



## 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 1, Número 2, Septiembre 2004

Publicación cuatrimestral

<b>Editorial</b> 19	Los médicos de familia tienen una gran dificultad para conseguir el control de la HTA en sus pacientes
<b>Estrategias para mejorar el cumplimiento</b> 20	La combinación de diferentes estrategias puede mejorar el cumplimiento medio hasta en un 35%
<b>La opinión del experto</b> 23	El Dr. Pedro Aranda Lara nos indica que para conseguir un buen cumplimiento es necesario informar de forma adecuada al paciente, conseguir una buena relación médico-paciente y seleccionar los fármacos que sean mejor tolerados
<b>Caso clínico breve. Cumplimiento</b> 24	Reflexión sobre la conversión de un incumplidor del tratamiento con varios antihipertensivos en un paciente cumplidor tras la intervención terapéutica
<b>Caso clínico breve. Hipertensión</b> 26	Decisiones terapéuticas sobre las cifras de presión arterial normal-alta, en un paciente con microalbuminuria como lesión de órgano diana
<b>Material de ayuda al paciente</b> 28	La tarjeta de cumplimiento del hipertenso ha demostrado, en ensayos clínicos, su eficacia en la mejora del cumplimiento
<b>Actualización bibliográfica</b> 29	Se presentan los estudios más relevantes publicados sobre cumplimiento en los primeros 6 meses de 2004
<b>Investigación: resultados del estudio HTA-ALERT</b> 30	Los mensajes de alerta al teléfono móvil del hipertenso pueden ser una estrategia que habría que fomentar para mejorar el cumplimiento entre sus usuarios
<b>Proyectos de investigación: estudio CUMAMPA-HTA</b> 32	Se analiza la influencia del cumplimiento farmacológico en las cifras domiciliarias de presión arterial mediante el uso de los monitores electrónicos de control de medicación y los OMRON
<b>Otras actividades del grupo</b> 34	Una visita a la página web del grupo le ayudará con sus contenidos sobre cumplimiento



## ¿Los médicos de familia son capaces de controlar la hipertensión arterial de sus pacientes?

Es evidente, y no admite dudas, que deben ser los médicos de familia los responsables del correcto diagnóstico, el seguimiento y las decisiones terapéuticas que se deben tomar con los pacientes hipertensos, en colaboración, en caso de necesidad, con otros especialistas, ya sean internistas, nefrólogos o cardiólogos, entre otros.

Asimismo, éstos deben ser los responsables de la obtención de un correcto grado de control de sus cifras de presión arterial, en función del riesgo individual que recomiendan los diferentes consensos en la hipertensión arterial (HTA).

Sin embargo, el grado de control de la HTA en España es bajo. Así, resultados del último estudio publicado, el estudio PRESCAP, ofrecen que el grado de control de la HTA es del 36%, lo que demuestra una mejoría leve respecto a anteriores estudios.

A pesar de esta mejoría, y generalizándolo a la práctica clínica, cada médico de familia, suponiendo que tenga a 1.800 pacientes a su cuidado, y con una prevalencia de HTA del 20%, tiene a 231 hipertensos no controlados en su cupo, aproximadamente.

Habitualmente, se ha considerado que para ello hay 2 causas fundamentales: la primera, el incumplimiento de las medidas higienicodietéticas y farmacológicas por parte del paciente, y la segunda, la inercia clínica profesional o los fallos del médico en el inicio o la intensificación del tratamiento, cuando están indicados.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es uno de los grandes olvidados de la medicina, aún sin resolver por parte de los profesionales sanitarios. De todos es conocido que el porcentaje de incumplimiento oscila entre el 7,1 y el 66,2%, y que los profesionales sanitarios no sólo investigan escasamente el incumplimiento del tratamiento farmacológico, sino que, además, cuando lo investigan no utilizan la mejor metodología para su detección; además, la implantación de estrategias para mejorar el cumplimiento es algo lejano en la práctica clínica. También es conocido por los pacientes el incumplimiento de las medidas higienicodietéticas y el fracaso de su seguimiento, mayor incluso que el incumplimiento farmacológico.

Parejo a la mejoría del grado de control de la HTA, el cumplimiento del tratamiento farmacológico también ha mejorado levemente en los últimos años, y hay una tendencia favorable al incremento del ejercicio físico en la población. Sin embargo, la población hipertensa desconoce que el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un problema para su salud, y no piensa que los profesionales sanitarios están preocupados por ello.

Es posible que, en los próximos años, la intervención en este campo directamente sobre los pacientes, más que sobre los profesionales sanitarios, obtenga mejorías más favorables en el cumplimiento farmacológico. En este sentido, el Grupo de Cumplimiento ha desarrollado diferentes materiales para su entrega a los pacientes, como la tarjeta de cumplimiento de la

medicación o proyectos dirigidos a pacientes para mejorar la educación sanitaria en este aspecto.

Respecto al problema de la inercia clínica, hay que considerarlo de importancia. Resultados del estudio Controlpres 2001 indicaron que el 88% de los médicos, ante un paciente con cifras de presión arterial superiores a 140/90 mmHg, no tomaba ninguna actitud o modificación terapéutica. Sus causas son variadas, entre las que destacan la sobreestimación de la atención médica o de la adherencia a las guías clínicas, el déficit de formación o de organización o causas "blandas", como la percepción de que las "cosas van bien", la culpabilización del paciente de lo que ocurre o los recelos en la aceptación de los objetivos de las guías. En este sentido, la intervención de organismos públicos y privados, así como de numerosas asociaciones médicas no han obtenido resultados satisfactorios.

Por ello, además de las intervenciones que se están desarrollando, totalmente necesarias, es precisa una reflexión profunda sobre este problema. El problema del bajo control no sólo se produce en la HTA, sino también en otras enfermedades crónicas, en España y, con similar importancia, en otros países.

Dentro de posibles reflexiones habrá que considerar aspectos tan conocidos como luchar por el incremento de tiempo de consulta de los médicos, intervenir directamente sobre los pacientes y que sean éstos quienes impliquen, por su propio interés, a sus cuidadores, y algo tan viejo como el uso de 2 dosis de antihipertensivos más que las monodosis, tan propugnadas en los últimos años.

Este último aspecto se tratará en los siguientes boletines, ya que en los próximos años se asistirá con gran probabilidad a la modificación del horario habitual de la toma en un alto porcentaje de pacientes, así como a la modificación de la cantidad de dosis que se deberá tomar, con el objetivo de mantener al hipertenso con una menor cobertura terapéutica, en caso de incumplimiento farmacológico.

*Miembros del Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y la 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 Von Wichmann

Dr. José Joaquín Casado Martínez

Dr. José Luis Martín de Pablos

Dr. Francisco Atienza Martín

Dra. Teresa Gros i García

# Estrategias para disminuir el incumplimiento terapéutico en la HTA

Las estrategias recomendadas con el objetivo de disminuir el incumplimiento terapéutico se basan, en general, en los resultados de diferentes ensayos clínicos aleatorizados, con mediciones del cumplimiento en más del 80% de la muestra y que ofrecen datos de resultados sobre cumpli-

miento y algún resultado clínico (presión arterial [PA]), y con una estrategia de fácil aplicación en la práctica clínica.

En la tabla 1 sólo se presentan los datos de los estudios que ofrecen la mejor evidencia. Estos estudios obtienen mejorías en el cumplimiento entre

el 5 y el 10% de forma general. Sin embargo, la mejor estrategia es la combinación de varias que actúen sobre diferentes causas, con lo que se consiguen mejorías de un 11% en el cumplimiento, y no se observa más beneficio si se actúa sobre más de 2 causas o según cuál sea la intervención.

### Estrategias para mejorar los conocimientos y actitudes sobre la HTA y el tratamiento prescrito

Estas estrategias son de fácil uso en la práctica clínica, aunque los resultados obtenidos a largo plazo

**Tabla 1.** Ensayos clínicos de intervención que analizan el cumplimiento terapéutico y algún resultado clínico de la enfermedad presentada

Autor	Intervención realizada	Número de pacientes	Mediciones del cumplimiento y la enfermedad	Mejora el cumplimiento	Mejora la enfermedad
Andrejak (2000)	Una respecto a 2 dosis de antihipertensivos	133	MEMS PA	Sí	Sí
Baird (1984)	Una o 2 dosis de metoprolol	389	Recuento y orina PA y frecuencia	Sí	No
Bass (1986)	Exhaustivo seguimiento por enfermera	116	Recuento. Automunicado PA	Sí	Sólo PAS
Becker (1986)	Contenedor especial de comprimidos	191	Recuento y autocomunicado PA	No	No
Brouker (2000)	Consejo oficial de farmacia	43	Autocomunicado PA	Sí	Sí
Friedman (1996)	Llamada telefónica automatizada	267	Recuento autocomunicado PA	Sí	Sí
Girvin (1999)	Una respecto a 2 dosis de hipotensor	25	Recuento PA	Sí	Sí
Haynes (1976)	Visitas de trabajo efectuadas por no sanitarios Automonitorización de la PA y comprimidos, más recompensas	38	Recuento domiciliario PA	Sí	No
Johnson (1978)	1. Automonitorización de la PA 2. Visitas domiciliarias 3. Ambos	136	Recuento PA	No	No
Logan (1979)	Cuidados en el trabajo por enfermera, automonitorización de la PA, recompensas	457	Recuento PA	Sí	Sí
Márquez (1998)	Educación grupal y mensajes postales fomentando cumplimiento	106	Recuento domiciliario PA	Sí	Sí
Mounier-Vehier (1998)	Amlodipino en monodosis frente a nifedipino <i>retard</i> en 2 dosis	103	MEMS Monitorización 24 h	Sí	Sí
Pladevall (2001) Resultados preliminares	Información escrita, entrevista motivacional, soporte social	148	Recuento MEMS PA	Sí	Sí
Sackett (1975)	1. Cuidados médicos trabajo 2. Programa información HTA 3. Ambos	124	Recuento Valores en orina PA	No	No
Takala (1979)	Información escrita, tarjetas tratamiento, llamadas para citas	114	Recuento PA	Sí	Sí
Raigal (2001)	Educación sanitaria en consulta programada	100	Recuento PA	Sí	Sí
Tortajada (2001)	Entrevista clínica motivacional fuera de la consulta a demanda	114	Recuento PA	Sí	Sí
Zaragoza (2002)	Hoja informativa escueta Entrevista domiciliaria	106	Recuento PA	No	No
Márquez (2004)	1. Intervención postal 2. Intervención telefónica	538	Recuento PA	Sí	Sí
Márquez (2004)	Mensajes de alerta al teléfono móvil	67	Recuento PA	No	PA a los 3 meses

MEMS: monitores electrónicos de medicación; PA: presión arterial; PAS: PA sistólica.

son pequeños, ya que se utilizan como estrategia aislada, por lo que deben usarse en combinación con otras estrategias. La falta de conocimientos mínimos sobre la HTA y el tratamiento antihipertensivo recomendado facilita la adopción de una conducta o una actitud incumplidora. Los pacientes hipertensos deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo con detalle. Deben conocer diferentes aspectos de los antihipertensivos que toman, por qué deben tomarlos, cuándo y cómo tomarlos, en qué cantidad, qué hacer en el caso de olvido o de retraso en una dosis, con qué frecuencia aparecen efectos adversos y qué efectos adversos graves pueden producir, y deben comprometerse en la toma de la medicación.

Las estrategias investigadas utilizan la educación sanitaria individual y grupal con diferentes técnicas: el uso de información escrita, las tarjetas de control de las cifras de presión arterial, la automejoría del cumplimiento, los medios audiovisuales, los envíos postales al domicilio y las instrucciones telefónicas.

Las intervenciones múltiples obtienen los mejores resultados; por ejemplo, la información impresa en documentos, junto con la educación individual y específica, al utilizar información personalizada o cuando se utilizan casos clínicos con buenos resultados en los que compararse. Los estudios realizados por Márquez o Brouker, y otros, como los de McKenney o Morisky, ofrecen resultados satisfactorios.

En el estudio realizado por Márquez et al se evaluó la eficacia de la educación para la salud mediante sesión grupal con refuerzo postal, tras 2 años de intervención, en el cumplimiento terapéutico de la HTA. Se trata de un ensayo clínico controlado, aleatorizado, en atención primaria. En el grupo de intervención se llevó a cabo una sesión de educación sanitaria inicial grupal, utilizando una combinación de la técnica de dinámica de grupo, con un claro componente informativo y un posterior refuerzo postal periódico domiciliario. El cumplimiento se valoró mediante el recuento domiciliario de comprimidos, por sorpresa. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, con un mayor cumplimiento en los grupos de intervención, y se obtuvo un beneficio superior al 40% en el grupo de cumplidores, pero del 5% en el de cumplimiento medio. Brouker, mediante consejos específicos individuales sobre diferentes aspectos de la HTA, mejoró el cumplimiento y los resultados. Por otro lado, McKenney sólo observó una mejora del cumplimiento durante el estudio, y Morisky, con una técnica de dinámica de grupo, aumentó el cumplimiento respecto al grupo control en los primeros 2 años. Otros estudios han observado que las simples instrucciones a hipertensos sobre la HTA o el tratamiento no mejoran el cumplimiento a largo plazo y que la intimidación al hipertenso no es mejor estrategia que otras.

### Estrategias recomendadas para intervenir sobre la falta de conocimientos y actitudes sobre la HTA y el tratamiento prescrito

1. Ofrecer conocimientos al hipertenso y facilitar cambios de conductas sobre la HTA y su tratamiento, para adoptar una actitud cumplidora.

2. Enseñar al hipertenso cómo, cuándo y en qué cantidad tomar la medicación, qué hacer en caso de olvido o retraso en una dosis, con qué frecuencia y qué efectos adversos graves pueden producir.
3. Comprometer al hipertenso en la toma de la medicación.
4. Personalizar la intervención (debe figurar el nombre del paciente en los documentos prescritos).
5. Interrogar sobre posibles dificultades con el cumplimiento.
6. Utilizar la información impresa, los medios audiovisuales y las tarjetas de control. En los no cumplidores, usar la llamada telefónica o el mensaje postal. Las instrucciones deben ser claras y simples.
7. Interrogar sobre diferentes aspectos para asegurar que el hipertenso ha entendido qué es la HTA y el régimen terapéutico.

### Estrategias dirigidas a evitar los olvidos de la toma de la medicación

La causa más frecuente de incumplimiento en España es el olvido en la toma del antihipertensivo, que en la mayoría de las ocasiones es involuntario. El olvido en las tomas ocasiona entre el 22,6 y el 73,2% de las causas de incumplimiento. Skaer et al indican que estas estrategias suponen la actuación más importante que debe incluir un programa de cumplimiento.

Los olvidos son más frecuentes cuando se incrementa la complejidad del régimen terapéutico, cuando aumenta el número de antihipertensivos prescritos, cuando éstos se asocian a otros tratamientos, cuando aumenta su precio, cuando se asocian a modificaciones en el estilo de vida o cuando el horario de la toma coincide con ciertas ocupaciones.

Para evitar esta barrera, es necesario fomentar la habilidad de los hipertensos en su capacidad de tomar los antihipertensivos, es decir, ser autoeficaces en la toma de la medicación. Ejemplos de habilidades de autoeficacia son la capacidad de llevar los comprimidos en un viaje o ser capaz de asociar la toma con una actividad diaria habitual, como al peinarse cada mañana.

Se han estudiado numerosas estrategias para evitar esta barrera, y a continuación se describen los estudios más relevantes.

Becker intervino sobre hipertensos no controlados, con edades entre 20 y 80 años, y aportó al grupo de intervención un contenedor especial de fármacos en que se incluía toda la medicación que tomaba el paciente, por dosis, y donde se anotaba el día y la hora de la toma. Esta intervención no mejoró el cumplimiento ni las cifras de presión arterial respecto al grupo control.

McKenney, en un estudio similar en que incluyó la entrega de un *kit* para el autocontrol, observó una mejora del cumplimiento terapéutico, con resultados poco claros sobre las cifras de presión arterial.

En estudios observacionales, Eisen y Gil et al, utilizando los MEMS con la administración de los hipotensores en monodosis, observaron que el simple uso de este mecanismo mejoró el cumplimiento.

Márquez et al, en el estudio ETECUM-HTA, demostraron la eficacia de la intervención telefónica y

postal en la mejora del cumplimiento y en el grado de control de la HTA.

En otras enfermedades, han sido eficaces los mensajes postales específicos para recordar a los pacientes el horario prescrito; asimismo, el uso de múltiples mensajes o las cartas impresas han demostrado su efectividad en otras enfermedades. Los organizadores de medicación y las alarmas horarias, las llamadas telefónicas aisladas o realizadas por sistemas automáticos, médicos o enfermeras, también han demostrado ser eficaces, así como la observación directa de la toma por una enfermera. Los resultados más satisfactorios se han obtenido con la combinación de mensajes postales, en los que se recuerda que se debe recoger la prescripción, y el uso de un contenedor de medicamentos unidosos.

### Estrategias recomendadas para actuar sobre los olvidos

1. La estrategia puede ser diferente en función de las características de su población.
2. Los simples mensajes postales son poco efectivos para evitar los olvidos.
3. Las llamadas telefónicas son una buena estrategia.
4. El uso generalizado de cartas de forma regular o de documentos personales, en los que se recuerden las citas y se fomente la educación sanitaria y el cumplimiento ha demostrado ser útil.
5. Los mecanismos que organizan la medicación, que se rellenan semanalmente, o las alarmas son sistemas eficaces y baratos, resultan un estímulo continuo y requieren una escasa dedicación profesional.
6. La asociación de la toma de la medicación con una actividad diaria habitual es relevante. Por ejemplo, aconsejar tomarla cuando suene la alarma del despertador, al cepillarse los dientes o tras el desayuno.
7. El uso de calendarios en los que se anota que se ha tomado la medicación es un método efectivo, así como el uso de una tarjeta de automejoría del cumplimiento.
8. Es útil usar antihipertensivos en combinaciones fijas.
9. Es conveniente usar antihipertensivos con *blisters* calendarios.
10. Es recomendable utilizar alarmas que suenen a la hora programada de toma de la medicación. Por ejemplo, la alarma del reloj habitual.
11. Es útil el uso de tarjetas de recuento de autocumplimiento de la medicación.
12. La mejor estrategia es la combinación de mensajes postales recordatorios de la toma y el uso de contenedores de antihipertensivos unidosos.

### Estrategias de actuación ante los efectos adversos de los antihipertensivos

El miedo a los efectos adversos y su presencia incrementan el riesgo de incumplimiento, y son una causa importante de que éste finalmente ocurra. En España estos factores causan del 2 al 13,3% de los incumplimientos. Para combatir esta barrera, el hipertenso debe perder el miedo a su apari-

ción, y debe adquirir conocimientos sobre los efectos más frecuentes y graves que pueden aparecer con el antihipertensivo, y ser capaz de reconocerlos y de acudir a su médico cuando aparezcan. En la HTA no se han llevado a cabo estudios que actúen sobre esta barrera. Los estudios realizados en otras enfermedades, que intervienen sobre ella, incluyen medidas de educación que actúen sobre el miedo a la aparición de estos efectos, así como medidas para fomentar las habilidades de autoeficacia para actuar tras su aparición. Las medidas de educación sobre el antihipertensivo que se debe tomar, mediante folletos impresos, mejoran el conocimiento de los efectos adversos y la satisfacción con el tratamiento, disminuyen el miedo a que éstos aparezcan y mejoran el cumplimiento, mientras que las simples instrucciones sobre los fármacos no son muy útiles. Estas estrategias ocasionan una mejora del cumplimiento entre un 7 y un 14%. La recomendación es el uso de estrategias de educación sanitaria sobre efectos adversos mediante el uso de diferentes técnicas de comunicación.

### Estrategias para combatir las barreras de soporte social, familiar y sanitario

Un adecuado soporte social tiene un impacto positivo en la salud, en el que se incluye un mejor cumplimiento terapéutico. Asimismo, si los hipertensos poseen un ambiente familiar confortable, adquirirán una mejor conducta cumplidora. Por otra parte, una buena relación médico-paciente se considera el determinante más importante del cumplimiento terapéutico, hasta el punto que el incumplimiento se ha relacionado con una inadecuada relación. También, la organización, la estructura del propio centro de salud y una inadecuada relación con los profesionales implicados en la atención al hipertenso pueden facilitar el incumplimiento. Los profesionales sanitarios también pueden actuar prescribiendo fármacos en monodosis, llevando a cabo una intensa supervisión, y facilitando la automonitorización de la HTA y del tratamiento, mediante la incentivar económica o reduciendo las citas.

En la HTA se han observado 7 estudios que han mostrado suficiente evidencia, basados en la intervención exclusiva sobre esta barrera.

Andrejak, Baird y Girvin, mediante el uso de hipotensores en monodosis, obtuvieron una mejora del cumplimiento y de las cifras de presión arterial.

Mounier-Vehier comparó el uso del amlodipino en monodosis respecto al de nifedipino *retard* en 2 dosis, con la medición del cumplimiento mediante MEMS, y observó un porcentaje de cumplimiento del 98,3 y el 87%, respectivamente ( $p < 0,001$ ) y un mejor control de la presión arterial a primeras horas de la mañana, las últimas horas del día y en la presión arterial media nocturna.

Haynes et al utilizaron una compleja estrategia y obtuvieron una mejoría del 21% en el grupo de intervención; por su parte, Logan et al, con una estrategia similar, aunque con personal de enfermería, obtuvieron una mejoría significativa, tanto en lo referente al cumplimiento terapéutico como al descenso de las cifras de presión arterial.

Jonhson et al establecieron, en hipertensos no controlados, varios grupos de intervención, y utilizaron la automonitorización y las visitas mensuales domiciliarias de control, sólo la automonitorización, sólo las visitas domiciliarias y los cuidados usuales. Obtuvieron un mejor cumplimiento tera-

peúutico y menores cifras de presión arterial con la mayoría de las intervenciones.

No se han encontrado ensayos clínicos finalizados que hayan estudiado, como única medida de intervención, la automonitorización mediante monitores semiautomáticos; sin embargo, Ashida et al, en un estudio descriptivo, observaron que el cumplimiento era superior entre los hipertensos que llevaban a cabo automedidas domiciliarias de la presión arterial, y Vetter et al, que el porcentaje de respondedores a los antihipertensivos era superior en el grupo de pacientes que usaban esta técnica. Por otro lado, resultados preliminares del estudio EAPACUM-HTA demostraron la eficacia del uso de la automedida domiciliaria de la presión arterial en el cumplimiento terapéutico de la HTA.

Bass mejoró el cumplimiento con un programa de enfermería en la HTA, y Levine lo hizo mediante sesiones grupales de apoyo social. Morisky et al observaron que la intervención mediante una persona asignada por el paciente y enseñada para dirigir el control y la medicación, lo que le permitía la monitorización y el fomento del cumplimiento terapéutico de la HTA a los 2 años, mejoró el cumplimiento en un 14% y el control de la presión arterial.

### Combinación de estrategias

La mejor estrategia es la combinación de varias que actúen sobre diferentes barreras; en este sentido, las intervenciones más favorables son las llamadas regulares mensuales por parte de un profesional sanitario, que responden a dudas sobre la medicación, recuerdan al paciente la trascendencia del cumplimiento y lo fomentan mediante consejos.

Clar et al realizaron una intervención multifactorial en la HTA, utilizando un *kit* que proporcionaba suministro de la medicación para un mes y material escrito, con discusión sobre la importancia del cumplimiento, así como llamadas telefónicas de recordatorio de citas y mensajes postales de educación sobre la enfermedad, con lo que se obtiene una mejora del cumplimiento de un 35%.

Friedman et al, mediante un sistema de telecomunicaciones totalmente automático, mejoró el cumplimiento en un 6%, y Bass et al, a través de una intervención con un exhaustivo seguimiento de enfermería, mejoró el cumplimiento terapéutico y las cifras de presión arterial.

Takala et al llevaron a cabo una intervención múltiple, mediante la que se redujo el incumplimiento del 19% en el grupo de control al 4% en el grupo de intervención, y significativamente más hipertensos mejoraron las cifras de presión arterial, aunque Sackett no observó diferencias.

En España, el grupo de Alicante, ha presentado 2 tesis doctorales en las que, mediante ensayos clínicos de intervención sobre el cumplimiento terapéutico, utilizando una combinación de estrategias (barrera de conocimientos y barrera social) para mejorar el cumplimiento, han obtenido resultados satisfactorios. En uno de ellos, Raigal diseñó un ensayo clínico aleatorio, con una muestra de 100 hipertensos, en el que tanto en el grupo de control como en el de intervención se llevó a cabo una acción para mejorar el grado de conocimiento de la enfermedad, mediante educación sanitaria oral y escrita. El grupo de control se intervino en la consulta de atención primaria a demanda (5 min de consulta) y el de intervención lo hizo en la consulta programada (10 min). A los 14 meses se ob-

servaron diferencias significativas ( $p = 0,01$ ) en el porcentaje de cumplimiento y en la reducción de la presión arterial, favorable al grupo de intervención. En otra tesis, Tortajada realizó un ensayo clínico aleatorio, con una muestra de 114 individuos, seleccionados de entre las personas que asistían al programa de HTA del centro de salud. A todos los participantes se les intervino mediante la metodología habitual del programa y un refuerzo telefónico de asistencia a las citas, mientras que los pertenecientes al grupo de intervención recibieron, además, una entrevista motivacional con el fin de mejorar el cumplimiento fuera del ámbito de la consulta a demanda. En este estudio se observaron diferencias significativas, tanto en el cumplimiento como en la reducción de las cifras de presión arterial.

Sin embargo, Zaragoza et al, en un ensayo clínico en el que utilizaron como estrategia una entrevista domiciliaria inicial que fomentaba el cumplimiento y el uso de consejos breves escritos, similares a las hojas que los médicos ofrecen a sus pacientes, concluyeron que las intervenciones no regulares y los consejos breves no son útiles y no mejoran el cumplimiento. Así, la tendencia debe ser realizar estrategias continuadas en el tiempo y aportar información amplia escrita sobre la HTA y los antihipertensivos. En este mismo boletín se presentan los resultados del estudio HTA-ALERT, en el que, aunque los mensajes de alerta al teléfono móvil de los pacientes hipertensos no mejoraron el cumplimiento, se observaron mejorías parciales en éste y en el grado de control de la HTA, lo que hace presuponer que esta estrategia de intervención podría utilizarse en el futuro, dado su creciente uso entre los hipertensos.

### Estrategias que han demostrado tener eficacia en la mejora del cumplimiento terapéutico farmacológico en la HTA

1. Educación sanitaria individual sobre conocimientos de la enfermedad y el tratamiento prescrito, y consejos escritos sobre la necesidad del cumplimiento.
2. Sesión grupal inicial de educación sanitaria y recordatorio postal educativo de forma periódica.
3. Recuerdos postales de tomar la medicación.
4. Recuerdos postales de citas programadas en el centro médico.
5. Intervención telefónica en que se fomenta el cumplimiento
6. Llamadas telefónicas automatizadas o realizadas por personal sanitario, con un recordatorio de tomar la medicación.
7. Tarjetas de control de la HTA.
8. Cuidados en el lugar de trabajo por parte de personal sanitario, medicación horaria personalizada, automonitorización de la enfermedad y recompensas por un cumplimiento y un control de la enfermedad buenos.
9. Utilización de fármacos en monodosis.
10. Uso de monitores para automedición domiciliaria de la presión arterial.
11. Entrevista motivacional fuera de la consulta a demanda.
12. Consulta programada.

## Entrevista con el Dr. Pedro Aranda Lara,

Jefe de la Unidad HTA y Riesgo Vascular. Hospital Universitario Carlos Haya.

Málaga. Ex Presidente de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión.

Presidente de Honor de la Sociedad Andaluza de HTA y Riesgo Vascular.

**Posiblemente la mejor forma de conseguir que el paciente cumpla el tratamiento sea informar adecuadamente desde el trasfondo de una buena relación médico-paciente y seleccionar los fármacos mejor tolerados**



**– ¿Qué opinión le merece que la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) haya creado un grupo de trabajo para el estudio del cumplimiento terapéutico?**

– Considerando la relevancia que la HTA tiene como factor de riesgo contribuyente a la morbimortalidad cardiovascular en España, es obvia la importancia del adecuado control de la HTA, a fin de reducir de forma eficaz dicha morbimortalidad.

A pesar de los progresos realizados en el diagnóstico, el tratamiento y el control de la HTA, actualmente su grado de control sigue siendo deficiente (según datos recientes del Estudio PRESCAP sólo el 36% de nuestros pacientes están controlados).

Una de las razones fundamentales de esta falta de control es el incumplimiento terapéutico, que alcanza al 85% de nuestros pacientes, según el Estudio RAAE, coordinado por nosotros a escala nacional en 1999.

Estas circunstancias justifican plenamente que la SEH-LELHA, uno de cuyos fines es ayudar a un mejor control de la HTA en España, apoye la creación de un Grupo de Trabajo sobre el Cumplimiento Terapéutico, dada la importancia de su actividad en la consecución de uno de los objetivos principales de esta Sociedad: controlar al mayor número de pacientes hipertensos.

**– Con el objetivo de mejorar el cumplimiento terapéutico en atención primaria, ¿qué profesional debería controlar la continuidad de la prescripción del tratamiento crónico del hipertenso: el médico, el enfermero o el farmacéutico?**

– La trascendencia sanitaria y socioeconómica de la HTA hace de ella un problema comunitario de salud pública, en cuyo cuidado, dadas sus

características clínicas (enfermedad a menudo silente y crónica), debieran participar todos los profesionales implicados en el cuidado de la salud. No obstante, considerando que su grado técnico confiere al médico la capacidad y la responsabilidad de evaluar al paciente, así como de enfocar y de prescribir su tratamiento, creemos que éste es quien en todo momento debe controlar la continuidad de la prescripción de los pacientes hipertensos. Las razones son varias, entre las que quizá destacan 3: a) la relación directa médico-paciente; b) la posesión más cualificada de los conocimientos médicos (clínicos, fisiopatológicos y farmacológicos), y c) la responsabilidad jurídica del tratamiento.

**– Dada la alta prevalencia de incumplimiento del tratamiento farmacológico observado en la HTA y su escaso grado de control, ¿podríamos asimilar que no existen hipertensos no respondedores, sino pacientes incumplidores?**

– Si llevamos a cabo un análisis crítico de los pacientes remitidos a una unidad de HTA con el diagnóstico de “HTA refractaria”, alrededor del 60-70% de los pacientes, más que falta de respuesta al tratamiento presentan problemas de cumplimiento de las medidas dietéticas o de la prescripción farmacológica, o bien su tratamiento antihipertensivo es insuficiente o inadecuado, por lo que el número de hipertensiones secundarias o graves refractarias al tratamiento es mucho más reducido de lo que en realidad se piensa.

En nuestra opinión, el incumplimiento terapéutico (en el número de tomas, el número de medicamentos, la falta de seguimiento de las medidas dietéticas...) es la causa principal de refractariedad al tratamiento antihipertensivo, pero no hay que olvidar que el empleo de un número insuficiente de antihipertensivos también es una causa importante de la falta de respuesta al tra-

tamiento. En este sentido, aunque sabemos que no más del 40-45% de los hipertensos se controla con monoterapia, en España alrededor del 60% continúa siguiendo este tratamiento.

**– Diferentes ensayos clínicos han demostrado que el uso de un antihipertensivo tomado una vez al día respecto a 2 veces mejora el cumplimiento; sin embargo, la utilización de monitores electrónicos de control de medicación como método de medida del cumplimiento nos induce a dudar de dichos hallazgos. ¿Qué opina usted?**

– Considerando que la mayoría de las formas de HTA cursa asintóticamente y que el grado de información-concienciación de los pacientes es bajo, parece obvio que existe una correlación inversa entre el número de antihipertensivos diarios y el cumplimiento del tratamiento; no obstante, las mismas características antes enunciadas, corroboradas por la clínica diaria, nos advierten que incluso entre los pacientes que reciben monoterapia el grado de incumplimiento es elevado. Quizá la mejor forma de conseguir que el paciente cumpla el tratamiento sea informar de forma adecuada desde el trasfondo de una buena relación médico-paciente y seleccionar los fármacos que sean mejor tolerados.

En definitiva, el incumplimiento terapéutico es uno de los factores primordiales causantes del descontrol comunitario de la HTA, y es necesario, con la coordinación del médico, el concurso de todos los profesionales sanitarios para conseguir, a través de una mejor relación médico-paciente, una mayor información y concienciación de los pacientes, y los profesionales sanitarios, sobre las consecuencias de la HTA y los beneficios de su control. La elección individualizada de antihipertensivos bien tolerados debe ser una de las pautas a seguir para un mejor control de los pacientes hipertensos.

# Las estrategias para mejorar el cumplimiento como causa de una hipotensión en el hipertenso incumplidor

E. Márquez Contreras<sup>a</sup> y V. Gil Guillén<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud La Orden. Huelva. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud Monovar. Alicante. España.

**Motivo de consulta:** En la consulta a demanda de atención primaria, en enero de 2004, acude un varón, administrativo de 59 años, porque presenta cifras elevadas de presión arterial (PA). El paciente se encuentra asintomático.

**Antecedentes familiares:** Padre y madre hipertensos conocidos.

**Antecedentes personales:** HTA de grado 1, conocida desde hace 10 años. El paciente no fuma, no consume alcohol y no posee ningún otro factor de riesgo cardiovascular. No consume sal y en su casa se sigue una dieta sosa. El paciente sigue tratamiento antihipertensivo con 20 mg/día de enalapril, 5 mg/día de amlodipino y 50 mg/día de clortalidona.

**Exploración física:** La exploración general fue normal. Presenta un índice de masa corporal (IMC) de 28,3 kg/m<sup>2</sup>. La presión arterial (PA) media de 3 determinaciones, efectuadas en consulta, fue de 148/106 mmHg. Su pulso era rítmico y la frecuencia cardíaca de 68 lat/min.

**Exploraciones complementarias:** Se realizó una analítica protocolizada que incluyó la determinación de glucosa, colesterol total, triglicéridos, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), creatinina, urea, sodio, potasio, ácido úrico, fibrinógeno, hemograma, sedimento, proteínas, catecolaminas y cortisol en orina de 24 h, tiroxina (T<sub>4</sub>) y tirotrópina (TSH), así como una ecografía urológica y suprarrenal para descartar una HTA secundaria. Todos estos parámetros presentaron cifras de normalidad. El paciente presentaba un índice albúmina/creatinina de 78 mg/g (microalbuminuria). El electrocardiograma (ECG) reveló leves trastornos de repolarización, que podrían hacernos sospechar una hipertrofia ventricular izquierda (HVI), aunque no se observaron criterios de Cornell o Sokolow para HVI.

## Diagnóstico diferencial

Ante un paciente con una HTA no controlada se debe realizar el diagnóstico diferencial de las posibles causas del mal control, antes de modificar el tratamiento farmacológico, sobre todo si ya toma varios antihipertensivos.

Para ello, la tabla 1 puede ser de gran ayuda para establecer dicho diagnóstico diferencial; por consiguiente, se intentó descartar las posibles causas que motivan la falta de control de la HTA en la clínica.

El paciente está en tratamiento con 3 antihipertensivos, entre los que se incluyen un diurético, un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y un antagonista del calcio;

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial de una HTA no controlada

- ¿Se han seguido en el paciente los protocolos de tratamiento de la HTA?
- ¿Existe alguna circunstancia que dificulte la acción de los fármacos antihipertensivos?
- ¿Se ha mantenido el suficiente tiempo?
- ¿Presenta el paciente un fenómeno de bata blanca?
- ¿Los antihipertensivos utilizados controlan de forma eficaz la HTA del paciente?
- ¿Es adecuado el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo del paciente?
- ¿Presenta una HTA secundaria?

como son de diferentes familias y con diferentes mecanismos de acción, se han ido siguiendo los protocolos de actuación ante la HTA.

Al analizar la historia, no se detectan circunstancias que dificulten la acción de los antihipertensivos, como la ingesta excesiva de sodio, la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides, mineralcorticoides, simpaticomiméticos, o la obesidad.

El paciente llevaba meses con el mismo tratamiento. Respecto al tiempo necesario para tratar a un paciente, es necesario esperar al menos 3-4 semanas para conocer los resultados antihipertensivos del fármaco, y más en la HTA en estadio 2.

Se realizó una monitorización ambulatoria de la PA, para descartar un fenómeno de bata blanca. Probablemente no fuera necesario, ya que la presencia de microalbuminuria, y alteraciones de la repolarización en el ECG nos hacen sospechar que el control de su HTA no es bueno. En la monitorización ambulatoria de la PA durante 24 h se observó que las medias de la PA sistólica y diastólica diurnas fueron de 146,2 y 92,6 mmHg, respectivamente, compatibles con una HTA no controlada. Al analizar la curva de PA se observó que se mantenían elevadas durante todo el día y durante toda la noche, sin descenso nocturno de la PA (*non dipper*).

No se podía descartar que los 3 antihipertensivos prescritos fueran insuficientes para controlar la HTA de la paciente, y podía ser necesario añadir un cuarto antihipertensivo.

En la anamnesis, la evolución de la HTA, la exploración, la analítica y otras pruebas complementarias no se observaban hallazgos que hicieran sospechar una HTA secundaria.

Finalmente, en el diagnóstico diferencial existía la posibilidad de un incumplimiento farmacológico que había que estudiar.

## Punto clave

El paciente presenta una HTA no controlada con 3 antihipertensivos, con la presencia de lesión de órganos diana, microalbuminuria y posiblemente una HVI, y con patrón *non dipper*, ya que falta el descenso nocturno de la presión arterial. Las posibilidades diagnósticas tras el diagnóstico diferencial fueron la ineficacia de los 3 antihipertensivos, con la posible necesidad de iniciar un tratamiento antihipertensivo más intenso, o el incumplimiento del tratamiento.

Para evaluar el cumplimiento terapéutico se llevó a cabo el test de cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett (tabla 2 y algoritmo de medición del cumplimiento). Para ello se informó al paciente de que “la mayoría de los hipertensos, por una u otra razón, tienen dificultades para tomar todas sus pastillas diariamente”, y posteriormente se le preguntó: “¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?”. El paciente contestó que no tenía dificultades y que tomaba diariamente la medicación, sin faltar ninguna toma.

En la práctica clínica, ante un hipertenso no controlado, siempre se debe sospechar el incumplimiento como su causa. Aunque el paciente se autodefinía como cumplidor, siguiendo el algoritmo recomendado, se realizó un recuento de comprimidos (fig. 1).

Para calcularlo, se indicó al paciente que nos trajese todos los comprimidos que estaba tomando actualmente y que tuviese en su domicilio, incluyendo los blísters, vacíos o no. Se

**Tabla 2.** Test de cumplimiento autocomunicado o test Haynes-Sackett

Este test consta de 2 partes. La primera consiste en evitar una pregunta directa al paciente sobre la toma de la medicación, pues contestaría que sí la toma. Para ello, en el entorno de una amable conversación le haremos ver la dificultad que los pacientes tienen a la hora de tomar la medicación, introduciendo la siguiente frase:

“La mayoría de los pacientes tiene dificultades en tomar todos sus comprimidos”

Y, posteriormente, y como segunda parte del test, se le formulará la siguiente pregunta:

“¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?”

En caso de que la respuesta sea afirmativa, se interrogará sobre los comprimidos tomados en el último mes. Se considera cumplidor aquel hipertenso cuyo porcentaje de cumplimiento autocomunicado esté entre el 80 y el 110%

anotó la fecha, el número de comprimidos que tenía en su poder y el número de comprimidos que se le habían recetado. Tenía en su poder 5 comprimidos de enalapril, 10 de clortalidona y 5 de amlodipino. Se le prescribieron, además, 28 comprimidos de enalapril, y 30 de clortalidona y amlodipino; por consiguiente, tenía en su poder 33, 40 y 35 comprimidos de cada fármaco, respectivamente. Se le indicó que los volviera a traer en la siguiente visita y no los tomara ese día. En la siguiente visita, a los 33 días, se observó que tenía en su poder 13 comprimidos de enalapril, 14 de clortalidona y 17 de amlodipino, lo que indica que había dejado de tomar 13 comprimidos de enalapril, 7 de clortalidona y 15 de amlodipino en los 33 días transcurridos. Así, el porcentaje de cumplimiento fue del 60,6, el 78,7 y el 54,5% de cada fármaco, respectivamente; por tanto, es un hipertenso claramente incumplidor.

### Diagnóstico final

La HTA no controlada del paciente se debía a un incumplimiento en la toma de los 3 fármacos antihipertensivos.

### Recomendaciones sobre la medición del cumplimiento

- De forma teórica, y siguiendo el algoritmo que se presenta en la figura 1 para detectar el incumplimiento, se realizará el test del cumplimiento autocomunicado o test de Sackett.
- Si el paciente afirma ser un *incumplidor*, se considerará como tal. Si refiere ser buen cumplidor y su presión arterial está controlada, lo daremos como cumplidor, ya que nuestro objetivo es controlar la HTA.
- Si refiere ser *cumplidor* y *no está controlado*, se sospechará el incumplimiento, y a continuación se realizará un recuento de comprimidos.

### Investigando sus causas

Tras una tranquila entrevista se pudo observar que el paciente no tenía una correcta información, educación sanitaria sobre la HTA y sus consecuencias. Había demasiados aspectos, de los cuales el paciente no era consciente de que lo estaba haciendo mal. Desconocía que fuera hipertenso, no sabía que era necesario que se controlase la presión arterial de forma regular, creía que los comprimidos no debía tomarlos juntos unos con otros y no sabía a qué hora los

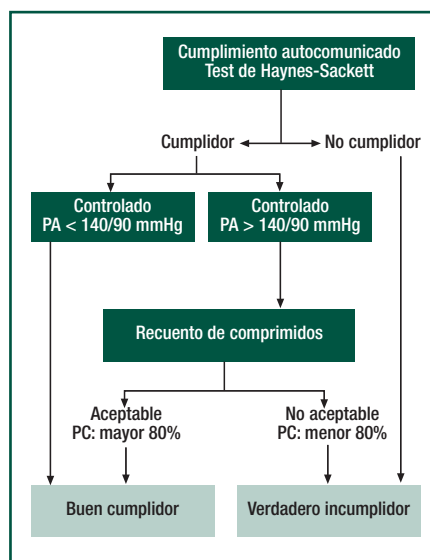


Figura 1. Algoritmo recomendado para la medición del incumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

podía tomar, desconocía la importancia de la toma de sal o que debía tomarlos aunque se encontrara mal, etc. Asimismo, reconocía que a veces tenía olvidos en la toma aunque deseara tomarlos.

### Intervención terapéutica

Se llevó a cabo una estrategia de intervención con el objetivo de favorecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico, que consistió en los siguientes aspectos:

1. Se citó al paciente a una consulta programada en el centro de salud, evitando culpabilizar al paciente e intentando establecer la mejor relación médico-paciente posible, y se le propuso hacer seguimiento a los 15 días en consulta de enfermería.
2. Se realizó educación sanitaria individual, se informó acerca del incumplimiento y sus consecuencias, y sobre todo se ofreció una amplia información oral y escrita sobre la HTA, intentando establecer una pauta de intervención educativa para que esta educación se realizase de forma regular en el tiempo.
3. Se le propuso continuar con el plan terapéutico actual, y se pactó con él el tratamiento que se debía seguir, sobre todo el horario.
4. Se dieron consejos para evitar olvidos. Así, se asoció la toma de un antihipertensivo con la alarma del despertador, otro con el desayuno y otro con el cepillado de dientes nocturno. Se le dio una carta de medicación, donde debía anotar con una cruz cada día que tomaba la medicación.

5. Se le dio la tarjeta de cumplimiento de la medicación del Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, para el control de la presión arterial y el autocumplimiento por parte del paciente.

6. Se le prestó un monitor para automedición de la presión arterial (AMPA).

7. Se le recomendaron paseos diarios y restricción de sal.

### Hospitalización

El paciente fue hospitalizado a los 15 días de nuestra intervención. Presentó, 3 días antes de su ingreso, una astenia, que se fue incrementando progresivamente en los días siguientes. Tras una anamnesis y una exploración sólo llamaba la atención que presentaba cifras de presión arterial sistólica y diastólica de 82 y 54 mmHg, respectivamente, no justificables por causa orgánica alguna. Tras un estudio especializado hospitalario y la desaparición de la sintomatología sin tratamiento farmacológico alguno, excepto la retirada de los antihipertensivos, se llegó a la conclusión de que el paciente había presentado un proceso de hipotensión secundaria al tratamiento antihipertensivo.

Tras una entrevista entre el médico de atención primaria, el internista y el paciente se concluyó que éste, desde la intervención realizada por el médico de atención primaria, había comenzado a ser un buen cumplidor del tratamiento higiénico-dietético y farmacológico (3 fármacos), lo que había sido la causa del excesivo descenso de su presión arterial.

### Nuevas decisiones terapéuticas

El paciente, en la actualidad, sigue un tratamiento farmacológico, con la combinación fija de 160 mg de valsartán y 12,5 mg de hidroclorotiazida al levantarse. En el último control se observaron los siguientes aspectos:

1. El recuento de comprimidos fue del 98%.
2. Las cifras medias de presión arterial fueron de 120 y 76 mmHg.
3. El cociente albúmina creatinina era de 16 mg/g.

### Reflexión final

Ante un paciente incumplidor del tratamiento antihipertensivo con varios fármacos, en quien se lleve a cabo una correcta intervención para mejorar el cumplimiento, hay que tener en cuenta la posibilidad de un importante descenso de la presión arterial si el paciente se convierte en un buen cumplidor del tratamiento higiénico-dietético y farmacológico.

# ¿Cómo clasificar la presión arterial de un paciente y tomar decisiones terapéuticas en el tratamiento de la HTA en función del riesgo? Paciente con microalbuminuria

**Motivo de consulta:** Paciente varón de 66 años que acude a consulta por presentar cifras elevadas de presión arterial.

**Antecedentes familiares:** Padre y madre hipertensos.

**Hábitos tóxicos:** No fuma y consume unos 20 g de alcohol diarios.

**Profesión habitual:** Administrativo.

**Antecedentes patológicos:** No.

**Exploración:** Presión arterial: 139/86 mmHg; índice de masa corporal (IMC): 27,4 kg/m<sup>2</sup> (peso: 73 kg); circunferencia abdominal: 101 cm.

**Análítica:** Glucemia: 110 mg/dl; colesterol total (CT): 198 mg/dl; triglicéridos: 108 mg/dl; lipoproteínas de alta densidad (HDL): 46 mg/dl; colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL): 131 mg/dl; cociente albúmina creatinina: 104 mg/g.

**Electrocardiograma:** Sin signos de hipertrofia ventricular izquierda.

**Nuevas mediciones:** Tras varias mediciones de presión arterial, las medias son de 139/88 mmHg.

### Clasificación de la presión arterial

Se recomienda realizar la clasificación de la presión arterial, siguiendo las recomendaciones del Consenso Europeo. Para ello, se utiliza la clasificación de la tabla 1. Se observa que las cifras de 139/89 mmHg se sitúan en el grado de presión normal alta.

### Estratificación del riesgo

Tras la clasificación de las cifras de presión arterial, se debe estratificar el riesgo vascular pa-

**Tabla 1.** Definición y clasificación de la presión arterial (mmHg)

	< 120	< 80
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 severa (grado 3)	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

**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 cLDL 155 mg/dl o cHDL < 40 en varones y < 48 mg/dl en mujeres
Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (varones < 55 años y mujeres < 65 años)
Obesidad abdominal con circunferencia abdominal ≥ 102 cm (varones) y ≥ 88 cm (mujeres)
Proteína C reactiva ≥ 1 mg/dl

cLDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad.

ra tomar decisiones respecto al tratamiento farmacológico que debe seguir este paciente. Si se observa la tabla 2, presenta como factor de riesgo la edad. Presenta como lesión de órgano diana una microalbuminuria manifestada por un cociente albúmina/creatinina superior a 22 mg/g en los varones. No presenta enfermedad clínica asociada (tabla 3).

**Tabla 3.** Lesión de órgano diana o enfermedad clínica asociada

### Lesión de órgano diana

- Hipertrofia ventricular izquierda (ECG: Sokolow > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms; ecocardiograma: IMVI = V ≥ 125; M ≥ 110 g/m<sup>2</sup>)
- Pruebas ecográficas de engrosamiento de la pared arterial (carótida ≥ 0,9 mm) o de placa aterosclerótica
- Ligero aumento de la creatinina sérica (V: 1,3-1,5; M: 1,2-1,4 mg/dl)
- Microalbuminuria (30-340 mg/24 h); cociente albúmina/creatinina: V ≥ 22; M ≥ 31 mg/g

### Enfermedad clínica asociada

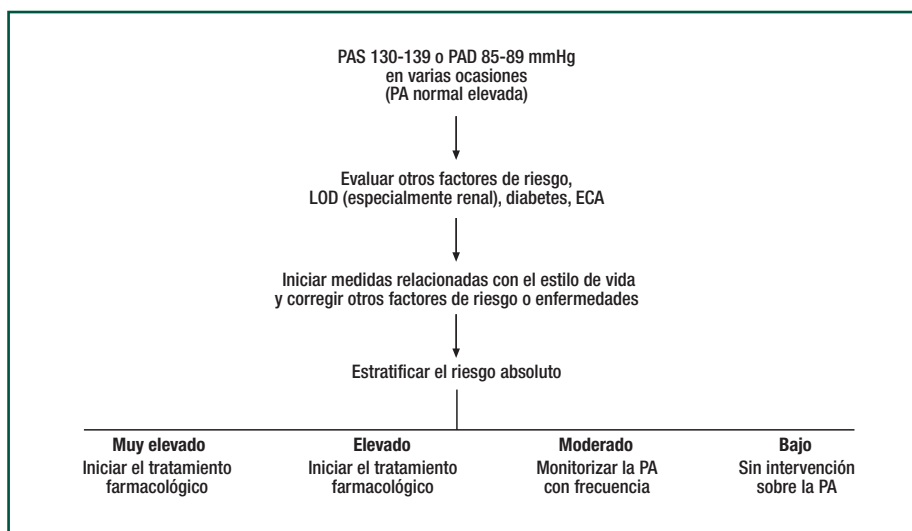
- Enfermedad cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia cerebral o accidente isquémico transitorio
- Enfermedad cardíaca: infarto de miocardio, angina, revascularización coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad renal: nefropatía diabética, deterioro renal (creatinina sérica: V > 1,5; M > 1,4 mg/dl), proteinuria (> 300 mg/24 h)
- Enfermedad vascular periférica
- Retinopatía avanzada: hemorragia o exudados, papiledema

	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	No intervención sobre la PA	No intervención sobre la PA	Cambios del estilo de vida varios meses y posterior tratamiento farmacológico de acuerdo con paciente si hay recursos	Cambios del estilo de vida varios meses y posterior tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida
1 o 2 FRC adicionales	Cambios del estilo de vida	Cambios del estilo de vida	Cambios del estilo de vida varios meses y posterior tratamiento farmacológico	Cambios del estilo de vida varios meses y posterior tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida
3 o más FRC, o LOD, o diabetes	Cambios del estilo de vida varios meses y posterior tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida
Procesos Clínicos Asociados (PCA)	Tratamiento farmacológico y cambios del estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida	Tratamiento farmacológico inmediato y cambio del estilo de vida

Riesgo absoluto añadido de presentar complicaciones vasculares en 10 años:

     < 15%  
      15-20%  
      20-30%  
      > 30%

**Figura 1.** Inicio del tratamiento antihipertensivo basado en la estratificación del riesgo cardiovascular. PA: presión arterial; PAS: PA sistólica; PAD: PA diastólica; FRC: factores de riesgo cardiovascular; LOD: lesión de órganos diana. (EHS/ESC Guidelines. J Hypertens 2003.)



**Figura 2.** Inicio del tratamiento antihipertensivo en pacientes con presión arterial normal-alta. PA: presión arterial; PAS: PA sistólica; PAD: PA diastólica; LOD: lesión de órgano diana; ECA: enfermedades clínicas asociadas.

**Tabla 4.** Diagnóstico de microalbuminuria

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

Al analizar la estratificación del riesgo (fig. 1), se observa que, en función del riesgo, la lesión de órgano diana y las cifras de presión arterial, padece un riesgo alto.

### Toma de decisiones

En las figuras 1 y 2 se observan las recomendaciones sobre la toma de decisiones en caso de presión normal-alta en los pacientes con lesión de órgano diana. Se observa que habría que iniciar ya el tratamiento farmacológico.

### Diagnóstico de microalbuminuria

El método estándar es la determinación de microalbuminuria en orina de 24 h (tabla 4).

Actualmente se propugna el uso de la determinación del cociente albúmina/creatinina en una orina aislada de primera hora de la mañana o mejor a media mañana.

Éste es un método fiable y fácil de realizar en el medio ambulatorio; como unidad de medida se usan µg/mg o mg/g de creatinina.

Hay que recordar que, para considerar cierta la microalbuminuria, siempre será necesario que, en un período de 3-6 meses, 2 de 3 muestras muestren valores anormales.

Debe evitarse el ejercicio físico durante 24 h previas a su determinación por microalbuminuria transitoria.

Debe tenerse en cuenta que la mayor masa muscular y la mayor excreción de creatinina infraestima la microalbuminuria. En varones, ésta es menor que en mujeres porque en ellas es menor la excreción de creatinina; en ancianos es mayor, pues tienen una menor excreción que los jóvenes.



## Publicaciones sobre cumplimiento terapéutico en la HTA (enero-junio 2004)

José Joaquín Casado Martínez  
Distrito Sanitario Huelva. Centro de Salud La Orden. Huelva. España.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed introduciendo sucesivamente los términos: "compliance and hypertension", "adherence and hypertension", "compliance antihypertensive", "adherence antihypertensive" y "compliance blood pressure". Se han aplicado los siguientes límites de búsqueda: "enero-junio 2004" y "título".

Se han seleccionado los artículos más relevantes. Se presentan los resultados de la búsqueda en 3 apartados: artículos de revisión; estudios observacionales y artículos de especial interés.

### 1. Artículos de tipo "Revisión"

**Werlemann BC, Offers E, Kolloch R. Problems of compliance in resistant hypertension. Herz 2004;29:271-5.**

La hipertensión refractaria se define cuando un plan terapéutico que incluye tratamiento no farmacológico y la combinación de 3 fármacos en dosis adecuadas, incluyendo un diurético, no consigue descender la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. La resistencia verdadera se puede encontrar sólo en el 2-5% de todos los hipertensos.

La seudoresistencia del tratamiento antihipertensivo es frecuente y a menudo se debe a un régimen subóptimo de fármacos, a interacciones con otros medicamentos o a formas secundarias de hipertensión. Se estima que, en más de dos terceras partes de los hipertensos, el bajo cumplimiento del tratamiento forma parte de este problema, que no es detectable fácilmente por los médicos. Los factores para un bajo cumplimiento son la carencia de información sobre la hipertensión y su tratamiento, la existencia de efectos secundarios, la falta de enseñanza sobre automedicadas de la presión arterial y la falta de aceptación de la enfermedad.

La mejora del cumplimiento puede alcanzarse con la adecuada selección de fármacos de larga duración y en combinación. Los programas de enseñanza estructurados, como pueden ser los denominados *programas de gerencia de la enfermedad*, realizados en Alemania (DMP), también pueden mejorar el cumplimiento.

### 2. Estudios observacionales

**Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs [revista electrónica]. J Hum Hypertens 2004;18.**

**Introducción:** A pesar de muchos años de estudios, seguimos preguntándonos por qué los pacientes no toman la medicación y qué se puede hacer para cambiar su comportamiento. En el Reino Unido la hipertensión está mal controlada, y el bajo cumplimiento es una posible razón. Los recientes cuestionarios basados en el modelo *self-regulatory* se han utilizado con éxito para determinar opiniones y creencias sobre la enfermedad y los medicamentos.

**Objetivo:** El estudio se diseñó para describir las creencias de los pacientes hipertensos sobre su enfermedad y la medicación usando el modelo *self-regulatory*, y para investigar la influencia de estas creencias en el cumplimiento terapéutico.

**Método:** Se reclutó a 514 pacientes hipertensos, que cumplieron un cuestionario que incluía creencias sobre los medicamentos y opiniones sobre la enfermedad.

**Resultados:** Los pacientes que creen en la necesidad de la medicación tienen más probabilidad de ser cumplidores (*odds ratio* [OR] = 3,6 (intervalo de confianza del 95%, 1,74-5,38;  $p < 0,001$ ). Otros factores predictores de buen cumplimiento fueron la edad (OR = 4,82), la respuesta emocional a la enfermedad (OR = 0,65) y la creencia en la capacidad personal de controlar la enfermedad (OR = 0,59).

**Conclusiones:** Las creencias sobre la enfermedad y los medicamentos se interconecta. El modelo *self-regulatory* es útil en la determinación de creencias de la salud de los pacientes. La creencia sobre medicaciones específicas y la hipertensión es predictora del cumplimiento.

**Gascón JJ, Sánchez-Ortuno M, Llor B, Skidmore D, Saturno PJ. Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. Fam Pract 2004;21:125-30.**

**Objetivo:** Identificar los factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento de pacientes hipertensos.

**Métodos:** Se utilizó un estudio cualitativo y se obtuvieron los datos de 7 reuniones de un grupo de discusión, realizadas entre marzo y mayo de 2001. Se identificó a los pacientes como incumplidores, con el test de Morisky-Green, en 2 centros de atención primaria del Servicio Nacional de Salud de España.

**Resultados:** Se identificaron múltiples factores con influencia en el incumplimiento. Los pacientes tenían miedos e imágenes negativas de los fármacos antihipertensivos. Los datos también revelan un desconocimiento de la hipertensión. El seguimiento clínico fue visto como insatisfactorio debido a las escasas explicaciones dadas por los médicos y a una baja interacción médico-paciente.

**Conclusiones:** La mayoría de los factores relacionados con el bajo cumplimiento tiene implicaciones para el control del paciente. Conocer las prioridades de los pacientes, respecto a los aspectos más importantes del tratamiento, puede ser provechoso en la mejora de la calidad del cuidado del paciente hipertenso.

### 3. Artículo de especial interés

**Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. BMJ 2004;328:204.**

**Objetivo:** Comparar la influencia de la frecuencia de las visitas programadas en el grado de control, la satisfacción y el cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con hipertensión arterial seguidos por sus médicos de cabecera, con controles programados cada 3 meses, frente a controles cada 6 meses.

**Diseño:** Ensayo clínico aleatorizado.

**Ámbito:** Cincuenta médicos de familia del sureste de Ontario, Canadá.

**Participantes:** Un total de 609 pacientes, con edades comprendidas entre los 30 y los 74 años, con hipertensión esencial, que recibían tratamiento farmacológico y estaban controlados, al menos 3 meses antes de la entrada en el estudio.

**Métodos:** Se aleatorizó a los pacientes en 2 grupos: 302 en el grupo de visitas cada 3 meses, y 307 en el de visitas programadas cada 6 meses, durante un seguimiento de 3 años.

Una enfermera independiente del estudio realizó controles de la presión arterial, un cuestionario de satisfacción del paciente y un recuento de comprimidos al inicio del estudio, a los 18 y a los 36 meses de seguimiento. Se programaron visitas para sus médicos cada 3 o 6 meses, según el grupo de asignación. Se consideró cumplidor al paciente que, por recuento de comprimidos, había consumido más del 80% de lo prescrito.

**Resultados:** Las variables generales eran similares en ambos grupos. Los pacientes del grupo de 6 meses tenían significativamente menos visitas que el grupo de 3 meses, aunque los pacientes de ambos grupos visitaron a sus médicos con más frecuencia que lo asignado. La presión arterial no controlada fue similar en ambos grupos. La satisfacción y el cumplimiento terapéutico de los pacientes fueron similares en los 2 grupos. Las presiones arteriales de alrededor del 20% de los pacientes de cada grupo estaba fuera de control.

**Conclusiones:** El seguimiento de pacientes hipertensos con visitas programadas cada 6 meses es similar al que se realiza cada 3 meses. La satisfacción y el cumplimiento terapéutico de los pacientes son iguales en ambos intervalos de seguimiento. En ambos grupos, había alrededor del 20% de pacientes sin controlar; por tanto, la frecuencia de las visitas de seguimiento no puede ser el factor más importante para el control de los hipertensos.

### Puntos claves de interés derivados de la revisión

- La hipertensión refractaria se puede encontrar en tan sólo el 2-5% de los hipertensos. La seudoresistencia al tratamiento antihipertensivo es frecuente y se estima que, en más de 2 terceras partes de los hipertensos, el bajo cumplimiento forma parte de este problema.
- Recientes cuestionarios basados en el modelo *self-regulatory* han detectado opiniones y creencias de los pacientes sobre su enfermedad y el tratamiento. Los resultados de estos cuestionarios son, en cierta medida, predictores de cumplimiento.
- Conocer los miedos y las imágenes negativas de los pacientes respecto a los fármacos, así como sus prioridades, puede ser provechoso en la mejora del control de la hipertensión.
- El grado de control del hipertenso no está directamente relacionado con la frecuencia de las visitas programadas con sus médicos. Llevar a cabo visitas programadas cada 3 meses frente a 6 meses no aporta beneficios y sí aumenta los costes.

# Estudio HTA-ALERT: eficacia de una intervención informativa a hipertensos a través de mensajes de alerta (SMS) en el teléfono móvil del paciente

E. Márquez<sup>a</sup>, M. de la Figuera<sup>b</sup>, V. Gil<sup>c</sup>, A. Ylla-Català<sup>d</sup>, M. Figueras<sup>e</sup>, M. Balañá<sup>e</sup> y J. Naval<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud La Orden. Huelva. España. <sup>b</sup>CAP La Mina. Barcelona. España. <sup>c</sup>Centro de Salud Monovar. Alicante. España. <sup>d</sup>Marketing Operativo. <sup>e</sup>Unidad de Servicio a la Gestión Sanitaria. Novartis Farmacéutica. <sup>f</sup>Director de Proyectos. Infocencia, S.L.

## Introducción

La magnitud del incumplimiento terapéutico en España oscila entre el 7,1 y el 66,2%, siendo similar en otros países<sup>1</sup>. La escasez de estudios sobre intervenciones para mejorar el cumplimiento hace prioritaria la investigación de estrategias de mejora aplicables de forma sencilla en la práctica habitual.

Por su parte, las nuevas tecnologías prometen abrir nuevos caminos para mejorar las relaciones médico-paciente, mejorando la efectividad de los programas de educación para la salud.

En 2002 se realizó una encuesta para conocer la accesibilidad a Internet y a las nuevas herramientas tecnológicas en pacientes asistidos en unidades de hipertensión españolas<sup>2</sup>. Los principales resultados mostraron un creciente interés por parte de los pacientes en la utilización del teléfono móvil y los mensajes SMS como vía de interacción con sus médicos. No obstante, sólo se ha localizado una publicación referida al uso de los SMS como estrategia de apoyo terapéutico.

## Objetivo

Analizar la eficacia de una intervención informativa mediante mensajes de alerta al teléfono móvil de pacientes hipertensos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial.

## Métodos

1. Se realizó un estudio observacional controlado de 6 meses de duración.

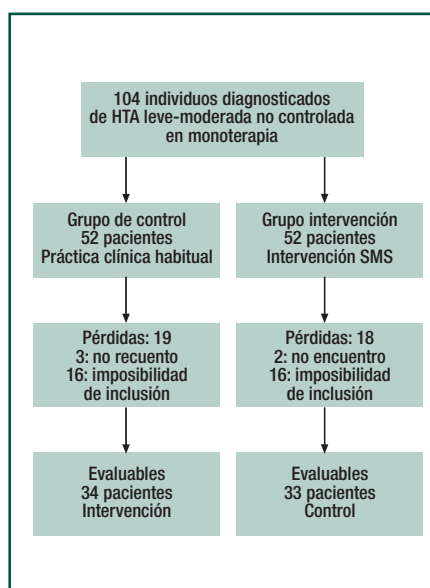
2. En el estudio participaron 20 médicos de atención primaria de Huelva, Asturias, Barcelona y La Coruña, que siguieron la evolución de 67 pacientes con HTA no controlada con monoterapia, usuarios de teléfono móvil, que inician tratamiento con antagonista II y diurético.

3. Los investigadores se asignaron a grupo control (GC) o grupo intervención (GI). El GC realizaba práctica clínica habitual, mientras que el GI añadía una intervención informativa consistente en el envío al teléfono del paciente de 2 SMS semanales sobre la mejora del cumplimiento farmacológico.

4. Se analizó el cumplimiento mediante el recuento de comprimidos en consulta. Se estudió

el porcentaje de cumplidores, el porcentaje de cumplimiento medio y el grado de control de la HTA.

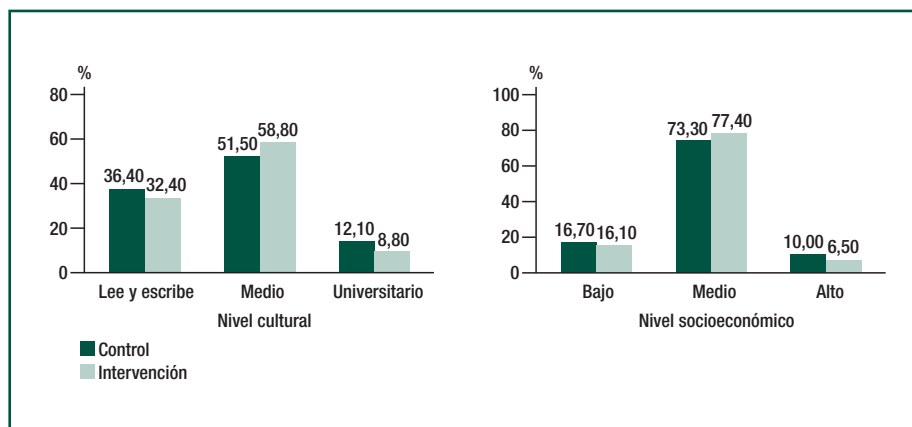
## Resultados



Esquema del estudio.

## Caracterización de los grupos en estudio

Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad (GI 56,26 ± 10,22; GC 59,43 ± 10,94), sexo (52,9% varones en GI, y 57,6% varones en GC) y nivel cultural y socioeconómico.



## HTA-ALERT: ejemplos de SMS educativos

Éstos son ejemplos de SMS enviados a pacientes como intervención educativa 2 veces a la semana, entre las 11.00 y las 13.00.

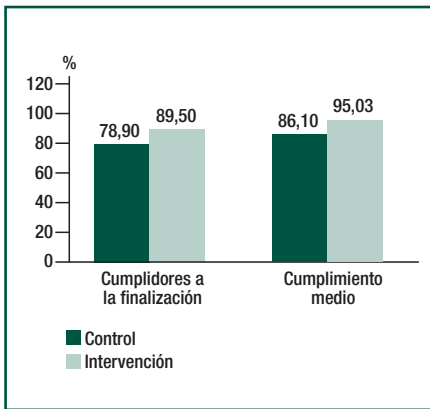
– Tome sus pastillas tal como el médico le explicó. Así asegurará que su tratamiento sea útil.

– El secreto del control de la presión arterial es tomar las pastillas cada día a la misma hora.

– Una vida sedentaria es enemiga de una buena salud. Un poco de ejercicio le ayudará a reducir su presión arterial.

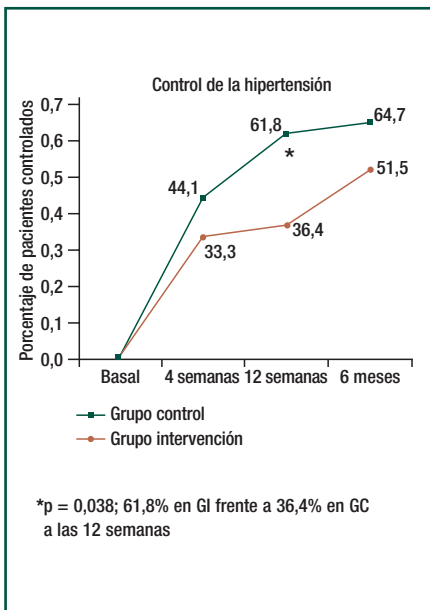
## Resultados de cumplimiento terapéutico

No se observaron diferencias significativas respecto al porcentaje de cumplidores, ni respecto al cumplimiento medio entre los 2 grupos de pacientes.



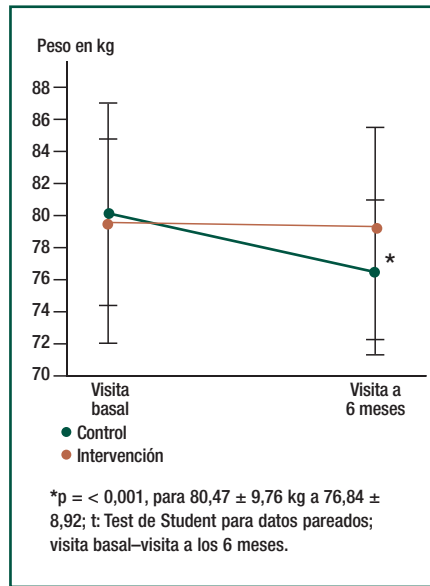
### Efecto de la intervención con SMS en el control de la hipertensión

El grado de control mejoró en ambos grupos, pero los pacientes GI mostraron una tendencia de control más temprano (61,8% en GI *versus* 36,4% en GC a 12 semanas;  $p = 0,038$ ), y un porcentaje levemente mayor de pacientes controlados al final del seguimiento (64,7% en GI *versus* 51,5% en GC a 6 meses;  $p = 0,27$ ).



### Efecto de la intervención con SMS en el control del peso

Se observó una reducción significativa y clínicamente relevante en el peso del GI.



### Opinión de los pacientes sobre la intervención

Pregunta	% de respuestas afirmativas
¿La frecuencia de los SMS era correcta?	100
¿Entendió los SMS correctamente?	100
¿Los SMS le ayudaron en el cumplimiento del tratamiento?	100
En general, la experiencia fue muy interesante	10,5
En general, la experiencia fue interesante	89,5
En general, la experiencia no fue interesante o neutral	0

### Conclusiones

1. La intervención educativa mediante mensajes SMS no ha demostrado mejorar el porcentaje de cumplidores, aunque sí el cumplimiento medio de forma no significativa.
2. Es una intervención viable y eficaz para la mejora de algunas variables como el peso, y ha sugerido efectos positivos sobre el control de la HTA.
3. La utilización de SMS parece ser una herramienta útil en programas educativos. Ya que el uso de esta tecnología se vuelve más asequible, sería apropiado investigar detalladamente su efectividad para determinados propósitos sanitarios.

### Agradecimientos

- SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial).
- Grupo de investigadores de HTA-ALERT.

### Bibliografía

1. Márquez Contreras E, Casado JJ, Celotti B, Martín JL, Gil R, López V, Domínguez R. El cumplimiento terapéutico en la HTA. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. *Aten Primaria* 2000;26:5-9.
2. Segura J, Campo C, Fernández ML, Guerrero L, Naval J, Figueras M. Resultados de la primera encuesta sobre patrones de uso e interés por las nuevas tecnologías de los pacientes atendidos en Unidades de Hipertensión Arterial en España. *Hipertensión* 2003;20:50-5.

### Presentación

1. El estudio fue presentado como comunicación en los Congresos Nacionales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y de la Asociación Española de Hipertensión y LELHA
2. Será publicado en la revista *Atención Primaria*.

# Estudio CUMAMPA-HTA Influencia del cumplimiento terapéutico en las presiones arteriales domiciliarias, en el tratamiento de la HTA

### Objetivo

1. Principal. Nuestro objetivo es comprobar si el incumplimiento del tratamiento farmacológico de la HTA influye en las cifras domiciliarias de la presión arterial (PA).
2. Secundario. Comprobar si el incumplimiento terapéutico influye en el grado de control de la HTA.
3. Terciario. Valorar la influencia de los diferentes patrones de incumplimiento terapéutico, detectados mediante los monitores electrónicos de medicación (MEMS) en las cifras de PA y en el grado de control de la HTA.

### Diseño

#### Ámbito

El estudio se está desarrollando en diferentes centros de atención primaria de España.

#### Tipo de estudio

Estudio de investigación de resultados en salud, prospectivo, longitudinal, en el que participan 220 pacientes diagnosticados de HTA, según los criterios del JNC-VII.

#### Cálculo muestral

Tras su cálculo, el tamaño muestral es de 220 pacientes.

#### Inicio y duración del estudio. Investigadores

El estudio tendrá una duración de 10 meses, aproximadamente. Se ha iniciado en febrero de 2004 y finalizará en diciembre de 2004. Tendrá un periodo de inclusión de aproximadamente 4 meses, y el tiempo de seguimiento medio de cada paciente será de 6 meses. Para la realización del estudio participarán 37 investigadores de atención primaria que seleccionarán a 6 pacientes cada uno. Además, participarán un equipo coordinador y 2 becarios encargados de realizar los controles del estudio.

#### Selección de los pacientes

La selección de los pacientes se realizará a medida que el investigador detecte a un paciente hipertenso no controlado en su consulta, que cumpla los criterios de inclusión y no posea criterios de exclusión.

#### Criterios de inclusión

1. Pacientes ambulatorios de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 18 y los 80 años.

2. Pacientes hipertensos diagnosticados *de novo* o en tratamiento antihipertensivo, pero no controlados, en los que se decida iniciar un nuevo tratamiento antihipertensivo en monoterapia.
3. Pacientes con HTA (según criterios JNC-VII).
4. Pacientes que otorguen su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio.
5. Pacientes que no posean un monitor para medición domiciliar de la PA en su domicilio.

#### Criterios de exclusión

No podrá incluirse a los pacientes que presenten alguno de los siguientes criterios:

1. Pacientes que al inicio del estudio precisen, para su control, 2 o más fármacos antihipertensivos.
2. Sujetos con HTA secundaria.
3. Personas con efectos secundarios y contraindicaciones conocidos, referidos al uso de antihipertensivos.
4. Mujeres embarazadas o lactantes.
5. Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio (p. ej., discapacitados, alcohólicos, consumidores de drogas, personas con problemas mentales...).
6. Pacientes con intención de donar sangre en el transcurso del estudio.
7. Sujetos con imposibilidad de otorgar su consentimiento informado.
8. Pacientes participantes en otros estudios de investigación.
9. Pacientes que tengan un conviviente tomando el mismo antihipertensivo.

#### Desarrollo del estudio. Plan de trabajo

Se efectuarán 4 visitas, que incluyen la visita de inclusión (VI), 2 visitas de seguimiento (VS), previstas para realizarse en el centro de salud a las 4 y a las 12 semanas, y la visita final, a las 24 semanas a partir de la visita inicial.

#### Visita de inclusión

Se realizará en la consulta a demanda de su propio médico de familia, el día de inclusión en el estudio. Se seguirá la siguiente pauta:

1. Se confirmarán los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se informará al paciente ampliamente de manera oral y por escrito sobre el tipo de estudio en el que participa.
3. Se obtendrá el consentimiento informado. Se le dará una hoja informativa sobre el estudio, adjunta en el CRD.
4. Se realizará la historia clínica del paciente.

5. Se determinarán el peso y la talla.
6. Se determinará la PA en 2 ocasiones, mediante esfigmomanómetro. Las mediciones de la PA se realizarán en el mismo brazo.
7. Se hará educación sanitaria sobre la HTA, como de forma habitual realiza el médico de familia en su consulta. Se prescribirá un nuevo antihipertensivo según su práctica clínica habitual. El antihipertensivo debe indicarse en monodosis; su toma debe recomendarse tras el descanso nocturno en ayunas y no debe tomarse el día que se acuda a la visita.
8. Uso de los MEMS:

Se proporcionará a los pacientes una receta del antihipertensivo indicado, que adquirirá en la farmacia y aportará al investigador. Se extraerán de su caja los blísters, y cada comprimido, dentro de su envase original, será recortado e introducido en el MEMS. Se introducirán 28 comprimidos en la visita inicial, 56 en la primera visita (visita 1) y 84 en la visita de seguimiento (visita 2). Se dará el MEMS al paciente y se le explicará su funcionamiento; se le indicará que cada día abra el tapón del contenedor y tome la medicación, y que a continuación lo cierre. Se introducirá el prospecto en el contenedor, y en el exterior se escribirá el nombre del fármaco. Se dirá al paciente que lo traiga en las siguientes citas.



9. Se anotará la fecha de inclusión en el estudio y el número de comprimidos del envase, así como el día del consumo del primer comprimido. Se anotará otra medicación concomitante, su dosificación y su indicación.
10. Se concertará nueva cita en el centro de salud entre los 24 y los 28 días, que se anotará en una tarjeta de control de citas.
11. Tras la visita, se enviarán al centro coordinador del estudio los originales de las hojas autocopiativas en los sobres adjuntos en el CRD y se enviará al centro coordinador.
12. Una vez que se han recibido las hojas en el centro coordinador, se procederá a la intervención. La intervención será labor del centro coordinador, es decir, que será centralizada, y la realizarán 2 investigadores. A todos los pacientes se les aportará un monitor automático OMRON, que recibirán a los 15 días de su inclusión. El paciente recibirá un *kit* en su domicilio,

que contiene el monitor, un manual del usuario, un resumen de funcionamiento y una tarjeta de recomendaciones para medición de la PA, donde anotará las mediciones. Se le recomendará que 3 días a la semana (lunes, miércoles y sábados) se mida la PA en 2 ocasiones, antes del desayuno (8-10 h) y antes de la cena (20-22 h), y las anote en la tarjeta de control. Se le indicará que, durante los 6 meses del estudio, debe llevar el monitor a cada consulta y que posteriormente será de su propiedad. Asimismo, se le indicará que a cada consulta debe llevar las tarjetas de control domiciliaria de la PA y entregárselas al médico.

#### Visitas de seguimiento 1 y 2

Tendrán lugar en el centro de salud a las 4 y a las 12 semanas, a partir de la visita inicial, y las realizará su propio médico. El plan de trabajo será el siguiente:

1. Determinará la PA mediante esfigmomanómetro en 2 ocasiones y el peso.
2. Recogerá las tarjetas de medición domiciliaria de la PA.
3. Efectuará el recuento de comprimidos, y valorará los comprimidos que restan en los MEMS que el paciente debe traer consigo.
4. Interrogará sobre la posible aparición de efectos secundarios.
5. En el caso de falta de consecución de los objetivos terapéuticos (PA > 140 y/o 90 mmHg) se añadirá un segundo fármaco, según su práctica clínica habitual, en la visita de seguimiento 1 (4 semanas). Se recomienda el uso de un diurético a bajas dosis, si no lo estaba tomando. En la visita de seguimiento 2, a los 3 meses, podrá añadir un tercer antihipertensivo en caso de falta de control, según su práctica clínica habitual.
6. Se hará educación sanitaria sobre la HTA, se proporcionará información sobre las medidas adecuadas para el control de la HTA y se rellenará la tarjeta para la siguiente visita.
7. Se aportará 2 recetas en la visita de seguimiento 1 y 3 recetas en la visita de seguimiento 2 del/los fármaco/s indicado/s para el tratamiento de su HTA. Se anotará la fecha de prescripción y el número de comprimidos del envase, así como el día de inicio de consumo del primer comprimido. Se anotará cualquier otra medicación concomitante, su dosificación y su indicación. En el MEMS sólo se introducirán los 56 comprimidos del fármaco utilizado inicial-

mente en la visita 1 y 84 comprimidos en la visita 2.

8. Los segundos o terceros antihipertensivos no se contabilizarán.

9. Se concertará nueva cita en el centro de salud en los días previstos. Se indicará al paciente que acuda con los MEMS, que contengan los comprimidos sobrantes.

#### Visita final

Tendrá lugar en el centro de salud a las 24 semanas de la visita de inclusión, y la realizará su propio médico. El plan de trabajo es similar al de la visita 1:

1. Determinará la PA en 2 ocasiones y el peso.
2. Efectuará el recuento de comprimidos, y valorará los que restan en el MEMS, que el paciente debe traer consigo. En esta visita se recogerán los MEMS.
3. Interrogará sobre la posible aparición de efectos secundarios.
4. Se hará educación sanitaria sobre la HTA.
5. Los originales del resto de hojas del CRD deberán enviarse también al centro coordinador mediante los sobres adjuntos en el CRD, así como las hojas de automedición domiciliaria de la presión arterial, que se hayan realizado los pacientes. Asimismo, los MEMS se enviarán al centro coordinador para su análisis.

#### Cronograma del estudio

	Visita 0 Inclusión	Visita 1, 2 4 y 12 semanas 1 y 3 meses	Visita final 24 semanas 6 meses
Criterios inclusión y exclusión	X		
Firmar consentimiento informado	X		
Dar hoja información del estudio	X	Valoración	Valoración
Dar tarjeta de visitas	X	X	X
Dar MEMS	X		
Historia clínica	X		
PA, peso, talla	X	X	X
Enviar hojas autocopiativas	X		X
Enviar hojas de automedición domiciliaria			X
Indicar antihipertensivo	X		
Añadir un segundo fármaco si la PA > 140 y/o > 90 mmHg		VS 1	
Añadir un tercer fármaco si la PA > 140 y/o > 90 mmHg		VS 2	
Recuento comprimidos		X	X
Rellenar MEMS	X	X	
Efectos secundarios		X	X
Recoger MEMS y enviar a la central			X
Nueva cita	X	X	
Intervención	X		

MEMS: monitores electrónicos de medicación; PA: presión arterial; VS: visita.

# II Talleres de cumplimiento

Durante 2004 se están celebrando los Talleres sobre el Incumplimiento Terapéutico en la HTA. Se trata de unos talleres de 5 h de duración dirigidos a médicos y enfermeros de atención primaria, y cuenta con la acreditación (0,4 créditos) del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este taller lo desarrollan los miembros del grupo, con carácter meramente interactivo con los asistentes, que acuden en número de entre 25 y 30. El objetivo principal es promocionar la medición del cumplimiento farmacológico en los pacientes hipertensos no controlados, entre los profesionales de atención primaria, y capacitarlos para la detección de sus causas y para la implementación de estrategias con el fin de mejorar el cumplimiento y obtener un mejor grado de control de la HTA.

### Lugares de celebración

Ciudad	Fecha
Almendralejo	4-6-2004
Vigo	10-6-2004
Sevilla	15-6-2004
Ciudad Real	17-6-2004
Murcia	17-6-2004
Málaga	17-6-2004
Bilbao	22-6-2004
Cádiz	22-6-2004
Valencia	06-7-2004
Madrid	23-9-2004
Alicante	25-9-2004
Mataró	30-9-2004
Oviedo	7-10-2004
Las Palmas	7-10-2004
Granada	12-10-2004
Granada	13-10-2004
Salamanca	22-10-2004
Barcelona	28-10-2004
Zaragoza	28-10-2004
Terrassa	11-11-2004

### 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 este boletín, y cuya presentación ha tenido lugar recientemente. Esta propuesta parte con una tirada de 200.000 tarjetas, que se entregarán a los médicos y enfermeros de atención primaria, en cajas de 50 tarjetas cada una, para su posterior entrega a los pacientes hipertensos. Con la distribución de esta tarjeta se espera que los hipertensos puedan comenzar a percatarse de que existe un problema, del que en general no son conscientes, como es el incumplimiento del tratamiento farmacológico y, además, que se den cuenta de que a sus médicos y enfermeros les preocupa de forma importante.

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

El grupo de cumplimiento ofrece un enlace en crecimiento, dentro de la página web de la SEH-LELHA, con amplia información. En la web se ofrecen los siguientes aspectos, que están a disposición del interesado:

1. Solicitud de asesoramiento en el diseño de un proyecto de investigación sobre cumplimiento en la HTA.
2. Revisiones sobre el cumplimiento y bibliografía.
3. Referencias bibliográficas de todos los estudios publicados en España y revisiones sobre el cumplimiento terapéutico en la HTA publicados durante 2001-2002.
4. Estudios de intervención sobre el 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.