

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación parcialmente financiado en la VIII convocatoria de ayudas de la Red Española de Atención Primaria (REAP).

Bibliografía

1. Westert P, Satariano A, Schellevis G, Van den Bos AM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Public Health*. 2001;11:365–72.
2. Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2002;16:156–9.
3. Varela J, Castells X, Riu M, Cervera AM, Vernhes T, Díez A, et al. El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gac Sanit*. 2000;14:203–9.

4. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):181–92.
5. Oterino D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit*. 2007;21:316–20.

Luis Palomo^{a,*} y Carlos Rubio^b

^aUnidad de Formación e Investigación,
Área de Salud de Cáceres, Cáceres, España

^bCentro de Salud Plaza de Argel, Cáceres, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.palomo@ses.juntaex.es (L. Palomo)

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.006

Grado de control de los hipertensos mediante la medición en consulta y por AMPA

Blood pressure control in a hypertensive population when measurements are performed in the clinic or self-monitoring by the patient

Sr. Director:

Realizamos un estudio para determinar el grado de control de la población hipertensa tanto en consulta como por AMPA domiciliaria, diferenciando a quienes tienen enfermedad vascular establecida o diabetes, en una provincia con elevada mortalidad cardiovascular^{1,2}. Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y multicéntrico, con una muestra aleatoria de la población hipertensa procedente de tres zonas básicas de salud (ZBS) de la provincia de Badajoz (La Paz, Don Benito y Villanueva de la Serena). El tamaño muestral calculado para una proporción de hipertensos sin complicaciones (HSC) controlados del 30% y del 15% en aquellos con complicaciones cardiovasculares establecidas o diabetes (HCC) (error $\alpha = 0,05$; error $\beta = 0,20$) fue de 198 individuos, que se amplió a 300 para cubrir posibles pérdidas. Se estratificó a razón de 100 sujetos por cada ZBS, ya que atendían a una población de tamaño similar. La selección fue al azar a partir del programa de hipertensión de forma que cada unidad asistencial aportaba un número proporcional al número de hipertensos detectados. Se incluyó a todos los mayores de 18 años que firmaron el consentimiento y presentaban dicho diagnóstico en su historia clínica o estaban en tratamiento con fármacos antihipertensivos y no habían cambiado de tratamiento en las últimas 4 semanas. Se excluyó a aquellos que tuvieran incapacidad física, psíquica o cognitiva para realizar la automedición o presentaran fibrilación auricular. En su centro de salud se les recogieron los datos de filiación y los antecedentes de otros factores de riesgo y enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, isquemia de extremidades inferiores o insuficien-

cia cardíaca). La medición de la presión arterial se realizó, siguiendo las recomendaciones internacionales³, a primera hora de la mañana, antes de la toma de los antihipertensivos y en número de tres determinaciones con un esfigmomanómetro de mercurio. Posteriormente se les pidió que midieran en su domicilio la presión arterial en dos ocasiones antes del desayuno y antes de la cena durante 3 días laborables consecutivos, mediante el uso de monitores OMRON 705 CP previa demostración de su familiarización con este tipo de dispositivo y tras suministrarle el manguito idóneo para su perímetro braquial.

Se consideró que la presión arterial en consulta (PAC) era la media aritmética de la segunda y la tercera medición; por AMPA domiciliaria, la media aritmética de las cifras obtenidas del segundo y el tercer día³. Se clasificó a los pacientes como bien controlados en consulta según pertenecieran al grupo de HSC o HCC si tenían una presión arterial $<140/90$ o $<130/80$ mmHg respectivamente. Se consideró buen control mediante AMPA si la presión arterial era $<135/85$ o $<130/80$ para los grupos de HSC o HCC respectivamente. Se consideró mal control aislado en consulta el mal control de la presión arterial en consulta y buen control por AMPA, y mal control enmascarado, el buen control por presión arterial en consulta y malo por AMPA.

Participaron 239 individuos; 61 no lo hicieron por falta de colaboración de distintas unidades asistenciales en el estudio y se rechazó a 2 por violación del protocolo de AMPA, con lo que quedaron para el análisis 237. Las características de la muestra total y por grupos se describen en la [tabla 1](#). El grado de control por PAC en el grupo de HSC fue del 26,9%, frente al 7,8% en los HCC ($p = 0,001$). Por AMPA fue del 41,3% en los HSC frente al 18,2% en los HCC ($p < 0,001$). El grado de control de la muestra total en consulta fue del 20,7% (15,5%–25,9%) frente al 33,8% (30,7%–36,9%) por AMPA ($p < 0,001$). Cuando comparamos el control con ambos métodos de medición, se observa que sólo el 13,9% de la muestra estaba controlado con ambos métodos, el 59,5% no estaba controlado, el 19,8% tenía mal control aislado en consulta y el 6,8%, mal control enmascarado.

Tabla 1 Características de la muestra total y por grupos

	Total	HSC	HCC	HSC/HCC	p
Pacientes, n (%)	237 (100)	160 (67,5)	77 (32,5)		
Edad (años)	65,2±10,6 (63,9–66,6)	63,8±10,6 (62,1–65,5)	68,3±10 (66,0–70,5)		p = 0,002 ^a
Mujeres, %	61,2	62,5	58,4		p = 0,361 ^b
Tabaquismo activo, % (IC del 95%)	13,9 (9,5–18,3)	18,1 (12,1–24,1)	6,5 (3,4–9,6)		p = 0,027 ^b
Obesos, % (IC del 95%)	48,1 (41,7–54,5)	44,9 (43,2–52,6)	56,6 (45,5–67,7)		p = 0,095 ^b
Diabéticos, % (IC del 95%)	19,4 (16,8–22)		59,7		
ECV establecida, % (IC del 95%)	17,3 (12,5–22,1)		53,2		
Tiempo de hipertensión (años), media (IC del 95%)	9,2±6,9 (8,3–10)	8,5±6,6 (7,4–9,5)	10,6±7,2 (8,9–12,3)		p = 0,017 ^c
Número de fármacos anti-HTA, media (IC del 95%)	1,2±0,8 (1,1–1,3)	1,1±0,8 (1,0–1,2)	1,4±0,9 (1,2–1,6)		p = 0,019 ^c
PAS (mmHg) por PAC, media (IC del 95%)	145,6±15,9 (143,6–147,6)	145,3±15,1 (143–147,7)	146,2±17,6 (142,2–150,1)		p = 0,948 ^c
PAD (mmHg) por PAC, media (IC del 95%)	83,9±9,8 (82,6–85,2)	85,1±9,9 (83,5–86,6)	81,5±9,1 (79,4–83,6)		p = 0,004 ^c
PAS (mmHg) AMPA, media (IC del 95%)	140±19,1 (137,5–142,4)	137,1±17,7 (134,4–139,9)	146±20,5 (141,3–150,6)		p = 0,001 ^a
PAD (mmHg) AMPA, media (IC del 95%)	78,7±9,9 (77,5–80)	79,6±9,8 (78,1–81,1)	76,9±9,9 (74,7–79,1)		p = 0,049 ^a

Las variables cuantitativas se expresan en medias±desviación estándar (intervalo de confianza [IC] del 95%) y las variables cualitativas, en porcentajes (IC del 95%).

^aPrueba de la t para comparación de medias.

^bPrueba de la χ^2 .

^cPrueba de la U de Mann-Whitney.

El interés de los resultados de este estudio es poner de manifiesto el bajo nivel de control de la presión arterial en los pacientes hipertensos de diferentes zonas de la provincia de Badajoz siguiendo una metodología rigurosa y con una muestra seleccionada al azar seguida en AP. Las diferencias encontradas con los últimos estudios nacionales^{4,5} pueden deberse a una expresión de la realidad, que podría explicar al menos en parte la superior mortalidad cardiovascular en nuestra provincia o a sesgos de selección originados por el reclutamiento consecutivo de pacientes que acuden habitualmente a su centro de salud como método de selección de ese tipo de estudios. Esta última posibilidad está respaldada por los resultados en el grado de control que se obtienen en los estudios poblacionales⁶, muy inferiores a los de AP, si bien alguno reciente presenta resultados similares⁷. Los motivos del bajo grado de control de las cifras de presión arterial en los hipertensos sin duda son múltiples y han sido tratados específicamente por distintas sociedades científicas⁸. En nuestro caso, muy posiblemente esté influyendo la escasa intensidad del tratamiento farmacológico (1,2 fármacos/persona), muy lejos de lo que se precisa de media en los ensayos clínicos para alcanzar objetivos de control (2,8 fármacos/persona)⁹. La segunda cuestión que presentamos es que el grado de control aumenta cuando se utilizan métodos de medición fuera de la consulta, aunque tampoco llega a ser satisfactorio si lo comparamos con otros estudios. Limitar y controlar el fenómeno de bata blanca siempre va a conseguir mejores resultados, aunque sin la espectacularidad —que puede llevarnos a un peligroso optimismo— de algunos estudios en los que no se tiene en cuenta la forma de selección de la muestra respaldada por su amplio número¹⁰. También es posible controlar este fenómeno desde la consulta de enfermería¹¹, aunque ese medio no sea el utilizado en la mayoría de nuestros centros de salud, dada la amplia trayectoria en el estudio de esta disciplina del grupo

que lo firma. En tercer lugar, el control es más complejo e insuficiente en los pacientes con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida a pesar de recibir de media más fármacos antihipertensivos (tabla 1). Esta mayor dificultad no se explica únicamente por los criterios más estrictos de control, como puede observarse por la presión arterial sistólica media en ambos subgrupos. Posiblemente un mecanismo implicado sea la arteriosclerosis ya constituida, que hace que la presión arterial sea más resistente a la acción de los fármacos. Como conclusión, venimos a demostrar que el grado de control en una amplia y representativa muestra de los hipertensos de atención primaria de nuestra provincia está muy lejos de ser óptimo, peor en los pacientes de más riesgo, y que como primera causa visible parece estar influyendo la pobre intensidad farmacoterápica utilizada.

Financiación

El presente estudio ha sido financiado por el Fondo de Ayudas para la Investigación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura y por Laboratorios Pfizer España.

El trabajo fue presentado como comunicación oral en el XII Congreso Nacional de la SEH-LELHA.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. <http://cancer.isciii.es/htdocs/cardiov/isquemictabla4CI.htm>.
2. Centro Nacional de Epidemiología. <http://cancer.isciii.es/htdocs/cardiov/cerebrovactabla4CV.htm>.
3. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, et al. European Society of Hypertension Recommendations for

- conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens*. 2003;21:621–848.
4. Llisterri JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Lou Arnal S, División Garrote JA, Santos Rodríguez JA, et al. Control de la presión arterial española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165–71.
 5. Coca Peyras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio CONTROLPRES 03. *Hipertensión*. 2005;22:5–14.
 6. Pineda M, Custardoy J, Ortín JM, Cano JG, Andreu MT, Grau C. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten Primaria*. 2004;33:254–60.
 7. Grau M, Subirana I, Elosua R, Solanas P, Ramos R, Masiá R, et al. Trends in cardiovascular risk factor prevalence 1995-2000-2005 in northeastern Spain. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14:653–9.
 8. Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillen F, et al. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Rev Clin Esp*. 2006;206:510–4.
 9. Bakris GL, Williams M, Dworkin L, Elliot WJ, Epstein M, Toto R, et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes. A consensus approach. National Kidney Foundation. Hypertension and Diabetes Executive Committees Working Group. *Am J Kidney Dis*. 2000;36:646–61.
 10. Banegas JR, Segura J, Sobrino J, Rodríguez-Artalejo F, De la Sierra A, De la Cruz JJ, et al. Spanish Society of Hypertension Ambulatory Blood Pressure Monitoring Registry Investigators. *Hypertension*. 2007;49:62–8.
 11. División JA, Sanchos C, Carrión L, Artigao LM, Carballo JA, Masso J, et al. Hipertensión arterial. ¿Mal control? Quizá no tan mal. *Hipertensión*. 2006;23:103–10.
- Francisco J. Félix-Redondo^{a,*}, Daniel Fernández-Bergés^b, José Ríos-Rivera^c, José F. Pérez-Castán^d, José I. Valiente-Rubio^c y Luis M. Molina-Martínez^e
- ^aCentro de Salud Villanueva Norte, Servicio Extremeño de Salud, Villanueva de la Serena, Badajoz, España
^bSección de Cardiología, Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, Servicio Extremeño de Salud, Don Benito, Badajoz, España
^cCentro de Salud Don Benito Oeste, Servicio Extremeño de Salud, Don Benito, Badajoz, España
^dUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Extremeño de Salud, Don Benito, Badajoz, España
^eCentro de Salud La Paz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: fjfelixr@telefonica.net
 (F.J. Félix-Redondo)

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.007

Aproximación a la atención de enfermos oncológicos en situación terminal, en un distrito de atención primaria urbano

Care of terminally ill oncology patients in an urban primary care district

Sr. Director:

Los cuidados paliativos persiguen una atención física, emocional, social y espiritual de las personas en situación

terminal; sus objetivos son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, y sus medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, cuando la enfermedad —oncológica o no— es ya avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos y con una muerte previsible a corto plazo^{1,2,3}. Actualmente la medicina paliativa debe implicar a todos los niveles asistenciales, garantizando continuidad asistencial y calidad. La atención primaria, nivel asistencial más cercano al paciente y a su domicilio, ocupa un lugar singular y cuenta con la herramienta de la atención domiciliaria como arma clave.

Tabla 1

Área hospitalaria	AH 1	AH 2	Total
N	133	145	278
Pérdidas	26	25	51
Icono de proceso presente en historia clínica	41 (38,3)	29 (24,2)	70 (30,8)
Tiene diagnóstico médico	92 (86)	91 (75,8)	183 (80,6)
Tiene identificado síntoma médico	65 (60,7)	55 (45,8)	120 (52,9)
Tiene tratamiento médico	60 (56,1)	49 (40,8)	109 (48)
Tiene al menos una visita domiciliaria médica	29 (27,1)	18 (15)	47 (20,7)
Tiene al menos una visita domiciliaria de enfermería	70 (65,4)	53 (44,2)	123 (54,2)
Tiene valoración dependencia (Test Barthel)	61 (57)	44 (36,7)	105 (46,3)
Identificado el cuidador principal	59 (55,1)	34 (28,3)	93 (41)
Tiene elaborado plan de cuidados	63 (58,9)	43 (35,8)	106 (46,7)
Hay registro de colaboración AP-AE	36 (33,6)	6 (5)	42 (18,5)
Muertes de pacientes de UCP registradas	13 (9,77)	9 (6,2)	22 (7,9)

Todas las diferencias, estadísticamente significativas por prueba de la χ^2 . Los datos expresan n (%).