

Trabajo Fin de Grado

Adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial adscritos al
Centro de Salud Centro de Teruel. Estudio descriptivo transversal.

Autor/es

Lucía López Grasa

Director/es

Francisco Rodilla Calvelo

Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel

2013

RESUMEN

Introducción: El control de la hipertensión arterial es fundamental teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular que supone y su alta prevalencia y morbimortalidad. La adherencia al tratamiento tanto farmacológico como conductual es uno de los aspectos sobre los que hay que actuar.

Objetivo: Valorar la situación actual, las áreas que presentan más carencias y el sistema informático de recogida de datos.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal. La población diana la constituyen 1693 pacientes adscritos al CS Centro de Teruel con hipertensión arterial. Se asumió una muestra significativa de 181 pacientes elegidos de forma aleatoria. Se mide fundamentalmente la adherencia al tratamiento farmacológico, ejercicio físico, dieta y abandono de hábitos tóxicos.

Resultados: La edad media de la muestra es de 74,8 años y un 53% de ésta eran varones. La tasa de control de la enfermedad se sitúa en el 43,6% de los pacientes. El 86% de los sujetos afirmó tomar adecuadamente la medicación, un 80,51% afirmó tomar una dieta adecuada (mayor adherencia en mujeres) y el 60,38% de los pacientes afirmaba realizar suficiente ejercicio físico (más adherencia en varones). Un 6,62% de los pacientes fumaba y un 10,52% afirmaba beber alcohol.

Conclusión: Las tasas de incumplimiento son por lo general inferiores a lo que estima la bibliografía existente pero no se pueden extraer conclusiones válidas ya que el sistema de registro es deficiente tanto en cantidad como en calidad.

Palabras clave: Hipertensión, adherencia, cumplimiento.

ABSTRACT

Introduction: Control of hypertension is essential considering the high cardiovascular risk and its high prevalence and morbidity. Adherence to pharmacological and behavioral treatment is one of the issues on which we must act.

Objective: To assess the current situation, the most deprived areas and the computer system of data collection.

Methodology: This is a cross-sectional descriptive study. 1693 hypertensive patients are the target population. All of them are assigned to CS Teruel Center. It took a significant sample of 181 randomly selected patients. It measures adherence to exercise, proper diet, drug treatment and snuff and alcohol consumption.

Results: The average age was 74.8 years and 53% of which were male. The 43.6% of the patients had the disease controled. 86% of the sample said take properly their medications, another 80.51% said taking a proper diet (greater adherence in women) and 60.38% of patients said getting enough physical exercise (greater adherence in men). A 6.62% of patients smoking and 10.52% reported drinking alcohol

Conclusion: The default rates are usually lower than what the literature estimate but no valid conclusions can be drawn because the registration system is deficient both in quantity and in quality.

Key words: Hypertension, adherence, compliance.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un poderoso factor de riesgo cardiovascular, neurológico y renal muy prevalente en nuestro medio y con una alta morbimortalidad¹. En la población general adulta de España la prevalencia de hipertensión arterial ($PA \geq 140/90$)² (Tabla 1) es de aproximadamente un 35%, llegando al 40% en edades medias y más del 60% en los mayores de 60 años³. Además, se estima que en nuestro país el 42% de las muertes por enfermedad coronaria, el 46,4% de la mortalidad cerebrovascular y el 25,5% de las muertes totales están relacionadas con la hipertensión arterial⁴.

Un aumento del control de esta enfermedad proporciona un incremento de la calidad de vida y una disminución de los costes sanitarios y sociales, directos e indirectos. Distintos estudios han estimado tasas de control estricto ($PA < 140/90$) entre el 13% y el 46,3% en la última década^{1,3,5}, lo que pone de manifiesto la necesidad de abarcar las distintas posibilidades para optimizar su control. La adherencia al tratamiento o el adecuado cumplimiento del mismo es una de las medidas que se proponen⁵

La adherencia al tratamiento farmacológico, constituye un factor de riesgo a menudo no reconocido. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Entre uno y dos tercios de los ingresos hospitalarios relacionados con la medicación se atribuyen a falta de adherencia^{6,7}. Diferentes metanálisis, que definen como no cumplidor al paciente que toma por debajo del 80% o por encima del 110% la medicación pautada, estipulan un incumplimiento que varía entre el 7,1 y el 66,2%^{8,9}. Alguno de los factores que favorecen el incumplimiento son el carácter asintomático de la enfermedad, la politerapia, los efectos secundarios o la desconfianza en el profesional sanitario¹⁰.

Sin embargo, el tratamiento farmacológico cobra sentido cuando va acompañado de modificaciones en el estilo de vida (MEV) (Tabla 2). Estas medidas no farmacológicas han de ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con PA normal-alta¹¹. Su acción conjunta tiene un efecto sinérgico en la reducción de las cifras de PA. Además, son de gran interés en la prevención de dislipemias, diabetes mellitus II, hipertrofia del ventrículo izquierdo, disminución de la necesidad de fármacos antihipertensivos y en general en la prevención de enfermedad cardiovascular¹². Se estima que la adherencia a este tratamiento conductual varía entre el 5 y el 30%⁸.

El bajo cumplimiento tanto farmacológico como conductual y las características epidemiológicas de la enfermedad justifican la realización de estudios que valoren la situación actual y pongan de manifiesto la necesidad de introducir nuevas formas de trabajo dirigidas a un mayor aporte de información y una educación más personalizada. El personal de enfermería, en especial en atención primaria, tiene un papel fundamental para el correcto cumplimiento de los objetivos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes con HTA que acuden al Centro de Salud en Teruel.

Objetivos específicos:

- Identificar las áreas del tratamiento que presentan mayores carencias y establecer prioridades de actuación.
- Valorar el sistema de recogida de datos del que se dispone en el servicio de Atención Primaria en Aragón

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal sobre los pacientes con hipertensión arterial adscritos al Centro de Salud Centro de Teruel.

POBLACIÓN DIANA

Factores de inclusión:

- Estar adscrito al Centro de Salud Centro
- Tener abierto un episodio de Hipertensión arterial en el programa informático OMI-AP
- Haber acudido a la consulta entre el 15/10/2012 y el 18/01/2013 (tres meses)

La población diana es de 1693 pacientes. Tras aplicar la fórmula para el cálculo del tamaño muestral con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% se acepta una muestra significativa de 181 pacientes. Se escoge a 1 de cada 3 pacientes listados y ordenados aleatoriamente. Los datos se extraen del programa utilizado para el registro de la actividad en Atención Primaria (OMI-AP). Se recoge el último valor registrado de cada variable.

La adherencia es medida conforme a las variables: adecuada alimentación, realización de ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol y toma adecuada del tratamiento farmacológico, todas ellas contestadas con dos valores (1:SI, 2:NO).

Por otra parte se estudian las variables sexo, edad, IMC, cifras de tensión arterial sistólica y diastólica, familia de fármacos que se consumen, efectos secundarios a los mismos, estado civil, existencia de revisión del

plan terapéutico en el último año y existencia de otros factores de riesgo cardiovascular (dislipemia y Diabetes Mellitus tipo II)

Los datos personales obtenidos, el seguimiento y los resultados son objeto de estudio de investigación y son manipulados bajo las más estrictas garantías de confidencialidad según la ley vigente (Ley 15/1999). No se incluirá en ningún caso, dato alguno que permitiese identificar a algún sujeto de modo individualizado.

La información se ha obtenido de las bases de datos bibliográficas PubMed y Cochrane fundamentalmente y de publicaciones de diversas revistas científicas.

RESULTADOS

De los 181 pacientes incluidos en el estudio, un 53% eran varones y un 47% mujeres con una edad media de 74,8 años. (Gráfico 1)

El 32,1% de la muestra padecía Diabetes Mellitus tipo II y un 0,6% diabetes Mellitus tipo I. A su vez, un 42,2% padecían dislipemia.

El IMC medio es de 29,47 kg/m².

En cuanto a hábitos tóxicos, un 6,62% de los pacientes fumaba y un 10,52% afirmaba beber alcohol.

El 43,6% de los pacientes tenía las cifras de presión arterial controladas (Gráfico 2).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El 86% de los pacientes afirmó tomar adecuadamente el tratamiento farmacológico frente a un 1,7% que expresaba no cumplirlo. En un 12,3% de los casos no existía registro para esta variable.

Incumplidores:

- El 33,3% tenía la PA controlada (PA<140/90) frente al 66,6% que poseía valores de PA correspondientes a HTA grado I según la clasificación de la SEH-LELHA.
- El 33% tenía prescrito un tratamiento con fármacos de la familia ARA-II, un 33,3% tomaba fármacos de la familia IECAS y un 33,3% tomaba una combinación de beta-bloqueantes y diuréticos.

- El 66,6% de éstos, tenían más de 75 años y el 33,3% entre 55 y 64 años. La adherencia al tratamiento farmacológico posee una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$ para asociación lineal por lineal) con la variable edad por rangos, no así para la variable sexo (asociación lineal por lineal) (Gráfico 3).

Las familias de fármacos consumidas se muestran en el gráfico 4.

Los pacientes que toman adecuadamente el tratamiento poseen unas cifras de PA medias de 138/75 mientras que los no cumplidores poseen cifras de 140/79.

El 100% de los sujetos del estudio que padecen dislipemias afirma tomar la medicación mientras que el 66,6% de los que afirman no ser asiduos al tratamiento padecen, además de HTA, diabetes.

DIETA Y EJERCICIO

En relación al cumplimiento de las MEV, un 60,38% de los pacientes a los que se les preguntó, contestó "SI" a la pregunta "¿Realiza usted suficiente ejercicio físico?" y un 80,51% respondió "SI" a la pregunta "¿Sigue usted una dieta adecuada?".

Se aprecia una adherencia ligeramente mayor en los varones a la hora de realizar ejercicio físico y en las mujeres a la hora de seguir una dieta adecuada (Gráfico 5 y 6), aunque no existe relación estadísticamente significativa en relación a la variable sexo ($p > 0.05$ para Chi Cuadrado)

Las variables dieta y ejercicio tampoco tienen relación estadísticamente significativa (asociación lineal por lineal) si las valoramos por rangos de edad (Gráfico 7 y 8)

El 60,75% de los pacientes que padecen dislipemia, el 62,2% de los que no realizan ejercicio y el 56,66% de los que no siguen una dieta

adecuada no poseen las cifras de presión arterial controladas. Además, los grupos que afirman realizar ejercicio físico y mantener una dieta adecuada presentan una media de IMC ligeramente inferior (Tabla 3)

Los pacientes que afirman seguir una dieta adecuada poseen cifras de PA ligeramente inferiores en comparación con los que no la siguen (137,84/74,28 frente a 139,2/76,97), sin embargo, los pacientes que no realizan suficiente ejercicio físico son los que poseen cifras ligeramente inferiores (140,3/76,48 frente a 136,67/73,71). Ambos resultados no poseen significación estadística (T Student).

ALCOHOL

Otro de los factores para el control del riesgo cardiovascular es el alcohol (Gráfico 9).

Existe una relación estadísticamente significativa entre el hecho de ser varón y el consumo de alcohol como se observa en el gráfico 10 (asociación lineal por lineal). No ocurre lo mismo si miramos el consumo por rangos de edad (asociación lineal, $p > 0,05$) (Gráfico 11)

El 72,2% de los pacientes que afirman beber alcohol no tiene controladas sus cifras de presión arterial. Estos pacientes poseen cifras de PAS y PAD superiores, sin embargo, solo existe relación estadísticamente significativa si se mide el consumo de alcohol y la presión arterial sistólica ($P=0.03$) (Tabla 4)

TABACO

El abandono del tabaco también es considerado parte del tratamiento no farmacológico. Su hábito está relacionado con el sexo siendo más común en varones con un 5,52% de fumadores frente al 1,1% de mujeres que consuman tabaco (asociación lineal por lineal)

En el gráfico 12 se observa su distribución por rangos de edad.

El 66,7% de los fumadores no tienen controladas sus cifras de presión arterial.

REVISIÓN DEL PLAN TERAPEÚTICO

El 25,4% de los pacientes en estudio tenían revisado su plan terapéutico en el último año.

DISCUSIÓN

Para poder comparar el estudio con otros similares hay que tener en cuenta las limitaciones de éste. El principal problema encontrado es el registro insuficiente de las variables escogidas en el programa informático OMI-AP.

El carácter subjetivo de las respuestas a las preguntas “¿realiza suficiente ejercicio físico?, ¿toma adecuadamente el tratamiento? o ¿sigue una dieta adecuada?” hace que las conclusiones que puedan extraerse carezcan de validez interna y externa. En diferentes estudios revisados sobre cumplimiento terapéutico utilizan métodos de medición más completos, como el recuento de comprimidos¹³ (método indirecto) o el test de Morinsky-Green¹⁴ para el tratamiento farmacológico, el test de KIDMED¹⁵ para evaluar el grado de adecuación a la dieta mediterránea o el test de Fagerstrom¹⁶ para valorar la dependencia nicotínica. Lo mismo ocurre con la variable ejercicio, la cual aportaría más información si se recogiera en categorías definidas por horas semanales y calidad de las mismas. La variable consumo de sal no se contempla en dicho programa.

Además de la calidad de los datos existen carencias de registro. Un ejemplo es el inexistente registro de la cantidad de alcohol consumido. Llama la atención el registro de la variable “efectos secundarios” o “estado civil” en las que no queda recogido dato alguno en ninguno de los 181 pacientes. (Tabla 5)

En estudios posteriores se tendrá que plantear un aumento del tamaño muestral que supla los posibles datos perdidos.

Por último, hay que tener en cuenta el hecho de que las cifras de presión arterial han sido tomadas por diferentes profesionales, con diferentes aparatos, en diferentes condiciones y en diferentes horarios.

CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO

Un total de 157 pacientes de los 181 tenían registrada la variable cumplimiento. De éstos, el 1,94% consideraba que no tomaba adecuadamente el tratamiento. Al comparar este dato con otros estudios se aprecia que la tasa de incumplimiento es significativamente menor. En trabajos no intervencionistas como el estudio CUMAMPA¹⁷, se estableció un incumplimiento del 13,91%. En el caso del ensayo de G Cid et al¹³, el cual contaba con un grupo control y un grupo de intervención se estableció una tasa de incumplimiento del 26,9%. Puras A¹⁸ y Raigal Y et al¹⁹ presentan tasas de incumplimiento del 55,2% y 52,6% respectivamente, las cuales se alejan bastante de los resultados obtenidos en este estudio. La tasa de incumplimiento que más se asemeja entre los estudios revisados corresponde a un 7,1% de incumplimiento en el estudio de Gil VF²⁰. Dado que el CS del Centro de Teruel no dispone de estrategias específicas para mejorar la adherencia terapéutica, los resultados no parecen estar acordes con la situación real.

Los pacientes cumplidores muestran unas cifras medias de PA de 138/75 frente a unas cifras de 140/79 en el caso de los incumplidores. Estos resultados sí que son similares a los de otros estudios como el ya nombrado estudio CUMAMPA¹⁷, en el que la media de los cumplidores se establece en 138/80 y 142/85 respectivamente.

Dado que la polimedicación es uno de los factores contribuyentes que favorecen el incumplimiento y a su vez se estima que un 50% de los mayores de 65 años presentan tratamientos con más de 5 fármacos²¹ no es de extrañar que el incumplimiento y la edad estén relacionados estadísticamente.

DIETA Y EJERCICIO

La importancia de estos dos factores resulta indiscutible en la actualidad. En estudios anteriores se ha estimado que la reducción de peso reduce la PA en hipertensos con sobrepeso en aproximadamente 1 mmHg de PAS y PAD por cada kg de peso perdido¹¹. Teniendo en cuenta que la media del IMC de los pacientes a estudio es de 29,47 kg/m² (sobrepeso) se considera un factor en el que hacer hincapié. Así mismo, se acepta que la adopción de la dieta DASH, reduce entre 8 y 14 mmHg la PAS. Esta dieta rica en fruta, verdura, productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y en especial la saturada ha demostrado una mayor reducción de las cifras de PA frente a la dieta convencional²². En el presente estudio, las cifras de PA, aún siendo inferiores, no poseían significación estadística. Esto puede deberse al ya nombrado carácter subjetivo de las respuestas a las preguntas planteadas.

En cuanto al ejercicio físico se refiere, se acepta que reduce entre 4 y 9 mmHg la PAS si se realiza ejercicio aeróbico 5 veces semanales con una duración de 30-45 minutos¹¹. Estos datos no se adecuan a los resultados obtenidos ya que son incluso contradictorios.

ALCOHOL Y TABACO

El consumo de alcohol está estrechamente relacionado con la hipertensión arterial y así queda reflejado en la bibliografía, de modo que su efecto negativo se refleja tanto en el aumento de las cifras de PA en los hipertensos conocidos como en la asociación positiva y lineal entre el consumo total de alcohol y la hipertensión incidente²³.

En el estudio SUN²⁴ se relaciona este consumo tanto con el sexo como con la edad. Además estiman mayor riesgo en individuos con un consumo de más de 2 copas al día en comparación con los no bebedores (HR = 1,55; IC del 95%, 1,04-2,32). Estos resultados coinciden con los del presente estudio. Cabe resaltar que se ha obtenido una tasa de HTA no

controlada en el grupo de consumidores de 72,2%, la cual, reafirma la importancia de este factor. Se estima que la moderación en el consumo de alcohol reduce la PAS entre 2 y 4 mmHg¹¹.

El tabaquismo posee más relevancia como factor de riesgo cardiovascular que por su efecto presor, el cual ha sido incluso cuestionado y descrito como algo pasajero y reversible²⁵. El 66,7% de los pacientes fumadores no tienen controladas sus cifras de PA, dato que no posee significación estadística. Aún así, el abandono del tabaco posee una recomendación científica de grado A²⁶. Esto es importante teniendo en cuenta que la prevalencia de tabaquismo en España se sitúa en alrededor del 36% de la población²⁷. Se han obtenido datos de prevalencia entre los pacientes con hipertensión de 6,6%, mayor en varones. La mayor prevalencia en varones se da en otros estudios²⁸, sin embargo los datos del presente estudio estipulan una relación de 1:5 aproximadamente en la distribución por sexos. Este dato podría explicarse teniendo en cuenta la edad media de las mujeres ya que existe un incremento progresivo de la prevalencia del hábito entre éstas, especialmente jóvenes²⁹ (entre 18 y 25 años).

REVISIÓN DEL PLAN TERAPEÚTICO

El hecho de que tan solo el 25,4% de los pacientes tengan revisado su plan terapéutico en el último año sugiere una carencia, ya sea de registro, de tiempo disponible o de falta de compromiso por parte del profesional sanitario.

Las altas tasas de cumplimiento obtenidas no se asocian a un control de la enfermedad, ya que tan solo el 43,6 % de los pacientes posee un control sobre las cifras de PA.

En el estudio THOMS³⁰, las modificaciones en el estilo de vida disminuyeron la PA de 141/91 a 132/82 mmHg de promedio en los 234 pacientes después de un año. Estudios recientes sugieren que existe una

gran diferencia entre las recomendaciones para cambios en los estilos de vida y los consejos proporcionados por los profesionales sanitarios en la práctica clínica habitual³¹. Se acepta que se han de conceder una media de 10 minutos por paciente para ser informado de la importancia de las medidas no farmacológicas³².

CONCLUSIÓN

Las ya nombradas carencias en el registro dificultan una valoración transcendental de la situación actual en cuanto a cumplimiento terapéutico.

Los datos obtenidos, aún siendo inferiores en cuanto a incumplimiento en comparación con la bibliografía existente no reflejan necesariamente buena praxis. Establecer objetivos realistas, fomentar la confianza y la autoestima del paciente, mejorar la interacción enfermero/paciente y en general la educación para la salud es papel fundamental del profesional de enfermería.

Una de las medidas que se propone es una educación continuada del personal sanitario que conlleve a una mayor concienciación. El cumplimiento terapéutico es un obstáculo que se puede superar con las herramientas adecuadas, las cuales resultan accesibles.

ANEXO Nº 1.INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según la SEH-LELHA: Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la Lucha de la Hipertensión Arterial.

Óptima	PAS <120 y PAD <80 mmHg
Normal	PAS:120-129 y/o PAD:84-84 mmHg
Normal-alta	PAS:130-139 y/o PAD 85-89 mmHg
HTA grado 1	PAS: 140-159 y/o PAD 90-99 mmHg
HTA grado 2	PAS:160-179 y/o PAD: 100-109 mmHg
HTA grado 3	PAS ≥180 y/o PAD ≥110 mmHg

Tabla 2. Cambios en el estilo de vida que reducen la PA y el riesgo de enfermedad cardiovascular

Cambios en el estilo de vida que reducen la PA
Reducción de peso
Restricción del consumo de sal
Limitación del consumo de alcohol
Aumento de la actividad física
Aumento del consumo de frutas y verduras
Reducción del consumo de grasa total y grasa saturada
Cambios de estilo de vida que reducen el riesgo de enfermedad cardiovascular
Abandono del tabaco
Reducción del consumo de grasa total y grasa saturada
Adopción de una dieta mediterránea

ANEXO Nº 2. RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de la edad por sexos

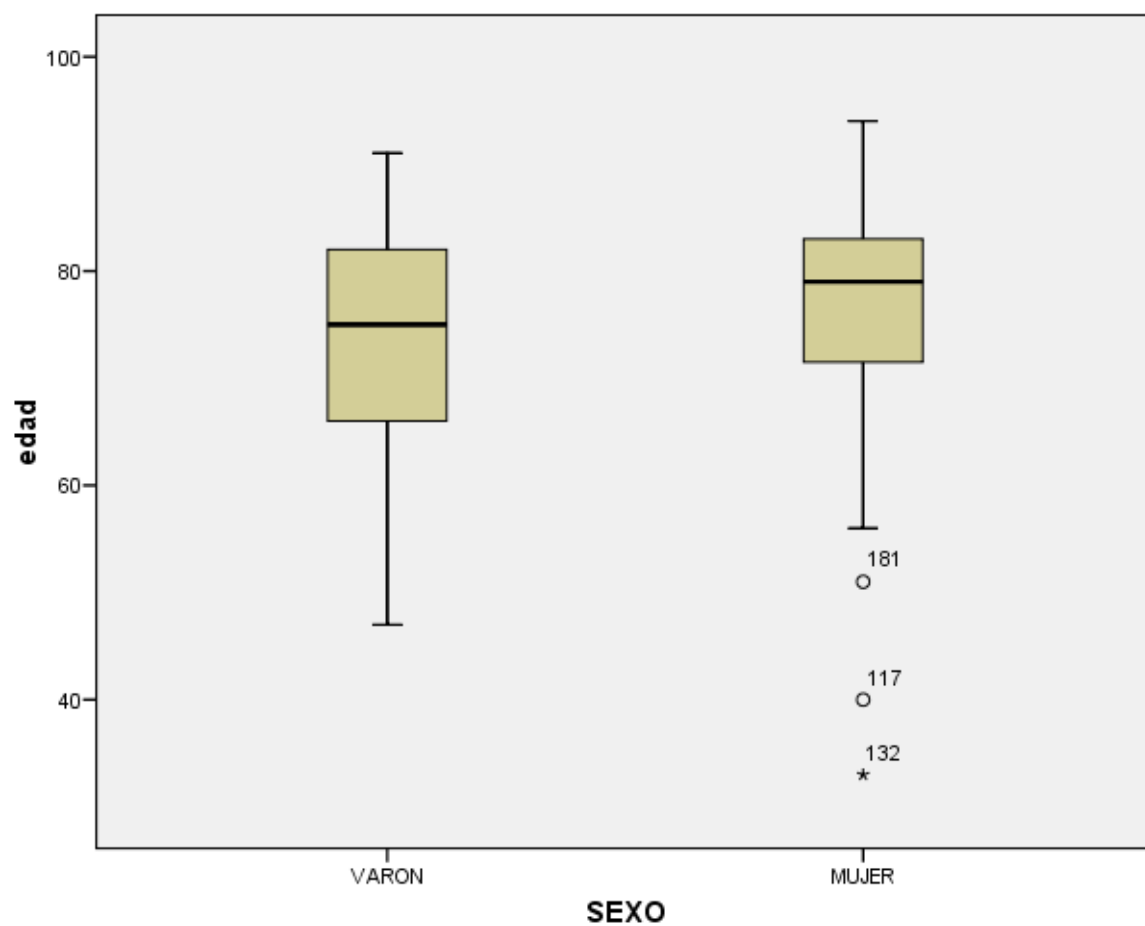


Gráfico 2. Tabla_ Distribución de los pacientes según la clasificación de la SEH-LELHA (% de pacientes)

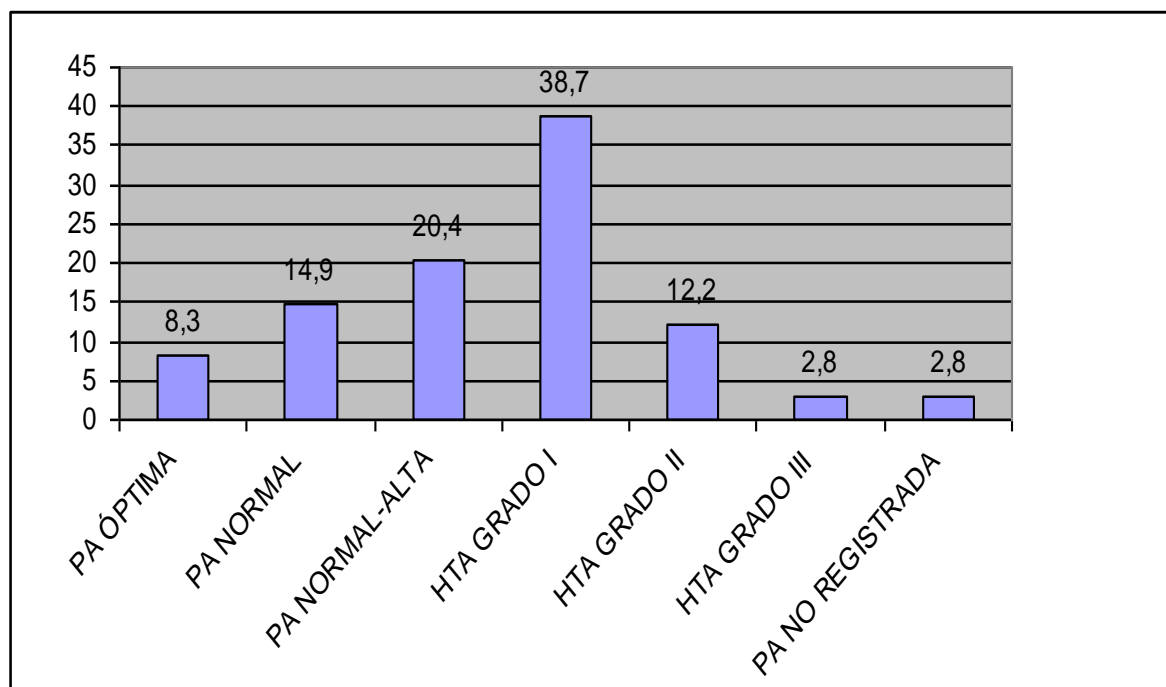


Gráfico 3. Cumplimiento farmacológico distribuido por sexos.

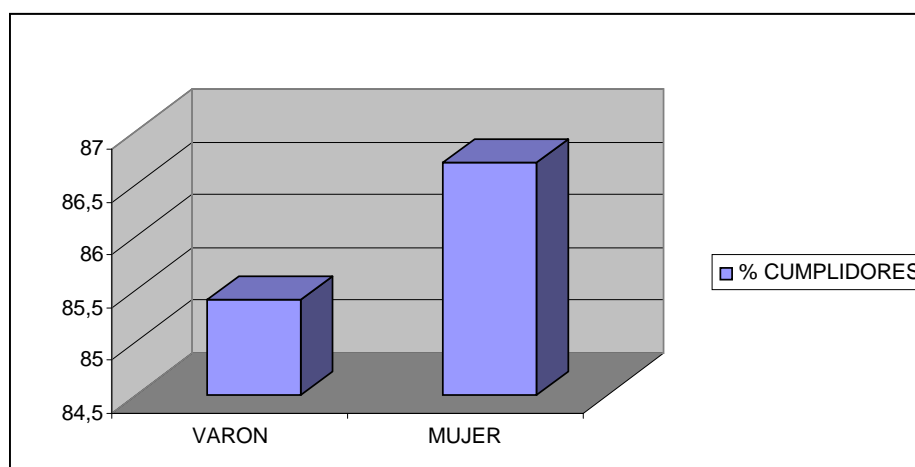


Gráfico 4. Familias de fármacos consumidas

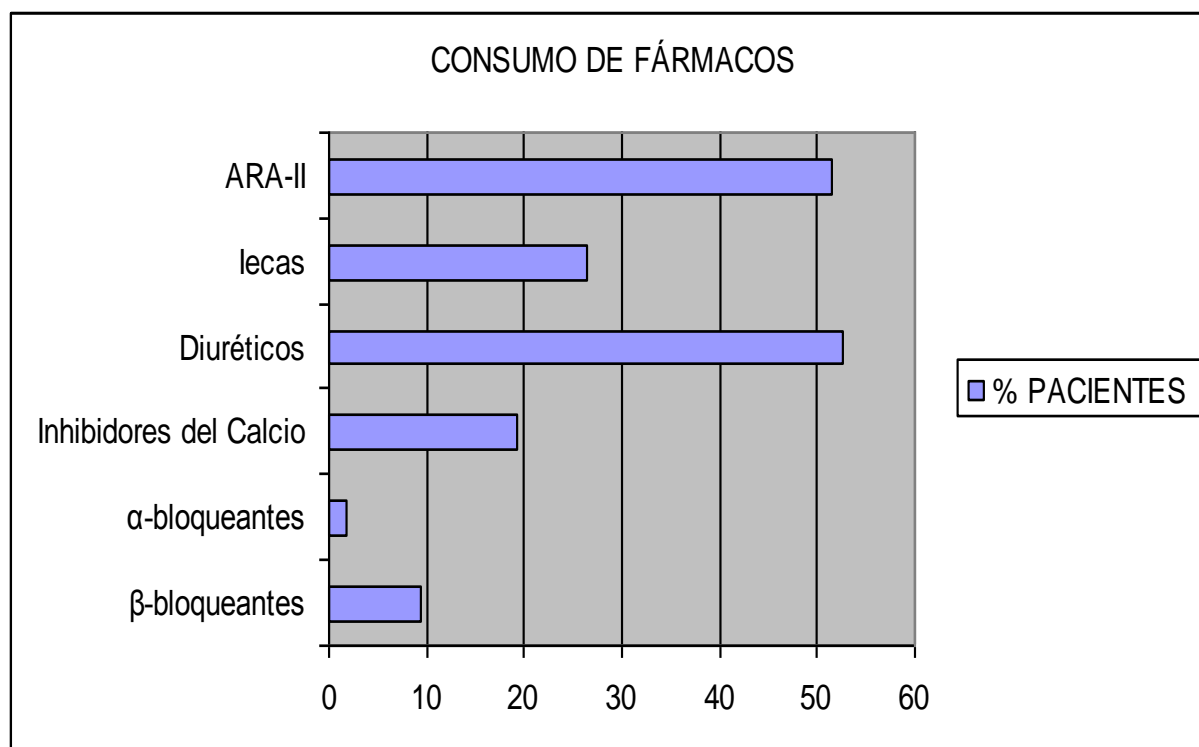


Gráfico 5. Respuestas a la pregunta "¿Realiza usted suficiente ejercicio físico?" (% por sexo)

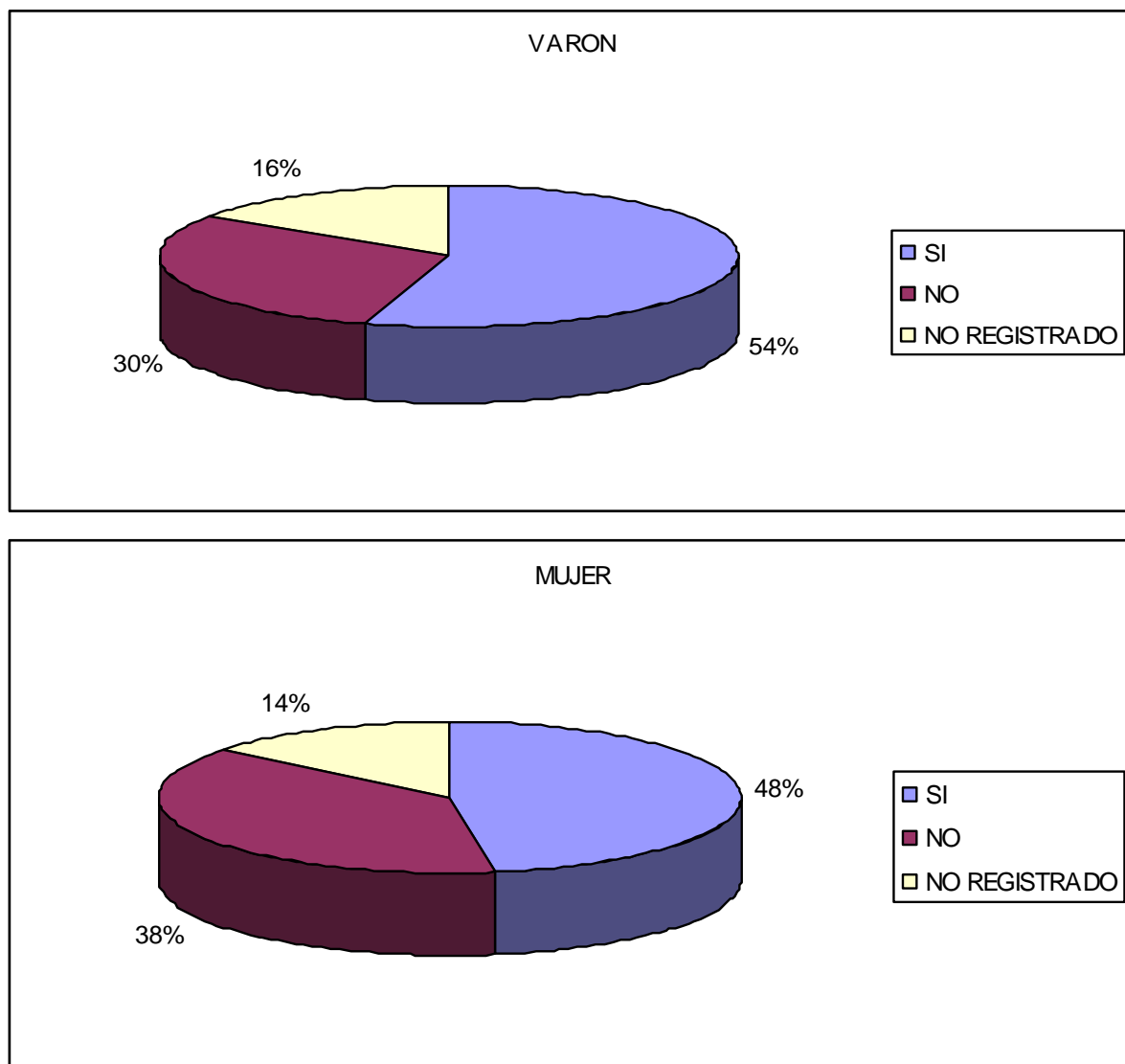


Gráfico 6. Respuesta a la pregunta "¿Sigue usted una dieta adecuada?" (% por sexo)

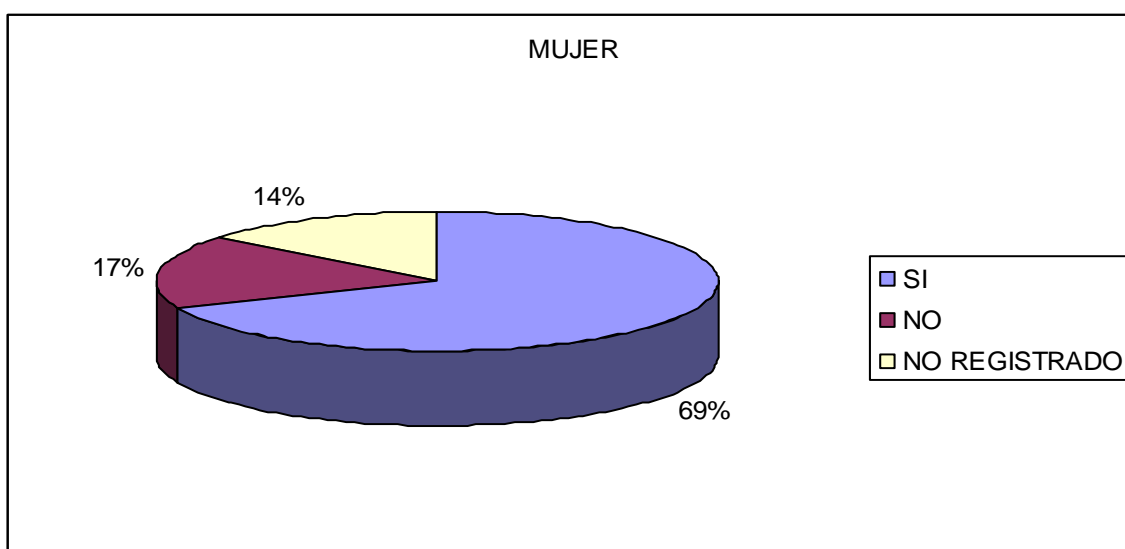
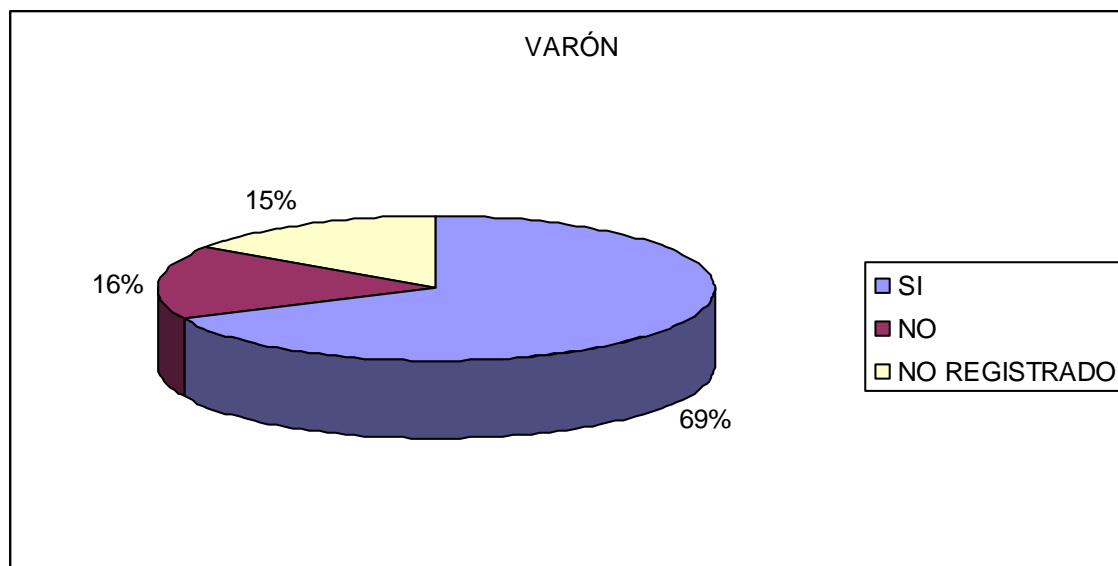


Gráfico 7. Realización de ejercicio físico por rangos de edad

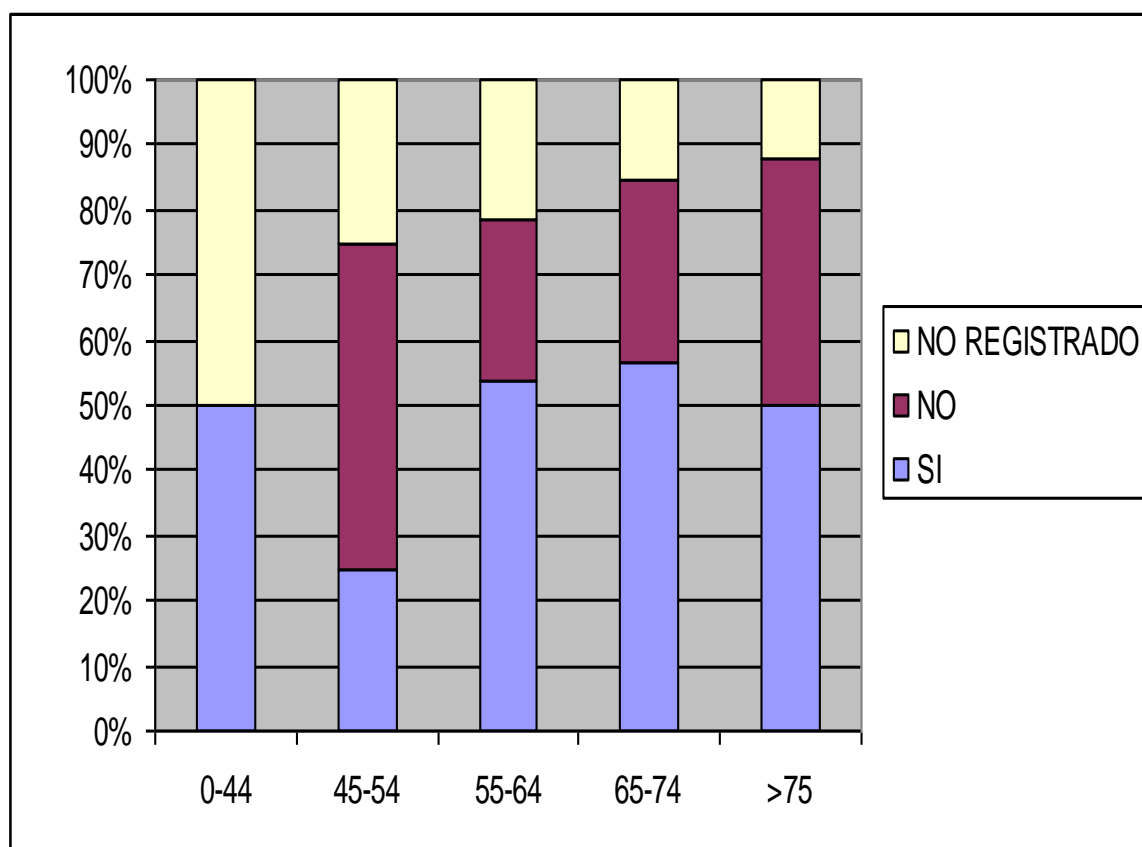


Gráfico 8. Seguimiento de una dieta adecuada por rangos de edad

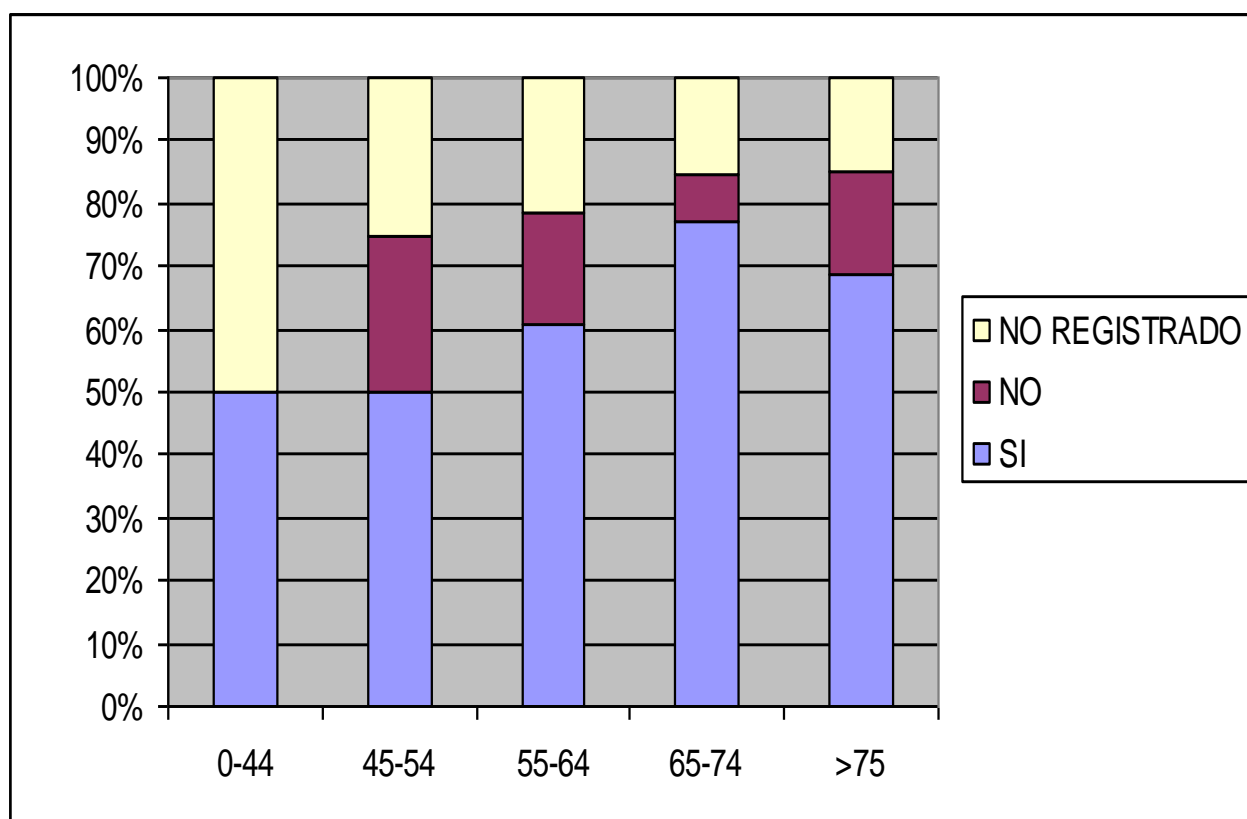


Gráfico 9. Respuestas a la pregunta "¿Consume usted alcohol?" (%)

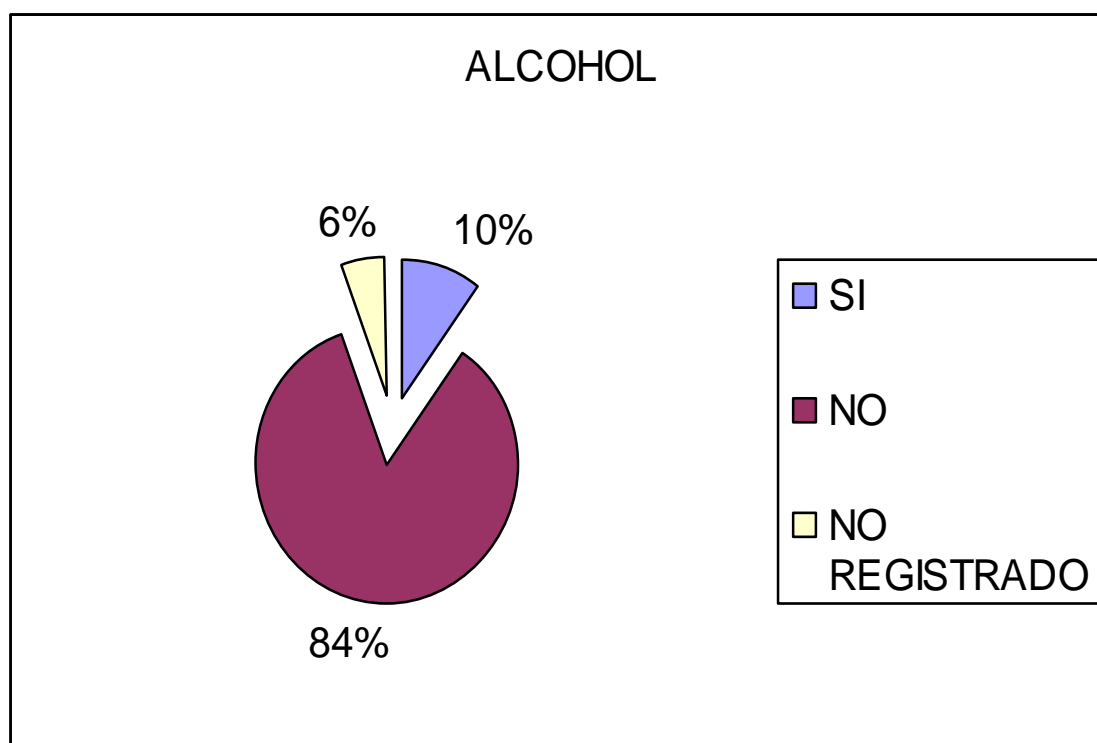


Gráfico 10. Respuesta a la pregunta "¿Consume usted alcohol?".
Número de personas por sexo

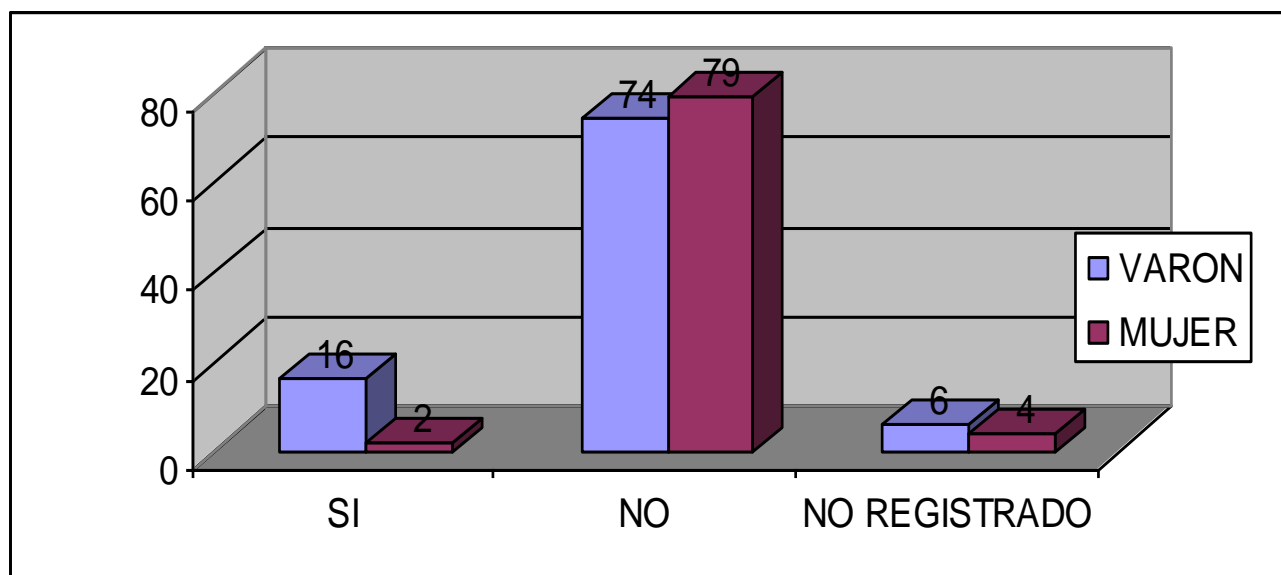


Gráfico 11.

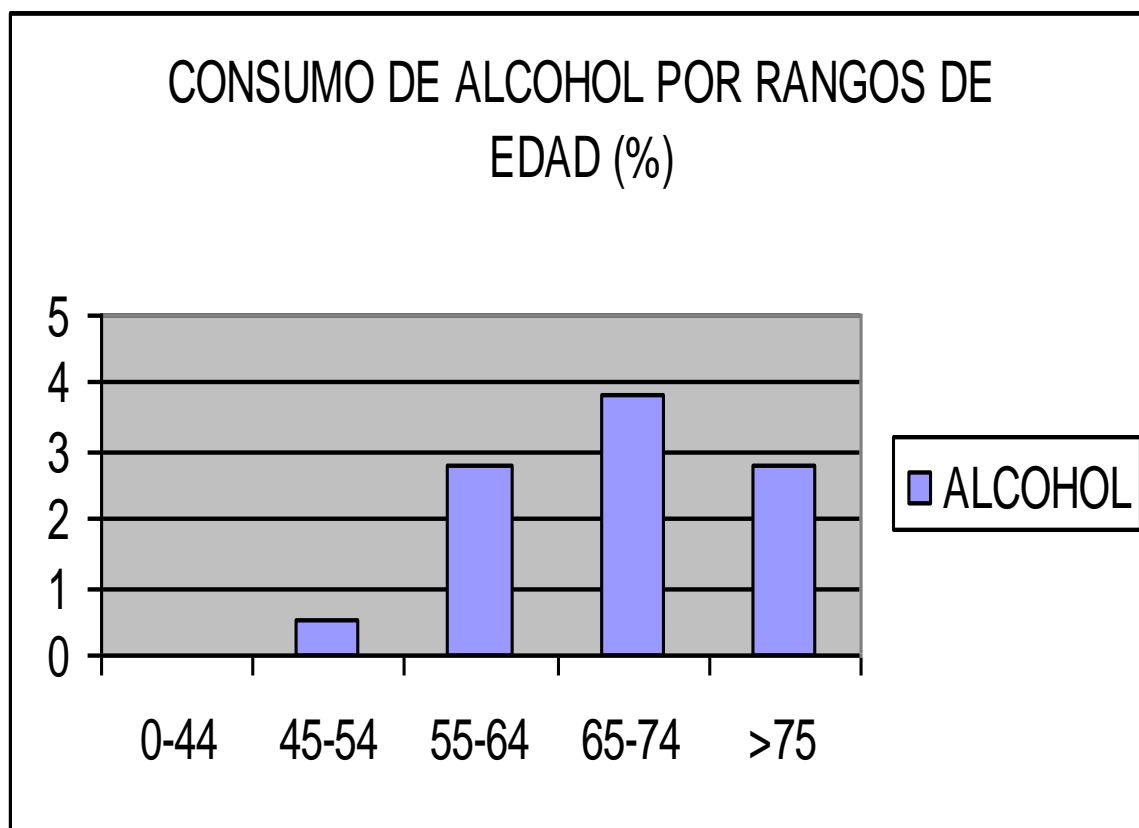


Gráfico 12. Distribución del hábito tabáquico en rangos de edad.

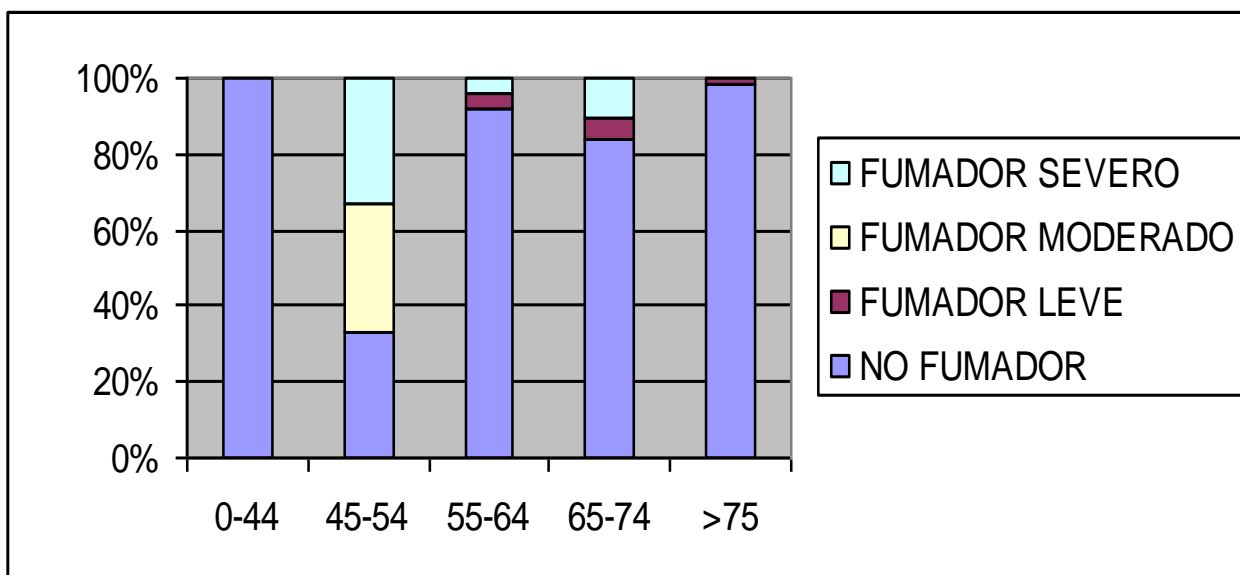


Tabla 3. IMC dependiendo d la realiación de ejercicio físico y seguimiento de una dieta adecuada

EJERCICIO		N	Media
IMC	SI	89	28,90
	NO	57	30,70

DIETA		N	Media
IMC	SI	116	28,96
	NO	30	32,12

Tabla 4. PAD Y PAS dependiendo del consumo de alcohol.

	PAS MEDIA	PAD MEDIA
PACIENTES QUE CONSUMEN ALCOHOL	151,06	79,28
PACIENTES QUE NO CONSUMEN ALCOHOL	136,61	75,22

ANEXO Nº 3. DISCUSIÓN

Tabla 5. Datos no registrados (%) dependiendo de las variables estudiadas.

	DATOS NO REGISTRADOS(%)
EJERCICIO FÍSICO	14,9%
DIETA	14,9%
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	12,3%
REVISIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO	41,9%
CONSUMO DE ALCOHOL	5,5%
CONSUMO DE TABACO	5,5%
CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL	2,76%

BIBLIOGRAFÍA

1. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Prieto Díaz MA, Banegas Banegas JR, Gonzalez-Segura Alsina D et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. Med Clin (Barc). 2012;139:653-61
2. Sociedad Española de Hipertensión/Liga Española para la Lucha contra la hipertensión arterial. SEL-LELHA. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. Hipertensión. 2005;22 (Supl 2):1-84.
3. Banegas Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión.2005;22:353-62.
4. Banegas Banegas JR, Rodriguez Artalejo F, de la Cruz Troca JJ, Andrés Manzano B, del Rey Calero J. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. Med Clin (Barc).1999;112:489-94.
5. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlpres 2001.Hipertensión. 2002;19:390-9.
6. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions.Ann Pharmacother. 2002;36:1331-1336
7. Senst BL, Achusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. Am J Health System Pharmacy. 2001;58:1126-1132
8. Grupo de trabajo de Cumplimiento. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertension Arterial. Prevalencia del incumplimiento en España. Nuevos datos sobre la prevalencia del incumplimiento terapéutico en España. El incumplimiento. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. 2007;4
9. Márquez Contreras E, Casado Martinez JJ, de la Figuera Won-Vichman M, Gil Guillen 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. Basterra Gabarro M. El cumplimiento terapéutico. Pharm Care Esp. 1999;1:97-106.
11. 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): 44-6.
12. Coll de Tuero G. Las modificaciones en los estilos de vida de los pacientes hipertensos. Hipertensión. 2007;24:45-7.
13. Cid G, Gomez-Calcerrada RM, Alonso FJ, Hidalgo A, Comas JR, Orueta J, Rodriguez GC, López JM, Louguedo MJ, Antón MJ, Gonzalo E. Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes crónicos. Rev Clin Med Fam.2007;2:5-10.
14. Frutos Echaniz E, Lorenz Castañé G, Manzotti C, Espínola Rodríguez A, Hernández Alonso AR, Val Jiménez A et al. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular. Clin Invest Arterioscl. 2008; 20:8-13.
15. Durá Travé T, Castroviejo Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hosp.2011;26:602-8.
16. Basterretxea Oiarzabal J, García Parra JM, Bilbao Garmendia E, NoyaArrizabalaga A. Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud. Aten Primaria. 2006;38:240.
17. Márquez Contreras E, Martín de Pablos J L, Gil Guillén V, Martel Claros N, Motero Carrasco J, Casado Martínez J J. La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico: ¿cómo influyen en el control de la hipertensión arterial? Estudio CUMAMPA. Hipertensión.2008;25:187-93
18. Puras A. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico. ¿Quién cumple menos: el paciente o el médico?. Med Clin (Barc). 2001;116(Supl 2):101-4.
19. 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 (Supl 2):122-5.
20. Gil VF, Puras A, Suárez C, Ruilope LM, Luque M, Aristegui I, et al. Influencia del incumplimiento terapéutico en los pacientes con

hipertensión arterial esencial no controlados con monoterapia. Med Clín (Barc). 2001;116(Supl 2):109-13.

21. Molina López T, Caraballo Camacho M, Palma Morgado D, López Rubio S, Domínguez Camacho JC, Morales Serna JC. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. Aten Primaria. 2012;44:216-22.
22. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001; 344:3-10
23. Djoussé L, Mukamal K. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo?. Rev Esp Cardiol.2009;62:603-5
24. Núñez Córdoba JM, Martínez-González JA, Bes Rastrollo M, Toledo E, Beunza JJ, Alonso A. Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN.Rev Esp Cardiol.2009;62:633-41
25. Ward MM, Swan GE, Jack LM, Javitz HS, Hodking JE. Ambulatory monitoring of heart rate and blood pressure during the first week after smoking cessation. Am J Hypertens. 1995;8:630-4.
26. Del Pino Casado B, Casado Lollano A. Actuación de enfermería en tabaquismo en atención primaria de salud (APS): Talleres grupales de deshabituación tabáquica. Excel Enferm [Revista en línea] 2005 [1 de Diciembre de 2005]; 2. URL disponible en: <http://www.ee.isics.es>
27. Suárez García S, López Fernández V, Arias García MT, Díaz González L, Morán Fernández S, Halabi Khani M, Alonso Cortina A. Prevalencia de tabaquismo en una población general y valoración de la actitud ante el cambio. ¿Están preparados nuestros pacientes para abandonar el hábito?. Clin Invest Arterioscl. 2005;17:61-9
28. Villalbí JR, Daban F, Pasarín, MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. Aten Primaria. 2008;40:87-92
29. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A. Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico

en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. Gac Sanit 2002; 16: 131-8.

30. Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ, Stamler J, Grandits MS, Elmer PJ, et al. Estudio sobre el tratamiento de la hipertensión moderada: resultados finales. JAMA. 1994;3:79-97
31. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P et al. Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Rev Esp Salud Publica. 2004;78(4):439-456
32. De la Figuera von Wichmann M, de la Sierra Iserte A, Ruilope Urioste LM, Coca Payeras A. Prescripción de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión arterial en Atención Primaria. Hipertensión. 2000;17(4):137-41.