

Factores y causas de mal control y estrategias de corresponsabilidad médico-paciente en el control de la hipertensión. Resultados de los estudios COROPINA y COREVALUA del programa CORRESPONDE

P. Armario^a, J. Segura^b, L. Vigil^c, J. Galera^d, E. Parody^e y L. M. Ruilope^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. España.

^bUnidad de Hipertensión Arterial. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

^cUnidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Madrid. España.

^dHealth Outcomes Research Unit. Medical Department Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona. España.

^eÁrea de Investigación Aplicada. GOC Networking. Barcelona. España.

Fundamento y objetivos. Los estudios COROPINA y COREVALUA forman parte del programa CORRESPONDE, que consiste en una intervención asistencial centrada en fortalecer la corresponsabilidad médico-paciente en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Por su parte, los objetivos principales de COROPINA y COREVALUA son identificar médicos candidatos para participar en la intervención y conocer los principales factores relacionados con el mal control de la hipertensión arterial, así como las medidas de mayor impacto potencial para mejorar el control de la enfermedad.

Material y métodos. COROPINA es una investigación prospectiva basada en el método Delphi que involucra a 1.169 médicos que ejercen en el Servicio Nacional de Salud español. COREVALUA es un sondeo de opinión realizado mediante un cuestionario asistido por video dirigido a 1.402 participantes de perfil similar.

Resultados. Ambos estudios coinciden en que la falta de conciencia de la propia enfermedad y el deterioro personal según condiciones sicofísicas de los pacientes son los dos factores que más dificultan el control de la hipertensión arterial. Entre las causas del mal control se destaca el tabaquismo, el sobrepeso, el exceso de fármacos concomitantes y la escasa duración de las consultas. Y las medidas para el control de la hipertensión arterial con mayor impacto potencial que se priorizan son aumentar los recursos asistenciales, concienciar al paciente del cumplimiento terapéutico y simplificar los planes terapéuticos.

Conclusión. El orden de importancia relativa otorgada tanto a factores y causas de mal control como a estrategias para mejorar el grado de control de la hipertensión arterial son muy parecidas en ambos estudios, y a su vez consistentes con los resultados de trabajos precedentes.

Palabras clave: hipertensión arterial, estudio prospectivo, sondeo de opinión, cuestionario, causas mal control, impacto de medidas.

Factors and causes of poor control and strategies of physician-patient co-responsibility in the control of hypertension. Results of the COROPINA and COREVALUA studies of the CORRESPONDE program

Background and objectives. The COROPINA and COREVALUA studies form a part of the CORRESPONDE program. This consists of a healthcare intervention that is geared toward strengthening joint doctor-patient responsibility in the control of cardiovascular risk factors. On their part, the main goals of COROPINA and COREVALUA are to identify medical candidates to participate in the intervention and to discover the main factors related to poor hypertension control, as well as measures with a higher potential impact on improving control of the disease.

Material and methods. COROPINA is a prospective research endeavor based on the Delphi method involving 1,169 practicing physicians in the Spanish National Health Service. COREVALUA is an opinion poll consisting of a video-assisted questionnaire, targeting 1,402 participants with similar profiles.

Results. Both studies coincide in the fact that the lack of awareness of the illness itself and personal deterioration depending on the patients' psychophysical conditions are the two factors that most complicate the control of hypertension. Foremost among the causes of poor control are smoking, overweight, an excess of concomitant drugs, and the short duration of consultations. Moreover, the hypertension control measures with the greatest potential impact which are prioritized include increasing healthcare resources, raising patient awareness with regard to therapeutic compliance, and simplifying therapeutic plans.

Conclusion. The relative order of importance given to factors and causes of poor control as well as to strategies for improving the degree of control of hypertension is very similar in both studies, and is in turn consistent with the results of preceding studies.

Key words: hypertension, prospective study, opinion poll, questionnaire, causes poor control, impact of measures.

Correspondencia:

P. Armario.

Servicio de Medicina Interna.

Hospital General de L'Hospitalet.

Avda. Josep Molins, 29-41.

08906 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correo electrónico: pedro.armario@sanitatintegral.org

Recibido: 31 de enero de 2007.

Aceptado: 8 de marzo de 2007.

Introducción

En la segunda mitad del siglo XX las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de mortalidad en los países desarrollados. De hecho, el 57,9%¹ de los pacientes con enfer-

medades cardiovasculares presenta al menos un factor de riesgo modificable. Como es sabido, entre dichos factores, el más relevante es la hipertensión arterial (HTA). Sin embargo, diversos estudios realizados en España²⁻⁴ muestran que sólo entre un tercio y algo más de la mitad de los hipertensos diagnosticados y tratados farmacológicamente alcanzan los objetivos de presión arterial (PA) recomendados en guías de práctica clínica⁵⁻⁸.

Habitualmente los factores relacionados con el control de la HTA se asocian al paciente y a su entorno, al médico y a las características del tratamiento. Los factores considerados de mayor impacto son: la edad, el sexo, el grupo social, el nivel de educación del paciente, la motivación del médico, la duración, dosis y posología del tratamiento, la adecuada infraestructura de recepción de visitas o el entorno familiar⁹. Además, el bajo grado de control de los pacientes hipertensos también se relaciona con las técnicas de medición de la PA, la variabilidad propia de la PA a lo largo del día, la idoneidad de los planes terapéuticos prescritos y, sobre todo, el cumplimiento o no de los tratamientos farmacológicos por parte de los pacientes¹⁰⁻¹³. Con el objetivo de mejorar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) en los pacientes españoles, la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha de la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) con el apoyo de Novartis y la colaboración de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) están impulsando el programa CORRESPONDE. Esta iniciativa propone incrementar el grado de implicación de los pacientes hipertensos en el control de su enfermedad. Para ello se ha diseñado una intervención asistencial dirigida a médicos de Atención Primaria (AP) y especialistas de las unidades hospitalarias de HTA que se apoya en un *software* desarrollado a partir de las recomendaciones de la Guía Española de Hipertensión Arterial 2005⁸, la Guía de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la Hipertensión Arterial de 2003⁵, la adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica del tercer grupo europeo de trabajo¹⁴ y el séptimo informe del *Joint National Committee* sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial⁶. Los estudios COROPINA y COREVALUA se han realizado para diseñar la intervención y sondear la viabilidad del programa CORRESPONDE.

Objetivos

COROPINA y COREVALUA comparten los mismos objetivos, que son: a) identificar a un grupo de médicos dispuestos a participar en la inter-

vención, y b) sondear la opinión del colectivo profesional directamente involucrado en la atención de los pacientes hipertensos acerca de qué factores se relacionan con el mal cumplimiento terapéutico y qué medidas aplicables a pacientes, profesionales sanitarios y/o planes terapéuticos consideran de mayor impacto potencial para mejorar el control de la enfermedad. Todo ello con el propósito de ajustar las características de la intervención a las preferencias de los profesionales y así maximizar la eficacia de la intervención.

Material y métodos

COROPINA se diseñó como un proceso de consenso a dos rondas basado en el método Delphi. Sin embargo, por motivos de orden logístico, en COROPINA la recogida de datos fue presencial (reuniones de 9-15 participantes) y en la segunda ronda no se entregaron las respuestas individuales de la primera ronda, sino la tendencia del conjunto del panel de 1.169 médicos seleccionados de forma sistemática en 17 estratos correspondientes a sendas comunidades autónomas (tabla 1). La muestra resultante está mayoritariamente formada por médicos de AP (78%), de género masculino (77%) y de edad comprendida entre 40 y 60 años (78,6%). El 22% restante corresponde principalmente a especialistas de Medicina Interna (47,3%) y Cardiología (28,5%). Para este análisis se ha utilizado el cuestionario de la segunda ronda que incluye 107 ítems (69 extraídos del primer cuestionario). La recogida de datos se extendió entre el 16 de enero y el 28 de abril de 2006.

COREVALUA es un sondeo de opinión realizado a una muestra de 1.402 médicos igualmente divididos en 17 estratos por comunidad autónoma (tabla 1). Los médicos de AP constituyen un 81% y los médicos especialistas un 19%, sobre todo de Medicina Interna (63,8%) y Cardiología (16,9%). El 69% eran hombres, mayoritariamente de edades comprendidas entre 40 y 60 años (78,8%). El trabajo de campo se realizó mediante la administración de un cuestionario de 133 ítems asistido mediante un vídeo proyectado en sesiones de 9-15 participantes celebradas entre el 15 de febrero y el 28 de abril de 2006.

Asimismo merece comentario que ambos estudios: 1) Han sido realizados en muestras independientes (sin efectivos comunes).

2) Comparten los mismos criterios de selección de los casos respecto a la representatividad de las comunidades autónomas, proporcionalidad de médicos de AP (80%) y de edad mayor de 45 años (50%).

3) Han utilizado los mismos enunciados y clases de respuesta en todos los ítems incluidos en el presente análisis.

TABLA 1
Composición de las muestras de médicos consultados

COMUNIDAD AUTÓNOMA	COROPINA				COREVALUA				GLOBAL*			
	AP		ESPECIALISTA		AP		ESPECIALISTA		AP		ESPECIALISTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	172	78,9	46	21,1	201	81,7	45	18,3	373	80,4	91	19,6
Aragón	25	80,6	6	19,4	32	84,2	6	15,8	57	82,6	12	17,4
Asturias	25	78,1	7	21,9	28	82,4	6	17,6	53	80,3	13	19,7
Baleares	12	75,0	4	25,0	14	82,4	3	17,6	26	78,8	7	21,2
Canarias	43	74,1	15	25,9	59	83,1	12	16,9	102	79,1	27	20,9
Cantabria	12	80,0	3	20,0	16	84,2	3	15,8	28	82,4	6	17,6
Castilla y León	55	79,7	14	20,3	64	80,0	16	20,0	119	79,9	30	20,1
Castilla-La Mancha	41	82,0	9	18,0	50	79,4	13	20,6	91	80,5	22	19,5
Cataluña	136	77,3	40	22,7	172	80,0	43	20,0	308	78,8	83	21,2
Comunidad Valenciana	103	76,3	32	23,7	148	83,6	29	16,4	251	80,4	61	19,6
Extremadura	23	79,3	6	20,7	27	81,8	6	18,2	50	80,6	12	19,4
Galicia	69	78,4	19	21,6	87	82,9	18	17,1	156	80,8	37	19,2
La Rioja	10	76,9	3	23,1	13	86,7	2	13,3	23	82,1	5	17,9
Madrid	92	76,0	29	24,0	115	81,6	26	18,4	207	79,0	55	21,0
Murcia	24	75,0	8	25,0	31	83,8	6	16,2	55	79,7	14	20,3
Navarra	11	78,6	3	21,4	12	63,2	7	36,8	23	69,7	10	30,3
País Vasco	42	71,2	17	28,8	56	78,9	15	21,1	98	75,4	32	24,6
No específica CA	10	100,0	0	0,0	10	76,9	3	23,1	20	87,0	3	13,0
Total**	905	77,6	261	22,4	1.135	81,4	259	18,6	2.040	79,7	520	20,3

*Global se refiere a los resultados agrupados de ambos estudios. **En el estudio COROPINA tres participantes no contestaron especialidad y en el estudio COREVALUA no contestaron la especialidad ocho. AP: Atención Primaria; CA: Comunidad Autónoma.

Sin embargo, el análisis de los datos recopilados indica que ambas muestras son homogéneas respecto a la comunidad autónoma de ejercicio profesional ($p=0,999$) y al grupo de edad ($p=0,564$) y en cambio no lo son ni en la proporción de especialistas ($p=0,017$) ni en el género de los consultados ($p<0,001$).

Resultados

Aproximadamente un 44% y un 42% de los participantes consultados en los estudios de COROPINA y COREVALUA, respectivamente, coinciden en declarar que entre el 50% y el 75% de sus pacientes hipertensos están controlados. El 44% de los participantes del estudio COROPINA citan como fuente de información para esta estimación del grado de control de la HTA a investigaciones específicas que incluyen a sus pacientes, mientras que el 44% de los encuestados en COREVALUA basan su estimación en su propia experiencia y percepción personal con diferencias significativas ($p<0,001$). La tabla 2 muestra los resultados de ambos estudios relativos a los factores que dificultan el control de la HTA. La falta de conciencia de su propia enfermedad (86,7% del total), el deterioro personal según condiciones sicofísicas (84,8% del total), el bajo nivel sociocultural del paciente (75,9% del total), la obesidad (74,5%

del total) y el sedentarismo (72,3% del total) son los cinco factores que mejor explican la falta de control a juicio de los encuestados. Sin embargo, se observan diferencias estadísticas significativas entre ambos estudios al valorar la importancia de: la falta de concienciación de la enfermedad ($p<0,001$), el deterioro personal del paciente ($p<0,001$) y la existencia de un entorno familiar apropiado ($p<0,001$). En la figura 1 se destaca que el orden de importancia otorgado a cada factor es exactamente el mismo en los dos grupos hasta llegar a la sexta posición de COREVALUA, que se corresponde con la séptima de COROPINA (polifarmacia contra tabaquismo), y la penúltima posición de COROPINA, que se convierte en el último factor priorizado en COREVALUA (género femenino contra entorno familiar).

Las principales causas del mal control de la HTA relacionadas con los pacientes, con el plan terapéutico y las causas relacionadas con las visitas médicas y los profesionales sanitarios se describen en la tabla 3. La importancia del tabaquismo (con una puntuación global de 3,99, de un valor máximo de 5), el exceso de peso (3,98/5) y el exceso de fármacos concomitantes asociados a la pluripatología de algunos pacientes (3,98/5) son las tres causas que el conjunto de participantes consideran más importantes. Se han encontrado diferencias signifi-

TABLA 2
Factores que dificultan el control de la hipertensión arterial

FACTORES QUE DIFICULTAN EL CONTROL DE LA HTA	COROPINA		COREVALUA		GLOBAL*		DIFERENCIA %	p**
	N	%	N	%	N	%		
Falta de conciencia de su propia enfermedad	997	88,4	1.166	85,2	2.163	86,7	3,2	0,007
Deterioro personal	1.010	88,1	1.129	82,2	2.139	84,8	5,9	0,000
El bajo nivel sociocultural del paciente	873	76,2	1.034	75,8	1.907	75,9	0,4	0,343
Obesidad	870	75,4	1.020	73,8	1.890	74,5	1,6	0,380
Sedentarismo	842	73,7	979	71,0	1.821	72,3	2,7	0,073
Polifarmacia	791	69,8	940	68,7	1.731	69,2	1,2	0,196
Tabaquismo	798	69,9	936	68,3	1.734	69,1	1,6	0,446
Comorbilidad asociada	705	61,8	862	63,1	1.567	62,5	1,2	0,182
La mayor edad de los pacientes	656	56,9	828	59,8	1.484	58,5	2,9	0,237
Tiempo de evolución de la HTA	524	45,7	636	46,5	1.160	46,1	0,8	0,368
Los pacientes de sexo masculino	460	40,2	547	40,1	1.007	40,2	0,0	0,773
La diabetes mellitus	454	39,2	486	35,1	940	36,9	4,1	0,160
Niveles iniciales de presión arterial elevados	246	21,8	283	20,8	529	21,2	1,0	0,524
Antecedentes de episodios cardiovasculares previos	187	16,2	216	15,6	403	15,9	0,6	0,650
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular	167	14,7	203	14,9	370	14,8	0,2	0,682
Las pacientes de sexo femenino	138	12,0	154	11,2	292	11,6	0,8	0,590
Un entorno familiar del paciente apropiado	81	7,1	165	12,0	246	9,8	4,9	0,000

*Global se refiere a los resultados agrupados de ambos estudios. **La p corresponde al nivel de significación de Lambda de Wilks.

cativas entre las medias obtenidas en cada estudio respecto a la importancia del tabaquismo en el RCV ($p < 0,001$), al exceso de peso en el RCV ($p = 0,015$), al exceso de fármacos concomitantes asociados a la pluripatología de algunos pacientes ($p < 0,001$), al número de tomas diarias establecidas para alcanzar las dosis efectivas ($p = 0,049$), a la escasa duración de la consulta ($p < 0,001$) y al conocimiento de la enfermedad ($p < 0,001$).

En la figura 2 se muestra el orden de importancia que los participantes de cada estudio otorgaron a las causas descritas en la tabla 3. Cuatro de las cinco causas que más inciden en el mal control coinciden en ambos estudios, aunque, no obstante, se observan algunas diferencias en el orden de importancia otorgado a las diez principales causas.

La valoración del impacto potencial de ciertas estrategias para mejorar el control relacionadas con los pacientes, los planes terapéuticos y los profesionales sanitarios se muestra en la tabla 4. Aunque en distinto orden, los resultados de ambos estudios coinciden en señalar que las cinco medidas de mayor impacto para mejorar el control de la HTA son: aumentar el número de recursos (más personal asistencial) (4,29/5), corresponsabilizar al paciente en el control de su enfermedad (4,26/5), lograr que el paciente conozca el efecto beneficioso para la salud del

cumplimiento terapéutico (4,24/5), ampliar la duración de las consultas médicas (4,22/5) y simplificar los planes terapéuticos en pacientes afectados de pluripatologías, priorizando los medicamentos con mayor valor para los pacientes (4,22/5). Éstos, además, son los ítems de todo el cuestionario que obtienen el mayor grado de consenso entre todos los participantes. Se observaron diferencias estadísticas entre las medias de los grupos para todas las medidas ($p < 0,001$), excepto para corresponsabilizar al paciente en el control de su enfermedad ($p = 0,968$).

La priorización del orden de importancia del impacto de las medidas para mejorar el control de la HTA se presenta en la figura 3. También aquí se observa una notable concordancia en el orden de prioridad establecido en ambos estudios. Sin embargo, la importancia de corresponsabilizar al paciente en el control de su enfermedad es considerada la medida de mayor impacto potencial entre los participantes en COREVALUA, mientras que los médicos del COROPINA la sitúan en sexta posición.

Discusión

En contradicción con el relativo optimismo de las dos muestras independientes de médicos consultados, el control de los pacientes hipertensos

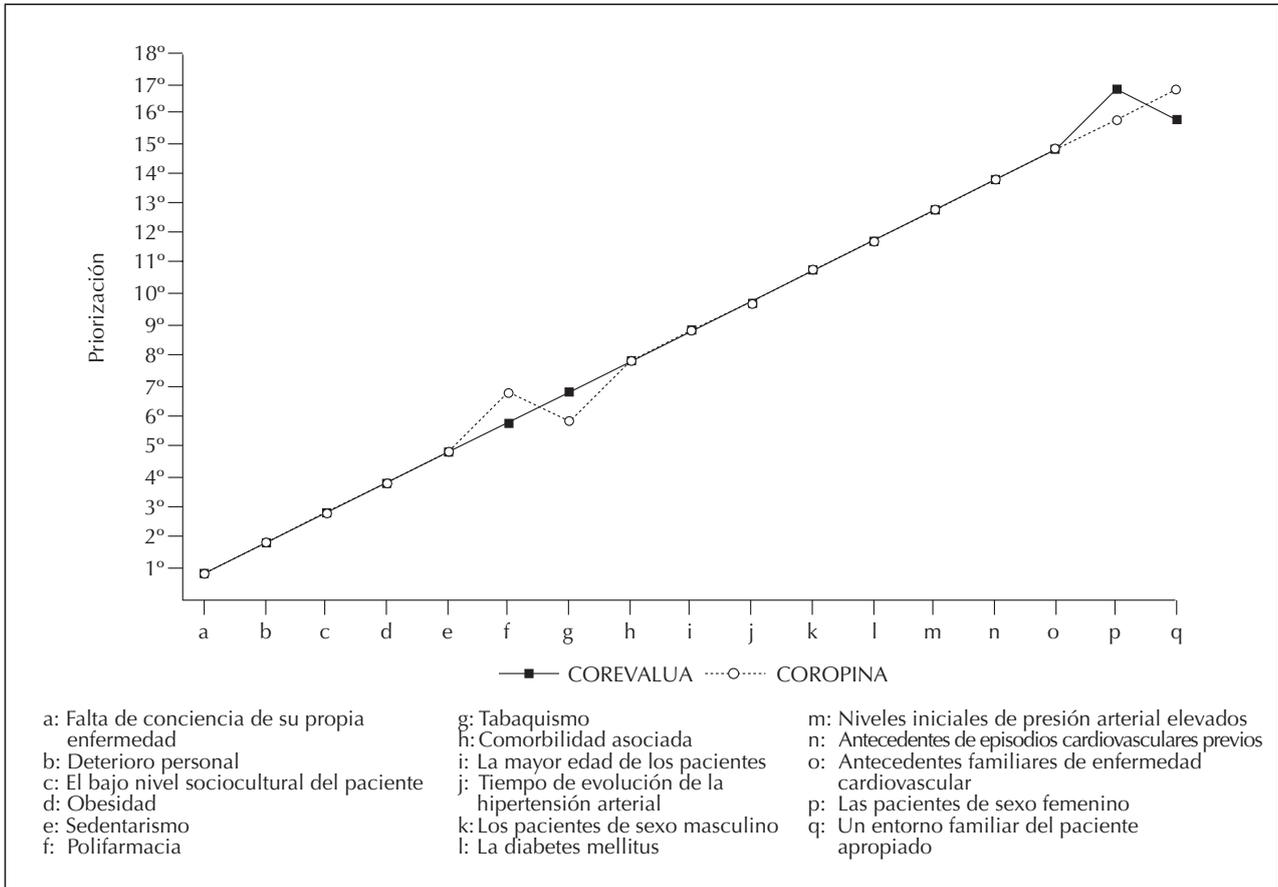


Fig. 1. Orden de importancia de los factores que dificultan el control de la hipertensión arterial otorgado en cada estudio.

en nuestro país continúa siendo bajo —aproximadamente un tercio—, a juzgar por los resul-

tados observados en diversos estudios clínico-epidemiológicos recientes^{2-4, 15}.

TABLA 3
Causas del mal control de la hipertensión arterial

FACTORES QUE DIFICULTAN EL CONTROL DE LA HTA	COROPINA MEDIA ± DE	COREVALUA MEDIA ± DE	GLOBAL* MEDIA ± DE	p**
La importancia del tabaquismo en el riesgo cardiovascular	4,11 ± 0,72	3,90 ± 0,94	3,99 ± 0,86	0,000
Exceso de peso en el riesgo cardiovascular	4,02 ± 0,61	3,95 ± 0,86	3,98 ± 0,76	0,015
El exceso de fármacos concomitantes asociados a la polipatología de algunos pacientes	4,03 ± 0,63	3,94 ± 0,82	3,98 ± 0,74	0,002
El número de tomas diarias establecidas para alcanzar las dosis efectivas	3,98 ± 0,67	3,92 ± 0,89	3,94 ± 0,79	0,049
La escasa duración de cada consulta	4,02 ± 0,76	3,76 ± 1,08	3,88 ± 0,96	0,000
El efecto del sedentarismo en el riesgo cardiovascular	3,88 ± 0,65	3,84 ± 0,86	3,86 ± 0,77	0,189
El efecto del sedentarismo en la HTA	3,78 ± 0,65	3,77 ± 0,88	3,77 ± 0,78	0,847
El número de medicamentos prescritos para el control de la HTA	3,69 ± 0,61	3,72 ± 0,92	3,71 ± 0,80	0,173
Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente	3,78 ± 0,67	3,62 ± 1,19	3,69 ± 0,99	0,000
La falta de tiempo del médico que se dedica a aclarar dudas de los pacientes acerca de su enfermedad y de los planes terapéuticos prescritos	3,71 ± 0,69	3,68 ± 1,01	3,69 ± 0,88	0,426

*Global se refiere a los resultados agrupados de ambos estudios. **La p corresponde al nivel de significación de Lambda de Wilks. DE: desviación estándar.

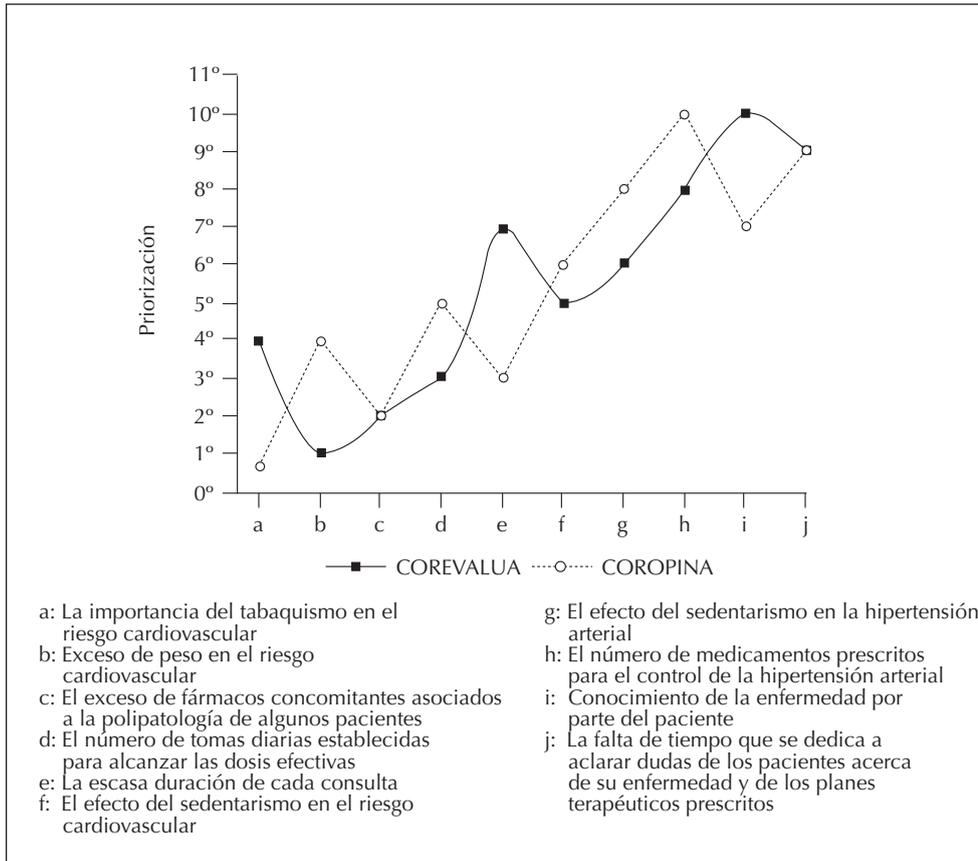


Fig. 2. Orden de importancia de causas del mal control de la hipertensión arterial otorgado en cada estudio.

TABLA 4
Medidas para mejorar el control de la hipertensión arterial

VALORE EL IMPACTO POTENCIAL DE ALGUNAS MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA HTA	COROPINA MEDIA ± DE	COREVALUA MEDIA ± DE	GLOBAL* MEDIA ± DE	p**
Aumentar el número de recursos: más personal asistencial	4,36 ± 0,65	4,23 ± 0,84	4,29 ± 0,76	0,000
Corresponsabilizar al paciente en el control de su enfermedad	4,26 ± 0,62	4,26 ± 0,78	4,26 ± 0,71	0,930
Lograr que el paciente conozca el efecto beneficioso para la salud del cumplimiento terapéutico	4,30 ± 0,61	4,19 ± 0,81	4,24 ± 0,73	0,000
Ampliar la duración de las consultas médicas	4,30 ± 0,68	4,15 ± 0,93	4,22 ± 0,83	0,000
La simplificación de los planes terapéuticos en pacientes afectados de polipatologías, priorizando los medicamentos con mayor valor para los pacientes	4,29 ± 0,57	4,16 ± 0,79	4,22 ± 0,70	0,000
La comercialización de asociaciones de fármacos antihipertensivos a dosis más ajustadas a las necesidades de los pacientes	4,27 ± 0,59	4,04 ± 0,82	4,14 ± 0,73	0,000
Dedicar más tiempo de consulta a sensibilizar y motivar a los pacientes	4,14 ± 0,66	4,01 ± 0,89	4,07 ± 0,80	0,000
Dedicar más tiempo a resolver las dudas de los pacientes acerca de su enfermedad y de los planes terapéuticos prescritos	4,19 ± 0,66	3,97 ± 0,83	4,07 ± 0,76	0,000
Mejorar la accesibilidad de programas de deshabituación antitabáquica	4,10 ± 0,72	3,94 ± 0,92	4,01 ± 0,84	0,000
Proporcionar información suficiente para dejar de fumar, concienciando al paciente de su beneficio	4,03 ± 0,71	3,90 ± 0,91	3,96 ± 0,83	0,000

*Global se refiere a los resultados agrupados de ambos estudios. **La p corresponde al nivel de significación de Lambda de Wilks. DE: desviación estándar.

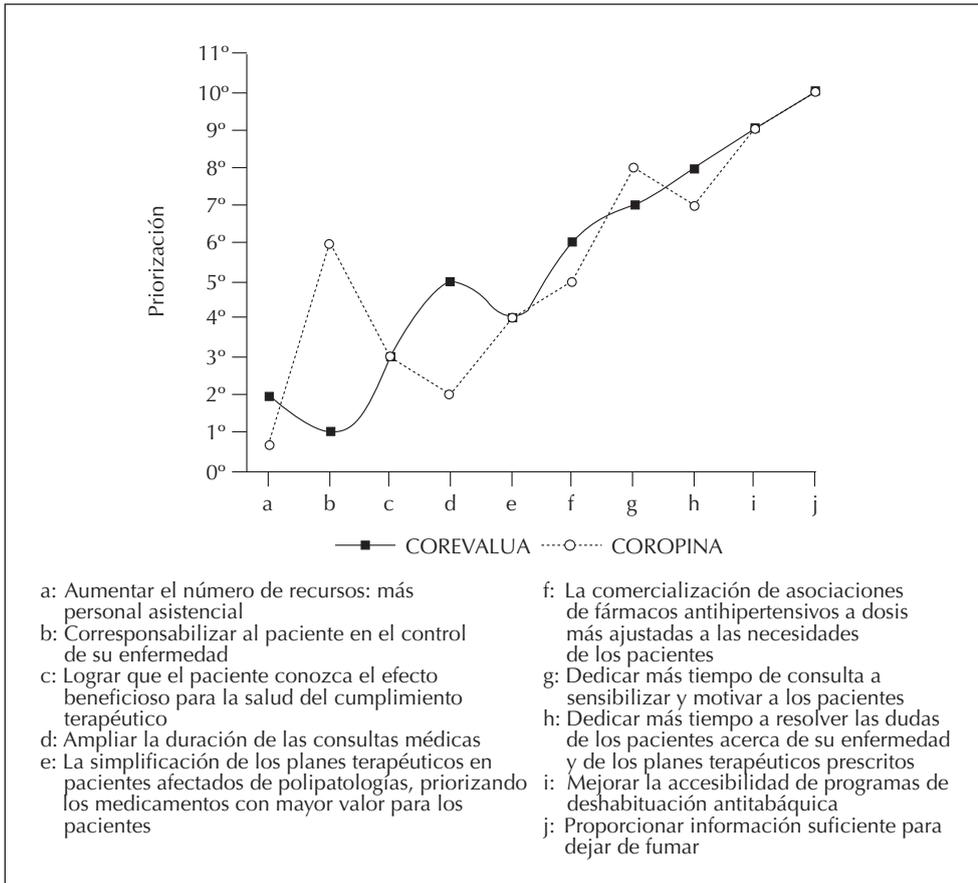


Fig. 3. Orden de importancia del impacto de las medidas para mejorar el control de la hipertensión arterial otorgado en cada estudio.

Hyman et al¹³ observaron que la edad (menos control en mayores de 65 años) y el sexo masculino eran factores relacionados con la HTA no controlada en una muestra de población norteamericana, lo cual es parcialmente consistente con la opinión de los médicos participantes en COROPINA y COREVALUA, que han situado estos mismos factores en el noveno y el undécimo lugar de importancia, respectivamente. Por su parte, Rodríguez Roca et al¹⁵ han relacionado la diabetes mellitus sobre todo, pero también el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol, con el mal control de la HTA. Se trata de observaciones, en general, compatibles con la opinión de los médicos investigados aquí, ya que le otorgan al tabaquismo el séptimo lugar de importancia y a la diabetes el duodécimo, muy por debajo de la falta de conciencia de la propia enfermedad, el deterioro personal según condiciones sicofísicas y el bajo nivel sociocultural del paciente, que son las tres principales causas priorizadas por los dos conjuntos de profesionales analizados aquí.

Las estrategias para el control de la HTA han sido consensuadas en España por algunos expertos¹⁶. En cuanto a las medidas relacionadas con los profesionales sanitarios, se destaca la impor-

tancia de promover el uso de la automedida de la presión arterial (AMPA) e implicar más al personal de enfermería y farmacéuticos para el control de la HTA. Y por lo que respecta a las estrategias dirigidas a los pacientes, destaca la importancia de insistir en el cumplimiento terapéutico. Asimismo, mejorar la relación médico-paciente, aumentar el tiempo en las consultas según las necesidades del paciente, prescribir pautas de tratamiento farmacológico sencillas y promocionar hábitos de vida saludables son estrategias que también se proponen en el consenso¹⁶ y que coinciden plenamente con la opinión predominante de los participantes en los presentes estudios.

Mejorar el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes es un aspecto clave en el control de la HTA; sin embargo, a pesar de que el porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de la HTA en España ha descendido en los últimos 5 años, sigue siendo elevado¹⁷. En el aspecto de mejorar el cumplimiento terapéutico, resaltan los trabajos realizados por el Grupo de Trabajo de Cumplimiento de la SEH-LELHA, en un estudio publicado recientemente¹⁸, donde evaluaron la eficacia de un programa de AMPA en el cumplimiento terapéutico

en HTA, concluyendo que el programa AMPA empleando monitores electrónicos es efectivo para mejorar el cumplimiento terapéutico de la HTA. Por otra parte, además de la responsabilidad de los pacientes en el control de la HTA, los clínicos no siempre son suficientemente asertivos en el tratamiento antihipertensivo, dando lugar a la inercia clínica, que Phillips et al¹⁹ describen como el fracaso de los clínicos en iniciar o intensificar la terapia cuando está indicado.

Finalmente merece comentario señalar el poco significado que puede atribuirse a las abundantes diferencias estadísticas halladas entre las medias de puntuación de varios ítems de todos los apartados del cuestionario. En efecto, estas diferencias pueden ser debidas tanto a variaciones de la opinión de los consultados, como a sesgos de selección de los sujetos y/o al efecto de los métodos empleados para recoger los datos.

Conclusiones

En general, el orden de importancia relativa otorgada a factores que dificultan el control de la HTA presentó un elevado grado de coincidencia en ambas muestras de profesionales, mientras que en las causas de mal control y las estrategias para mejorar el grado de control de la HTA el grado de coincidencia es algo menor. Por otra parte, la percepción de los médicos respecto al grado de control de sus pacientes hipertensos es sensiblemente mayor que el observado en estudios observacionales previos.

Los participantes en COROPINA y COREVALUA coinciden en señalar que los tres principales factores que se asocian al mal control de los pacientes hipertensos son la falta de conciencia de la propia enfermedad, el deterioro personal según condiciones sicofísicas y el bajo nivel sociocultural del paciente. Las tres causas más relevantes asociadas a la falta de control de la HTA son: el tabaquismo, el exceso de peso y el exceso de fármacos concomitantes asociados a la pluripatología de algunos pacientes. También se observa una elevada coincidencia entre las dos muestras a la hora de valorar que las tres medidas potencialmente más eficaces para mejorar el control de la enfermedad se condicionan al aumento de personal asistencial, a la corresponsabilización del paciente y a que éste conozca el beneficio para su salud del cumplimiento terapéutico.

Bibliografía

1. Bertomeu V. La hipertensión en AP: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:338-40.
2. Torre J, Fernández R, López J, Nicolás M, López F, Pérez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control HTA en un medio urbano. *Rev Clin Esp.* 1990;187:103-6.
3. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión.* 2005;22:5-14.
4. Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial: 10 años de publicaciones en España. *Med Clin (Barc).* 1997;109:702-6.
5. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial Hypertension. *J Hypertens.* 2003;21:1011-53.
6. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh report of the Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;42:1206-52.
7. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens.* 2003;21:1983-92.
8. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial SEH-LELHA. Guía española de Hipertensión Arterial 2005. *Hipertensión.* 2005;22 Supl 2:1-84.
9. Márquez E, Gil V. Variables que influyen en el incumplimiento del tratamiento farmacológico. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. 2005;2:4-5. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin3.pdf>
10. Ajar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA.* 2003;290:199-206.
11. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, de la Cruz-Troca JJ, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens.* 2002;20:2157-64.
12. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, et al; European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens.* 2003;21:821-48.
13. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med.* 2001;345:479-86.
14. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78:435-8.
15. Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Llisterri Caro JL, Alonso Moresno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española ≥ 65 años asistida en Atención Primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:359-66.
16. Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillén F. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Hipertensión (Madr.).* 2006;23:153-6.
17. Márquez Contreras E, Gil Guillem V, Casado Martínez JJ, Martell Claros N, de la Figuera von Wichmann M, Martín de Pablos JL, et al. En representación del grupo de trabajo sobre el cumplimiento terapéutico de la SEH-LELHA. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria.* 2006; 38:325-32.
18. Márquez Contreras E, Martel Claros N, Gil Guillem V, de la Figuera von Wichmann M, Casado Martínez JJ, Martín de Pablos JL, et al. On behalf of the Compliance Group of the Spanish Society of Hypertension (SEE). Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens.* 2006;24:169-75.
19. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001; 135:825-34.