

Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España

Rafael Tuesca-Molina^a / Pilar Guallar-Castillón^b / José Ramón Banegas-Banegas^b / Auxiliadora Graciani-Pérez Regadera^b

^aUniversidad del Norte, Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, División Ciencias de la Salud, Barranquilla, Colombia;

^bUniversidad Autónoma de Madrid, Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología, Madrid, España.

(Determinants of the adherence to therapeutic plan in elderly Spaniards, over 60 years of age)

Resumen

Objetivo: Identificar los factores asociados al cumplimiento terapéutico en varones y mujeres hipertensos conocidos.

Material y métodos: Estudio poblacional de 4.009 sujetos a partir de los datos del estudio «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 años y más de España». Entrevista en el domicilio que recoge información sobre cumplimiento terapéutico, variables sociodemográficas, estilo de vida, uso de servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: En varones el cumplimiento terapéutico según las zonas estudiadas (*odds ratio* [OR] área rural = 3,9 frente a OR litoral cantábrico = 1,9) y con respecto a la salud general (OR = 1,01). En mujeres, las cumplidoras con nivel escolar bajo (OR = 1,8), la calidad de vida en el componente físico (OR = 1,02) y visitas mensuales al domicilio (OR = 3,0). Las no cumplidoras autorreportan 2 enfermedades crónicas (OR = 0,6).

Conclusiones: El cumplimiento terapéutico se relaciona con diferencias de género, regionales, educacionales y en la calidad de vida. Es recomendable diseñar estrategias diferenciadas por las anteriores variables a fin de incrementar el cumplimiento terapéutico.

Palabras clave: Adhesión. Ancianos. Hipertensión.

Abstract

Objective: To identify factors associated with the adherence to a therapeutic plan of awareness of hypertension.

Material and Methods: The data of the study: «arterial Hypertension and other factors of risk in the elderly (≥ 60 years) Spanish population». This was a population-based survey of 4.009 older Spaniards. Information for this survey was obtained through household personal interviews to evaluate if these determining factors are independent of socio-demographic variables, the use of health system, lifestyles and the quality of life related to health.

Results: In men, the adherence to a therapeutic plan according to the regions studied (OR Rural = 3.9; OR Cantabrian = 1.9). Beside general health (OR = 1.01). With respect to the women, the ones that complied with the therapeutic plan more frequently had a low scholastic level (OR = 1.8), physical condition (OR = 1.02), and had more frequent home medical visits monthly (OR = 3.0). The women with poor adherence had two chronic illnesses (OR = 0.6)

Conclusions: There are regional differences, gender, educational and to measure health-related quality of life. This demonstrates poor adherence, so the strategy should be directed toward in this variables mentioned.

Key words: Adherence. Elderly. Hypertension.

Introducción

La falta de cumplimiento terapéutico se considera como un problema de salud pública y está relacionada con aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares; además, disminuye la productividad e incrementa costes en salud¹⁻⁵. En el caso de la hipertensión arterial, muchos pacientes al no re-

ferir síntomas suponen o piensan que no necesitan tomar de forma frecuente la medicación. Los pacientes con angina percibían afectada su salud, mientras que los hipertensos no⁶. Por tanto, sin tener síntomas es más difícil controlar y cumplimentar la medicación, por lo que muchos pacientes no parecen percibir ni sentir los beneficios del tratamiento²⁻¹².

En España, la tasa de cumplimiento terapéutico en hipertensos tratados farmacológicamente no supera el 50%. A su vez, la proporción de cumplimiento terapéutico baja al 20% cuando se intenta modificar la actividad física, o al 10% al realizar cambios de la dieta para controlar el peso, al moderar la ingesta de alcohol o al disminuir el consumo de sal^{7,9}. Por todo ello, el objetivo de esta investigación es describir las características de los varones y mujeres mayores de 60 años, hipertensos conocidos según el cumplimiento terapéutico de su hi-

Correspondencia: Rafael Tuesca-Molina.
Universidad del Norte. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria.
Km 5 Antigua carretera a Puerto Colombia. Barranquilla, Colombia.
Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

Recibido: 24 de agosto de 2005.

Aceptado: 17 de noviembre de 2005.

pertensión en España, y examinar las características asociadas al cumplimiento terapéutico. Nuestro interés para desarrollar esta investigación obedece en generar información útil para orientar el consejo médico sobre el adecuado cumplimiento terapéutico.

Métodos

Población

Los datos provienen del estudio «Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la población de 60 años y más de España»¹¹. Se trata de una encuesta transversal, con representatividad nacional, y que recoge información sobre cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Se encuestaron a 4.000 sujetos españoles no institucionalizados de 60 y más años de edad, durante el año 2001. El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz, de Madrid.

La selección de los sujetos de estudio se realizó mediante muestreo probabilístico por conglomerados y polietápico. La muestra obtenida es proporcional a la población mayor de 60 años. Los conglomerados o unidades de primera etapa se estratificaron por región de residencia y tamaño de municipio, y fueron seleccionados con probabilidad proporcional al tamaño de hábitat. Posteriormente, en cada conglomerado o *cluster* se eligieron aleatoriamente secciones censales, y en ellas se identificaron los hogares a través de tabla de números aleatorios en los que finalmente se obtuvo información de los sujetos. En los domicilios donde había más de un sujeto mayor de 60 años, el elegido se escogió por el método de Kish (tabla de selección aleatoria). En total se recogió información en 400 secciones censales de España, y los sujetos se seleccionaron en estratos de sexo y edad. Sólo se sustituyeron sujetos después de 10 visitas fallidas del entrevistador, incapacidad, fallecimiento, institucionalización o negativa a participar.

Cuestionario, variables de interés y trabajo de campo

La información fue recogida por un equipo de campo, previamente entrenado por el personal sanitario del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Se obtuvo información mediante una encuesta estructurada y un examen físico posterior. En el examen físico se midieron la presión arterial y variables antropométricas. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos de estudio o de familiares con los que convivían.

La presión arterial se midió con esfigmomanómetros de mercurio calibrados. En cada individuo se realizaron en condiciones estandarizadas 6 tomas de la presión arterial, en 2 ocasiones separadas. Se consideró que un individuo era hipertenso cuando su presión arterial sistólica (PAS) era ≥ 140 mmHg o su presión arterial diastólica (PAD) era ≥ 90 mmHg o recibía tratamiento farmacológico para controlar su presión arterial^{10,12}. Para estimar la presión de pulso, esta variable se establece por la diferencia entre la PAS total menos la PAD total, expresada en mmHg^{10,12}.

Con el objeto de identificar el conocimiento de padecer hipertensión arterial, se preguntó a cada sujeto: «¿Alguna vez le ha dicho el médico que tiene usted la tensión (arterial) elevada o alta?». Quienes respondían de manera afirmativa y habían sido clasificados como hipertensos se les consideró hipertensos conocidos. Los que contestaban de forma negativa se consideraron hipertensos no conocidos.

Para medir el cumplimiento terapéutico de los sujetos se utilizó el test de Morisky-Green¹³. Este test está compuesto por 4 preguntas diseñadas de forma sencilla y clara. En los sujetos que, siendo hipertensos conocidos, respondían de forma afirmativa a la pregunta: «¿Le indicó (el médico) un tratamiento con pastillas?» «Sí, y lo hago actualmente», se les aplicó dicho test:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para la tensión?
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
3. ¿Cuándo no se encuentra bien, deja de tomarlos?
4. Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?

Se consideró cumplidor del tratamiento si contesta afirmativamente a la segunda pregunta y de forma negativa a las 3 restantes.

Para el estudio de las variables independientes se adaptaron otros cuestionarios ampliamente utilizados, como los correspondientes a las Encuestas Nacionales de Salud de España¹⁴, el «Estudio de los estilos de vida de la población adulta española»¹⁵ y el cuestionario SF36 de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) traducido al español¹⁶.

Variables independientes

Las variables sociodemográficas, dentro de las independientes, fueron clasificadas de la siguiente manera. La edad se determinó en años cumplidos. Para la presentación de resultados, la edad fue reagrupada en grupos decenales en 3 intervalos: 60-69, 70-79 y ≥ 80 años.

El hábitat se identificó a partir del lugar de residencia del entrevistado, según el tamaño del municipio y su

ubicación geográfica, visualizando el plano cartográfico y de carreteras 1/1.000.000-1 cm de Michelin^{®17} y planos cartográficos en la web de carreteras nacionales españolas. Se clasificó el hábitat en rural, urbano, litoral cantábrico y litoral mediterráneo. Se asignó el área rural a los sujetos que residían en municipios con menos de 5.000 habitantes, exceptuando las áreas que estuviesen próximas al litoral. El área urbana fue asignada a municipios por encima de 10.000 habitantes y se exceptúan áreas que estuviesen con proximidad al litoral. Para definir el litoral cantábrico se estimaron los asentamientos con proximidad al litoral cantábrico, independiente del número de habitantes. De modo semejante fue definido el litoral mediterráneo.

El estado civil se clasificó de acuerdo a las respuestas en: soltero, casado, separado/divorciado, viudo o no sabe/no contesta (NS/NC).

Para establecer la convivencia del sujeto, se le formuló la siguiente pregunta: «¿Con quién vive usted actualmente?». Para esta pregunta se estableció la opción de respuesta múltiple. Se reagrupó de manera dicotómica y la categoría de interés en este estudio corresponde a «vivir solo».

La variable nivel de estudios se estableció al preguntarle al sujeto el máximo nivel alcanzado según la tarjeta número 8 que disponía el encuestador. Para el análisis y presentación de los datos se categorizó la variable en 4 niveles: a) sin estudios; b) nivel escolar bajo; c) nivel escolar medio, y d) nivel superior.

Las variables de uso de servicios de salud y morbilidad autorreportada fueron clasificadas de la siguiente manera: con el objeto de identificar la asistencia a la consulta médica, se preguntó a cada sujeto: «¿Con qué frecuencia acude a la consulta del médico?». La variable se categorizó en: mensual, 2-3 meses, 2 veces al año, 1 vez al año, nunca y NS/NC.

Para identificar a los sujetos que habían recibido la visita médica al domicilio, se le preguntó a cada sujeto: «¿Con qué frecuencia acude el médico a su casa?». La variable se categorizó de la siguiente forma: nunca, mensual, 2-6 meses, anual y NS/NC.

Con el objeto de identificar la hospitalización previa, se preguntó a cada sujeto: «¿Ha ingresado en el hospital alguna vez, durante este último año?». La variable se categorizó de manera dicotómica, de forma afirmativa o negativa.

Con el objeto de identificar la morbilidad autorreportada de enfermedades crónicas, se le preguntó a cada sujeto: «¿Le ha dicho su médico si usted padece actualmente, o ha padecido en el último año, alguna de estas enfermedades?». Para este efecto se le presentó al entrevistado la tarjeta número 1, en la cual aparece un listado de enfermedades. Posteriormente, se agruparon en 11 categorías: asma y bronquitis crónica; infarto más enfermedad cardíaca isquémica; trombosis y derrame cerebral más enfermedades cerebrovasculares;

artrosis, reuma más enfermedades del sistema osteomioarticular más fractura de cadera; cataratas; azúcar en la sangre más diabetes; enfermedad de Parkinson; cáncer más neoplasias; enfermedades del sistema circulatorio y, finalmente, depresión. Se presentó esta variable como número de enfermedades crónicas diferentes de la hipertensión arterial. Se sumaron los episodios, y cada sujeto fue clasificado como: que no refiere ninguna enfermedad, con una enfermedad de la lista, con 2 enfermedades y con 3 o más enfermedades.

La CVRS se midió con la versión española del cuestionario SF-36¹⁶. Consta de 36 ítems que valoran 8 componentes o escalas de la CVRS: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, se siguió métodos estandarizados y se calculó el índice sumario del componente físico y mental. En el presente estudio se utilizaron únicamente las subescalas de la función social, la salud general, la función social y los índices sumarios del componente físico y mental.

Otras variables incluidas en este estudio fueron: el estado civil, vivir solo, consulta médica, consumo de tabaco, consumo de alcohol, ejercicio en tiempo libre e índice de masa corporal.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete informático SPSS para Windows versión 11.5 en español, para hombres y mujeres. Para estimar el efecto independiente de cada variable explicativa se usó la *odds ratio* (OR) y su respectivo intervalo de confianza (IC) y se construyeron modelos de regresión logística múltiple no condicional en los modelos multivariantes aquellas variables que alcanzaron un valor de $p < 0,05$ en el análisis bivariado. Además, se mantuvo la edad en los modelos según grupos decenales. Se calculó la p de tendencia lineal introduciendo las variables como continuas en los modelos. Las variables que aparecen en la tabla 1 provienen del análisis de la χ^2 al comparar los grupos de cumplidores y no cumplidores con el resto de variables categóricas; se usó el test de la t de Student para comparar esta variable con las variables continuas. Las variables que obtuvieron un valor de $p < 0,20$ se analizaron de manera bivariada.

Resultados

La tasa de respuesta para hombres y mujeres fue del 83,7%, las pérdidas se sitúan en el 20% en varones y el 14% en mujeres que no cumplimentaron la información. El 53% de los hipertensos conocidos y tratados presentan un buen cumplimiento terapéutico;

Tabla 1. Análisis bivariante de las características asociadas al cumplimiento terapéutico en ancianos hipertensos conocidos

	Hombres				Mujeres			
	n	OR	IC del 95%	p	n	OR	IC del 95%	p
Variables sociodemográficas								
Grupo de edad (años)								
60-69 ^a	244	1,00			353	1,00		
70-79	209	1,11	0,75-1,64	0,59	351	1,10	0,81-1,50	0,50
≥ 80	78	0,97	0,57-1,65	0,91	198	1,18	0,82-1,70	0,35
Hábitat								
Urbano ^a	320	1,00			530	1,00		
Rural	26	5,36	1,57-18,23	0,007	60	1,01	0,58-1,77	0,95
Litoral cantábrico	92	2,07	1,22-3,49	0,006	157	0,88	0,61-1,26	0,49
Litoral mediterráneo	92	1,79	1,08-2,97	0,024	158	1,17	0,80-1,70	0,40
Nivel de estudios								
Sin estudios ^a	233	1,00			519	1,00		
Nivel escolar bajo	175	1,82	1,18-2,81	0,006	281	1,80	1,31-2,47	< 0,0001
Nivel escolar medio	68	1,19	0,67-2,10	0,53	41	0,71	0,38-1,35	0,30
Nivel superior	29	1,33	0,58-3,05	0,49	19	1,41	0,53-3,78	0,48
Uso de servicios sanitarios y morbilidad autorreportada								
Visita médica al domicilio								
Nunca ^a	448	1,00			688	1,00		
Mensual	11	0,66	0,20-2,17	0,49	36	1,96	0,88-4,33	0,09
De 2 a 6 meses	15	0,63	0,22-1,76	0,38	65	0,59	0,35-0,98	0,045
Anual	35	0,54	0,27-1,09	0,08	71	1,15	0,69-1,94	0,57
Hospitalización previa								
Sí	437	0,59	0,36-0,98	0,043	713	1,18	0,85-1,64	0,29
Morbilidad autorreportada de enfermedades crónicas								
0	112	1,00			199	1,00		
1	206	1,01	0,61-1,66	0,96	339	0,78	0,54-1,13	0,20
2	117	0,51	0,30-0,88	0,017	238	0,66	0,44-0,98	0,041
> 3	95	0,76	0,42-1,37	0,37	130	1,04	0,65-1,67	0,86
Estilos de vida								
PAD (media mmHg ± desviación estándar)								
Si controla	521	1,00	0,98-1,01	0,95	879	0,99	0,97-1,00	0,15
Control de hipertensión								
Si controla	340	1,62	1,06-2,48	0,025	547	1,18	0,88-1,58	0,26
Calidad de vida								
Función física	531	1,00	1,00-1,01	0,012	896	1,00	1,00-1,01	0,001
Salud general	531	1,01	1,00-1,02	0,01	896	1,01	1,00-1,01	0,003
Función social	531	1,00	0,99-1,01	0,42	896	1,01	1,00-1,00	0,038
Índice sumario físico ^b	531	1,02	1,00-1,04	0,005	896	1,02	1,01-1,03	< 0,0001

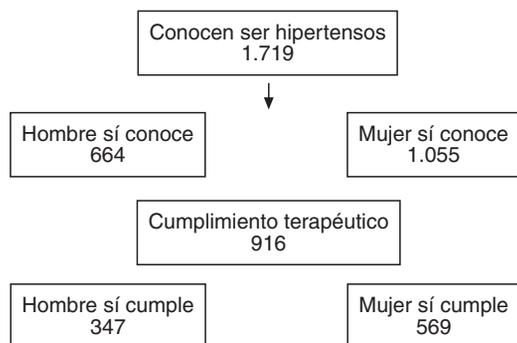
OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.^aCategoría de referencia.^bEstandarizado para la población española.

dentro de este grupo la proporción de cumplimiento en hombres fue del 52,3% y en mujeres del 53,9%, sin diferencias de género (fig. 1).

En hombres el cumplimiento terapéutico difiere según las zonas estudiadas, en el área rural y en el litoral cantábrico son cumplidores. Los hombres cumplidores presentan escolaridad baja, mejor función física, salud general y componente físico de calidad de vida. Los no cumplidores han tenido una hospitalización previa y autorreportan 2 enfermedades crónicas aparte de la hipertensión (tabla 1).

Con respecto a las mujeres, las cumplidoras presentan un nivel escolar bajo y mejor calidad de vida en el componente físico. Las no cumplidoras han recibido visita domiciliaria en un lapso de 2-6 meses y autorreportan 2 enfermedades crónicas independientemente de la hipertensión (tabla 1).

En los 501 varones hipertensos conocidos, el hábitat difiere con respecto al cumplimiento terapéutico (área rural y litoral cantábrico). A mayor cumplimiento aumenta una buena percepción de la salud general (tabla 2).

Figura 1. Flujograma de los sujetos hipertensos conocidos según el cumplimiento terapéutico.**Tabla 2. Análisis multivariante de variables asociadas al cumplimiento terapéutico en varones hipertensos conocidos**

	Hombres (n = 501)	
	OR (IC del 95%)	p
Grupo de edad (años)		
60-69 ^a		
70-79	1,18 (0,77-1,81)	0,43
≥ 80	1,16 (0,64-2,10)	0,61
Hábitat		
Urbano ^a		
Rural	3,98 (1,13-13,93)	0,031
Litoral cantábrico	1,95 (1,12-3,37)	0,017
Litoral mediterráneo	1,67 (0,96-2,90)	0,06
Nivel de estudios		
Sin estudios ^a		
Nivel escolar bajo	1,52 (0,96-2,41)	0,06
Nivel escolar medio	1,08 (0,59-1,97)	0,79
Nivel superior	1,80 (0,75-4,39)	0,19
Morbilidad autorreportada de enfermedades crónicas		
0 ^a		
1	1,16 (0,61-2,20)	0,65
2	1,03 (0,58-1,82)	0,89
> 3	0,62 (0,34-1,14)	0,13
Salud general	1,01 (1,00-1,02)	0,010
Control de hipertensión		
Sí controla	0,74 (0,47-1,17)	0,20

^aCategoría de referencia.

En las 777 mujeres hipertensas conocidas, el cumplimiento terapéutico está explicado por tener un nivel escolar bajo, por no recibir visita médica en el domicilio y por su mejor calidad de vida en el componente físico. El incumplimiento terapéutico en las mujeres se explica por autorreferir más de 2 enfermedades crónicas (tabla 3).

Tabla 3. Análisis multivariante de variables asociadas al cumplimiento terapéutico en mujeres hipertensas conocidas

	Mujeres (n = 777)	
	OR (IC del 95%)	p
Grupo de edad (años)		
60-69 ^a		
70-79	1,13 (0,80-1,59)	0,48
≥ 80	1,49 (0,97-2,29)	0,06
Nivel de estudios		
Sin estudios ^a		
Nivel escolar bajo	1,82 (1,29-2,57)	0,001
Nivel escolar medio	0,57 (0,29-1,12)	0,10
Nivel superior	1,36 (0,49-3,75)	0,54
Visita médica al domicilio		
Nunca ^a		
Mensual	3,04 (1,25-7,39)	0,014
De 2 a 6 meses	0,74 (0,41-1,33)	0,31
Anual	1,17 (0,66-2,05)	0,58
Morbilidad autorreportada de enfermedades crónicas		
0 ^a		
1	0,77 (0,51-1,17)	0,22
2	0,60 (0,38-0,93)	0,023
> 3	0,98 (0,57-1,68)	0,95
Índice sumario físico ^b	1,02 (1,00-1,03)	0,003

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.^aCategoría de referencia.^bEstandarizado para la población española.

Discusión

La tasa de cumplimiento en nuestro estudio es relativamente superior a la reportada por Gil, Roca-Cusachs y Puigventós referenciada por Villar et al⁹. Esto demuestra muy presumiblemente una importante mejoría en el control de la hipertensión en los hipertensos conocidos y tratados farmacológicamente en España; sin embargo, esta cifra se debe tomar con precaución y cautela debido a las diferentes metodologías empleadas en los estudios que evalúan el cumplimiento terapéutico¹⁸⁻²⁶. Por tanto, esta cifra refleja de manera indirecta la gestión de diversas organizaciones públicas y privadas, de los fondos de investigación y, en especial, del propio Ministerio de sanidad y Consumo, al disponer y facilitar información sanitaria para la priorización de intervenciones sanitarias con respecto a las enfermedades cardiovasculares⁹.

En estudios de seguimiento, realizados en el ámbito hospitalario, la tasa de cumplimiento es variable y muy amplia, por la diferencia en la selección y tamaño de la muestra y, a su vez, en la metodología utilizada. No obstante, a medida que se efectúa un seguimiento de periodicidad anual, disminuye la proporción

de cumplimiento en los pacientes observados, debido al número de fármacos que consumen, el cambio en la medicación, los efectos adversos y el coste de los mismos¹⁸⁻²⁰.

En nuestro estudio no se determinaron efectos adversos del tratamiento antihipertensivo, ni se estimó el cumplimiento por año de seguimiento en la medicación, ni el coste de los medicamentos debido al tipo de metodología empleada. Respecto al coste de la medicación, se consideró que no era de interés su cuantificación, debido que el Sistema Nacional de Salud español facilita el acceso de los fármacos para los pacientes de más de 65 años sin coste.

El análisis multivariado reflejó que, para los hombres, las variables asociadas de forma independiente y estadísticamente significativa con el cumplimiento fueron: residir en área rural, o en el litoral cantábrico y la salud general (ajustadas por edad), control de la presión arterial, escolaridad, morbilidad autorreportada y hospitalización previa. En las mujeres, el cumplimiento se relaciona con el nivel escolar bajo, la visita médica mensual al domicilio y el índice sumario físico, ajustado por edad. Estos resultados son similares a los reportados por Krousel et al¹⁸ en relación con ser mayor de 65 años y el género.

A partir de esta información, se observan diferencias en el cumplimiento en cuanto al lugar de residencia, por lo que el consejo médico debe reforzarse en el litoral mediterráneo; de hecho, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Andalucía y Murcia presentan tasas elevadas de mortalidad cardiovascular y cerebrovascular^{9,14}.

En cuanto a la escolaridad, Lowry et al²⁰ relacionan el incumplimiento no intencional con un menor nivel educativo. Un estudio realizado en Grecia²² muestra que el cumplimiento en el tratamiento está relacionado con ser menor de 60 años, vivir en un ambiente urbano y tener un alto nivel de escolaridad, con un grado de cumplimiento del 15%. Las citadas diferencias pueden ser explicadas por diferencias geográficas, raciales y la accesibilidad al sistema de salud.

En nuestro estudio el fenómeno de la escolaridad y el cumplimiento es inversamente proporcional tanto para hombres como mujeres al realizar el análisis bivariado, pero no alcanza la significación en hombres, probablemente debido a que las otras variables son más determinantes para condicionar o explicar el cumplimiento. Sin embargo, algunos estudios muestran pruebas contrarias a la encontrada en este estudio, con una argumentación referida al menor nivel de estudios, el bajo estatus socioeconómico y el menor conocimiento de la enfermedad que se relacionan con escaso cumplimiento terapéutico o incumplimiento^{3,23}. Es posible que el consejo médico ejerza mayor influencia en personas con baja escolaridad, lo que indica que se debe trabajar en persuadir al paciente hipertenso con nivel escolar

medio a superior y en estatus socioeconómico medio y alto.

Es importante resaltar que las mujeres con 2 enfermedades crónicas, además de la hipertensión, tienen menor cumplimiento. De manera similar, esta variable en los varones no alcanzó la significación, muy posiblemente debido a que las otras variables explican el efecto de las variables independientes frente a la dependiente. Es posible, por tanto, asumir que tener 2 enfermedades crónicas, además de la hipertensión, estaría reflejando, de manera indirecta, que el sujeto debe tener un elevado consumo de fármacos que posibilitan su interacción y favorecen el desarrollo de reacciones adversas, lo cual representa un impacto en la comorbilidad y en la calidad de vida.

Hay una estrecha relación entre el control de la hipertensión y el cumplimiento terapéutico. Las tasas bajas de cumplimiento observadas en otros estudios son el resultado de escasos mecanismos de vigilancia en el cumplimiento terapéutico, una débil interacción en la relación médico-paciente (estrategias comunicativas principalmente), coste del tratamiento y accesibilidad a los servicios de salud¹⁸⁻²⁵. Además, diversos autores coinciden en la forma de tratamiento farmacológico «no agresivo» y el mayor interés para disminuir los valores de la presión diastólica respecto a la sistólica en ancianos. Sin embargo, cabe resaltar que el grado de control de presión alcanzado en España en la última década difiere del comportamiento en Estados Unidos, Canadá y algunos países del entorno europeo, con una tendencia al incremento, observado en diversos estudios^{7,10,18-25,26,35}.

Se argumenta que el incumplimiento terapéutico en ancianos se relaciona con la ingesta de múltiples fármacos. Las razones para argumentar esta situación sugieren que tomar más de 3 medicamentos al día, la depresión y el olvido repercute en un peor cumplimiento^{1,3,4,18,19,23}. De manera análoga, el hecho de referir la presencia de 2 enfermedades crónicas, sin incluir la hipertensión arterial, supone que el sujeto debe requerir el suministro de más de 4 medicamentos al día sin estimar el número total y la dosis; por tanto, en nuestro estudio el incumplimiento en varones se relaciona con la hospitalización, y en las mujeres con el hecho de recibir visita médica entre 2 y 6 meses.

El uso de la visita domiciliaria mensual en mujeres permite estimar que éstas tengan mayor cumplimiento terapéutico. Las razones para argumentar esto suponen que refuerzan las indicaciones médicas en la visita y una mejor interacción del médico con el paciente, lo cual favorece la alianza terapéutica. Además, esta situación deja un interrogante no dilucidado: la dependencia del paciente¹⁻³.

Entre otros factores, además de los anteriormente mencionados, cabe destacar que el bajo cumplimiento terapéutico está relacionado con la ausencia de mecanismos evaluadores de éste, la «pérdida de enfer-

mos», la escasez de programas de intervención, la depresión y la prescripción farmacológica inadecuada según las guías internacionales de manejo^{1,18-25}.

Con respecto al cumplimiento y mejor salud general en varones, se interpreta que quienes cumplen y tienen un adecuado control muestran mejor calidad de vida en el componente de salud general. Las mujeres muestran mejor calidad de vida en el componente físico. Estos hallazgos parecen indicar que quienes muestran un buen cumplimiento terapéutico controlan más su hipertensión arterial y tienen mejor calidad de vida^{1,3,4,12}.

Por otra parte, coincidimos con Lowry et al²⁰ y Wang et al²³ en cuanto a que no existe en el presente estudio relación entre el consumo de alcohol (valor de *p* en varones y mujeres, respectivamente, de 0,44 y 0,31) y el hábito de fumar (valor de *p* en varones y mujeres, respectivamente, de 0,98 y 0,42) con el cumplimiento terapéutico para este grupo poblacional, por no alcanzar significación estadística. De igual manera, el hecho de vivir solo, realizar ejercicio en tiempo libre y el índice de masa corporal no alcanzaron el valor estimado para el análisis bivariado.

Un último aspecto que cabe considerar se relaciona con el diseño utilizado y la población participante. Una crítica común es que en los estudios transversales, o *cross-sectional*, la dirección de las asociaciones es incierta, aunque el uso de técnicas estadísticas de tipo regresión logística proporcionan un buen estimador de la OR. Además, el tamaño de la muestra, junto con las características del muestreo y la tasa de participación permiten inferir la utilidad de esta evidencia para ajustar las estrategias preventivas con respecto al cumplimiento terapéutico en el manejo de la hipertensión en este grupo poblacional y su extrapolación al conjunto del territorio nacional.

Los anteriores hallazgos en varones y mujeres permiten interpretar que el cumplimiento está relacionado con el nivel de educación, el lugar de residencia y la calidad de vida. Por tanto, el enfoque para la actuación preventiva y proactiva de los médicos y enfermeras en atención primaria consiste en el uso de la aplicación de las guías de manejo de manera individual y ajustada a las necesidades del paciente con respecto a su lugar de residencia, escolaridad, presencia de otras enfermedades, además de la hipertensión, y enfocar el tratamiento farmacológico y no farmacológico a fin de lograr incrementar el nivel de conocimiento de la hipertensión, del tratamiento y del control, los cuales repercuten sobre el cumplimiento terapéutico y reducen la comorbilidad y las complicaciones secundarias al inadecuado control y el tratamiento de la hipertensión^{2-4,10,18,27,29-38}.

El reto en el control de las enfermedades cardiovasculares, en especial para el manejo de la hipertensión arterial, supone, independientemente de los costes y de la utilización de los recursos sanitarios, un

enfoque priorizado en áreas de intervención como las mencionadas en este trabajo, debido a que en el campo de la salud cardiovascular el beneficio obtenido hasta ahora ha sido insuficiente^{9,39}.

Agradecimientos

Este trabajo se ha financiado con ayudas parciales de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Además, Rafael Tuesca Molina ha disfrutado de una beca doctoral de la Fundación Universidad del Norte durante la realización de este trabajo. Los organismos financiadores no han tenido participación alguna en la recogida, interpretación de los datos, ni en la decisión de enviar el manuscrito para publicación.

Bibliografía

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Ginebra: WHO; 2003.
2. Hamilton G.A. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2:219-28.
3. Anderson RT, Ory M, Cohen S, McBride JS. Issues of aging and adherence to health interventions. *Control Clin Trials*. 2000;21:171S-83S.
4. Nichols-English G, Poirier S. Optimising adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc*. 2000;40:475-85.
5. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Compliance with antihypertensive therapy among elderly Medicaid enrollees: the role of age, gender and race. *Am J Public Health*. 1996;86:1805-8.
6. Fischer MA, Avorn J. Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can better care cost less? *JAMA*. 2004;291:1850-6.
7. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med*. 2003;1:15-21.
8. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med*. 2003;1:4-7.
9. Villar-Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: ERGON; 2003.
10. Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-72.
11. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Madrid: Anales de la Real Academia Nacional de Medicina; 2002. p. 143-51.
12. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ*. 2004;328:634-40.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
14. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
15. Gil-López E, Jiménez GP R, Pérez-Andrés C, Vargas-Marcos F. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. Madrid: Argraf, S.A.; 1992.

16. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Manual de puntuación de la versión Española del cuestionario de Salud SF-36. Barcelona: Institut Municipal d'Investigació Mèdica; 1998.
17. España-Portugal. 21(990). 2000. Poitiers-France, Michelin Ediciones. Ref type: Map.
18. Krousel M, Muntner P, Jannu A, Desalvo K, Re R. Reliability of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Am J Med Sci.* 2005;330:128-33.
19. Poluzzi E, Strahinja P, Vargiu A, Chiabrando G, Silvani MC, Motola D, et al. Initial treatment of hypertension and adherence to therapy in general practice in Italy. *Eur J Clin Pharm.* 2005;61:603-9.
20. Lowry K, Dudley T, Oddone E, Bosworth H. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. *Ann Pharm.* 2005;39:1198-203.
21. Benavides F, Rodríguez M, Arjol A, Mas M, Rodríguez JJ, Tovar JL. Pacientes hipertensos mal controlados: variables relacionadas con el tiempo hasta modificar el tratamiento (estudio HIMOT: hipertensión y modificación del tratamiento). *Hipertension.* 2004;21:442-7.
22. Yiannakopoulou E, Papadopulos J, Cokkinos D, Mountokalakis T. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005;12:243-9.
23. Wang P, Bohn RL, Knight E, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Non compliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *J Gen Intern Med.* 2002;17:504-11.
24. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *Am J Public Health.* 1992;82:1607-12.
25. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:520-9.
26. Salzman C. Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry.* 1995;56 Suppl 1:18-22.
27. Du X. Prevalence, treatment, control, and awareness of high blood pressure and the risk of stroke in Northwest England. *Prev Med.* 2000;30:288-94.
28. Reynolds K, Gu D, Muntner P, Wu X, Chen J, Huang G, et al. Geographic variations in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in China. *J Hypertens.* 2003;21:1273-81.
29. Egan BM, Lackland DT, Cutler NE. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: implications for health care policy, education, and research. *Arch Intern Med.* 2003;163:681-7.
30. Pan WH, Chang HY, Yeh WT, Hsiao SY, Hung YT. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Taiwan: results of Nutrition and Health Survey in Taiwan (NAHSIT) 1993-1996. *J Hum Hypertens.* 2001;15:793-8.
31. Clark MJ, Curran C, Noji A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing.* 2000;17:452-9.
32. De Henauf S, De Bacquer D, Fonteyne W, Stam M, Kornitzer M, De Backer G. Trends in the prevalence, detection, treatment and control of arterial hypertension in the Belgian adult population. *J Hypertens.* 1998;16:277-84.
33. Tedesco MA, Di Salvo G, Caputo S, Natale F, Ratti G, Iarussi D, et al. Educational level and hypertension: how socioeconomic differences condition health care. *J Hum Hypertens.* 2001;15:727-31.
34. Oliveira TC, Araujo TL. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36:276-81.
35. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión.* 2005;22:5-14.
36. Nuesch R, Schroeder K, Dieterle T, Martina B, Battegay E. Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *BMJ.* 2001;323:142-6.
37. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, De la Cruz-Troca JJ, Villar-Álvarez F. Beneficios potenciales del control de la hipertensión. *Hipertensión.* 2002;19:19-27.
38. Landenpera T, Kyngas H. Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness. *J Adv Nur.* 2001;34:189-95.
39. Coca A. Grado de control de la hipertensión arterial en España: ¿dónde estamos? *Hipertensión.* 2004;21:385-7.