

Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular

Elena de Frutos Echaniz, Gemma Lorenz Castañé, Carolina Manzotti, Ana Espínola Rodríguez, Ana Rosa Hernández Alonso, Alicia Val Jiménez y Mercedes Retana Puigmartí

Centre de Salut Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España.

Introducción. El objetivo del estudio fue analizar el grado y las causas de incumplimiento mediante el test de Morisky-Green y compararlo con el juicio de cada médico de familia del centro de salud.

Métodos. Se diseñó un estudio descriptivo transversal. Se realizó una selección aleatoria de 180 pacientes con enfermedad cardiovascular de 580 registrados. Se excluyeron los domiciliarios, los dependientes y los que se negaron a participar en el estudio. Mediante encuesta se recogió: sexo, edad, estudios, episodio cardiovascular y tiempo de evolución, número de diagnósticos y de fármacos y su posología. Se detectaron los no cumplidores con el test de Morisky-Green y se evaluaron las causas. Posteriormente se contrastó con la opinión de cada médico.

Resultados. La media de edad fue de 70 años (desviación estándar [DE], 9,7), el 69% varones, el 91% con estudios primarios o analfabetos, el 75% tenía mínimo 4 diagnósticos y el 30% realizaba 10 o más tomas de medicamento diarias. Según el test, el 51% eran cumplidores, cifra similar a la opinión del médico (55%). La concordancia entre ambos fue muy baja (índice kappa = 0,14). La principal causa de incumplimiento fue olvidar las tomas (59%) y la segunda, negarse a depender de la medicación (20,5%).

Este trabajo, basado en una comunicación presentada y premiada en el XIX Congreso Nacional de Arteriosclerosis 2006, no se ha publicado con anterioridad ni total ni parcialmente, ni tampoco se ha enviado a ninguna otra revista.

Correspondencia: Dra. E. de Frutos Echaniz.
Centre de Salut Camps Blancs.
Pl. Euskadi, s/n. 08830 Sant Boi de Llobregat.
08830 Barcelona. España.

Recibido el 12-12-2006 y aceptado el 4-12-2007.

Conclusiones. La mitad de los pacientes era cumplidora según el test y según el juicio clínico del médico de familia, aunque había baja concordancia entre ambos. La principal causa de incumplimiento fue el olvido de la toma y la segunda negarse a depender de la medicación.

Palabras clave:
Enfermedad cardiovascular. Morisky-Green. Cumplimiento terapéutico.

THERAPEUTIC COMPLIANCE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Introduction. The aim of this study was to investigate the level and main reasons for non-compliance by using Morisky-Green's test. Later, this information was cross-checked with the opinion of the family doctor of each patient.

Methods. A cross-sectional descriptive study was designed. 180 patients out of 580 with cardiovascular disease were randomly included. Home-care patients, those dependent and those who refused to be interviewed were excluded. By means of a questionnaire, gender, age, educational level, type of cardiovascular event, number of diagnoses, medication and dosage schedule were studied. Non-compliers were detected by the test and the main reason for non-compliance evaluated. Family doctors were also asked for their opinion.

Results. The mean age was 70 years (standard deviation [SD], 9.7), 69% men, 91% with primary school studies or illiterate, 75% had a minimum of 4 diagnoses and 30% took more than 10 medications daily. According to the test, 51% had a good compliance, almost the same percentage when we asked the opinion of their doctor (55%). The concordance between both patient and doctor

was very low (index kappa = 0.14). The main cause for non-compliance was forgetfulness (59%) and second was that the patients refused to be dependent on the medication (20.5%).

Conclusions. Half of the patients had a good compliance according to the test and agreed with the opinion of their doctor, but there is little agreement between the 2 methods. The main reason for non-compliance was forgetfulness followed by refusing to depend on medication.

Key words:
Cardiovascular disease. Morisky-Green. Therapeutic compliance.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España¹. La modificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) conlleva una disminución del riesgo cardiovascular global, de la enfermedad coronaria recurrente y de la mortalidad².

El control de los FRCV en prevención secundaria es bajo, a pesar de todos los beneficios mencionados^{3,4}.

Una de las principales causas de mal control de los FRCV es la falta de adherencia terapéutica, que suele disminuir en el caso de tratamientos crónicos, como es en prevención secundaria. Según estudios se estima que se sitúa entre el 50 y el 75%, considerando aceptables grados de cumplimiento > 80%⁵.

Saber el grado y las causas de incumplimiento de los pacientes puede ayudar a alcanzar los objetivos de control⁶. Hay diversos métodos para valorar el incumplimiento, métodos directos e indirectos. Los directos se basan en la determinación del fármaco, de sus metabolitos o de un trazador incorporado a él en algún fluido biológico del enfermo. Son muy objetivos y específicos, pero también muy caros y difíciles de realizar en atención primaria. Los métodos indirectos utilizan la información que el paciente proporciona mediante entrevistas, el efecto secundario de los fármacos, el grado de control de la enfermedad, el recuento de comprimidos, etc. Éstos son mucho más sencillos y económicos pero tienden a sobreestimar el cumplimiento^{5,7}.

Los objetivos del presente estudio fueron: *a)* valorar el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedad cardiovascular mediante el test de Morisky-Green, y *b)* evaluar la concordancia entre el grado de cumplimiento observado mediante el test de Morisky-Green y la opinión subjetiva del médico de familia que tiene asignado cada paciente.

Métodos

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud urbano, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona), que atiende a unos 12.000 habitantes, aproximadamente.

Pacientes

Entraron a formar parte del estudio todos los pacientes (n = 518) con, al menos, una de las siguientes enfermedades cardiovasculares: infarto agudo de miocardio (IAM), angor, accidente vascular cerebral (AVC) y/o arteriopatía periférica, registradas en la historia clínica del paciente. Se excluyeron los pacientes domiciliarios (n = 25; 4,8%), los dependientes para la toma de medicación (n = 9; 1,73%) y los que se negaron a participar en el estudio (n = 5; 0,96%).

Aceptando un riesgo alfa del 5%, una precisión de 0,06 y una prevalencia esperada del mal cumplimiento del 50%, se precisa una muestra aleatoria de 172 sujetos. Entre los 479 pacientes restantes se realizó una selección aleatoria de 180 pacientes.

Variables evaluadas

Se diseñó una encuesta, cuyos datos se recogieron mediante entrevista personal realizada por los médicos investigadores, nunca por los médicos asignados a los pacientes, con el fin de disminuir posibles sesgos de información.

Se recogieron las variables sexo, edad, nivel de estudios, tipo de enfermedad cardiovascular (IAM, angor, AVC y/o arteriopatía periférica), tiempo de evolución, número total de diagnósticos recogidos en su historia clínica y número de fármacos pautados de forma crónica.

Durante la entrevista se evaluó el cumplimiento mediante 2 métodos de tipo indirecto, el test de Morisky-Green (MG) como método validado^{8,9} y la opinión subjetiva del médico de familia asignado al paciente^{10,11}.

El test MG es un cuestionario cerrado que consta de 4 preguntas y que pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación a la terapéutica; una sola respuesta afirmativa es indicativa de incumplimiento. Dichas preguntas son las siguientes:

- Primera pregunta (MG1): ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?
- Segunda pregunta (MG2): ¿Los toma a las horas indicadas?
- Tercera pregunta (MG3): Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Cuarta pregunta (MG4): Cuando le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Una vez recogidos los datos, a los pacientes considerados incumplidores se les preguntó por las razones de dicho incumplimiento y se clasificaron en diferentes motivos de incumplimiento^{12,13}. Asimismo, se les realizó una breve intervención de educación sanitaria acerca del beneficio de una buena adhesión terapéutica.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 11.0. Se realizó estadística descriptiva de las variables mediante proporciones e intervalo de confianza para variables cualitativas y media, y desviación estándar para variables cuantitativas. Se analizó la relación de las variables con el ser o no cumplidor mediante el test de χ^2 para variables cualitativas y el test de la varianza para variables cuantitativas.

Para analizar la concordancia entre el grado de cumplimiento según el test MG y la opinión del médico de familia se calculó el índice de kappa.

Resultados

La muestra total del estudio fueron 180 pacientes, con una media de edad de 70 años (desviación estándar [DE], 9,7) y el 69% eran varones.

El 79% tenía sólo un tipo de enfermedad cardiovascular (fig. 1). La más frecuente fue el IAM (56%) y la menos frecuente la arteriopatía periférica (11%).

El 75% de los pacientes estaba diagnosticado de 4 o más patologías en su historia clínica (hipertensión, diabetes, dislipemia y artrosis, entre otras). El 75% tenía 4 o más tomas de medicamento diario. El 13% de los entrevistados realizaba 10 o más tomas diarias de medicamento. Las características de la muestra se encuentran resumidas en la tabla 1.

El 51% de los pacientes entrevistados presentaba un cumplimiento terapéutico correcto según el test MG; según la opinión del médico de familia era del 55%. Los pacientes resultaron mejor cumplidores para la tercera pregunta del test MG (MG3), es decir, no abandonaban la medicación a pesar de encontrarse bien (90%), y peor para la primera pregunta (MG1), alguna vez olvidaban la medicación (63%) (fig. 2).

La concordancia cruda entre ambos métodos fue de 57,22 y el índice de kappa del 0,14. La concordancia individual de cada ítem del test se detalla en la tabla 2.

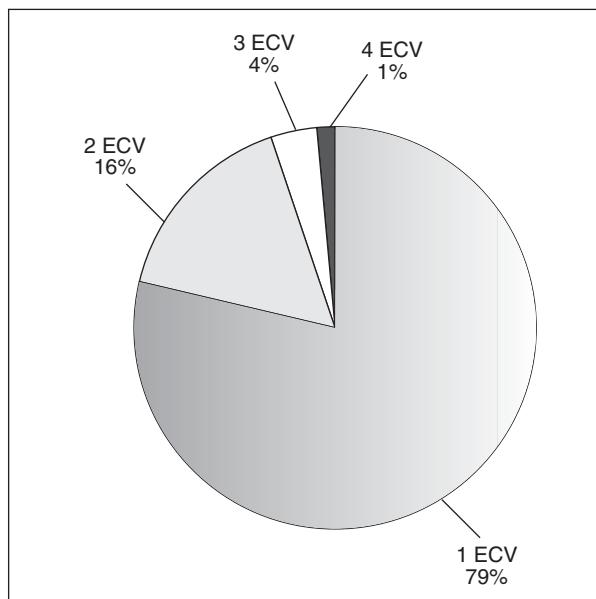


Figura 1. Porcentaje de pacientes según número de enfermedades cardiovasculares (IAM, AVC, angor, arteriopatía periférica). AVC: accidente vascular cerebral; ECV: enfermedad cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio.

Tabla 1. Características de la muestra (n = 180)

Media de edad (DE)	70 (9,7)
Sexo	
Varones	69%
Mujeres	31%
Nivel de estudios	
Analfabetos o primaria	90,6%
Secundaria	7,2%
Superiores	2,2%
Tipo de enfermedad	
IAM (89% más de 2 años de evolución)	56%
AVC (79% más de 2 años de evolución)	45%
Angor (86% más de 2 años de evolución)	40%
Arteriopatía diabética (71% más de 2 años de evolución)	11%
Número de diagnósticos (DE)	6,2 (2,39)
Número de fármacos diarios	6,8 (3,19)

AVC: accidente vascular cerebral; DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio.

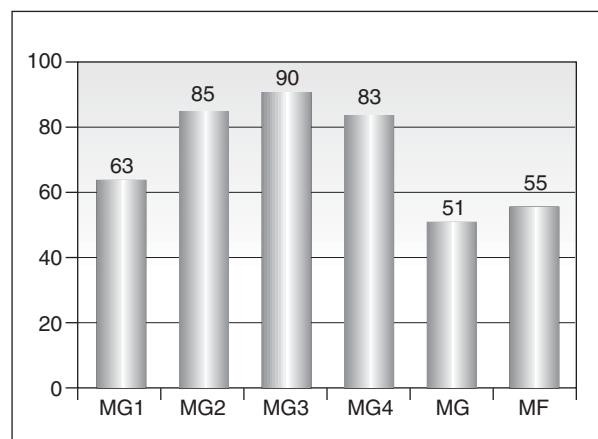


Figura 2. Porcentaje de cumplidores según preguntas del test de Morisky-Green y según el médico de familia. MF: médico de familia; MG: Morisky-Green; MG1: primera pregunta de Morisky-Green; MG2: segunda pregunta de Morisky-Green; MG3: tercera pregunta de Morisky-Green; MG4: cuarta pregunta de Morisky-Green.

Tabla 2. Concordancia individual para cada pregunta y para el total del test de Morisky-Green con la opinión del médico de familia

	Concordancia cruda (%)	Índice kappa	p
MG1	45	0,028	0,686
MG2	54	0,044	0,438
MG3	100	-0,110	0,006
MG4	66	-0,135	0,009
MG	57,22	0,14	0,055

MG: Morisky-Green; MG1: primera pregunta de Morisky-Green; MG2: segunda pregunta de Morisky-Green; MG3: tercera pregunta de Morisky-Green; MG4: cuarta pregunta de Morisky-Green.

Tabla 3. Características del cumplimiento por ítem de Morisky-Green, total de test y médico de familia

	Porcentaje de varones	Media edad (DE)	Media de diagnósticos (DE)	Media de fármacos (DE)	Media tomas/24 h (DE)
MG1					
Cumplimiento	67,5	71,03 ^a (9,38)	6,32 (2,57)	6,88 (3,10)	7,65 (4,1)
No cumplimiento	71,2	67 ^a (9,66)	5,94 (2,04)	6,56 (3,36)	7,03 (4,6)
MG2					
Cumplimiento	70,4	67,56 (11,26)	5,37 (1,84)	6,26 (2,94)	6,15 (3,88)
No cumplimiento	68,6	69,90 (9,34)	6,32 (2,45)	6,85 (3,24)	7,64 (4,31)
MG3					
Cumplimiento	67,5	69,83 (9,51)	6,31 ^b (2,38)	6,87 (3,12)	7,47 (4,08)
No cumplimiento	82,4	66,88 (10,92)	4,94 ^b (2,22)	5,76 (3,8)	6,94 (5,9)
MG4					
Cumplimiento	70,7	70,31 ^b (9,52)	6,23 (2,46)	6,85 (3,19)	7,39 (4,17)
No cumplimiento	60	65,77 ^b (9,62)	5,93 (2,07)	6,30 (3,21)	7,60 (4,79)
MG					
Cumplimiento	69,3	71,61 ^b (9,11)	6,49 (2,57)	7,03 (3,15)	7,56 (3,94)
No cumplimiento	68,5	67,40 ^b (9,79)	5,85 (2,16)	6,48 (3,24)	7,27 (4,61)
MF					
Cumplimiento	72,8	68,49 (9,75)	6,02 (2,21)	6,93 (3,28)	7,36 (4,40)
No cumplimiento	65,7	70,84 (9,44)	6,37 (2,60)	6,56 (3,10)	7,49 (4,13)

MF: médico de familia; MG: Morisky-Green; MG1: primera pregunta de Morisky-Green; MG2: segunda pregunta de Morisky-Green; MG3: tercera pregunta de Morisky-Green; MG4: cuarta pregunta de Morisky-Green.

^ap = 0,07.

^bp < 0,05.

Tabla 4. Motivos para el incumplimiento en pacientes no cumplidores según Morisky-Green

Motivo de incumplimiento	n (%)
Me olvido de la medicación	52 (59,1)
No quiero depender de las pastillas	18 (20,5)
Me encuentro bien, no estoy enfermo	13 (14,8)
No me sienta bien	11 (12,5)
No creo que necesite el tratamiento	9 (10,2)
El tratamiento es demasiado complicado	9 (10,2)
No cura lo que yo tengo	7 (8)
No me gusta tomar medicamentos	14 (7,8)
No tiene los resultados esperados	5 (5,7)
No mejoró con esta medicación	5 (5,7)
No mejoraba y dejé las pastillas	2 (2,3)
Otros	2 (2,3)

Las características de los pacientes según cumplimiento para el test MG o para el médico de familia se resumen en la tabla 3. La variable edad mostraba diferencias estadísticamente significativas para la primera (MG1) y la cuarta (MG4) preguntas del test, así como para el resultado global, siendo los de mayor edad los más cumplidores. La media de diagnósticos en los pacientes que respondían negativamente a MG3 era de 6,31, mientras que para los pacientes no cumplidores era de 4,94 (p < 0,05).

El olvido fue la causa principal de incumplimiento, en segundo lugar la resistencia a depender

de los medicamentos y, por último, el desagrado a tomar la medicación y la negación de enfermedad (tabla 4).

Discusión

A pesar de la evidencia que se ha ido acumulando durante estos años acerca de los beneficios que se obtienen con el control de los FRCV en la enfermedad cardiovascular, el cumplimiento terapéutico a largo plazo continúa siendo muy poco satisfactorio¹⁴.

Los resultados de este estudio confirman el bajo cumplimiento en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Tan sólo la mitad de ellos realizaba un cumplimiento correcto, tanto al evaluarlo mediante el test MG (51% incumplidores) como al preguntar al médico de familia (55% incumplidores). Estos resultados son comparables a los obtenidos en otras series, que determinan una prevalencia de incumplimiento farmacológico de entre el 40 y el 66% y de entre el 70 y el 95% del no farmacológico^{15,16}.

La concordancia entre ambos métodos fue baja, motivo por el que no deberíamos basarnos en la opinión del médico para valorar el cumplimiento ya que, aunque éstos son capaces de detectar el grado de incumplimiento, tienen tendencia a sobreestimarlo¹⁷ y no pueden predecir qué pacientes serán cumplidores y cuáles no¹⁸. Aunque se acepta que el enfermo cumple mal, en general se piensa

que eso sucede con los enfermos de los demás compañeros, no con los nuestros^{11,19}.

Conocer el comportamiento de nuestros pacientes respecto a la medicación que les prescribimos es de vital importancia, tanto para evitar escaladas de dosis que conlleven mayor riesgo de efectos secundarios, como para optimizar los resultados de la medicación. Por otro lado, intentar filiar el origen del incumplimiento nos acerca más al paciente, lo que favorece la relación médico-paciente.

La principal causa que refirieron los entrevistados fue el olvido, la segunda la negativa a depender de la medicación y la tercera la negación de la enfermedad, hecho que se repite constantemente en la bibliografía^{17,20}. Hay que tener en cuenta que el olvido de la medicación supone la mayoría de las veces el olvido de la enfermedad. Esto, correlacionado con la negativa a la dependencia de la medicación y el rechazo a la enfermedad, lleva a la conclusión de que el médico debe tener un papel más activo a la hora de explicar el origen y las consecuencias de la enfermedad a corto y largo plazo.

Es sabido que la información y la educación sanitaria, mejoran los niveles de salud y reducen los factores de riesgo para el individuo²¹. El conocimiento de la enfermedad se correlaciona, según diversos autores, con el comportamiento del paciente con respecto a algunos factores de riesgo y afirman que esto debe aplicarse a programas preventivos. Así pues, tal y como demostraron Meco et al²² en su estudio, un seguimiento intensivo puede conseguir mejor control de los FRCV en prevención secundaria.

Otras causas de incumplimiento reflejadas en la bibliografía son los efectos secundarios y el temor a éstos, así como la desmotivación²³. En diferentes estudios se ha visto que el cumplimiento disminuye a medida que aumenta el número de fármacos²⁴, la duración y el precio, o se asocia a modificaciones del estilo de vida, y que factores como la edad, cuando no se asocia a un deterioro cognitivo, hace que haya una mejor adherencia²⁵.

En el presente estudio resultó significativo que los pacientes de mayor edad tenían menos olvidos de las tomas y que los pacientes con mayor número de diagnósticos en su historia clínica no abandonaban la medicación a pesar de encontrarse asintomáticos. No obstante, en términos globales, el sexo, el número de diagnósticos y el de fármacos no resultaron estadísticamente significativos en lo que se refiere al cumplimiento.

Somos conscientes de las limitaciones de este estudio; por un lado, hay un sesgo de información a la hora de recoger los datos, ya que el paciente puede sentirse presionado ante la entrevista con un

médico y mentir cuando se le pregunta acerca del grado de cumplimiento. Para minimizar el error, las entrevistas nunca se realizaron por los médicos que los pacientes tenían asignados. Por otro lado, se trata de una muestra muy pequeña de pacientes, de una misma área geográfica y todos adscritos al mismo centro de salud. Sería conveniente realizar otros estudios que abarcaran diferentes poblaciones. En nuestro estudio se utilizó como *gold standard* el test MG que, a pesar de ser un método indirecto, es un test fiable, validado y sencillo de aplicar en atención primaria. Otros trabajos usan el recuento de comprimidos como método de referencia obteniendo un porcentaje de incumplidores del 32%¹⁹.

Se sabe que tanto la actitud del médico como el grado de seguimiento se asocian a un aumento del cumplimiento terapéutico. Por ello, sería aconsejable adoptar una serie de medidas para mejorarlo. Estas medidas deberían estar centradas en el paciente y dirigidas a simplificar las pautas posológicas, dar instrucciones claras, utilizar recordatorios, explicar la enfermedad, reforzar la adherencia al tratamiento²⁶.

Hay algún tipo de caja-recordatorio, relojes con avisador u otros métodos más sencillos, como hojas recordatorio con la fotografía de la caja de la medicación y cuándo debe tomarse^{12,16}. Cualquiera de estos métodos puede facilitar cumplir el objetivo, que es que el paciente no olvide su medicación y así mejorar el cumplimiento.

Los profesionales sanitarios deberían tener una lista de estrategias con el fin de elaborar un plan que ayude a los pacientes a entender la importancia de la adherencia al tratamiento y que permita detectar a los pacientes incumplidores. Los profesionales tampoco deberían olvidar que no podemos fiarnos de la impresión que tenemos acerca de lo que cumplen los pacientes, tal como hemos visto en el presente estudio.

Son necesarios estudios que permitan conocer qué métodos resultan más útiles para detectar incumplimiento, así como otros que permitan conocer cuál es la mejor estrategia para mejorarlo.

Bibliografía

1. Muñoz MA, Marrugat M. La prevención secundaria de la enfermedad coronaria es menos agresiva en los pacientes de más de 64 años. Rev Esp Cardiol. 2003;56:586-93.
2. Vega G, Martínez S, Jiménez PA, Navarro A, Bernard F. Efecto de los factores de riesgo cardiovascular sobre la morbilidad a largo plazo después de un infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2007;60:703-13.
3. Rodríguez GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. Característi-

- cas clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp.* 2007; 207:337-40.
4. Grupo Barbanza para el estudio de las enfermedades cardiovasculares. Características de los pacientes con cardiopatías en un área sanitaria de la provincia de A Coruña. Estudio Barbanza 2000. *Rev Clin Esp.* 2003;203:570-6.
 5. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Adherència al tractament farmacològic. *Butlletí d'informació terapèutica.* 2004;16:9-14.
 6. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria.* 2001;27:559-68.
 7. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And).* 2000;1:13-9.
 8. Morisky DE, Green LW, Levine AM. Concurrent and predictor validity of self reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;1:67-74.
 9. Val A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria.* 1992;10:767-70.
 10. Piñeiro F, Gil VF, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. *Aten Primaria.* 1997;19:465-8.
 11. Merino J, Gil VF, Cañizares R. Métodos de medida del cumplimiento aplicados a las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc).* 2001;116 Supl 2:38-45.
 12. Llor C, Basterra M. Cumplimiento terapéutico. Razones de incumplimiento y sus consecuencias. En: El cumplimiento terapéutico. Barcelona: Ed. Profármaco; 2002. p. 3-7.
 13. Gil VF, Belda J, Piñeiro F, Merino J. Formas y causas de incumplir. En: El cumplimiento terapéutico. Manuales de referencia en Atención Primaria. Vol. 1. Barcelona: Doyma; 1999. p. 45-7.
 14. Márquez E, Gil V, Casado JJ, Martel N, de la Figuera M, Martín de Pablos JL, et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria.* 2006; 38:325-32.
 15. Grupo de trabajo de Cumplimiento. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arte-
 - rial. 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.
 16. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC.* 2001;8:84-103.
 17. Gil VF, Belda J, Piñeiro F, Quirce F, Merino J. Incumplimiento de la terapéutica farmacológica en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc).* 2001;116 Supl 2:29-37.
 18. Pomarol E, Sarró Maluquer S. Web de la Sociedad Española de Psiquiatría. 2004. Manual del residente. Tratamientos psiquiátricos. Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico. Sociedad Española de Psiquiatría 2004. Disponible en: <http://www.sep-siq.org/index2.htm>
 19. Márquez-Contreras E, de la Figuera M, Roig Ponsa L, Naval Chamosa J. El cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial en España, según la opinión de los médicos de familia. Proyecto Complex. *Aten Primaria.* 2007;39:417-23.
 20. Batalla C. Cumplimiento terapéutico e hipertensión arterial. *Aten Primaria.* 2004;34:397-8.
 21. Ferrán M, Parcet J, Casabella B, Fernández ML, de la Torre M. Educación sanitaria a pacientes hipertensos: propuesta de un test de conocimiento y cumplimiento. *Aten Primaria.* 1988;5:33-8.
 22. Meco JF, Corbella E, Sanclemente C, Miralles M, Sarasa I, Pujol R, et al. Efectividad de un programa de prevención secundaria de la arteriosclerosis en el control de las dislipemias en pacientes con enfermedad arterial coronaria. *Clin Invest Arterioscl.* 2006;18:128-36.
 23. Márquez E, Casado JJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc).* 2001;116 Supl 2:46-51.
 24. Mostaza JM, Lahoz C. Utilización combinada de fármacos para la prevención cardiovascular: más allá de una polipastilla. *Clin Invest Arterioscl.* 2006;18:35-9.
 25. Roca-Cusachs A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Med Clin (Barc).* 2001;116 Supl 2:56-62.
 26. Sicras A, Fernández de Bobadilla J, Rejas J, García M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *An Med Interna (Madrid).* 2006;23:361-8.