



ORIGINAL

Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010

F.J. Alonso Moreno^{a,*}, J.L. Llisterri Caro^b, G.C. Rodríguez Roca^c, M.A. Prieto Díaz^d, J.A. Divisón Garrote^e, V. Barrios Alonso^f, C. Santos Altozano^g, M. Ferreiro Madueño^h, J.R. Banegasⁱ y D. González-Segura Alsina^{j,1}

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Sillería, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de La Puebla de Montalbán, Toledo, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Vallobín-La Florida, Oviedo, España

^e Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Casas Ibáñez, Albacete, España

^f Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^g Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara, España

^h Centro de Salud Huerta del Rey, Sevilla, España

ⁱ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^j Departamento Médico, Almirall, Barcelona, España

Recibido el 14 de mayo de 2012; aceptado el 15 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 5 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial;
Control;
Conducta;
Atención primaria

Resumen

Introducción: Es necesario tener mayor información sobre la inercia terapéutica en la hipertensión arterial (HTA). El objetivo de este estudio fue conocer la conducta del médico de atención primaria (AP) en pacientes hipertensos que presentan mal control de presión arterial (PA) y determinar los factores asociados.

Pacientes y métodos: Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos asistidos en el ámbito de la AP española. Se registraron datos de los pacientes (sociodemográficos, clínicos y tratamiento) y médicos (asistenciales, formativos y conducta ante el mal control de PA). Se consideró mal control cuando el promedio de PA era $\geq 140/90$ mmHg.

Resultados: Se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres), con una edad media de 66,3 (11,4) años y antigüedad media de la HTA de 9,1 (6,7) años. El 62,4% recibía terapia combinada (44,2%, 2 fármacos, y 18,2%, 3 o más). El 38,9% (IC 95%: 38,1-39,7) presentó mal control de PA. El médico modificó el tratamiento en el 41,8% (IC 95%: 40,4-43,2) de los 5.036 pacientes mal controlados. La conducta terapéutica más frecuente fue la asociación farmacológica (55,6%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: falonsom@semergen.es (F.J. Alonso Moreno).

¹ En representación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Atención Primaria (Grupo HTA / SEMERGEN) y de los investigadores del Estudio PRESCAP 2010.

KEYWORDS

Hypertension;
Blood pressure
control;
Physicians behaviour;
Primary Care

La percepción por parte del médico de buen control de PA en el hipertenso mal controlado y la presencia de terapia combinada fueron las variables que mostraron mayor probabilidad de no modificar el tratamiento farmacológico.

Conclusiones: El médico de AP modifica el tratamiento antihipertensivo en tan solo 4 de cada 10 hipertensos mal controlados. La percepción por parte del médico de buen control de PA es la variable que más incrementa la probabilidad de no modificar el tratamiento farmacológico.
© 2012 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Medical conduct in Primary Care as regards blood pressure control. PRESCAP 2010 Study

Abstract

Introduction: There is a need for more information on therapeutic inertia in blood pressure (BP) treatment. The purpose of this study was to determine the therapeutic behaviour and associated factors of Primary Care (PC) physicians on uncontrolled hypertensive patients.

Patients and methods: Cross-sectional multicentre study of patients with hypertension attending Spanish PC centres. Data was collected from patients (social-demographics, clinical status and treatment), as well as data from physicians (medical practice, background and therapeutic behaviour) were collected. Uncontrolled BP was considered when average BP values were $\geq 140/90$ mmHg.

Results: A total of 12,961 patients (52.0% women) were included. The mean age was 66.3 (SD 11.4) years, and mean number of years from diagnosis of hypertension was 9.1 (6.7) years. Almost two-thirds (62.4%) of the patients were taking a combined blood pressure treatment, (44.2% with two drugs and 18.2% with three drugs, or more). An uncontrolled BP was observed in 38.9% (95% CI: 38.1-39.7) of patients. Treatment was changed by physicians in 41.8% (95% CI: 40.4-43.2) out of 5,036 uncontrolled patients. Adding another drug was the most frequent behaviour (55.6%). The physician's perception of good BP control in uncontrolled patients, together with the presence of combined blood pressure treatment, were the two variables most strongly associated with therapeutic inertia.

Conclusions: The Spanish PC Physician modified antihypertensive treatment in only 4 out of 10 uncontrolled patients. The physician's perception of good BP control was the variable most strongly associated with therapeutic inertia.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV). Se estima que en la población general española la prevalencia de HTA es de aproximadamente un 35%, alcanzando el 68% en individuos mayores de 60 años¹; por otro lado, la presión arterial (PA) elevada se ha relacionado con una de cada 2 muertes cardiovasculares en individuos mayores de 50 años².

El control de la HTA en España en pacientes tratados farmacológicamente que reciben asistencia sanitaria en atención primaria (AP) no es el deseable³. Las razones del insuficiente control son múltiples y complejas; en unos casos dependen del propio paciente (incumplimiento), en otros del tratamiento farmacológico (ineficacia) y en otros incluso del propio médico (inercia clínica).

En los últimos años ha adquirido especial protagonismo la inercia clínica terapéutica como causa de mal control de la HTA y de otros factores de riesgo cardiovascular. La conducta pasiva de los médicos ante situaciones que requieren una modificación terapéutica cuando las evidencias y las guías de práctica clínica indican lo contrario constituye

lo que se denomina inercia clínica. La inercia clínica terapéutica depende muy especialmente de la formación y actitud del médico, y está suficientemente reconocida como una causa mayor de mal control de la HTA y de otras condiciones y enfermedades crónicas⁴⁻⁶. En general, los factores relacionados con la inercia clínica se centran en 3 puntos fundamentales: la sobreestimación del cuidado de los pacientes, el déficit del conocimiento y otras causas, conocidas como blandas, entre ellas la percepción de que las cosas van bien, el recelo por aceptar las guías de práctica clínica y la infraestimación del riesgo cardiovascular de los pacientes⁷.

En el estudio PRESCAP 2006⁸, cuando se analizaron las variables asociadas a la no modificación del tratamiento en pacientes con mal control de PA, la percepción por parte del médico de AP de buen control en el paciente fue la que presentó mayor probabilidad en el modelo. Estos resultados fueron similares a los de una encuesta⁹ realizada a 1.259 médicos de AP de 17 países europeos, en la cual se halló que las causas que más se relacionaban con la falta de control fueron el incumplimiento terapéutico y la creencia por parte del médico de que los valores de PA se habían reducido aceptablemente.

Estos datos, unidos a aquellos que indican el escaso control de la HTA mostrado por las encuestas procedentes de la práctica clínica de AP en nuestro país^{10,11}, justificarían acciones dirigidas a mejorar los conocimientos sobre las causas del inadecuado control de la HTA.

El objetivo principal del estudio PRESCAP 2010 fue conocer el control de la PA en población hipertensa asistida en AP¹². Uno de los objetivos secundarios, motivo del presente trabajo, fue conocer la conducta del médico de AP en los pacientes hipertensos que presentaban mal control de la PA, determinar los factores asociados y conocer los principales motivos que determinan los cambios de estrategia terapéutica.

Material y métodos

Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos asistidos en el ámbito de la AP española.

Selección de los pacientes

Los pacientes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico con inclusión consecutiva de 4 hipertensos por cada médico. El trabajo de campo se realizó los días 8, 9 y 10 de junio de 2010, como un proyecto de investigación del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Grupo HTA/SEMERGEN).

La proporción de pacientes hipertensos españoles encuestados en AP, en las distintas comunidades autónomas, fue similar a la proporción de personas hipertensas registradas en España en el año 2006 por el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹³.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio pacientes de 18 o más años de edad, diagnosticados de HTA que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos 3 meses antes de su inclusión en el estudio.

Fueron excluidos los pacientes con diagnóstico de HTA reciente, así como aquellos que seguían tratamiento antihipertensivo farmacológico desde hacía menos de 3 meses.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínic de Barcelona.

Medición de la presión arterial

La medición de la PA se efectuó siguiendo las recomendaciones de la guía SEH-LELHA 2005⁴, practicando al paciente, después de que permaneciera 5 min en reposo, 2 mediciones separadas 2 min en posición de sentado, obteniéndose la media aritmética de ambas. En caso de encontrar diferencias iguales o superiores a 5 mmHg en la PA sistólica (PAS) o diastólica (PAD) entre las 2 mediciones se procedía a realizar una tercera. Para la medición de la PA se utilizó un esfigmomanómetro de mercurio o aneroides calibrado recientemente, o un dispositivo electrónico automático validado. Se registró el tipo de aparato utilizado para medir la PA y si la medida se realizó en horario matutino (8-14 h) o vespertino

(14-20 h), anotándose igualmente la hora de la visita. Se consideró que el paciente tenía buen control de la HTA cuando la PAS y PAD (media aritmética de las 2 medidas efectuadas en la visita) eran inferiores a 140 y 90 mmHg, respectivamente (ESH 2009)¹⁴.

Variables del estudio. Datos de pacientes y médicos

En los pacientes se registraron factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órganos diana y ECV asociada de acuerdo con las directrices de las Sociedades Europeas de HTA/Cardiología (ESH/ESC)¹⁵, así como datos del tratamiento antihipertensivo actual. Se preguntaba a los pacientes si habían tomado la medicación el día de la visita y, en caso afirmativo, la hora aproximada de la ingesta de la misma.

Respecto a los médicos, se registraron datos sobre el ámbito de la asistencia (centro de salud, consultorio, ambulatorio), ubicación de la consulta (rural, semiurbana, urbana), consulta matutina o vespertina, número de pacientes/día (< 30, 30-50, > 50), formación (vía MIR, no MIR), años de ejercicio y antecedentes personales de HTA.

En pacientes mal controlados se preguntaba al médico si mantenía o modificaba el tratamiento y, en este caso, el motivo de cambio del mismo.

En caso de cambio de tratamiento se registraba la clase y número de subgrupos terapéuticos utilizados, indicando si aumentaba dosis del tratamiento que llevaba, si añadía otro fármaco o si retiraba y sustituía por otro. Se solicitaba al médico que señalara la causa por la cual modificaba el tratamiento entre las siguientes alternativas: falta de eficacia, acontecimientos adversos, precio, petición del paciente u otros motivos. En caso de no modificar el tratamiento se pedía al médico que especificara cuál de las siguientes medidas recomendaba al paciente: insistir en estilos de vida, citar para automedida de la presión arterial (AMPA) o monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), solicitar otras pruebas complementarias, volver a visitar al paciente tras 3-4 semanas, control periódico.

Calidad de los datos

Se realizaron revisiones manuales e informáticas de los datos clínicos para determinar la coherencia y calidad de la información registrada de acuerdo con el protocolo del estudio.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 15.0), analizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de centralización y dispersión para las cuantitativas, con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para las variables de interés. Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias (chi cuadrado, t de Student y ANOVA).

Para determinar qué variables se asociaban con mal control de la HTA (PAS o PAD \geq 140 y/o 90 mmHg, respectivamente) se utilizó el método regresión logística no condicional *stepwise backward*. Las variables candidatas fueron: edad, obesidad, FRCV (tabaquismo, sedentarismo,

obesidad abdominal, diabetes, dislipidemia, antecedentes familiares de ECV, lesiones de órgano diana, enfermedades clínicas asociadas, antigüedad de la HTA, parámetros analíticos [HbA_{1c}, colesterol total, colesterol-LDL, creatinina, filtrado glomerular] y tratamiento antihipertensivo (monoterapia/terapia combinada). Se incluyeron otras variables de interés, como la percepción de buen control, el tratamiento combinado, la presión asistencial, formación del médico y haber tomado la medicación el día de la visita. El criterio de selección de las variables fue la significación estadística en el análisis bivariante respecto al control de la PA, así como la significación estadística reportada por otros autores previamente¹⁶⁻¹⁹.

Resultados

Descripción de la muestra

Se evaluaron un total de 13.420 encuestas, de las que se rechazaron 459 (3,4%) por incumplir el protocolo o presentar datos incoherentes o incompletos, resultando una muestra final de 12.961 hipertensos (52,0% mujeres), los cuales tenían una edad media (DE) de 66,3 (11,4) años y una antigüedad media de la HTA de 9,3 (6,8) años. Las características principales de los pacientes incluidos en el estudio y de los médicos de familia participantes se presentan en la tabla 1.

Prevalencia de mal control de la hipertensión arterial

La PAS media fue 135,9 (14,4) y la PAD media 79,2 (9,3) mmHg. El 38,9% (IC 95%: 38,1-39,7) presentó mal control de la PAS o la PAD, el 24,3% (IC 95%: 23,6-25,0), solo de la PAS y el 2,8% (IC 95%: 2,5-3,1), únicamente de la PAD.

En comparación con los pacientes bien controlados, los mal controlados presentaban de forma significativa ($p < 0,001$) mayor edad, mayor frecuencia de asistencia a consultas matutinas y superior porcentaje de sujetos que no tomaron la medicación el día de la visita (tabla 2).

Percepción del control de la hipertensión arterial por parte de los médicos

En el 40,3% de los casos de PA no controlada los médicos de AP identificaron al paciente como correctamente controlado (tabla 3). El médico de familia con formación MIR identificaba un mayor grado de no control en los pacientes hipertensos mal controlados. Cuando el médico era hipertenso identificaba a un mayor número de pacientes hipertensos no controlados como correctamente controlados (tabla 4).

Tratamiento antihipertensivo

Los pacientes incluidos en el estudio estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo desde hacía 8,4 (6,2) años. El 62,4% recibía tratamiento con terapia combinada (44,2% de dos fármacos y 18,2% con tres o más fármacos). El número medio de fármacos antihipertensivos fue de 1,9 (0,8).

Tabla 1 Principales características de los pacientes hipertensos y de los médicos de familia participantes en el estudio

Características de los pacientes (n = 12.961 pacientes)	
Edad en años (\pm DE)	66,3 \pm 11,4
Sexo femenino	52%
Índice de masa corporal	29,4 \pm 4,7
Antigüedad media de la hipertensión años	9,3 \pm 6,8
Antigüedad media en el tratamiento antihipertensivo	8,4 \pm 6,2
Factores de riesgo cardiovascular	
Tabaquismo	16,6%
Diabetes mellitus	30,9%
Dislipidemia	58,1%
Obesidad	39,8%
Lesiones de órganos diana	
Hipertrofia de ventrículo izquierdo	7,9%
Microalbuminuria	19,1%
Enfermedad clínica asociada	
Cardiopatía isquémica	10,1%
Accidente vascular cerebral	4,5%
Arteriopatía periférica	3,9%
Características de los médicos (n = 2.725 investigadores)	
Ámbito de la asistencia	
Ambulatorio	9,4%
Centro de salud	79,7%
Consultorio	9,0%
NC	1,9%
Ubicación de la consulta	
Rural	12,2%
Semiurbana	16,6%
Urbana	68,1%
NC	3,1%
Consulta	
Matutina	73,2%
Vespertina	14,0%
Matutina y vespertina	12,8%
Número de pacientes/día	
< 30	9,9%
30-50	73,0%
> 50	14,8%
Sin datos	2,3%
Formación	
Vía MIR	50,6%
No MIR	49,4%
Años de ejercicio	21,4 \pm 8,0 años
Antecedentes personales de HTA	11,9%

DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; N: número de pacientes.

Los fármacos más frecuentemente prescritos en monoterapia fueron (38,5%) los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), seguidos (33,3%) de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), diuréticos (12,5%) y antagonistas del calcio (6,6%). Las combinaciones de 2 fármacos más utilizadas fueron ARA II + diurético (42,1%) e IECA + diurético (19,7%).

Tabla 2 Control de la presión arterial de los pacientes hipertensos incluidos en el estudio según variables de interés

	PA controlada	PA no controlada	P ^a
Sexo			NS ^a
Hombre	61,0	39,0	
Mujer	61,4	38,6	
Edad			< 0,0001 ^a
Menos de 45 años	67,7	32,3	
Entre 45 y 54 años	65,7	34,3	
Entre 55 y 64 años	60,9	39,1	
Entre 65 y 74 años	60,0	40,0	
75 o más años	59,9	40,1	
Método de medición			< 0,0001 ^a
Esfigmomanómetro Hg	62,3	37,7	
Aneroides	65,2	34,8	
Electrónico	59,7	40,3	
Horario de la consulta			< 0,0001 ^a
Matutina (8-14 horas)	60,1	39,9	
Vespertina (14-21 horas)	64,1	35,9	
Toma de la medicación el día de la visita			< 0,0001 ^a
Sí	63,0	37,0	
No	43,1	56,9	
Toma de la medicación el día anterior			< 0,0001 ^a
Sí	62,0	38,0	
No	30,6	69,4	

PA: presión arterial; p: significación estadística.

^a Prueba chi al cuadrado.**Tabla 3** Identificación del mal control de la hipertensión arterial por el médico de atención primaria después de conocer las medidas de la presión arterial

¿Considera que el paciente está bien controlado?	PA controlada n (%)	PA no controlada n (%)
Sí	7405 (96,7)	1946 (40,3)
No	255 (3,3)	2885 (59,7)

PA: Presión arterial; n: Número de pacientes; %: Porcentaje.

Tabla 4 Percepción de buen o mal control por parte del médico de familia en pacientes hipertensos mal controlados, según características del médico

	Percepción de buen control	Percepción de mal control	p
Número de pacientes/día			
> 50 pacientes	41,3	58,7	NS
<50 pacientes	40,1	59,9	
Formación			
vía MIR	37,8	62,2	0,001
no MIR	42,5	57,5	
Antecedentes personales de HTA			
Sí	44,9	55,1	0,015
No	39,7	60,3	
Años de ejercicio	22,6 ± 7,8	21,5 ± 8,0	0,0001

MIR: médico interno residente; HTA: hipertensión arterial; P: significación; NS: no significativo.

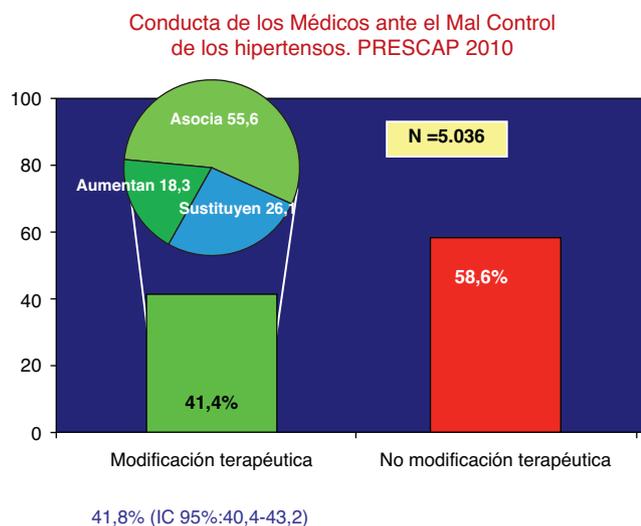


Figura 1 Conducta de los médicos ante el mal control de los hipertensos. PRESCAP 2010.

Conducta terapéutica del médico en los pacientes mal controlados

Los médicos investigadores que participaron en este estudio presentaban un promedio de $21,5 \pm 8$ años de ejercicio profesional, y el 73,3% asistían en consulta a entre 30 y 50 pacientes al día. Un 12% eran hipertensos, el 50,6% habían realizado la especialidad de medicina de familia por el sistema MIR y el 97,5% afirmaba que solía tener en cuenta guías de HTA para el manejo de sus pacientes.

El médico modificó el tratamiento en el 41,8% (IC 95%: 40,4-43,2) de los 5.036 pacientes mal controlados.

La medida más frecuentemente utilizada cuando se decidió modificar el tratamiento fue la asociación farmacológica (55,6%), seguida de la sustitución de fármaco (26,1%) y el aumento de dosis (18,3%) (fig. 1).

El principal motivo por el que se modificó el tratamiento de los pacientes mal controlados fue la falta de eficacia (86,0%); otros motivos fueron la presencia de acontecimientos adversos (4,7%), la solicitud del paciente (1,2%), el precio (0,5%) y otras causas (7,6%).

El médico de familia modificaba en mayor medida el tratamiento farmacológico de los pacientes hipertensos mal controlados cuando presentaban cifras más elevadas de PAS o PAD, y en los pacientes diabéticos o con antecedentes de ECV (tabla 5).

Tabla 5 Modificación del tratamiento farmacológico por parte del médico de familia en pacientes hipertensos mal controlados, según diferentes características del paciente y del médico

	Modifica	No modifica	p
<i>Número de pacientes atendidos al día</i>			
> 50 pacientes	39,0	61,0	NS
< 50 pacientes	36,8	63,2	
<i>Formación</i>			
Vía MIR	37,7	62,3	NS
No MIR	36,8	63,2	
Años de ejercicio	$1,5 \pm 7,6$	$22,0 \pm 8,1$	NS
<i>Antecedentes personales de HTA</i>			
Sí	35,3	64,7	NS
No	37,4	62,6	
PAS mmHg	$153,9 \pm 12,2$	$146,9 \pm 10,5$	0,0001
PAD mmHg	$88,2 \pm 9,5$	$82,9 \pm 9,0$	0,0001
<i>Diabetes</i>			
Sí	41,6	58,4	0,0001
No	34,7	65,3	
<i>Antecedentes de enfermedad cardiovascular</i>			
Sí	39,4	60,6	0,046
No	36,1	63,9	
<i>Microalbuminuria</i>			
Sí	43,9	56,1	NS
No	39,1	60,9	
<i>Hipertrofia del ventrículo izquierdo</i>			
Sí	41,2	58,8	NS
No	36,8	63,2	

MIR: médico interno residente; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; NS: no significación.

Otras acciones llevadas a cabo por el médico cuando no modificaba el tratamiento antihipertensivo, a pesar de que el paciente presentaba mal control de la HTA, fueron: en un 36,4% los pacientes fueron citados para su control habitual, en el 34,6% de los casos el médico insistió en mejorar los estilos de vida, en el 17,8% fueron citados para un nuevo control a las 3-4 semanas, en el 6,1% se solicitaron pruebas complementarias, y un 5,1% de los pacientes fueron citados para realizar MAPA.

Tabla 6 Variables asociadas a la no modificación del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos con presión arterial no controlada

Variable	Odds ratio	IC 95% (odds ratio)	p ^a
Percepción de control de la presión arterial por parte del médico	49,8	(42,3-58,6)	< 0,0001
Tratamiento actual con terapia combinada	1,8	(1,6-2,1)	< 0,0001
Sin enfermedad cardiovascular	1,3	(1,1-1,5)	0,003
Sin hábito tabáquico	1,25	(1,05-1,5)	0,014

IC: intervalo de confianza.

^a Prueba chi al cuadrado de Wald.

Variables asociadas a la no modificación del tratamiento farmacológico

Se efectuó un ajuste simultáneo de las distintas variables incluidas en el estudio, asociadas a la no modificación del tratamiento farmacológico en pacientes con PA mal controlada, mediante un modelo de regresión logística binaria, con un nivel de significación bilateral del 0,05 para todos los tests estadísticos. Las variables asociadas a la no modificación del tratamiento en los pacientes con mal control de la PA se presentan en la [tabla 6](#); la percepción por parte del médico de AP de buen control de la PA en el paciente fue la que presentó una mayor probabilidad en el modelo, seguida de la presencia en el momento de la entrevista de terapia antihipertensiva combinada.

Discusión

Los resultados del estudio PRESCAP 2010, realizado en una amplia muestra de población hipertensa española adulta asistida en AP, indican que casi 4 de cada 10 hipertensos tienen mal controlada la HTA y que los médicos solo modifican la pauta terapéutica en el 41,8% de estos pacientes.

El estudio ha incluido una muestra homogénea de población hipertensa, de características sociodemográficas y clínicas muy similares a las que se analizaron en los estudios PRESCAP 2006 y PRESCAP 2002^{3,20}; esta población puede reflejar la realidad de la población hipertensa española que acude a los centros de salud de AP.

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabe señalar que, aunque se ha incluido una muestra homogénea de pacientes hipertensos que acude a los centros de salud de AP, esta no es representativa de la población general. Al realizarse la medida de la PA en una visita puntual al azar, esta puede no representar la situación habitual de una persona concreta. Así mismo, la selección de médicos y pacientes no fue aleatoria. Según la metodología de nuestro estudio y para poder comparar con la anterior serie del estudio PRESCAP 2006⁸, el resultado de la modificación del tratamiento en pacientes no controlados se refiere exclusivamente los cambios realizados en el mismo día en el que se detecta una PA elevada. Algunos factores que pueden influir en la inercia clínica no han sido objetivo de nuestro estudio, si bien en esta ocasión se han recogido variables como la presión asistencial, el ámbito de la asistencia, formación MIR, los antecedentes de hipertensión en los médicos. No obstante, consideramos que estas limitaciones no invalidan el interés del estudio PRESCAP 2010, al ser el más amplio de los realizados en España que analiza la conducta del médico de AP ante el paciente hipertenso mal controlado.

Los principales estudios asistenciales de ámbito nacional que han analizado la inercia terapéutica en población hipertensa adulta indican unos porcentajes de mal control de la hipertensión entre el 58 y 67%^{3,8,20-24}. En ellos la modificación del tratamiento se observó entre el 15,4 y 76,8% de los pacientes mal controlados.

Los resultados de nuestro estudio, en los que el médico de familia modificó el tratamiento en el 41,8% de los pacientes hipertensos mal controlados, están en la línea con los obtenidos en el estudio de conducta PRESCAP 2006⁸, fueron algo superiores a los que halló el estudio CONTROLPRES 2003²²,

y resultaron menos favorables, realizando menos modificaciones terapéuticas, que en el estudio Control-Project²⁴, el cual se realizó en su totalidad en hipertensos mal controlados; sin embargo, si se comparan los resultados de conducta terapéutica de los estudios Control-Project y PRESCAP 2010, se observa que en este último cuando el médico modificaba el tratamiento empleaba mayor número de asociaciones farmacológicas (55,6%).

En el estudio PRESCAP 2010 la utilización de terapia combinada (64,2%) fue superior a la hallada en los estudios Controlpres 2003¹³, PRESCAP 2002 y PRESCAP 2006^{3,20,25}. Esto puede explicar, en parte, la mejoría en el grado de control encontrada en nuestro estudio. Los fármacos más utilizados en monoterapia fueron ARA II e IECA y en terapia combinada la asociación más frecuente fue ARA II más diurético. Estos datos son similares a los del estudio PRESCAP 2006³. Cuando utilizamos criterios de control, similares a los del estudio PRESCAP 2006, el porcentaje de mal control fue del 53,7%, resultado también más favorable que el 58,6% de mal control observado en el estudio PRESCAP 2006.

El 38,9% de los pacientes presentaba mal control de la PA, el cual fue mayor en los que mostraban mayor edad, en los que acudían a la consulta matutina y en aquellos que no habían tomado la medicación antihipertensiva el día de la visita. Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio PRESCAP 2006 (3) y pueden estar en relación con el tiempo transcurrido entre la última toma de medicación y la medida de la PA, además de la influencia que puede tener el ritmo circadiano de la PA con valores vespertinos más bajos. El peor control de la PA que se observa cuando el paciente toma mayor número de fármacos antihipertensivos puede ser debido a que los hipertensos que siguen tratamiento con más fármacos son los que con mayor frecuencia muestran cifras más altas de PA o presentan situaciones clínicas como HTA refractaria y otras patologías asociadas.

En nuestro estudio PRESCAP 2010 observamos que en el 40,3% de los casos de PA no controlada los médicos de AP identificaban al paciente como correctamente controlado; por el contrario, en el caso de los pacientes con buen control de la HTA el médico consideraba que solo en el 3,3% existía mal control de la hipertensión. Estos resultados están en la misma línea que los obtenidos en el estudio PRESCAP 2006⁸, por lo que podría decirse que después de medir la PA al paciente la percepción del médico de AP sobre el control de la HTA tiende a infraestimar el mal control; así, mientras que cuando la PA está bien controlada la probabilidad de que el médico considere al paciente mal controlado es muy baja, en aquellos casos en los que la PA no está bien controlada la probabilidad de que el médico considere al paciente bien controlado es elevada. Cabe reseñar que el médico de familia con formación MIR identifica en mayor medida el mal control de los pacientes hipertensos mal controlados en consulta después de la medición de la PA. Estos resultados pueden estar también en la línea de lo aportado por otros autores, en el sentido de que la mejora en la formación médica puede aportar beneficios en el control de los pacientes²⁶. Asimismo, otros autores han reportado que la formación de los médicos en congresos puede mejorar la inercia clínica²⁷. Sin embargo, en un importante estudio publicado recientemente²⁸ se concluye que a pesar de que la inercia terapéutica es frecuente en el manejo de la hipertensión, los factores que la explican no son del todo

claros. Mientras que algunos aspectos de las consultas se relacionaron con la inercia terapéutica, las características del médico, entre ellas la formación, no fueron un factor decisivo.

En el presente estudio, el médico con antecedentes de HTA identificó un mayor número de pacientes hipertensos no controlados, como correctamente controlados, infraestimando por tanto el mal control.

En nuestro estudio hemos observado otras acciones llevadas a cabo por el médico cuando no modificaba el tratamiento antihipertensivo a pesar de que el paciente presentaba mal control de la HTA; así, apreciamos que un 36,4% de los pacientes fueron citados para su control habitual, en el 34,6% de los casos el médico insistió en mejorar los estilos de vida, el 17,8% fueron citados para un nuevo control a las 3-4 semanas, en el 6,1% se solicitaron pruebas complementarias, y que un 5,1% de los pacientes fueron citados para realizar MAPA.

Como conclusiones más importantes de nuestro estudio podemos señalar que el médico de familia modificó el tratamiento en el 41,8% de los pacientes hipertensos mal controlados, que cuando el médico modificó el tratamiento la principal medida adoptada fue la asociación farmacológica en más del 50% de los casos, y que el médico de familia presentó una conducta más rigurosa, modificando en mayor medida el tratamiento farmacológico en los pacientes mal controlados, cuando los hipertensos presentaban cifras más elevadas de PAS o PAD, diabetes mellitus o antecedentes de ECV.

Para finalizar nos gustaría comentar que, aunque el PRESCAP 2010 es un estudio observacional transversal, el tamaño de la muestra le convierte en el mayor de los estudios asistenciales realizados en España que investigan el control de HTA y, por tanto, los resultados obtenidos pueden, en cierta medida, reflejar la realidad de las consultas de atención primaria.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

La agencia que apoyó esta investigación no participó en la interpretación de los datos, ni en la decisión de enviar este artículo para su publicación.

Agradecimientos

Agradecemos su colaboración a todos los médicos de AP y a los miembros del Grupo HTA/SEMERGEN que han participado en el estudio PRESCAP 2010 por proporcionar los datos

necesarios para la realización del mismo; a LABORATORIOS ALMIRALL, S. A., por su colaboración no condicionada.

Bibliografía

- Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión*. 2005;22:353-62.
- Graciani A, Zuluaga-Zuluaga MC, Banegas JR, León-Muñoz LM, de la Cruz JJ, Rodríguez-Artalejo F. Mortalidad cardiovascular atribuible a la presión arterial elevada en la población española de 50 años o más. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:125-9.
- Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Banegas JR, González-Segura D, Lou S, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2006. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:681-7.
- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Hipertensión*. 2005;22(Supl 2):1-84.
- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135:825-34.
- Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillén F, et al. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Rev Clin Esp*. 2006;206:510-4.
- Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, Rehman SU, Durkalski VL, Egan BM. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*. 2006;47:345-51.
- Alonso-Moreno FJ, Llisterri JL, Rodríguez-Roca GC, Ferreira M, González-Segura D, División JA, et al. Conducta del médico de Atención Primaria ante el mal control de los pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2006. *Rev Clin Esp*. 2008;208:393-9.
- Bramlage P, Thoenes M, Kirch W, Lenfant C. Clinical practice and recent recommendations in hypertension management - reporting a gap in a global survey of 1259 primary care physicians in 17 countries. *Curr Medical Res Opin*. 2007;23:783-91.
- Abellán Alemán J, Gil Guillén V, Merino Sánchez J, Llisterri Caro JL, Leal Hernández M. Estudio ZANYCONTROL. El papel de la farmacia. *Rev Clin Esp*. 2008;208:483-9.
- Llisterri JL, Morillas P, Pallarés V, Fácila L, Sanchís C, Sánchez T. Diferencias en el grado de control de la hipertensión arterial según procedimiento de medida de la presión arterial en pacientes de edad ≥ 65 años. Estudio FAPRES. *Rev Clin Esp*. 2011;211:76-84.
- Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Prieto MA, Banegas JR, González-Segura D, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española asistida en Atención Primaria. Estudio PRESCAP 2010. *Med Clin (Barc)*. En prensa 2011. doi:10.1016/j.medcli.2011.10.023.
- Instituto Nacional de Estadística Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en URL: <http://www.ine.es/inebase/>
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
- Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007;25:1105-87.
- Sanchís C, Llisterri JL, Palomo V, Alonso J, López I, Nevado A, et al. Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria de España. Estudio Objetivo Kontrol. *Aten Primaria*. 2011;43:638-47.

17. Barrios V, Escobar C. Inercia terapéutica: importancia de la percepción en el grado de control de la presión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:197.
18. Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suárez C. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:57-63.
19. Márquez Contreras E, Martel Claros N, Gil Guillén V, Martín de Pablos JL, de La Figuera Von Wichman M, Casado Martínez JJ, et al. El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias. *Aten Primaria*. 2009;41:315-23.
20. Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Lou Arnal S, Divisón Garrote JA, Santos Rodríguez JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165-71.
21. Pérez Zamora S, Benítez Camps M, Dalfó Baqué A, Piqueras Garré M, Losada Duval G, Vila-Coll MA. ¿Es adecuada la actitud que adoptan los médicos de primaria en Cataluña ante la insuficiente reducción de cifras de presión arterial en los pacientes hipertensos? Estudio DISEHTAC-2001. *Aten Primaria*. 2008;40:505-10.
22. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión*. 2005;22:5-14.
23. Banegas JR, Segura J, Ruilope LM, Luque M, García-Robles R, Campo C, et al., CLUE Study Group Investigators. Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension units in Spain. *Hypertension*. 2004;43:1338-44.
24. Márquez-Contreras E, Coca A, de la Figuera von Wichmann M, Divisón 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;128:86-91.
25. Llisterri JL, Rodríguez-Roca GC, Pérez-Llamas MA, Divisón JA, Barrios V, Lou S, et al. Conducta del médico ante el mal control de la hipertensión arterial. Aportaciones de los estudios PRESCAP 2002 y PRESCAP 2006 al conocimiento de la inercia terapéutica en España. *Semergen*. 2010;36:336-41.
26. Merino Sánchez J, Gil V. Mejorar la formación médica: pequeñas intervenciones que reportan grandes beneficios. *Rev Clin Esp*. 2003;203:1-2.
27. Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA. Inercia terapéutica en el manejo extrahospitalario de la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica. Estudio Inercia. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1428-37.
28. Redón J, Coca A, Lázaro P, Aguilar MD, Cabañas M, Gil N, et al. Factors associated with therapeutic inertia in hypertension: validation of a predictive model. *J Hypertens*. 2010;28:1770-7.