

# El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, según la opinión de los médicos de familia. Proyecto Cumplex

Emilio Márquez Contreras<sup>a</sup>, Mariano de la Figuera von Wichmann<sup>b</sup>, Laura Roig Ponsa<sup>c</sup> y Jordi Naval Chamosa<sup>d</sup>

**Objetivo.** Evaluar los conocimientos de los médicos sobre el cumplimiento farmacológico en general, su actitud ante éste y sus necesidades de formación.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal, mediante una encuesta.

**Emplazamiento.** Centros de atención primaria de España.

**Participantes.** Participaron 3.834 médicos.

**Mediciones principales.** Definición de incumplimiento, incumplimiento observado en su consulta y el resto de España, métodos de medición, causas, asociación con fracaso terapéutico, eficacia y uso de estrategias para mejorarlo, y necesidad de formación.

**Resultados.** El 95,9% cumplimentó la encuesta. El 92% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 91,1-92,9) define como incumplimiento la omisión por el paciente de 5-20% de las tomas. Un 32,4% (IC del 95%, 30,9-33,9) opinó que menos del 10% sería incumplidor, mientras que un 6,8% (IC del 95%, 6,0-7,6) opinaba que la tasa de incumplimiento en España era inferior al 10%. Los métodos de medición más usados son la respuesta del paciente (77,0%; IC del 9%, 75,7-78,4) y la propia experiencia (76,0%; IC del 95%, 74,6-77,4). El 50,7% cree que el incumplimiento está asociado con el fracaso terapéutico en más del 50%. La presencia de efectos adversos fue considerada una causa muy importante en el mayor porcentaje (81,9%). Las estrategias consideradas más eficaces y utilizadas son: empleo de fármacos en monodosis (84,3%; IC del 95, 83,1-85,5) y consulta de enfermería (84,9%; IC del 95%, 83,8-86,0). El 65,2% (IC del 95%, 63,7-66,7) no ha recibido formación durante la carrera y un 42% (IC del 95%; 40,4-43,6) considera necesario realizar alguna actividad formativa.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de médicos utiliza una definición incorrecta de cumplimiento y cree que otros médicos tienen más pacientes incumplidores. Se utilizan preferentemente métodos de medición no validados y se observa un déficit de formación.

**Palabras clave:** Cumplimiento terapéutico. Hipertensión. Encuesta.

COMPLIANCE WITH HYPERTENSION THERAPY IN SPAIN, ACCORDING TO THE VIEWS OF FAMILY DOCTORS. COMPLEX PROJECT

**Objectives.** To evaluate physicians' knowledge of therapy compliance, their attitudes towards it and their training needs in this field.

**Design.** Transversal, descriptive study using a questionnaire.

**Setting.** Primary care centres in Spain.

**Participants.** Three thousand and thirty four general practitioners.

**Main measurements.** Definition of non-compliance, non-compliance in their own consultations and in the rest of Spain, methods of measurement, causes, association with therapy failure, efficacy and use of compliance-enhancing strategies, and need for training.

**Results.** Most participants (92%; 95% CI, 91.1-92.9) defined non-compliance as patients' failure to take 5%-20% of their pills. A total of 32.4% (95% CI, 30.9%-33.9%) of the physicians estimated that less than 10% of their patients were non-compliers, whereas 6.8% (95% CI, 6.0-7.6) thought this was also the rate in the rest of Spain. The preferred methods of measurement were patient response (77.0%; 75.7-78.4) and their own clinical experience (76.0%; 74.6-77.4). About half (50.7%) believed that lack of compliance was associated with therapy failure in more than 50% of cases. The presence of adverse side-effects was considered a very important cause of poor compliance by 81.9%. The most common and effective strategies were: use of single-dose drugs (84.3%; 83.1-85.5) and nursing support (84.9%; 83.8-86.0). Moreover, 65.2% (63.7-66.7) of the surveyed physicians had not received any education about compliance as medical students and 42% (40.4-43.6) said further training in compliance was needed.

**Conclusions.** A high percentage of physicians define compliance incorrectly and believe that other doctors have more non-complying patients than they do. They tend to favour non-validated measuring methods and they lack training.

**Key words:** Therapeutic compliance. Hypertension. Survey.

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

<sup>b</sup>Centro de Atención Primaria La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Laboratorios Menarini, S.A. Barcelona. España.

<sup>d</sup>Infocencia, S.L. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. E. Márquez Contreras. Centro de Salud La Orden. Puerto 7, 6.º D. 21003 Huelva. España. Correo electrónico: emarquezc@papps.org

Manuscrito recibido el 1-12-2006. Manuscrito aceptado para su publicación el 5-3-2007.

El trabajo ha sido presentado previamente, en la 11.ª Reunión Nacional de la SEH-LELHA en Madrid, en marzo de 2006. Ha contado con la financiación de Laboratorios Menarini S.A., Barcelona, España.

## Introducción

El grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en España y en Europa oscila entre el 10 y el 40%, según los diferentes estudios<sup>1-4</sup>. Las principales causas de esta falta de control son el incumplimiento del tratamiento (tanto del estilo de vida como del farmacológico)<sup>5</sup> y la inercia clínica profesional<sup>6</sup>. Sin embargo, el 64,3% de los médicos opina que la principal causa de la falta de control de la HTA es el incumplimiento de los cambios del estilo de vida (medidas higienicodietéticas) y, a más distancia (38,2%) el incumplimiento del tratamiento farmacológico y la ineficacia de los fármacos en monoterapia (31,7%)<sup>7</sup>. En este sentido, parece que la opinión de los profesionales se ha ido modificando en estos últimos años, pues generalmente se atribuía a la ineficacia de los fármacos la responsabilidad máxima del inadecuado control<sup>1-8</sup>, e incluso es posible que la inercia clínica esté disminuyendo si se compara la actitud de los médicos ante un hipertenso no controlado entre los nuevos estudios<sup>7</sup> y otros menos recientes<sup>1-8</sup>. De forma similar, se ha producido en los últimos años un ligero descenso del incumplimiento del tratamiento farmacológico en la HTA, mucho menor del que cabía esperar en la práctica clínica<sup>5-9</sup>. Por ello, es relevante valorar los conocimientos de los médicos sobre el cumplimiento farmacológico en general, su actitud ante éste y sus necesidades de formación. El abordaje del incumplimiento terapéutico, especialmente en el ámbito de la atención primaria (AP), donde se tratan la mayoría de las enfermedades crónicas y los diferentes factores de riesgo cardiovascular, es de gran importancia si pretendemos disminuir su prevalencia y sus consecuencias negativas en el grado de control de la HTA.

El cumplimiento se define como «la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose, con él, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, asumidas tras una decisión completamente razonada por éste»<sup>1</sup>.

En una reciente revisión que incluye los estudios realizados en España, cuyo método de medida es el recuento de comprimidos o la medición electrónica (MEMS), se ha observado que la proporción de hipertensos incumplidores es del 32,5%<sup>5</sup>.

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer la situación actual del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA en España, mediante la valoración de los conocimientos de los médicos sobre el cumplimiento farmacológico en general, su actitud ante él y sus necesidades de formación.

## Métodos

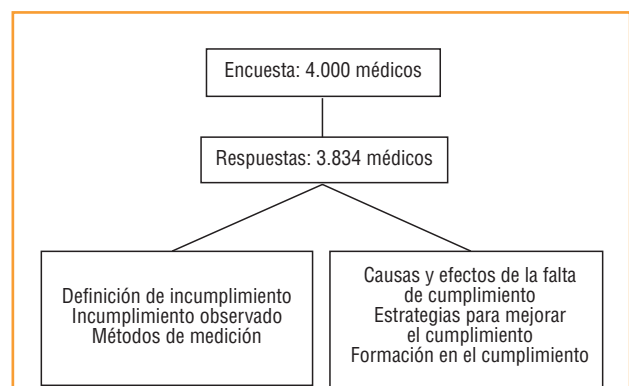
### Diseño y población del estudio

Estudio observacional, transversal, multicéntrico, por medio de una encuesta realizada a 4.000 médicos de AP de toda España, distribuidos proporcionalmente por todas las provincias de la geografía española, entre los meses de septiembre y diciembre de 2004. La muestra se calculó mediante un muestreo probabilístico proporcional en función del número de médicos de atención primaria de cada provincia española. La selección de los centros de cada provincia se realizó de forma proporcional según el número de éstos, y la última selección se realizó a conveniencia. La encuesta fue entregada al participante por correos y la respuesta, remitida asimismo por vía postal, a través de un sobre con franqueo en destino.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) médicos que trabajen habitualmente en el ámbito de la AP, y b) médicos que traten a pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. Se excluyó a los médicos residentes en formación (MIR).

Se informó a cada participante sobre los objetivos y la metodología del estudio, se solicitó el consentimiento informado y se realizó una encuesta de opinión sobre diferentes aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la HTA.

El cuestionario, además de las variables sociodemográficas, exploraba las siguientes variables: años de ejercicio de la medicina, especialidad, porcentaje de pacientes con tratamiento antihipertensivo en la consulta, definición de incumplimiento, incumplimiento observado, métodos de medición del cumplimiento, influencia del incumplimiento sobre el control de la HTA, factores que afectan al cumplimiento, causas de incumplimiento, estrategias para mejorar el cumplimiento y necesidad de formación específica en este campo.



### Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, mediante una encuesta para conocer la situación actual del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España, en la que se valoran los conocimientos de los médicos sobre el cumplimiento farmacológico en general, su actitud ante ellos y sus necesidades de formación.

*Variables analizadas*

1. Edad y sexo.
2. Años de ejercicio profesional y posesión del título de especialista en medicina familiar y comunitaria.
3. Número de hipertensos de su consulta en tratamiento farmacológico habitual.
4. Definición de incumplimiento por parte del médico, estimación del porcentaje de pacientes incumplidores en su consulta y porcentaje de incumplidores que estima en el resto España.
5. Métodos de medición del cumplimiento terapéutico usados en la práctica clínica habitual con los pacientes hipertensos.
6. Opinión del médico sobre las consecuencias del incumplimiento terapéutico y su asociación con el fracaso terapéutico.
7. Influencia en el cumplimiento terapéutico de determinados factores y causas de incumplimiento terapéutico por su frecuencia de aparición entre los pacientes hipertensos.
8. Eficacia de las intervenciones en la mejora del cumplimiento terapéutico y uso en la práctica clínica.
9. Eficacia y factibilidad de estrategias basadas en tecnologías innovadoras en la mejora del cumplimiento terapéutico.

*Análisis estadístico*

Para calcular el tamaño muestral se realizó la fórmula  $[N = Z\alpha^2 \times P \times Q/e^2]$  en la que  $Z\alpha = 2,576$  (nivel de confianza del 99%),  $p = 0,5$  considerando una máxima indeterminación ante la falta de datos consistentes sobre este aspecto en la bibliografía,  $Q = 1 - P$ , y  $e = 2,03\%$  (precisión de error máximo). Sobre esta base, se estimó un tamaño muestral de  $[2,576^2 \times 0,500 \times 0,500/0,0265^2]$  4.000 médicos.

El análisis estadístico se realizó con el programa SAS 8.2. Los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y como medidas de centralización y dispersión (media  $\pm$  desviación estándar [DE] y mediana [percentil 25-75]) para las variables cuantitativas. Se han utilizado los tests de la t de Student o de la  $\chi^2$  para la comparación de medias entre grupos de las variables cuantitativas o cualitativas, respectivamente. Se han considerado estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ . Se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95%.

*Consideraciones éticas*

Se han seguido las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y las Normas de Buenas Prácticas Clínicas de la Unión Europea. El estudio cuenta con el aval de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Se realizaron revisiones manuales e informáticas de los datos para determinar su coherencia y calidad.

**Resultados**

Un total de 3.834 médicos, el 95,9% cumplimentó la encuesta, con una media de edad de  $46,8 \pm 6,8$  años; el 68,7% era varón y el 31,3%, mujer. El 55,0% de los médicos encuestados llevaba más de 20 años ejerciendo la medicina, y un 43,0%, entre 5 y 20 años. Un 56% de los médicos tenía la especialidad en medicina familiar y comunitaria y un 13,9% se dedicaba a la docencia, además de ejercer la medicina.

**TABLA 1** Definición de cumplimiento inadecuado, porcentaje de pacientes incumplidores en la consulta y en toda España

Porcentaje de tomas incumplidas por el paciente, consideradas según su criterio, para definir un cumplimiento inadecuado en el tratamiento de la hipertensión	
	%
Omite un 5% o menos	31,7
Omite un 5-20%	60,3
Omite un 20-50%	7,1
Omite más del 50%	0,9
Porcentaje de pacientes incumplidores, según su definición, en la consulta	
10% o menos	32,4
10-0%	46,0
20-0%	18,3
40-0%	2,9
60-80%	0,4
Porcentaje de pacientes incumplidores, según su definición, en toda España	
10% o menos	6,8
10-20%	43,1
20-40%	39,0
40-60%	9,8
60-80%	1,2
80-100%	0,1

**TABLA 2** Métodos de medición del cumplimiento terapéutico usados en la práctica clínica habitual con los pacientes hipertensos

Método	Lo uso habitualmente		
	A veces lo uso	Nunca lo uso	
	%	%	%
Mi propia experiencia	76,0	19,4	4,6
El test de Batalla	3,3	18,7	78,1
Mi juicio clínico sobre el paciente	58,3	33,4	8,3
Los monitores electrónicos	4,6	14,4	81,0
El test de O'Mackeney	0,5	8,5	91,0
El recuento de comprimidos	22,0	48,5	29,5
La prueba de la sal	2,4	14,4	83,2
La propia respuesta del paciente al preguntarle si toma la medicación	77,0	20,4	2,6
El test de Morinsky-Green	3,3	13,2	83,5
El test de cumplimiento autocomunicado	13,6	27,9	58,6
El test de Haynes-Sackett	1,5	6,3	92,2

El 47,8% (IC del 95%, 46,2-49,4) de los médicos respondió que tenía entre 100 y 200 pacientes en tratamiento antihipertensivo en su consulta y el 39,7% (IC del 95%, 38,2-41,3), más de 200; sólo un 12,4% (IC del 95%, 11,4-13,5) tenían menos de 100 pacientes.

El 92% (IC del 95%, 91,1-92,9) define el incumplimiento como la omisión del 5-20% de las tomas de fármacos (tabla 1). Un 32,4% (IC del 95%, 30,9-33,9) opinó que menos del 10% de sus pacientes eran incumplidores, aunque el 46% consideraba que incumplía el 10-20%. Un 6,8% (IC del 95%, 6,0-7,6) opinaba que la tasa de incumplimiento en España era inferior al 10%, mientras que el 50% estimaba que el incumplimiento era superior al 20% (tabla 1).

**TABLA 3** Influencia en el cumplimiento terapéutico de determinados factores y causas de incumplimiento terapéutico por su frecuencia de aparición entre los pacientes hipertensos

Factor	Nada o poco importante	Importante	Bastante o muy importante
	%	%	%
Edad	10,1	44,4	45,6
Sexo	55,4	29,1	15,6
Nivel cultural	9,0	39,3	51,6
Apoyo familiar	8,9	41,4	49,7%
Personalidad	5,8	44,7	49,5%
Tener otros factores de riesgo cardiovascular	9,7	29,4	60,8
Tener conciencia y conocimiento de la enfermedad	3,1	24,0	72,9
Fármaco empleado	22,3	38,0	39,7
Polimedición	5,0	33,1	61,9
Relación con enfermería	15,1	35,2	49,7
Relación con el médico	3,9	25,3	70,7
<b>Causa de incumplimiento</b>			
Presentar mejoría clínica o alivio de los síntomas	21,1	41,7	37,2
Tener miedo a presentar efectos adversos	22,1	42,7	35,2
Olvidos involuntarios	22,1	41,8	36,1
Desconocimiento de los motivos para tomar la medicación	39,7	35,0	25,3
Desconocimiento del deber de tomar el antihipertensivo diariamente	47,6	30,5	21,9
Presencia de efectos adversos	18,2	35,0	46,9

**TABLA 4** Eficacia de intervenciones en la mejora del cumplimiento terapéutico y uso en la práctica clínica

Tipo de intervención	Nada eficaz	Algo eficaz	Muy eficaz	La usa
	%	%	%	%
Automedición domiciliar de la PA	12,9	40,4	46,7	72,3
Uso de fármacos en monodosis	1,6	14,0	84,3	95,7
Educación sanitaria aislada	3,8	34,0	62,3	90,6
Tarjeta de medición del cumplimiento	7,2	53,9	38,9	62,6%
Llamadas telefónicas anuales	56,9	38,3	4,8	5,0
Envíos postales recordatorios de citas y educación sanitaria	34,7	55,2	10,0	6,8
Consulta de enfermería	1,4	13,7	84,9	94,9
Consulta programada	1,1	15,6	83,3	93,9
Entrevista motivacional	4,3	40,6	55,2	64,5
Citación frecuente	5,3	36,3	58,5	84,6
Entregar hoja de consejos de forma aislada	5,9	49,6	44,5	77,8

PA: presión arterial.

Los métodos de medición más usados (tabla 2) son la propia respuesta del paciente al preguntarle si toma la medicación (77,0%; IC del 95%, 75,7-78,4), la propia experiencia (76,0%; IC del 95%, 74,6-77,4) y su juicio clínico sobre el paciente (58,3%; IC del 95%, 56,7-59,9).

El 50,7% (IC del 95%, 49,1-52,3) de los médicos opina que la falta de cumplimiento terapéutico está asociada con los fracasos terapéuticos en más del 50%, el 16,5% en el 25,1-50%, el 18% en el 25% o menos de los casos, y el 4,8% opina que no está asociado.

## Discusión

Este trabajo, realizado con una amplia muestra de médicos de AP de todo el territorio nacional, nos muestra la problemática en España de los médicos ante el cumplimiento terapéutico de sus pacientes hipertensos. Aunque, en sentido estricto, se considera incumplimiento la omisión de cualquier toma y de cualquier dosis, de forma consensuada se admite que un hipertenso es incumplidor cuando toma

En la tabla 3 se presentan los factores relacionados con el cumplimiento terapéutico y las posibles causas de incumplimiento (tabla 4).

Las intervenciones consideradas muy eficaces fueron el uso de fármacos en monodosis en un 84,3% (IC del 95%, 83,1-85,5), la consulta de enfermería en un 84,9% (IC del 95%, 83,8-86,0) y la consulta programada en un 83,3% (IC del 95%, 82,1-84,5). Las intervenciones más usadas fueron estas mismas con un 95,7% (IC del 95%, 95,1-96,4), un 94,9% (IC del 95%, 94,2-95,6) y un 93,9% (IC del 95%, 93,1-94,7), respectivamente (tabla 4).

Las estrategias basadas en tecnologías innovadoras presentan bajos porcentajes en los ítems muy eficaces o muy factibles (tabla 5). Las principales dificultades para mejorar el cumplimiento farmacológico son el tiempo de consulta, que es considerado como una gran dificultad para el 57,6% (IC del 95%, 56,0-59,2) de los encuestados y el apoyo de la sanidad pública, que lo es para el 30,1% (IC del 95%, 28,6-31,6). El 65,2% de los médicos (IC del 95%, 63,7-66,7) contestó que no había recibido ninguna formación sobre cumplimiento durante la carrera y el 46,6% (IC del 95%, 45,0-48,2), que nunca la habían recibido a través del Sistema Nacional de Salud. Un 42% (IC del 94%, 40,4-43,6) de los médicos considera que necesitarían realizar algún curso de formación sobre el tema.

**ITABLA 5** Eficacia y factibilidad de estrategias basadas en tecnologías innovadoras en la mejora del cumplimiento terapéutico

Metodología	Nada eficaz	Algo eficaz	Muy eficaz	Nada factible	Algo factible	Muy factible
	%	%	%	%	%	%
Vídeos o CD formativos para que el paciente los visualice en su domicilio	26,4	57,0	16,5	58,7	34,7	6,5
Utilización de mensajes SMS de alerta en el teléfono móvil del paciente	41,6	46,1	2,3	78,9	17,8	3,3
El uso de internet como medio formativo	33,8	54,5	11,7	66,7	28,4	4,9
Proponer al paciente la adquisición de un monitor para automedición domiciliar de la PA	15,7	44,7	39,6	29,3	49,1	21,7

PA: presión arterial.

menos del 20% de la medicación prescrita<sup>10</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio, un alto porcentaje de médicos utiliza una definición de cumplimiento no recomendada: el 92% define como incumplimiento la omisión del 5-20% de las tomas. Curiosamente, un mayor porcentaje de médicos opinó que serían incumplidores menos pacientes de su cupo que los atendidos por el resto de médicos de España. Éste es uno de los aspectos causantes de la inercia clínica, causa asociada al incumplimiento en la falta de control de las enfermedades crónicas y factores de riesgo cardiovascular, como la HTA. En otro tipo de estudios también se ha observado que los médicos infravaloran en su opinión, por ejemplo, el riesgo vascular de sus pacientes<sup>7</sup>. Hay una tendencia por parte de los médicos a sobrevalorar su propia actuación y su propia aplicación de las guías, tanto con respecto a la prescripción de fármacos como a la consecución de los objetivos de presión arterial (PA)<sup>11</sup>. Esta falta de adhesión de los médicos a las guías de práctica clínica (GPC) es un predictor de mal pronóstico en pacientes con enfermedad cardiovascular<sup>12</sup>. La subestimación del riesgo real de los pacientes o creer que sus pacientes están mejor controlados o son más cumplidores puede justificar en parte la conducta más permisiva de los médicos y el insuficiente uso de estrategias para el mejor control de las cifras de PA. Siguiendo el algoritmo de medición del incumplimiento recomendado por expertos, en primer lugar se debería realizar un test basado en la entrevista clínica, el test de Haynes y, si el paciente manifiesta que es cumplidor y seguimos pensando en el incumplimiento, el siguiente test es el recuento de comprimidos<sup>10</sup>. Los médicos encuestados utilizan preferentemente métodos de medición con escasos indicadores de validación, como la propia experiencia, su juicio subjetivo o la respuesta del paciente al preguntarle si toma la medicación, y no usan métodos reconocidos como los monitores electrónicos<sup>13</sup> o el test de Haynes-Sackett, e incluso algunos médicos afirman utilizar métodos figurados, como la prueba de la sal o el test de O'Mackeney. El 50,7% de los médicos cree que la falta de cumplimiento terapéutico está asociada con los fracasos terapéuticos en un alto porcentaje de los casos, de forma similar a lo observado en el estudio Control-Project<sup>7</sup>, donde el incumplimiento del tratamiento farmacológico y las medidas higienicodietéticas era considerado como la causa más frecuente de la falta de control de la HTA.

Al valorar la influencia en el cumplimiento terapéutico de diferentes factores se observó que la falta de conciencia y conocimiento de la enfermedad, la relación con el médico y la polimedición eran los más frecuentes, aspectos que coinciden con la bibliografía<sup>10</sup>. Sin embargo, la causa más frecuente de incumplimiento es el olvido en la toma de la medicación, mientras que los médicos consideraron que la presencia de efectos adversos es una causa muy importante en el mayor porcentaje de los casos; asimismo, destacan la presencia de mejoría clínica o alivio de los síntomas y el temor a presentar efectos adversos por delante de los olvidos casuales.

### Lo conocido sobre el tema

- El incumplimiento terapéutico es una de las causas principales de la falta de control de la hipertensión arterial (HTA).
- La prevalencia del incumplimiento en la HTA en España es del 32,5%.
- No hay estudios que analicen las actitudes y conocimientos del médico de atención primaria ante el incumplimiento farmacológico.

### Qué aporta este estudio

- Los médicos de atención primaria definen mayoritariamente al incumplidor mediante criterios inadecuados y consideran a sus pacientes mejores cumplidores que los del resto de médicos de España.
- No se utilizan los métodos diagnósticos de medición del cumplimiento recomendados por los expertos y no se conocen adecuadamente las estrategias eficaces para disminuirlo.
- Los médicos manifiestan una importante necesidad de formación sobre aspectos relacionados con el cumplimiento de los pacientes.

Hay una gran variabilidad sobre la eficacia de diferentes estrategias en la capacidad para mejorar el cumplimiento. Ésta ha sido evaluada en diferentes ensayos clínicos, algunos de ellos realizados en España<sup>13-17</sup>, demostrándose en unos casos su eficacia para mejorar el cumplimiento y en otros caso no<sup>18</sup>. Las estrategias que han demostrado su eficacia son los siguientes: una sesión grupal inicial de educación sanitaria y recordatorio postal de forma periódica; recuerdos postales de tomar la medicación; llamadas telefónicas automatizadas o realizadas por personal sanitario, con recordatorio de toma de la medicación; tarjetas de control de la HTA; cuidados en el lugar de trabajo por personal sanitario; medicación horaria personalizada; autocontrol de la enfermedad y recompensas por buen cumplimiento y control de la enfermedad; utilización de fármacos en monodosis; uso de programas de automedición domiciliaria de la PA; entrevista motivacional y la consulta programada. La estrategia más eficaz es la combinación de diferentes estrategias y, de forma individual, la simplificación del tratamiento<sup>19</sup>.

Las intervenciones consideradas muy eficaces en mayor proporción fueron el uso de fármacos en monodosis, la consulta de enfermería y la consulta programada. Estrategias muy eficaces demostradas en estudios españoles u otros países y muy eficientes, como las tarjetas de control, los mensajes postales o la llamada telefónica, no son consideradas así por un porcentaje alto de médicos. Algo similar sucede con la estrategia basada en el uso de un programa de automedición domiciliaria de la PA<sup>13</sup>, que puede ser utilizado en la práctica clínica aprovechando el alto porcentaje de pacientes que lo adquiere de forma habitual, sin ningún consejo médico.

Igualmente, las estrategias consideradas más eficaces son las más usadas, pero destaca el hecho de que estrategias como la educación sanitaria individual son utilizadas por el 90,6% de los médicos; el 84,6% utiliza como estrategia la citación frecuente y el 77,8%, la entrega de hojas de consejos de forma aislada. La escasa utilizad de estas estrategias ha sido demostrada<sup>18</sup>, ya que toda intervención para mejorar el cumplimiento debe ser mantenida largo tiempo y usada de forma regular.

Aunque pocas tecnologías innovadoras han demostrado con rotundidad su beneficio en la disminución del incumplimiento<sup>20</sup>, probablemente debido a dificultades a la hora de conseguir tamaños muestrales suficientes<sup>18</sup>, sí parece que tienen un hueco en el uso de la educación e intervención sobre los pacientes. A pesar de ello, la opinión general es que son estrategias escasamente eficaces y poco factibles. La carga asistencial o, en otras palabras, el poco tiempo de visita por paciente de que disponen los médicos es la principal dificultad para obtener una mejora del cumplimiento farmacológico. Asimismo, a pesar de que se observa un déficit de formación de ámbito nacional, los médicos son conscientes de ello y un alto porcentaje manifiesta la necesidad de formación sobre el cumplimiento terapéutico.

En la bibliografía sólo se ha observado un estudio con el que comparar nuestros resultados. Rivas et al<sup>21</sup>, en una encuesta realizada a médicos de familia de un área de salud de Madrid sobre la actitud ante el cumplimiento en la HTA, evidenciaron la problemática en España de los médicos ante el incumplimiento. El 84,3% de ellos considera el incumplimiento como una causa principal de la falta de control de la HTA. La causa principal que dificulta su actuación ante el incumplimiento es la presión asistencial en el 60,7%. Se utilizan métodos de medición con malos indicadores de validación y no recomendados por los expertos, como el grado de control de la HTA, la asistencia a citas programadas o la opinión subjetiva del médico, mientras que test más recomendados, como el test de Haynes o el recuento de comprimidos, son escasamente utilizados. El 75% refiere no haber recibido formación reglada académica y sólo el 15,2% indica haber recibido alguna formación desde los organismos oficiales. Los resultados de nuestro estudio de ámbito nacional, más amplio, coinciden, sin embargo, con los anteriores.

Como posibles sesgos y limitaciones del estudio hay que considerar que nuestros resultados podrían no representar la opinión global de los médicos de AP en España, ya que la selección de investigadores no ha sido aleatoria. Sin embargo, la amplia muestra seleccionada y conseguida (más del 90% fue valorable) y la participación de médicos de toda España nos permiten generalizar los resultados, aunque el elevado porcentaje de respuestas obtenidas de los médicos nos hace pensar que probablemente se ha seleccionado un importante número de médicos motivados por el tema o la investigación. Asimismo, aunque la encuesta no está validada, fue consensuada entre diferentes expertos nacionales en el estudio del cumplimiento y, previamente a su uso, fue controlada por un pequeño grupo de médicos.

Serán necesarios más estudios que evalúen en el futuro si con las intervenciones realizadas por las diferentes sociedades médicas, laboratorios farmacéuticos y sanidad pública se consigue mejorar el cumplimiento.

### Agradecimientos

A todos los médicos participantes en el Proyecto Cumplex y a la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA), por avalar dicho proyecto.

### Bibliografía

1. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, División JA, Santos JA, et al. Blood pressure control in Spanish hypertensive patients in Primary Health Care Centres. PRESCAP 2002 Study. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165-71.
2. Erdine S. How well is hypertension controlled in Europe? *J Hypertens*. 2000;18:1348-9.
3. Dalfo Baque A, Escriba Jordana JM, Benitez Camps M, Vila Coll MA, Senar Abellan E, Tovillas Moran FJ, et al. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial en Cataluña. Estudio DISEHTAC. *Aten Primaria*. 2001;28:305-10.

4. Benítez Camps M, Pérez Zamora S, Dalfo Baque A, Piqueras Garre MM, Losada Doval G, Vila Coll MA. Estudio DISEHTAC II. Diagnóstico y seguimiento de la Hipertensión arterial en Cataluña. Comparación con los datos de 1996. *Aten Primaria*. 2005;35:7-12.
5. Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Martell Claros N, De la Figuera M, Casado Martínez JJ, Marín de Pablos JL. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la HTA en España, entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006;38:325-32.
6. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135:825-34.
7. Márquez-Contreras E, Coca A, De la Figuera M, División JA, Llisterri JL, Sobrino J, et al. Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos no controlados en Atención Primaria. Estudio Control-Project. *Med Clin (Barc)* 2007. En prensa.
8. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio Control-pres 2003. *Hipertensión*. 2005;22:5-14.
9. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Gil Guillén V, De La Figuera M, Gil Guillén V, Martell N. El incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. *Hipertensión*. 2002;19:12-6.
10. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC*. 2001;8:558-73.
11. Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, Bosworth HB, Oddone EZ, Hoffman BB, et al. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *Am J Med*. 2004;117:747-54.
12. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, González-Juantey JR, Van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005;26:1653-9.
13. Márquez-Contreras E, Martell-Claros N, Gil-Guillen V, De la Figuera-Von Wichmann M, Casado-Martínez JJ, Martín de Pablos JL, et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens*. 2006;24:169-75.
14. Márquez Contreras E, Végazo García O, Martell Claros N, Gil Guillén V, De la Figuera M, Casado Martínez JJ, et al. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUMHTA study. *Blood Pressure*. 2005;14:151-8.
15. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Celotti Gómez B, Martín de Pablos JL, Gil Rodríguez, López Molina V, et al. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. *Aten Primaria*. 2000;26:5-9.
16. Raigal Y, Gil VF, Llinares J, Asensio MA, Piñeiro F, Merino J. Estudio de intervención sobre el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2001;116 Suppl 2:122-5.
17. Tortajada Soriano JL. Efecto de la entrevista clínica motivacional en la cumplimentación: cambio conductual y grado de control en pacientes hipertensos (tesis doctoral). Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2000.
18. Márquez Contreras E, De la Figuera Von Wichmann M, Gil Guillén V, Ylla-Catalá A, Figueras M, Balaña M, et al. Eficacia de una intervención informativa a hipertensos a través de mensajes de alerta en el teléfono móvil (HTA-ALERT). *Aten Primaria*. 2004;34:399-405.
19. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2004;164:722-32.
20. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J, et al. A telecommunications system for monitoring and counselling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure. *Am J Hypertens*. 1996;9:285-92.
21. Rivas B. Encuesta a médicos sobre cumplimiento en la HTA. *Hipertensión*. 2004;21 Suppl 1:5.