mal cumplimiento de nuestros pacientes en la práctica clínica? La respuesta es bastante complicada y está sometida a numerosas y diferentes consideraciones, aunque en la mayoría de los casos pueda predecirse siempre que previamente se haya estudiado el cumplimiento con un método fiable, no haya modificaciones importantes en la vida de los pacientes y éstos tengan un régimen sincrónico en la toma de medicación.

En la actualidad no se ha definido el perfil ideal de un paciente incumplidor o cumplidor, y no existen variables predictoras certeras de ello. En los diferentes estudios realizados sobre cumplimiento en la bibliografía internacional se han observado diferentes variables asociadas al incumplimiento, pero estas variables no se mantienen de unos estudios a otros, ni tampoco en diferentes tipos de poblaciones y rangos de edad. Es decir, si tomar más de 4 pastillas al día ha demostrado ser una variable predictora de mal cumplimiento en unos estudios, en otros no se observan diferencias en el cumplimiento en función del número de pastillas tomadas.

En los estudios realizados, la máxima predicción se obtiene en la capacidad de predecir el cumplimiento en los pacientes en los que

previamente se ha demostrado el buen o el mal cumplimiento mediante un método fiable. Es decir, los pacientes en los que se demuestra incumplimiento seguirán siendo incumplidores toda su vida, a no ser que se intervenga con estrategias para mejorar el cumplimiento o se modifiquen sus condiciones de vida. Y lo mismo ocurre con los buenos cumplidores. El carácter de cumplidor o de incumplidor ha de establecerse mediante métodos fiables (monitores electrónicos de control de la medicación, determinación en sangre de fármacos marcados, registro informatizado de haber adquirido la medicación periódicamente y recuento de comprimidos de fármacos que se controlan desde el inicio de su prescripción, sin familiares que tomen similar medicación), y no se consideran fiables otros métodos indirectos. Pero otro problema es que la mayoría de los estudios se han realizado en pacientes que toman un solo fármaco, y no se sabe con certeza si esta predicción del cumplimiento con la toma de un solo fármaco se puede extrapolar a la toma de tratamientos múltiples. Cramer et al demostraron que el número de fármacos prescrito no afecta al cumplimiento global, y observaron que la mayoría de los pacientes con múltiples fármacos tomaban sus comprimidos y cápsulas juntos en el mismo momento.

Sin embargo, esta capacidad de predicción no es una regla fija y puede verse alterada en el futuro. En primer lugar ocurre en aquellos pacientes con asincronía en la toma de medicación, es decir, los que tienen múltiples dosificaciones a diferentes horas del día y sin relación con comidas u otras actividades cotidianas del paciente. En estos pacientes la capacidad de predicción comentada no ha sido demostrada. Asimismo, también se han observado excepciones en pacientes con regímenes sincrónicos, por ejemplo hipertensos con fibrilación auricular que cumplían con el anticoagulante y no tomaban los antihipertensivos. En segundo lugar, la predicción puede perderse en aquellos que modifican sus estilos de vida. Por ejemplo, pacientes cumplidores que de repente pierden su trabajo o un amigo, o presentan una depresión, y que a raíz de ello se convierten en incumplidores; o pacientes incumplidores que comienzan a relacionarse con personas bien organizadas que les transmiten su conducta, la influencia de un familiar, etc., y se convierten en cumplidores.

En conclusión, el juicio del médico sobre su capacidad de conocer basándose en su opinión de si su paciente es cumplidor o no no es útil en la práctica clínica. Si se demuestra la conducta de un paciente sobre su buen o mal cumplimiento mediante un test fiable, su resultado será un predictor futuro de cumplimiento. Y hay que recordar que los múltiples tratamientos no sólo deben simplificarse, sino que también deben sincronizarse para que sean tomados en los mismos momentos del día.

Miembros del Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial

Dr. Emilio Márquez Contreras  
Dr. Vicente Gil Guillén  
Dra. Nieves Martell Claros  
Dr. Mariano de la Figuera  
Dr. José J. Casado Martínez  
Dr. José Luis Martín de Pablos  
Dr. Francisco Atienza Martín  
Dra. Teresa Gros García  
Dr. Jacinto Espinosa García

# Epidemiología. Prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial en España

SEH-LELHA

Hace unos meses se publicó la Guía Española de Hipertensión Arterial 2005, avalada por la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Esta guía fue realizada por consenso entre un grupo de expertos españoles en el campo de la hipertensión arterial (HTA). La Guía fue publicada en la revista *Hipertensión* (Hipertensión. 2005;22 Supl 2) y puede consultarse en la página web de la SEH-LELHA (<http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>).

Aquí se presenta una parte del capítulo 2 sobre la epidemiología de la HTA en España, con el objetivo de difundir dicha Guía, teniendo en cuenta que se presentan los números de las referencias bibliográficas originales que pueden consultarse en la web.

## Epidemiología. Prevalencia y grado de control de la hipertensión arterial en España

La HTA es una condición muy frecuente. En España su prevalencia en adultos (mayores de 18 años) es de aproximadamente el 35% (y llega al 40% en edades medias, y al 68% en los mayores de 60 años) y afecta a unos 10 millones de sujetos adul-

tos<sup>25,44</sup>. Las prevalencias presentadas en la tabla 1 son algo inferiores debido a que se excluye a los hipertensos tratados y controlados.

Además, la HTA es el "iceberg" clínico del problema de salud pública derivado del verdadero factor de riesgo cardiovascular: la presión arterial (PA)<sup>25,44,45</sup> (tabla 1). En concreto, casi otro 20% de los individuos presentan una PA normal-alta, y el 14-15% presentan una presión normal, donde existe también riesgo cardiovascular y muertes relacionadas<sup>45</sup>.

En cuanto a la prevalencia de hipertensión sistólica aislada (PAS = 140/PAD < 90 mmHg), sus cifras varían desde el 10-12% en edades medias de la vida hasta el 30-40% por encima de los 60 años<sup>25,44</sup>.

El grado de conocimiento y tratamiento farmacológico de la HTA en la población general de España es moderadamente alto, pero el control es escaso, sobre todo el de la PAS (tabla 2)<sup>25,44,46-52</sup>.

Aunque la situación epidemiológica varía entre estudios, sumariamente podemos decir que de cada 10 hipertensos adultos tratados farmacológicamente, prácticamente 8 no están controlados, aunque en algunos sitios (unidades especializadas de HTA, algunos centros de atención primaria u otros centros con programas de HTA) el control es mejor<sup>25,44,46-54</sup>.

Por ello, existe una gran distancia entre las evidencias sobre los beneficios de tratar la HTA y lo que

se logra en la práctica en España (y en otros muchos países)<sup>55</sup>.

Las encuestas asistenciales o clínicas realizadas en el ámbito de la atención primaria obtienen cifras de control más altas que las poblacionales, debido en parte a que la mayoría de los hipertensos han tomado ya la medicación al acudir a consulta<sup>27</sup>. Además, los estudios poblacionales incluyen población general con muchos hipertensos desconocidos y no tratados. Por ello, los médicos pueden tener una percepción de un mayor control de la HTA que el real. Globalmente, el grado de control de la HTA en una muestra de 12.800 hipertensos tratados en atención primaria en España fue del 36,1% en 2002<sup>27</sup>, y en un estudio sobre 3.300 hipertensos atendidos y tratados en el mismo ámbito llegó al 38,8% en 2003<sup>28</sup> (fig. 1). En cuanto al grado de control logrado en las unidades hospitalarias de HTA, aunque es lógicamente más alto (42%) que en otros ámbitos clínicos, deja todavía mucho margen para la mejora, sobre todo teniendo en cuenta que sus pacientes presentan un mayor riesgo cardiovascular<sup>26</sup>.

Diversos estudios comunican también el grado de control de la HTA en subpoblaciones especiales de riesgo cardiovascular, como los diabéticos, los pacientes renales o los pacientes con enfermedad cardiovascular (tabla 3). Estas poblaciones de alto riesgo están

**Tabla 1.** Distribución porcentual de los niveles de presión arterial (PA) e hipertensión arterial (HTA) en España

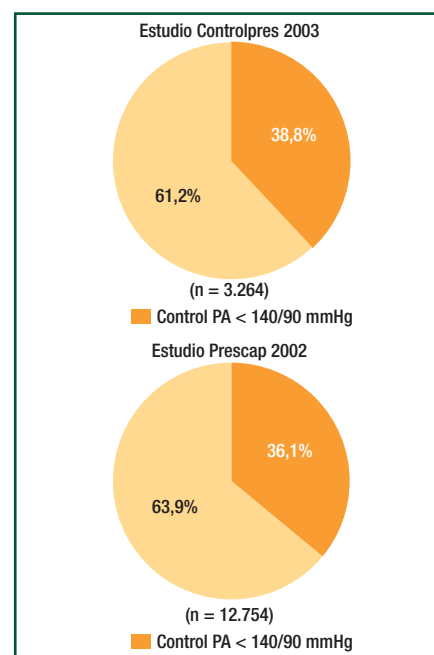
Carácter PA	Normotensión o HTA controlada (%)			HTA (%)		
	Óptima	Normal	Normal-alta	Grado 1	Grado 2	Grado 3
PAS/PAD 35-65 años	23,4%	16,7%	17,0%	28,3%	11,2%	3,4%
PAS/PAD ≥ 60 años	9,9%	13,8%	19,8%	36,5%	15,2%	4,7%

(Adaptada de Banegas et al<sup>44</sup> y Banegas et al<sup>25</sup>.)

**Tabla 2.** Magnitud y manejo de la hipertensión arterial (HTA) en adultos en la población general de España, 1980-2000

Criterio 140/90 mmHg	Porcentajes por años			
	1980	1990	1998	2002
Prevalencia	30	35	35	35
Conocimiento	40	50	60	65
Tratamiento en hipertensos conocidos	40	72	78	85
Tratamiento total	16	36	50	55
Control en hipertensos tratados	10	13	16	25
Control total	2	5	8	15

El tratamiento se refiere a los fármacos antihipertensivos. (Elaboración propia a partir de las referencias 25, 44 y 46.)



**Figura 1.** Control de la presión arterial (PA) en los hipertensos tratados en atención primaria en España. (Adaptada de Llisterrí et al<sup>27</sup> y Coca<sup>28</sup>.)

**Tabla 3.** Control (%) de la presión arterial (PA) entre hipertensos por grupos de riesgo y guías en diversos ámbitos

Grupo de riesgo según guías	PA objetivo (PAS/PAD)		
	< 140/< 90 mmHg	< 130/< 85 mmHg	<130 /< 80 mmHg
<i>Poblaciones especiales</i>			
Diabetes			
Unidades hospitalarias		13%	10%
Atención primaria		13%	9%
Población general		7%	
Enfermedad renal			
Unidades hospitalarias		17%	12%
<i>Riesgo total en unidades hospitalarias</i>			
INC-VI de 1997			
Grupo de riesgo A + B	46%	22%	
Grupo de riesgo C		18%	
WHO/ISH de 1999			
Riesgo medio y bajo	46%	22%	
Riesgo alto y muy alto		17%	

**Tabla 4.** Progreso en el control de la hipertensión tratada farmacológicamente en España

Población	Año				
	1990	1994	1997	2001	2002
Población general de 60-65 años	10 %			33 %	
Atendida en atención primaria > 20 años		13 %	16 %	29 %	36 %

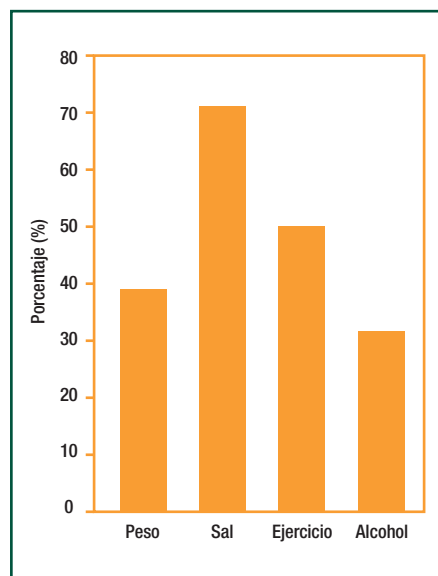
(Adaptada de las referencias 25, 27, 44, 57-60.)

menos controladas que el conjunto de la población, con un riesgo medio menor<sup>25-28,56</sup>. Finalmente, en prevención secundaria, el estudio Cardiotens encontró que menos del 20% de los hipertensos con cardiopatía estaban controlados (PA < 130/85 mmHg)<sup>54</sup>.

En conjunto, estos datos suponen una triplicación del control de la HTA respecto a comienzos de la pasada década de los noventa. Es decir, tenemos por una parte la cara positiva del progreso logrado en las últimas décadas en el control de la HTA y, por otra, la realidad del escaso control de la HTA en la actualidad, el desafío para la mejora (tabla 4)<sup>25,27,44,57-60</sup>.

El todavía bajo control actual de la HTA está relacionado, entre otros factores, con la inercia clínica de los médicos, que deciden pocos cambios terapéuticos farmacológicos en hipertensos no controlados. Incluso en las unidades hospitalarias de HTA, los médicos sólo adoptan cambios terapéuticos en el 50% de los hipertensos no controlados óptimamente<sup>25-27</sup>; y cuando introducen cambios terapéuticos, únicamente en un tercio de los casos optan por asociaciones medicamentosas.

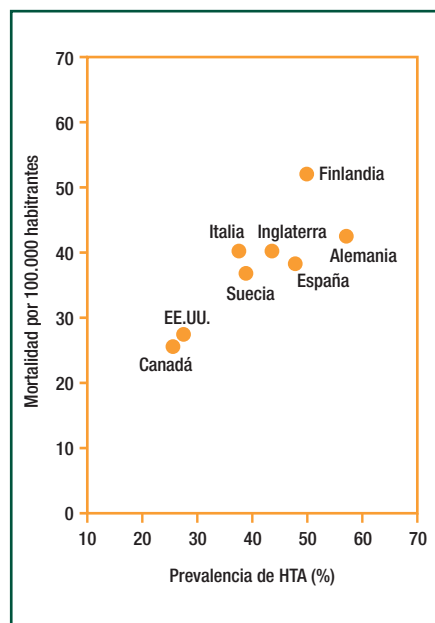
Además, una relativa mayoría de los hipertensos tratados en España (controlados o no) sólo toma un fármaco, lo que no suele bastar para controlar la PA



**Figura 2.** Seguimiento de la indicación higiénico-dietética (%) de los hipertensos conocidos de 60 años y más en España. Peso: reducción del peso corporal; sal: reducción del consumo de sal; ejercicio: aumento de la actividad física; alcohol: reducción del consumo de alcohol. (Adaptada de Banegas et al<sup>25</sup>.)

en muchos de ellos. Por otro lado, la causa del escaso control de la HTA es un peor control de la PAS que de la PAD<sup>25-27,57</sup>. De hecho, una de las razones del bajo control de la HTA es el menor énfasis que ponen los médicos en la PAS que en la PAD. Pero también los factores relacionados con los pacientes, como el poco cumplimiento del tratamiento farmacológico<sup>61,62</sup> o el escaso seguimiento de los consejos higiénico-dietéticos (sobre todo de las medidas más eficaces como el control del sobrepeso), contribuyen al todavía bajo control de la HTA (fig. 2)<sup>25</sup>.

Por último, existen importantes variaciones internacionales en las cifras de control de la HTA. Una reciente publicación basada en estudios de ámbito nacional en 6 países europeos, Estados Unidos y Canadá estimó que en la pasada década el control de la HTA en España era relativamente similar al de otros países europeos (8% de media para Europa en su conjunto), pero bastante inferior al de Estados Unidos y Canadá (23%)<sup>55,63</sup>. Las diferencias entre los países norteamericanos y europeos son suficientemente grandes para sugerir que el tratamiento de la HTA ha sido perseguido más intensamente en Norteamérica que en Europa. Además, las menores tasas de tratamiento y control en Europa que en Estados Unidos y Canadá, junto con una mayor prevalencia de HTA, podrían contribuir a la mayor carga de riesgo de enfermedad cardiovascular atribuible a HTA en Europa comparada con la de Norteamérica<sup>63,64</sup> (fig. 3). Sin embargo, es estimulante observar que la importante reducción en la mortalidad por ictus ocurrida en España en los últimos 15 años se ha acompañado, como en otros países desarrollados, de un modesto pero claro incremento en el control de la HTA<sup>25,44-46,63,64</sup>.



**Figura 3.** Prevalencia de hipertensión arterial (HTA) ajustada por edad y mortalidad por ictus, en sujetos de 35-64 años, según el país. Estudio Colaborativo de 8 países. (De Wolf-Maier et al<sup>55</sup>.)

### Entrevista con la Dra. Nieves Martell Claros

Profesora Asociada de la Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España. Adjunta de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. España. Secretaria de la SEH-LELHA. Presidenta del Comité Organizador de la 11.ª Reunión Nacional de la SEH-LELHA.

## Actualmente ni los organismos sanitarios públicos, ni una gran parte de las sociedades científicas, tienen en cuenta el problema del incumplimiento



– **¿Podría adelantarnos diferentes informaciones acerca de la próxima Reunión Nacional de SEH-LELHA, de la que es usted presidenta? Por ejemplo, cuándo se celebrará, dónde, temas de interés que se tratarán, etc.**

– La 11.ª Reunión Nacional de la SEH-LELHA se celebrará en Madrid del 7 al 10 de marzo de 2006. Durante la misma se revisará en todo su contexto el control integral del riesgo cardiovascular y se hará especial énfasis en el significado del síndrome metabólico en la práctica clínica. Asimismo revisaremos los últimos consensos sobre utilización de monitorización ambulatoria de la presión arterial y automedicación domiciliar de la presión arterial, y habrá sesiones dedicadas a alimentación y modificaciones de la misma en el paciente de riesgo cardiovascular. Por supuesto, se revisarán los condicionantes del incumplimiento terapéutico, hecho clave para conseguir el control del paciente y la reducción de la morbimortalidad, además de otros tópicos de interés, y oiremos los últimos avances en investigación en medicina cardiovascular, tanto de los grupos pioneros españoles como de cualquier otra parte del mundo.

Este año, como novedad, vamos a celebrar una mesa redonda dedicada a los alumnos de medicina en la que se hablará de la hipertensión y el riesgo cardiovascular. Habrá también una mesa de debate sobre la manera en que los medios de comunicación tratan la información sanitaria, en la que contaremos con periodistas pertenecientes a la prensa escrita, la radio y la televisión especialmente dedicados al tema de la salud, junto con médicos de gran relevancia y larga trayectoria y experiencia.

Otra novedad de la reunión que se celebrará en Madrid será la organización de una mesa dirigida al público general con el objetivo de realizar cambios en los hábitos dietéticos de manera práctica. Esta mesa será conducida por un experto en dietética, un endocrino y un cocinero que intentará llevar a la práctica sobre la marcha las indicaciones de los expertos, es decir, traducirá a recetas de cocina los consejos de los expertos. Esta mesa más general se realizará el martes día 7 por la mañana, antes de la inauguración oficial del congreso.

– **¿Qué papel desempeñarán los componentes del grupo de trabajo sobre cumplimiento de SEH-LELHA y qué aspectos del cumplimiento se tratarán en dicha Reunión?**

– El Grupo de Cumplimiento es uno de los más activos con los que cuenta la Sociedad Española de Hipertensión. Dicho grupo será el encargado de coordinar y ejecutar la mayor parte de los temas relacionados con la adherencia al tratamiento que se van a tocar en la Reunión. Como verá, es un papel crucial para el desarrollo de este tópico.

– **Recientemente se ha publicado la Guía Española de Hipertensión 2005. ¿Qué nos puede comentar? ¿Qué aspectos destacaría y a qué grandes consensos se acerca?**

– Realmente es una adaptación de la guía europea a las peculiaridades de nuestro país. No hemos hecho más que seguir las indicaciones de la propia guía europea, que aconseja precisamente esto, la interpretación de su guía de acuerdo con las peculiaridades económicas, de tipo de vida, de alimentación y sanitarias de cada país europeo.

– **¿Cuál es su opinión, como médico hospitalario, de la trascendencia que tiene el incumplimiento terapéutico entre los especialistas que trabajan en dicho medio? ¿Cree que habitualmente utilizan métodos para su medición, fundamentalmente de los pacientes atendidos en las consultas externas con enfermedades crónicas?**

– Los pacientes que son remitidos a las unidades especializadas se diferencian bastante de los hipertensos o enfermos crónicos que son atendidos en atención primaria. El hecho de la derivación desde primaria implica que el paciente tome conciencia de su enfermedad, por lo general asintomática, y por tanto es un paciente mejor cumplidor. Otro tipo de pacientes que se ven en las Unidades de HTA son derivados tras haber padecido ya un incidente vascular desde los servicios de cardiología, neurología, etc. Este grupo de pacientes es mucho más sensible al buen cumplimiento que los enfermos crónicos asintomáticos. Como puede verse, el panorama es diferente al que se da en atención primaria. Por otra parte, en las consultas hospitalarias se tiene más tiempo para

poder hacer educación sanitaria con el paciente. Todos estos hechos resultan en el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, aunque no podemos decir lo mismo en cuanto al tratamiento no farmacológico.

– **¿Qué estrategias recomienda a sus pacientes para favorecer el cumplimiento?**

– Las estrategias no distan mucho de las que se siguen en atención primaria. Son las referentes al conocimiento de la enfermedad, que el paciente entienda cuál es el objetivo del tratamiento en cuanto a cifras de presión y a morbimortalidad. Además, hay que tomar la precaución de asociar la toma de fármacos a tareas rutinarias (aunque esto es difícil, ya que suelen ser pacientes con más de tres o cuatro fármacos) y asegurarnos de que todas las indicaciones y normas que damos al paciente son entendidas por éste y por el familiar acompañante. En mi experiencia, el mayor porcentaje de incumplimiento en pacientes mayores se debe a la mala comprensión del esquema terapéutico; por ello, en estos casos es conveniente utilizar un lenguaje claro y dar por escrito y con letra muy clara la pauta terapéutica, reforzando cada nombre y pauta con el “cartón” del medicamento que el paciente suele llevar a todas las visitas.

– **¿Qué papel deben desempeñar las diferentes sociedades científicas y organismos sanitarios públicos en el control del incumplimiento terapéutico?**

– En principio, lo que detecto es que ni los organismos sanitarios ni una gran parte de las sociedades científicas tienen en cuenta el problema del incumplimiento, exceptuando a la SEH-LELHA, como se puede comprobar. Por tanto, creo que nuestro papel inicialmente consiste en llamar la atención de estas instituciones para que se confiera al tema su importancia y su lugar. Una vez que hayamos conseguido llamar su atención, probablemente tendremos que estudiar estrategias concretas y coordinadas para conseguir reducir el incumplimiento terapéutico, con lo que seguramente se reducirá la morbimortalidad y, algo también muy importante, se rentabilizará el gasto que conlleva el manejo de los factores de riesgo vasculares.

# Cómo diagnosticar en un hipertenso una microalbuminuria aparecida como consecuencia del abandono del tratamiento antihipertensivo

Grupo de trabajo sobre Cumplimiento.

Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la HTA.

**Motivo de consulta:** En 2003, una mujer de 56 años, administrativa, acude a la consulta de atención primaria porque en un reconocimiento de empresa le han detectado la presión arterial (PA) elevada; se encuentra asintomática.

**Antecedentes familiares:** Padre con accidente cerebrovascular a los 79 años. Madre con hipertensión desde los 59 años y con dislipemia. Ambos en tratamiento.

**Antecedentes personales:** Paciente sin antecedentes de interés. Consultada su historia clínica, se observa que en los últimos años ha acudido en varias ocasiones por motivos leves; una medición de la PA 2 años antes era normal.

**Exploración física:** La exploración general fue normal, con auscultación cardiopulmonar, abdomen normal y pulsos pedios y carotídeos normales. Se midió la PA en 3 ocasiones mediante un OMRON M4, con los siguientes resultados: 150/96, 154/96 y 152/94 mmHg para la PAS y la PAD, respectivamente. El índice de masa corporal fue de 30,2 kg/m<sup>2</sup> (peso, 76 kg). El perímetro de la circunferencia abdominal fue de 92 cm.

**Exploraciones complementarias:** Se realizó una analítica, un electrocardiograma (ECG) y una determinación de microalbuminuria para descartar hipertensión secundaria y la presencia actual de lesiones de órganos diana.

En la analítica se observó una glucemia de 99 mg/dl; colesterol total, 194 mg/dl; triglicéridos totales, 115 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), 48 mg/dl; colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), 124 mg/dl; sodio, 146 mEq/l; potasio, 4,3 mEq/l; ácido úrico, 3,2 mg/dl, y creatinina, 0,79 mg/dl.

La determinación de microalbuminuria se realizó mediante el cociente albúmina/creatinina en una muestra de orina de primera hora de la mañana. Su valor fue de 8 mg/g, que indica normoalbuminuria. El ECG presentaba un ritmo sinusal, con una frecuencia de 71 lat/min aproximadamente, espacio PR, espacio ST, onda T y QT normales, y un eje eléctrico normal. Voltaje según criterios de Sokolow de 22 mm y voltaje según criterios de Cornell de 15 mm, compatibles con la normalidad.

Con el objetivo de descartar una HTA de bata blanca, se entregó a la paciente un OMRON CP-705 con impresora para la automedición domiciliaria de la PA y con un entrenamiento previo en su uso, recomendándosele que se realizara mediciones

diarias durante 1 semana, con 2 mediciones antes del desayuno y 2 antes de la cena, con un intervalo de 1 min entre ellas. Tras cada medición debía imprimir la lectura. De las 28 lecturas realizadas, tras eliminar las 4 lecturas del primer día, se obtuvo una media de 141 y 91 mmHg para la PAS y la PAD, respectivamente. Por consiguiente, la paciente fue diagnosticada de HTA esencial.

## Definición y clasificación de las cifras de presión arterial

En nuestra paciente se siguieron en el año 2003 las recomendaciones iniciales para el diagnóstico y tratamiento de la HTA del Consenso Europeo (ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003).

Para su clasificación se utilizó la media de las últimas 3 mediciones realizadas a nuestra paciente. Para ello, se utilizó la clasificación expuesta en la tabla 1. Teniendo en cuenta que las cifras medias de nuestra paciente en 2003 fueron 152 y 95 mmHg, al consultar la tabla 1 estas cifras se situaron en el grado de HTA ligera o grado 1.

Tras la clasificación como hipertensa, se estratificó el riesgo cardiovascular de la paciente para tomar decisiones respecto al tratamiento farmacológico que debía seguir. Para estratificar el riesgo cardiovascular previamente se debe conocer cuáles son los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que padece (tabla 2) y qué lesiones de órganos diana o enfermedades clínicas asociadas posee (tabla 3).

Para ello, se valoraron los FRCV recomendados por las Sociedades Europeas. Al consultar la historia clínica sólo se observó como FRCV padecido la obesidad abdominal, por una circunferencia abdominal de 92 cm. Asimismo, se valoró la presencia de lesiones de órganos diana o enfermedades clínicas asociadas (tabla 3), observándose que en la historia clínica no constan antecedentes de su padecimiento, ni se demostró en los estudios efectuados.

Finalmente se estratificó el riesgo de la paciente en el año 2003, en función de las cifras de PA, FRCV, lesiones de órganos diana, procesos clínicos asociados o presencia de diabetes (tabla 4). Se observa que nuestra paciente con un grado 1 de HTA, un FRCV adicional y sin lesiones de órganos ni enfermedades asociadas presentó en el año 2003 un riesgo moderado o, lo que es lo mismo, un riesgo absoluto añadido de entre un 15 y un 20% de padecer una complicación cardiovascular en los próximos 10 años.

Una vez conocido que la paciente presentaba un riesgo moderado y siguiendo el algoritmo de la figura 1 (ESH-2003), se iniciaron recomendaciones

**TABLA 1.** Definición y clasificación de las cifras de presión arterial (mmHg)

	PAS	PAD
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA ligera (grado 1)	140-159	90-99
HTA moderada (grado 2)	160-179	100-109
HTA grave (grado 3)	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

(ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.)

**TABLA 2.** Factores de riesgo cardiovascular para la estratificación del riesgo

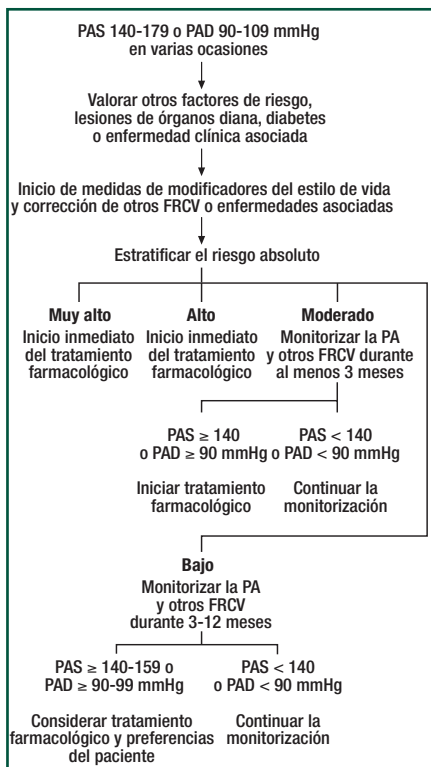
Valores de presión arterial sistólica y diastólica
Edad (> 55 años en varones y > 65 años en mujeres)
Tabaquismo
Dislipemia: colesterol total > 250 mg/dl, o c-LDL > 155 mg/dl, o c-HDL < 40 (varones); < 48 mg/dl (mujeres)
Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (varones < 55 años y mujeres < 65 años)
Obesidad abdominal. Circunferencia abdominal ≥ 102 cm (varones) ≥ 88 cm (mujeres)
Proteína C reactiva ≥ 1 mg/dl

(ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.)

**TABLA 3.** Lesiones de órganos diana y enfermedades clínicas asociadas que deben valorarse para estratificar el riesgo cardiovascular de la paciente

Lesión de órgano diana
1. Hipertrofia ventricular izquierda (ECG: Sokolow > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms; ecocardiograma: IMVI = H ≥ 125, M ≥ 110 g/m <sup>2</sup> )
2. Pruebas ecográficas de engrosamiento de la pared arterial (carótida > 0,9 mm) o de placa aterosclerótica
3. Ligero aumento de la creatinina sérica (H: 1,3-1,5; M: 1,2-1,4 mg/dl)
4. Microalbuminuria (30-300 mg/24 h); cociente albúmina-creatinina: H ≥ 22, M ≥ 31 mg/g
Enfermedad clínica asociada
1. Enfermedad cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia o cerebral ataque isquémico transitorio
2. Enfermedad cardíaca: infarto de miocardio, angina, revascularización coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva
3. Enfermedad renal: nefropatía diabética, deterioro renal (creatinina sérica: H > 1,5; M > 1,4 mg/dl), proteinuria (> 300 mg/24 h)
4. Enfermedad vascular periférica
5. Retinopatía avanzada: hemorragia o exudados, papiledema

(ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.)



**Figura 1.** Inicio de tratamiento antihipertensivo, basado en los niveles iniciales de presión arterial y en el nivel de riesgo cardiovascular total. ESH/ESC Guidelines. J Hypertens. 2003.

sobre los hábitos de vida y sobre otros FRCV acompañantes (obesidad), que debían continuarse durante al menos 3 meses. Se le aconsejó la práctica de ejercicio físico regular, consistente en paseos de 40 min diarios la mayoría de días de la semana, y una dieta sosa y restrictiva respecto al consumo de grasas saturadas. Se le citó, según consta en la historia, al mes, 2 y 3 meses para nuevas mediciones de la presión arterial y monitorización de las recomendaciones. Dado que las cifras de presión arterial continuaron elevadas, siguiendo el algoritmo de la figura 1 se inició tratamiento farmacológico con hidroclorotiazida, 25 mg/día.

**Tabla 4.** Clasificación del riesgo cardiovascular en función de las cifras de presión arterial, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesiones de órganos diana (LOD), procesos clínicos asociados (PCA) o presencia de diabetes

	Normal (PAS 120-129, o PAD 80-84 mmHg)	Normal-alta (PAS 130-139, o PAD 85-89 mmHg)	Grado 1 (PAS 140-159, o PAD 90-99 mmHg)	Grado 2 (PAS 160-179, o PAD 100-109 mmHg)	Grado 3 (PAS ≥ 180, o PAD ≥ 110 mmHg)
Sin FRC adicionales	Riesgo de referencia	Riesgo de referencia	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1 o 2 FRC adicionales	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo muy alto
3 o más FRC, o diabetes, o LOD	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo muy alto
Procesos Clínicos Asociados (PCA)	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Riesgo absoluto añadido de presentar complicaciones vasculares en 10 años:

< 15%    15-20%    20-30%    > 30%

## Revisión oportunista

En el año 2005 la paciente acude a la consulta de atención primaria por un proceso catarral, detectándose que no había acudido para control de su HTA en los 2 últimos años tras su diagnóstico y tratamiento inicial.

Se realizó una entrevista con el objetivo de aclarar la situación de su escaso control. La paciente manifestó que había abandonado el tratamiento antihipertensivo a las 2 semanas de su inicio, aduciendo como motivo principal la existencia de efectos adversos, concretamente el aumento de la diuresis tras su toma, que le ocasionaba grandes dificultades en su trabajo. Por ello, decidió abandonar el tratamiento y no creyó necesario consultarlo.

Una nueva exploración general no ofreció hallazgos significativos, excepto unas cifras medias, tras más de 10 mediciones de PA en 2 días diferentes, superiores a 160 y 98 mmHg. En los estudios complementarios realizados (analítica, ECG, fondo de ojo) se observó como única alteración destacable la presencia de microalbuminuria, con un valor de 198 mg/g tras la determinación del cociente albúmina/creatinina.

## Relevancia de la microalbuminuria

La presencia de microalbuminuria es un marcador precoz de riesgo cardiovascular; siguiendo las recomendaciones de las tablas 3 y 4, es considerada una lesión de órganos diana y puede influir en la estratificación del riesgo, incrementándolo con su presencia. El valor predictivo de riesgo cardiovascular de la microalbuminuria es evidente y, además, su determinación es una prueba de fácil realización que ofrece una valiosa información para definir el riesgo global cardiovascular de nuestros pacientes.

La prevalencia de microalbuminuria en la HTA se sitúa entre el 5 y 15%, en los diabéticos en torno al 30%, y en individuos sin HTA, sin diabetes mellitus (DM), sin enfermedad cardiovascular ni elevación de creatinina, es del 5%; por consiguiente, lo más frecuente es que un hipertenso tenga una microalbuminuria negativa.

## Puntos clave

1. Paciente con HTA grado 1, con 1 FRCV adicional, sin lesiones de órganos diana ni enfermedades clínicas asociadas y con un riesgo moderado tras su estadificación.
2. Se realizaron recomendaciones sobre modificaciones del estilo de vida, monitorización de la presión arterial durante 3 meses y posteriormente se inició tratamiento farmacológico.
3. A los 2 años del diagnóstico aparece una microalbuminuria como consecuencia de un mal control de su HTA, por abandono del tratamiento antihipertensivo, pasando a tener un riesgo vascular alto.

De forma general, la determinación de microalbuminuria se realiza básicamente en pacientes diabéticos, y en los pacientes hipertensos su determinación es muy inferior. La solicitud de una medición tan sencilla como la microalbuminuria en pacientes hipertensos ronda en España entre el 15 y el 30% de todos los hipertensos conocidos.

Hay que recordar que, en condiciones de función normal del riñón, el paso de proteínas a través del glomérulo renal es prácticamente insignificante, < 30 mg en orina de 24 h. Cuando este paso se encuentra aumentado pone en evidencia una alteración de la barrera de filtrado glomerular, la manifestación clínica más precoz de la nefropatía. Antes de la manifestación clínica ya se inician cambios morfológicos e histológicos.

En varios estudios, entre ellos el HOPE, se demuestra que existe una relación lineal continua entre la microalbuminuria y los episodios cardiovasculares, tanto en la población general como en el grupo de diabéticos incluidos en el estudio. Esta asociación de microalbuminuria y morbimortalidad cardiovascular persistió tras el ajuste a otras variables, y fue evidente incluso a niveles submicroalbuminúricos (fig. 2).

## Diagnósticos de la microalbuminuria

La primera de las pruebas que se debe realizar a un hipertenso, de gran valor y facilidad, es la determinación de la microalbuminuria. La presencia de microalbuminuria se define como la detección de valores de albúmina en orina  $\geq 30$  mg/24 h y menor de 300, ya que cifras superiores o iguales a 20 mg/min en orina recogida en un período determinado de tiempo, o  $\geq 30$  mg/g de creatinina en una muestra aislada. No hay que olvidar que una única determinación no es suficiente, por lo que precisa una confirmación en los próximos meses, dada la gran variabilidad. La determinación en orina de 24 h es la de referencia, pero de todos son conocidas las dificultades que presenta tener que recoger la orina durante 24 h. En el entorno de atención primaria y, en general, en la asistencia ambulatoria al paciente hipertenso, el método más recomendable para la cuantificación de microalbuminuria es la determinación del cociente albúmina/creatinina en una muestra de orina de la mañana (tabla 5). Esta determinación está suficientemente validada respecto a la determinación en orina de 24 h y es la recomendada por la mayoría de consensos y la usada en los recientes proyectos de investigación.

**TABLA 5.** Diagnóstico de microalbuminuria según las cifras de excrección urinaria de albúmina mediante pruebas

	Orina 24 h (mg/24 h)	Orina minutada (mg/min)	Muestra de orina aislada	
			Ajustada a la creatinina	No ajustada
			Índice albúmina/creatinina	
			(mg/g o mg/mg)	(mg/l)
Normal	< 30	< 20	< 30	< 20
Microalbuminuria	30-299	20-199	30-299	20-199
Macroalbuminuria	≥ 300	≥ 200	≥ 300	≥ 200

La medición del cociente albúmina/creatinina se debe realizar en una muestra de orina aislada, preferentemente a primera hora de la mañana. Se expresa en µg/mg de creatinina y se utiliza un método de laboratorio específico para detectar la microalbuminuria; debe tenerse en cuenta que la variabilidad entre muestras hace necesarias 2-3 determinaciones positivas, en un período de 3-6 meses, para considerarla patológica.

En atención primaria, y como método alternativo, se puede utilizar la tira reactiva (Micraltest) (sensibilidad del 95% y especificidad del 93%) y, si el resultado es positivo, confirmarlo por el método cuantitativo más específico. Hoy en día ningún hipertenso debe quedarse sin determinación de la microalbuminuria; incluso los médicos que tienen dificultades con su solicitud disponen de dichas ti-

ritas en farmacia, de un bote de orina y de unas cortinas en su consulta.

En la determinación de la microalbuminuria debe tenerse en cuenta que hay que evitar el ejercicio físico durante 24 h antes por microalbuminuria transitoria; que la mayor masa muscular y la mayor excreción de creatinina infraestiman la microalbuminuria, y al revés; que en varones la microalbuminuria es menor que en mujeres, porque en éstas la excreción de creatinina es menor, y que la microalbuminuria es mayor en ancianos, pues presentan una menor excreción de creatinina que los jóvenes. Por estas razones, en próximos consensos la microalbuminuria será definida según la edad. Asimismo existen una serie de factores que pueden condicionar o que están asociados a la microalbuminuria, como pueden ser el ejercicio físico, la piuria, la hematuria, la insuficiencia cardíaca, la hiperglucemia intensa, la fiebre, la infección, la hiperfiltración, la insuficiencia renal, la hiperlipemia, el alcohol y el tabaco, la hiperuricemia, la hiperhomocistinemia, la sensibilidad a la sal o la hipertrofia ventricular izquierda.

**Recomendaciones sobre cuándo determinar la microalbuminuria**

1. En la HTA, al inicio del diagnóstico y posteriormente de forma anual.
2. En la diabetes tipo 1, a los 5 años del comienzo de la enfermedad entre los 12 y los 75 años, cuantificándose 3 veces, más 2 valores patológicos. Si es negativo, repetir 1 vez/año; si es positivo, repetir 3 veces/año.
3. En la diabetes tipo 2, al diagnóstico de la enfermedad y luego anualmente desde el momento del diagnóstico de la DM.

**Tratamiento y evolución**

En nuestra paciente nos planteamos diferentes estrategias, según los problemas planteados:

1) La paciente presentaba uno de los principales tipos de incumplimiento del tratamiento, o el más importante, el abandono del tratamiento. En esta paciente era fundamental instaurar un tratamiento alternativo diferente al diurético para evitar los efectos secundarios que le ocasionaban, pero también era necesaria una buena educación del paciente sobre la importancia de la enfermedad y sobre el tratamiento prescrito. Había que informarle de la trascendencia de la lesión de órgano diana que presentaba y de la posibilidad de reversibilidad. Para ello, se ofreció información oral y escrita sobre la HTA, la microalbuminuria y el tratamiento prescrito de forma amplia y con documentos de apoyo. Asimismo, se citó a la paciente para consul-

ta programada y para consulta de enfermería y se le ofreció un programa de automedición domiciliar de la PA, para lo que se le prestó un monitor.

2) La presencia de MA nos exigía el uso de un antihipertensivo con efectos demostrados sobre su reversibilidad. La mayoría de estudios de intervención sobre MA se realiza en pacientes con HTA y diabetes. Así, los resultados del IRMA II muestran los efectos favorables de la administración de irbesartán, sobre la progresión de microalbuminuria a nefropatía establecida en los hipertensos con diabetes tipo 2. El IDNT y el RENAAL demuestran la eficacia del irbesartán y el losartán en el tratamiento de la nefropatía diabética establecida, y son la primera evidencia de que la intervención con fármacos ARA II ofrece un beneficio superior al de otras estrategias antihipertensivas. En el estudio BENEDICT en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 y normoalbuminuria, el uso del trandolapril más el verapamil y del trandolapril solo disminuyeron la incidencia de microalbuminuria en un grado similar, mientras que el efecto del verapamil solo era similar al del placebo. En el estudio MARVAL, realizado en diabéticos tipo 2 con función renal normal y con excreción urinaria de albúmina entre 20-200 mg/min, se observaron diferencias significativas en el grupo de hipertensos en la reducción de la MA entre valsartán y amlodipino favorables al primero.

Ante estas evidencias se utilizó valsartán en dosis de 160 mg/24 h.

A los 6 meses del reinicio del tratamiento farmacológico se pudo observar que la paciente presentaba unos valores medios de PA que oscilaban en todos los controles realizados entre 120-130 y 76-82 mmHg para la PAS y la PAD, respectivamente, con un buen cumplimiento terapéutico. Las determinaciones de MA a los 3 y 6 meses ofrecieron valores de 168 y 86 mg/g mediante el cociente albúmina/creatinina, y se observó una significativa y progresiva reducción de la MA.

**Reflexión final**

Los valores elevados de presión arterial siempre hay que clasificarlos, y posteriormente estratificar el riesgo cardiovascular de cada paciente en función de sus valores de presión arterial, de la presencia de FRCV, diabetes, lesiones de órganos diana o enfermedades clínicas asociadas.

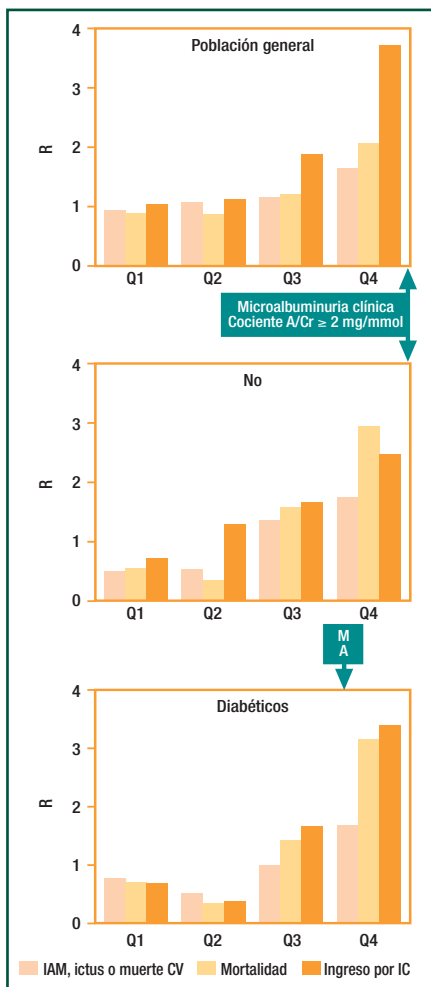
El abandono del tratamiento es el mayor incumplimiento posible y es el fracaso de nuestras actuaciones, por lo que hay que exigir una eficaz intervención por nuestra parte.

La microalbuminuria es un marcador temprano de lesión incipiente renal y de riesgo cardiovascular. Su presencia incrementa el riesgo vascular del paciente.

La medición de la MA es una determinación obligada y fácil para todos los hipertensos.

Se recomienda la determinación de la MA mediante el índice albúmina/creatinina.

El correcto control de las cifras de presión arterial ocasionará una reversibilidad progresiva de las cifras de microalbuminuria, palpable con mediciones sucesivas en el tiempo.



**Figura 2.** Relación lineal entre microalbuminuria y mortalidad cardiovascular en población general, no diabéticos y diabéticos. Adaptado: Gerstein et al. JAMA. 2001.

# Publicaciones sobre cumplimiento terapéutico (mayo-agosto 2005)

José Joaquín Casado Martínez

Distrito Sanitario Huelva. Centro de Salud "La Orden". Huelva. España.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed introduciendo los términos: "Compliance and hypertension", "Adherence and hypertension", "Compliance antihypertensive", "Compliance blood pressure" y "Adherence antihypertensive". Se aplicaron los siguientes límites de búsqueda: "May-August 2005". Se han seleccionado los artículos más relevantes.

### 1. Estudio de metaanálisis

**Domino FJ. Improving adherence to treatment for hypertension. Am Fam Physician. 2005;71:2089-90.**

**Objetivo:** Determinar la eficacia de intervenciones para aumentar la adherencia a la medicación antihipertensiva.

**Estrategia de búsqueda:** Búsqueda en Cochrane, MEDLINE, EMBASE y CINAHL hasta abril de 2002.

**Criterios de selección:** Ensayos clínicos de intervenciones para aumentar la adherencia a la medicación antihipertensiva en adultos con hipertensión esencial.

**Resultados:** Se incluyeron 38 estudios que estudiaban 58 intervenciones y que contenían datos sobre 15.519 pacientes. Los estudios fueron realizados en 9 países entre 1975 y 2000. Debido a la heterogeneidad entre los estudios en cuanto a intervenciones y a los métodos usados para medir la adherencia, los resultados no fueron uniformes. La simplificación de dosis de fármacos aumentó la adherencia (del 8 al 19,6%) en 7 de 9 estudios. Las estrategias de motivación eran acertadas en 10 de 24 estudios, con aumentos generalmente pequeños en la adherencia (hasta el 23%). Las intervenciones complejas que implicaban más de una técnica aumentaron la adherencia en 8 de 18 estudios, mejorando del 5 al 41%. La educación del paciente de forma aislada parecía en gran medida ineficaz.

**Conclusiones:** La reducción del número de dosis diarias parece ser eficaz en la mejora de la adherencia y debe intentarse como estrategia de primera línea, aunque hay menos pruebas de su efecto sobre la reducción de la PA. Algunas estrategias de motivación e intervenciones complejas parecen prometedoras, pero se precisan más estudios.

### 2. Estudio experimental

**Koylan N, Acarturk E, Canberk A, Caglar N, Caglar S, Erdine S, et al; Turkish Irbesartan Study Group. Effect of irbesartan monotherapy compared with ACE inhibitors and calcium-channel blockers on patient compliance in essential hypertension patients: a multicenter, open-labeled, three-armed study. Blood Press. 2005;Suppl 1:23-31.**

**Objetivo:** Investigar el cumplimiento de los pacientes que reciben inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), irbesartán o antagonistas del calcio (ACA) para la hipertensión esencial por un período de 6 meses.

**Métodos:** Los pacientes comenzaron monoterapia con irbesartán (n = 377), IECA (n = 298) o ACA (n = 308) y fueron reevaluados a los 1, 3 y 6 meses del tratamiento. Se determinó el cumplimiento del paciente. La eficacia fue registrada como reducciones en la presión arterial y la proporción de

pacientes con presión arterial normalizada. La tolerabilidad fue determinada por acontecimientos adversos.

**Resultados:** Considerablemente más pacientes con irbesartán eran más cumplidores con la medicación después de 3 y 6 meses del tratamiento. Menos pacientes que recibían irbesartán precisaron cambiar su medicación. Los 3 tratamientos del estudio exhibieron perfiles similares de eficacia, pero irbesartán presentaba perceptiblemente menos acontecimientos adversos.

**Conclusiones:** El cumplimiento del paciente con irbesartán era perceptiblemente superior a otros tratamientos del estudio. Irbesartán es, por lo tanto, una terapia de primera línea para la hipertensión esencial en la práctica clínica diaria.

### 3. Estudios de seguimiento

**Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med. 2005;165:1147-52.**

**Antecedentes:** Los pacientes con hipertensión y dislipemia concomitante presentan alto riesgo de enfermedad cardiovascular, que se puede atenuar considerablemente por el tratamiento. La adherencia al tratamiento es especialmente importante en estos pacientes. Este estudio fue realizado para describir los patrones y los predictores de la adherencia con terapia concomitante antihipertensiva (AH) e hipolipemiente (HL).

**Métodos:** Cohorte retrospectiva de 8.406 pacientes que iniciaron el tratamiento AH y HL. Se consideraba que un paciente era adherente si había consumido las prescripciones suficientes para cubrir por lo menos el 80% de los días con ambas clases de medicaciones. Un modelo de regresión multivariante evaluó predictores potenciales de la adherencia.

**Resultados:** El porcentaje de los pacientes adherentes con ambas terapias (AH y HL) declinó gradualmente después de la iniciación del tratamiento, con 44,7, 35,9 y 35,8% de los pacientes cumplidores a los 3, 6 y 12 meses, respectivamente. Después del ajuste por la edad, el sexo y otros predictores potenciales, se vio que los pacientes eran más probablemente cumplidores si habían iniciado terapia AH y HL conjunta, tenían una historia de enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca, o tomaban pocos fármacos.

**Conclusiones:** La adherencia con terapia concomitante AH y HL es pobre, y solamente 1 de cada 3 pacientes son cumplidores a ambas medicaciones a los 6 meses. Los médicos pueden mejorar perceptiblemente la adherencia iniciando terapia AH y HL concomitante y reduciendo el número de comprimidos.

**Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care. 2005;43:521-30.**

**Objetivo:** Evaluar el impacto de la adherencia a la medicación en el coste para 4 enfermedades crónicas: diabetes (DM), hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia (HC) e insuficiencia cardíaca.

**Diseño:** Cohorte retrospectiva de pacientes que fueron incluidos entre junio de 1997 y mayo de 1999. Se

identificaron las demandas del paciente en servicio de urgencias, hospitalizaciones, consumo de fármacos y adherencia a la medicación durante un período de 12 meses para cada paciente.

**Pacientes:** Un total de 137.277 pacientes < 65 años.

**Medidas:** Para cada enfermedad se calcularon los costes médicos, los costes de los fármacos y el riesgo de hospitalización. Usando análisis de la regresión, estas medidas fueron relacionadas con los niveles de adherencia a la medicación.

**Resultados:** Para la DM y la HC, un alto nivel de adherencia a la medicación se asoció a costes médicos más bajos. Para estas condiciones, los costes más altos de la medicación eran compensados por las reducciones de costes médicos, produciendo una reducción neta del gasto. Para la DM, la HC y la HTA, las compensaciones del coste se observaron con altos niveles de adherencia a la medicación. Para las 4 condiciones, los costes de hospitalización eran perceptiblemente más bajos para los pacientes con alta adherencia a la medicación.

**Conclusiones:** Para algunas enfermedades crónicas, la utilización creciente de fármacos puede proporcionar un ahorro económico neto cuando se acompaña de un alto nivel de adherencia al tratamiento.

**Grant RW, Singer DE, Meigs JB. Medication adherence before an increase in antihypertensive therapy: a cohort study using pharmacy claims data. Clin Ther. 2005;27:773-81.**

**Objetivo:** Probar la hipótesis de que los pacientes que requieren un aumento en su régimen antihipertensivo tienen una adherencia más pobre a la medicación, comparados con los pacientes que permanecen en un régimen estable.

**Métodos:** Estudio de cohorte. Se utilizaron los datos de las demandas de medicamentos registradas en farmacia de pacientes que comenzaban tratamiento antihipertensivo. Se calcularon el porcentaje de cumplimiento global (CMG) y el porcentaje de cumplimiento del período posterior a la subida de la dosis farmacológica.

**Resultados:** Del total de 5.089 pacientes (edad media 47,8 ± 13,0 años), el 18,4% precisó un aumento en el régimen. Después de ajustar según la edad, la duración del tratamiento, el número de médicos que prescribían y la medicación específica, los pacientes con un aumento del régimen hicieron 12,0% de CMG más alto comparado con los pacientes restantes en un régimen estable (p < 0,001). Para el período inmediatamente anterior al aumento de dosis, el cumplimiento no era perceptiblemente diferente en pacientes con un aumento comparado con los controles emparejados.

**Conclusiones:** Entre los hipertensos que inician terapia antihipertensiva, los que requirieron un aumento de dosis presentaron adherencia similar o levemente mejor comparados con los pacientes que permanecen en un régimen estable. La baja adherencia no fue predictora de la intensificación del régimen del antihipertensivo.

### Puntos clave de interés derivados de la revisión

- La reducción del número de dosis diarias parece ser eficaz para mejorar la adherencia y se debe intentar como estrategia de primera línea.
- Hay diferencias respecto al cumplimiento entre diferentes antihipertensivos de primera línea para la hipertensión esencial en la práctica clínica diaria.
- Los médicos pueden mejorar la adherencia iniciando terapia antihipertensiva e hipolipemiente concomitante y reduciendo el número de comprimidos.
- Para algunas enfermedades crónicas, la utilización creciente de fármacos puede proporcionar un ahorro económico neto cuando es seguida de un alto nivel de adherencia al tratamiento.

## ¿Existen evidencias de la relación entre incumplimiento y morbimortalidad cardiovascular?

La relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la HTA y la morbimortalidad cardiovascular está escasamente estudiada en la bibliografía mundial, y no hay estudios que analicen este aspecto.

Actualmente sólo conocemos del desarrollo de un estudio, el COOM-99, dirigido por Pladevall et al en España, que en los próximos años ofrecerá datos relevantes de esta relación.

Esta relación ha sido estudiada parcialmente por Gil Guillén et al en el estudio Mediterránea sobre el tratamiento de las dislipemias y analizada por Urquart en una evaluación de los datos del estudio de Helsinki que relaciona los beneficios del tratamiento con gemfibrozilo en la reducción de los episodios coronarios y el cumplimiento farmacológico hipolipemiente.

El estudio Mediterránea tuvo como objetivo evaluar la influencia del cumplimiento hipolipemiente en las complicaciones cardiovasculares. Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, multicéntrico, en el que se seleccionaron 1.351 pacientes hipercolesterolémicos tratados en monoterapia con un hipolipemiente. En este estudio participaron 480 médicos de atención primaria. Se realizó un seguimiento medio de cada paciente de 1,22 años (1997-2002) en condiciones de práctica clínica habitual, realizándose una valoración del cumplimiento mediante el test de Haynes Sackett y una valoración de aparición de complicaciones cardiovasculares mediante los informes médicos emitidos. En este estudio se valoraron los diferentes parámetros lipídicos y se calcularon las tasas anuales de episodios/100.000 pacientes/año y el riesgo relativo con sus intervalos. Se observaron descensos significativos en los valores de colesterol total en el grupo de pacientes cumplidores ( $p < 0,05$ ), con una menor tasa de complicaciones cardiovasculares y un riesgo relativo de 0,14 (tabla 1).

Urquart analizó el porcentaje de reducción del riesgo cardiovascular en función del porcentaje de dosis tomadas, comparando los grupos de tratamiento con gemfibrozilo frente a placebo en el estudio de Helsinki (HHS) y efectuando un análisis de las repercusiones económicas en función del cumplimiento. En este análisis se observa que si el porcentaje de cumplimiento en la toma de gemfibrozilo es superior al 93%, el beneficio observado se asocia a una reducción del riesgo cardiovascular del 48,7% en el grupo de gemfibrozilo respecto al grupo de placebo, con unas diferencias significativas. En la tabla 2 se aprecia

**TABLA 1.** Tasas de complicaciones cardiovasculares y riesgo relativo observados en el estudio Mediterránea, en cumplidores y no cumplidores del tratamiento hipolipemiente

	Complicaciones cardiovasculares
Cumplidores	170,9 (IC: 87,4-839,5)
Incumplidores	1.160,5 (IC: 525,9-2.605,4)
Tasas ajustadas por edad, sexo y cifras basales lípidos	0,14 (IC: 0,03-0,72) $p = 0,0092$

IC: intervalo de confianza

**TABLA 2.** Porcentaje de reducción del riesgo cardiovascular en función del porcentaje de dosis tomadas, comparando los grupos de tratamiento con gemfibrozilo frente a placebo en el Helsinki Heart Study (HHS)

Porcentaje de dosis prescritas tomadas por cuartiles	Modelo de Cox: reducción del riesgo cardiovascular (% reducción frente a placebo)
> 93	48,7
85-93	41,7
69-85	27,8
< 60	13,9

**TABLA 3.** Valoración del coste económico para evitar un episodio coronario por año, según el Helsinki Heart Study (HHS)

Cuartiles de cumplimiento	Número de pacientes que es necesario tratar (dólares)
Cuartil superior	205 (148.215 dólares)
Promedio de cumplimiento	357 (216.700 dólares)
Cuartil inferior	719 (260.278 dólares)

que, a medida que el porcentaje de cumplimiento disminuye, también lo hacen los beneficios observados en la reducción del riesgo cardiovascular, de tal forma que cuando el porcentaje de cumplimiento es inferior al 60%, la reducción del riesgo es escasa y no consigue diferencias significativas.

Los hallazgos observados indican que si un paciente en tratamiento hipolipemiente toma menos del 60% de su medicación, los beneficios esperados no se traducirán en la práctica clínica en beneficio alguno sobre la morbimortalidad; antes bien ocasionarán un gran incremento del gasto sanitario y un aumento de la probabilidad de efectos adversos por el tratamiento, sin beneficio alguno.

En la práctica clínica esta situación se da con frecuencia, sobre todo cuando el paciente no cumple el tratamiento, pero también cuando algunos profesionales sanitarios indican descansos en el tratamiento hipolipemiente o no lo prescriben de forma continuada sino alternando los días de su toma e induciendo por ello un claro incumplimiento.

Urquart realizó asimismo un análisis económico del Helsinki Heart Study con el objetivo de,

en función de los hallazgos observados, conocer el coste necesario para evitar la aparición de un episodio coronario. Como puede observarse en la tabla 3, el coste (en dólares) es significativamente inferior en el grupo de pacientes cumplidores respecto a los no cumplidores.

Como conclusión, podría decirse que aunque existen escasos estudios referentes a la HTA, en otras enfermedades como en las dislipemias existen algunas evidencias de la relación entre el buen cumplimiento y una menor morbimortalidad, así como de una reducción de los costes sanitarios para evitar la aparición de un episodio coronario.

### Bibliografía recomendada

- Gil V, Amor ST, Sánchez T, Abell NJ, Llisterrí JL, Rodríguez G, et al. Estudio Mediterránea. Abstracts IX Reunión Nacional de la Asociación de la Sociedad Española de hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la HTA. Hipertensión. 2004;21Supl 1:78.  
 Urquart J. Pharmacoeconomics consequences of variable patient compliance with prescribed drug regimens. Pharmacoeconomics. 1999;15:217-28.

## Relación entre cumplimiento y grado de control de la HTA

El grado de control de la población hipertensa en España y a nivel mundial oscila entre el 20 y el 36% de la población tratada, y una de las causas principales de este escaso control es el incumplimiento terapéutico. Parece lógico pensar en la relación entre el mal cumplimiento del tratamiento farmacológico y un peor grado de control de la HTA. Pero por muy lógico que parezca, las evidencias publicadas en la bibliografía internacional no son suficientes para demostrar su relación.

Recientemente se publicó en *Journal of Hypertension* una revisión de Wetzels et al (Wetzels GE, Nelemans P, Schouten JS, Prins MH. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens.* 2004;22:1849- 55) que analizaba estos aspectos. Su objetivo fue describir el cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo en diversos estudios e investigar si éstos podrían establecer una relación entre el cumplimiento y los valores de presión arterial (PA). Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE, PubMed y EMBASE para obtener estudios publicados entre 1985 y 2003 en los que la medición del cumplimiento se hubiera realizado con monitores electrónicos de control de la medicación (Medication Events Monitors Systems [MEMS]). Se identificaron 30 estudios con una gran variabilidad en su metodología. La media del porcentaje de cumplimiento fue  $94,4 \pm 4,4\%$  cuando el régimen era de 1 comprimido al día y de  $88,2 \pm 6$  cuando el régimen era de 2 comprimidos al día. La media del porcentaje de dosis correctamente tomadas fue de  $85 \pm 8,7\%$

para regímenes de 1 comprimido al día y de 75,3% para los regímenes de 2 comprimidos al día. El porcentaje de incumplidores osciló entre el 9 y el 37%. Los estudios con un seguimiento superior a 6 meses demuestran un aumento progresivo del incumplimiento con el tiempo. Los estudios que relacionan cumplimiento con grado de control de la PA muestran resultados contradictorios. Los autores concluyen que el porcentaje de cumplimiento de forma general fue muy alto y que la relación entre cumplimiento y grado de control de la PA aún no se ha establecido correctamente. Se propone a los MEMS como la metodología más idónea para medir el cumplimiento terapéutico.

Otros estudios, e incluso algunos realizados en España, obtienen resultados similares.

Una posible explicación para la observación de estos hallazgos podría ser la correcta toma de la medicación en los días previos a la medición de la PA. Realmente, aunque un estudio demuestre el incumplimiento del paciente, si éste toma su medicación correctamente los días previos podría presentar una PA bien controlada el día que acude a la visita médica para el estudio.

El estudio del cumplimiento mediante MEMS nos ha ofrecido la comprensión del reconocido cumplimiento de bata blanca y el estudio de la posible cobertura terapéutica.

Mediante el término cobertura terapéutica, y suponiendo una cobertura de 24 h de eficacia antihipertensiva del fármaco usado, dependiendo de la hora de toma de la medicación, en un paciente concreto se puede calcular el porcentaje de horas en las que el paciente ha estado real-

mente cubierto con efecto terapéutico antihipertensivo. Es decir, si el paciente toma la medicación el día previo a la medición de la PA, probablemente estará cubierto terapéuticamente de forma antihipertensiva.

Asimismo, se ha observado que algunos pacientes indican que cuando se miden la PA en la farmacia la tienen alta, mientras que cuando acuden a la consulta médica están controlados; o que pacientes con un buen control de la PA en la consulta presentan sucesivas apariciones o empeoramientos de lesiones de órganos diana. Tras el estudio de cumplimiento se observaba que estos pacientes toman la medicación correctamente en los días anteriores a la consulta médica, por lo que mejoran el grado de control de la HTA, pero posteriormente, entre una visita y otra, presentan un importante incumplimiento, con el resultado de escasas coberturas antihipertensivas. ¿Podría darse esta situación en un número considerable de pacientes hipertensos incluidos en los estudios de investigación y ser una causa fundamental de la escasa evidencia observada en los estudios en la relación entre cumplimiento y grado de control? Probablemente es lo que está sucediendo.

También puede ser que dichos estudios no hayan seleccionado correctamente a sus hipertensos, y es posible que hayan incluido un alto porcentaje de pacientes con hipertensión de bata blanca o fenómeno de bata blanca. E incluso otros autores aducen que es posible que no se haya definido correctamente a los pacientes en cumplidores o incumplidores al usar métodos de diagnóstico no fiables en dichos estudios.

Una forma de estudiar esta relación para su aclaración sería el estudio de esta relación día a día, utilizando para ello un MEMS para el estudio del cumplimiento, y una medición domiciliar mediante los monitores electrónicos para automedición domiciliar de la PA. En la actualidad, el Grupo de Cumplimiento coordina un estudio, llamado CUMAMPA, con dichos objetivos y en el cual se utiliza como metodología el uso de un programa de automedición domiciliar de la PA mediante monitores automáticos y los MEMS.

Sin embargo, la bibliografía nos ofrece evidencias gracias a los numerosos estudios que observan el cumplimiento. Uno de los principales fue realizado en España por Márquez et al. Para valorar si existe un límite aceptable de cumplimiento a partir del cual no se mejora el grado de control de la HTA, Márquez et al se propusieron analizar la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteria-

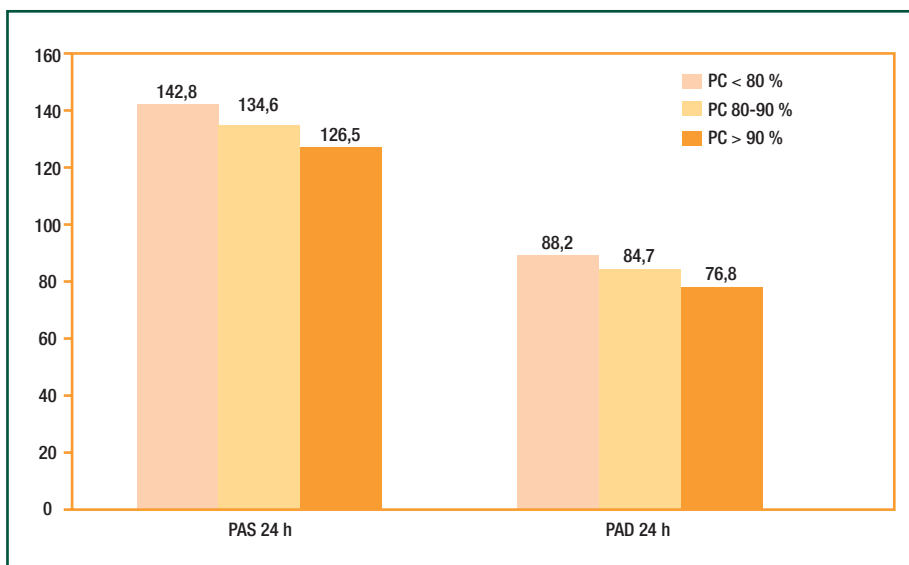
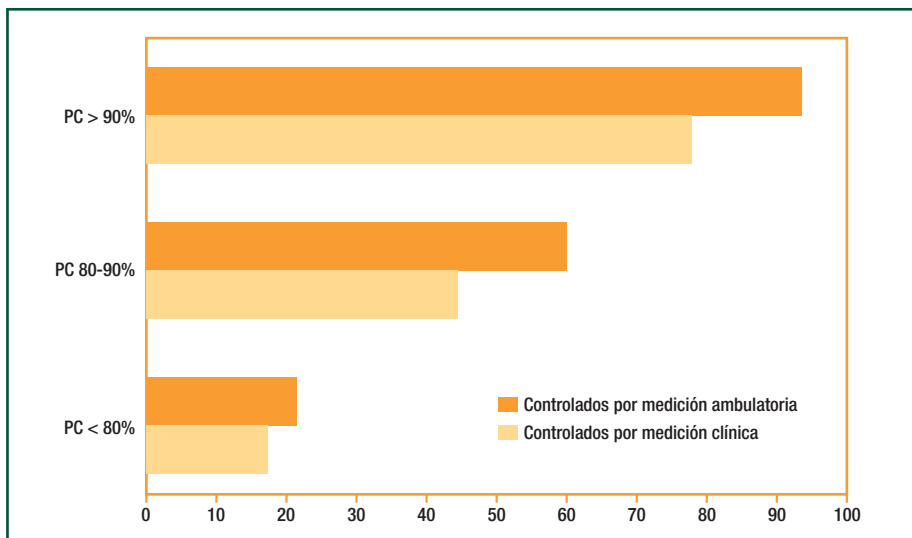


Figura 1. Presiones arteriales medias ambulatorias de 24 h, en función del porcentaje de cumplimiento (PC).



**Figura 2.** Porcentaje de control de la HTA en función del porcentaje de cumplimiento (PC), por medición clínica y ambulatoria de la presión arterial.

les y en el grado de control de la HTA esencial leve-moderada mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). En este estudio prospectivo se incluyeron 106 pacientes con HTA leve-moderada constatada con MAPA, que iniciaron su tratamiento con un antihipertensivo en monodosis y a bajas dosis, duplicándose al mes si las cifras de PA eran superiores a 140 y/o 90 mmHg. Se realizó un seguimiento de 2 meses a cada paciente con un recuento de comprimidos en domicilio y por sorpresa, y la realización de una MAPA inicial y final. Se calcularon las PA medias de 24 h, diurnas y nocturnas, y se calculó el porcentaje de cumplimiento (PC), estableciéndose 3 grupos de comparación:

- Grupo A, con PC < 80%.
- Grupo B, con PC entre 80 y 90%.
- Grupo C, con PC > 90%.

Finalizaron 99 individuos, con un porcentaje de cumplimiento medio del  $91,8 \pm 7,7\%$ . Al final del seguimiento, el 21,9% de los pacientes per-

tenecía al grupo A; otro 21,9%, al grupo B, y el 56%, al grupo C.

En este estudio se observó que a medida que aumentaba el porcentaje de cumplimiento, las cifras medias de PA ambulatorias de 24 h eran inferiores, tanto para la PAS de 24 h como para la PAD, con diferencias significativas entre los diferentes grupos formados según su PC (fig. 1). Al valorar el grado de control por grupos de PC, se observa que el grupo A (PC < 80%) presentaba significativamente el menor porcentaje (20%) de control, y el grupo C (PC > 90%) el mayor, observándose un 80% de control clínico y ambulatorio de la HTA en este grupo (fig. 2).

Por consiguiente, en la práctica clínica podríamos hacernos la siguiente pregunta: ¿Qué porcentaje de cumplimiento se asocia a un aceptable grado de control de la HTA? Los resultados de este estudio indican que, si los pacientes cumplen con la toma de su medicación antihipertensiva y en monoterapia, puede esperarse hasta un 80% de control clínico de la HTA. Estos

resultados hablarían de la efectividad que podría esperarse de los antihipertensivos, si los hipertensos consumieran más del 90% de la medicación prescrita. Los autores de este estudio analizado concluyen que el cumplimiento terapéutico influye en las cifras de PA y en el grado de control clínico y ambulatorio de la HTA, sin un límite de PC que al aumentar no mejore el grado de control de la HTA. Por consiguiente, la consideración clásica de aceptar como cumplidores a los que consumen entre el 80 y el 110% de los fármacos prescritos queda en entredicho y, como dicta la lógica, es preferible que todos los pacientes tomen todas sus pastillas. Es frecuente observar la opinión de diferentes profesionales que se dan por satisfechos si sus pacientes sólo dejan de tomarse 4 o 5 pastillas al mes. Según los resultados del estudio de Márquez et al, se podría interpretar que estos profesionales se dan por satisfechos con un cumplimiento del 80-90% en dicho paciente y, por consiguiente, con una probabilidad de sólo el 40-50% de controlar a su paciente.

Posiblemente el consumo entre el 90 y el 100% se acerca más a la realidad de considerarse como buen cumplimiento, y en los futuros estudios de cumplimiento éstas deberían ser las cifras que hay que tener en cuenta para considerar como cumplidores a los pacientes incluidos en los estudios.

#### Bibliografía recomendada

Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Martínez Vázquez M, Moreno García JP, Fernández Ortega A, Villar Ortiz J, et al. Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteriales y grado de control de la HTA, mediante monitorización ambulatoria de la PA. *Med Clin (Barc)*. 2001;116 Supl 2:114-21.

Wetzels G, Nelemans P, Schouten J, Prins M. Facts and fictions of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. *J Hypertens*. 2004;22:1849-55.

# Actividades del Grupo de Cumplimiento

### Creación de un nuevo grupo de trabajo sobre cumplimiento

La directiva de la Sociedad Andaluza de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular ha decidido crear un Grupo de Trabajo para el estudio del cumplimiento terapéutico en la HTA. Desde estas líneas se ofrece la oportunidad para que los interesados en el tema contacten con la directiva de la Sociedad para unirse al Grupo de Trabajo (satha.es).

### Actividades del Grupo de Cumplimiento en congresos

Durante el pasado Congreso de la Sociedad Extremeña de HTA celebrado en Don Benito (Badajoz) durante los días 25 y 26 de noviembre de 2005 se presentó un Taller sobre cumplimiento terapéutico en la HTA, que fue impartido por miembros del Grupo de Trabajo de Cumplimiento de SEH-LELHA y coordinado por el Dr. Jacinto Espinosa García. Asimismo, en el Congreso regional de la Sociedad Andaluza de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular celebrado recientemente en Roquetas de Mar, los doctores Martín de Pablos y Márquez Contreras presentaron dicho taller.

### Reunión Nacional de la SEH-LELHA: Madrid, marzo de 2006

Durante dicha reunión el Grupo presentará diferentes comunicaciones sobre estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la HTA. Asimismo, se celebrará una sesión interactiva en la cual se presentarán oralmente las mejores comunicaciones que sobre cumplimiento terapéutico se den a conocer en dicha Reunión Nacional.

### Proyectos de investigación

El Estudio ETECUM-HTA, cuyo objetivo fue valorar la eficacia de la intervención telefónica y postal en el cumplimiento terapéutico de la HTA y que fue el primer estudio coordinado por el Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento de la SEH-LELHA, ha sido publicado en la prestigiosa revista *Blood-Pressure* (2005;14:151-158), en la cual pueden analizar el estudio.

Asimismo, otro proyecto de investigación del Grupo ha sido aceptado para su publicación en la prestigiosa revista *Journal of Hypertension*. El estudio aceptado se denomina Eapacum-HTA, y su objetivo principal fue evaluar la eficacia de un programa de automedición domiciliar de la presión arterial en la mejora del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA, utilizándose monitores automáticos para la automedición y los MEMS (*medication event monitoring system*) como medida del cumplimiento terapéutico.

### III Talleres de cumplimiento

Durante el año 2005 se han desarrollado los III Talleres sobre el incumplimiento terapéutico en la HTA en numerosas ciudades españolas y en diferentes congresos. Se trata de un taller de 5 h de duración dirigido a médicos y enfermeros de atención primaria y cuenta con la acreditación (0,4 créditos) del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este taller fue desarrollado por los miembros del grupo, con carácter meramente interactivo, con los 25 a 30 asistentes que acudieron. El objetivo principal fue promocionar la medición del cumplimiento farmacológico en aquellos hipertensos no controlados entre los profesionales de atención primaria, capacitarlos en la detección de sus causas y en la implementación de estrategias con el fin de mejorar el cumplimiento y obtener un mejor grado de control de la HTA.

### III Jornadas de cumplimiento

Durante los días 24-26 de febrero de 2006 tendrán lugar las III Jornadas de Cumplimiento en la ciudad de Ceuta, organizadas por el Grupo de Trabajo sobre cumplimiento de la SEH-LELHA. El objetivo de estas Jornadas es actualizar temas de cumplimiento y reunir en este

evento a investigadores colaboradores en proyectos de investigación con el Grupo y médicos interesados en el estudio del cumplimiento terapéutico.

Para inscribirse es necesario contactar con el correo electrónico [emarquezc@papps.org](mailto:emarquezc@papps.org)

### Tarjeta de cumplimiento del hipertenso

El grupo de cumplimiento ha elaborado la tarjeta de cumplimiento del hipertenso, que se presenta en el material para pacientes que se edita en el boletín n.º 2. Todos los interesados pueden solicitarla a través de nuestra página web o al laboratorio que la promociona. Esta tarjeta es distribuida entre los médicos y enfermeros de atención primaria, en cajas de 50 tarjetas cada una, para su posterior entrega a los pacientes hipertensos.

El objetivo de la tarjeta es que los hipertensos puedan comenzar a percatarse de que existe un problema, del cual no son conscientes en general, como es el incumplimiento del tratamiento farmacológico, y que además se den cuenta de que ello preocupa a sus médicos y enfermeros.

### Reunión Nacional de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial



Página web: <http://www.sehleha.org/grupocumpli.htm>

El Grupo de Cumplimiento ofrece un enlace en actualización constante en la página web de la SEH-LELHA, con amplia información. En la web se ofrecen los siguientes aspectos, que están a su disposición:

1. Solicitud de asesoramiento en el diseño de un proyecto de investigación sobre cumplimiento en la HTA.
2. Revisiones sobre cumplimiento y bibliografía.
3. Referencias bibliográficas de todos los estudios publicados en España y revisiones sobre cumplimiento terapéutico en la HTA publicados durante el período 2001-2002.
4. Estudios de intervención sobre cumplimiento terapéutico en la HTA que ofrecen la mejor evidencia.
5. Caso clínico sobre cumplimiento.
6. Estudios de investigación finalizados, en marcha o en fase de preparación, con publicación de protocolos, boletines de seguimiento o resultados.
7. Cómo proceder para realizar el recuento de comprimidos.
8. Información sobre el taller: el incumplimiento terapéutico en la HTA.
9. Requisitos necesarios para diseñar un proyecto de investigación.
10. Información sobre el proyecto tarjeta de automedición del cumplimiento.
11. Materiales para pacientes.
12. Boletín n.º 1 del Grupo de Cumplimiento.
13. Boletín n.º 2 del Grupo de Cumplimiento.
14. Boletín n.º 3 del Grupo de Cumplimiento.
15. Boletín n.º 4 del Grupo de Cumplimiento.