

ORIGINAL

Recibido: 4 de abril de 2019
Aceptado: 5 de agosto de 2019
Publicado: 30 de octubre de 2019

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Jesús López-Torres López (1), Gemma Blázquez Abellán (1), María Rosa López-Torres Hidalgo (1), Rosa María Milián García (2) y Consuelo López Martínez (2)

(1) Departamento de Ciencias Médicas. Facultad de Farmacia de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.

(2) Farmacia Comunitaria. Albacete. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La satisfacción con la medicación constituye una medida centrada en el paciente que ayuda a predecir la continuidad del tratamiento, su uso correcto y el cumplimiento terapéutico. El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción con el tratamiento (ST) de sujetos con hipertensión arterial (HTA), así como averiguar si el tipo de tratamiento, el estado de salud y las características personales guardan relación con el nivel de satisfacción.

Sujetos y métodos: Se elaboró un estudio observacional de carácter transversal, realizado en el ámbito de la farmacia comunitaria. Fueron evaluados 484 consumidores de medicación antihipertensiva (tasa de respuesta del 81,6%). La ST fue evaluada mediante el *Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire*. Otras variables fueron la presión arterial (PA), los fármacos antihipertensivos, los efectos adversos, otros medicamentos, la comorbilidad, la salud auto-percibida, el cumplimiento y las características personales. En el análisis estadístico se utilizaron pruebas de comparación de medias y de correlación para comprobar asociaciones entre el nivel de ST y las diferentes variables, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. Así mismo, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple para identificar las variables asociadas, evitando posibles factores de confusión.

Resultados: En un rango entre 0 y 100, el valor medio de ST fue de 79,9 (DE=12,9; IC 95%=78,8-81,0). Se observó una débil correlación entre la puntuación en salud percibida y la ST ($r=0,145$; $p=0,001$). La ST fue superior en los sujetos con PA controlada ($82,1 \pm 12,1$ DE frente a $77,5 \pm 13,3$ DE; $p < 0,001$), en los tratados durante más de 5 años ($83,5 \pm 12,8$ DE frente a $78,5 \pm 12,6$ DE; $p < 0,001$), en los sujetos sin efectos adversos ($82,5 \pm 11,6$ DE frente a $68,7 \pm 11,9$ DE; $p < 0,001$) y en las clases sociales inferiores ($81,2 \pm 12,8$ DE frente a $78,5 \pm 12,8$ DE; $p=0,02$). Fue inferior en los incumplidores con el tratamiento ($73,2 \pm 12,9$ frente a $82,1 \pm 12,1$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El nivel de ST es aceptable, a pesar del insuficiente control de las cifras de PA y la elevada proporción de incumplimiento. La satisfacción está condicionada tanto por la efectividad como por la adherencia terapéutica, aunque también intervienen el estado de salud, el tratamiento y las características personales.

Palabras clave: Hipertensión, Satisfacción del paciente, Servicios comunitarios de farmacia.

ABSTRACT

Evaluation of satisfaction with pharmacological treatment in people with hypertension

Background: Medication satisfaction is a patient-centered measure that helps predict the continuity of treatment, correct use and therapeutic compliance. The objective has been to evaluate the satisfaction with the treatment (ST) of subjects with arterial hypertension (HT) and find out if the type of treatment, the state of health and the personal characteristics are related to the satisfaction.

Methods: Observational cross-sectional study conducted in the community pharmacy field. A total of 484 users of antihypertensive medication were evaluated (response rate: 81.6%). The ST was evaluated through the Treatment Satisfaction with Medicines. In the statistical analysis, means comparison and correlation tests were used to verify the existence of associations between the ST level and the different variables, considering a significance level of $p < 0.05$. Likewise, a multiple linear regression model was constructed to identify the associated variables avoiding possible confounding factors.

Results: In a range of 0-100 the mean ST value was 79.9 (SD=12.9, 95% CI= 78.8-81.0). A weak correlation was observed between perceived health score and ST ($r=0.145$, $p=0.001$). ST was higher in subjects with controlled BP (82.1 ± 12.1 SD vs 77.5 ± 13.3 SD, $p < 0.001$), in treated subjects over 5 years (83.5 ± 12.8 SD vs 78.5 ± 12.6 SD; $p < 0.001$), in subjects without adverse effects (82.5 ± 11.6 SD vs 68.7 ± 11.9 SD; $p < 0.001$) and in lower social classes (81.2 ± 12.8 SD vs 78.5 ± 12.8 SD, $p=0.02$). It was lower in the non-compliers with the treatment (73.2 ± 12.9 vs 82.1 ± 12.1 , $p < 0.001$).

Conclusions: The ST level is acceptable, despite insufficient BP control and the high rate of noncompliance. Satisfaction is conditioned both by effectiveness and by therapeutic adherence, although health status, treatment and personal characteristics also intervene.

Key words: Hypertension, Patient satisfaction, Community pharmacy services.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) afecta aproximadamente a un 40% de las personas adultas en los países desarrollados, y es considerada la enfermedad “controlable” más prevalente⁽¹⁾. En los últimos años, ha quedado claramente demostrado en múltiples ensayos que su tratamiento se asocia a un mejor pronóstico, directamente proporcional a la reducción de la presión arterial (PA), a los efectos específicos de determinados fármacos y a los cambios del estilo de vida⁽²⁾.

Todos los grupos farmacológicos reducen de una forma bastante similar las cifras de PA⁽³⁾, aunque hay factores que hacen recomendable el uso de unos u otros fármacos, como el perfil de los factores de riesgo cardiovascular, la contraindicación a algunos fármacos, la afectación de los órganos diana, las posibles interacciones medicamentosas, etc. La elección debe individualizarse para realizar un tratamiento integral del riesgo cardiovascular de cada paciente⁽⁴⁾. El control óptimo de la PA es, a menudo difícil, y con frecuencia requiere asociar dos o más fármacos.

Las preferencias de los pacientes deben desempeñar un papel central en la prestación de la atención sanitaria⁽⁵⁾. La satisfacción del paciente se ha utilizado para evaluar de forma general la atención sanitaria y, en particular, la efectividad de los tratamientos⁽⁶⁾, teniendo en este caso un impacto sustancial en el éxito de los mismos⁽⁷⁾. Así mismo, la satisfacción de los pacientes con su medicación predice la continuidad del tratamiento, su uso correcto y el cumplimiento del régimen terapéutico⁽⁸⁾. Por el contrario, la insatisfacción con el tratamiento puede servir para detectar precozmente amenazas a la efectividad clínica y a la eficiencia de la atención sanitaria, incluyendo la atención farmacéutica.

La satisfacción con el tratamiento (ST) puede definirse como una evaluación por parte del

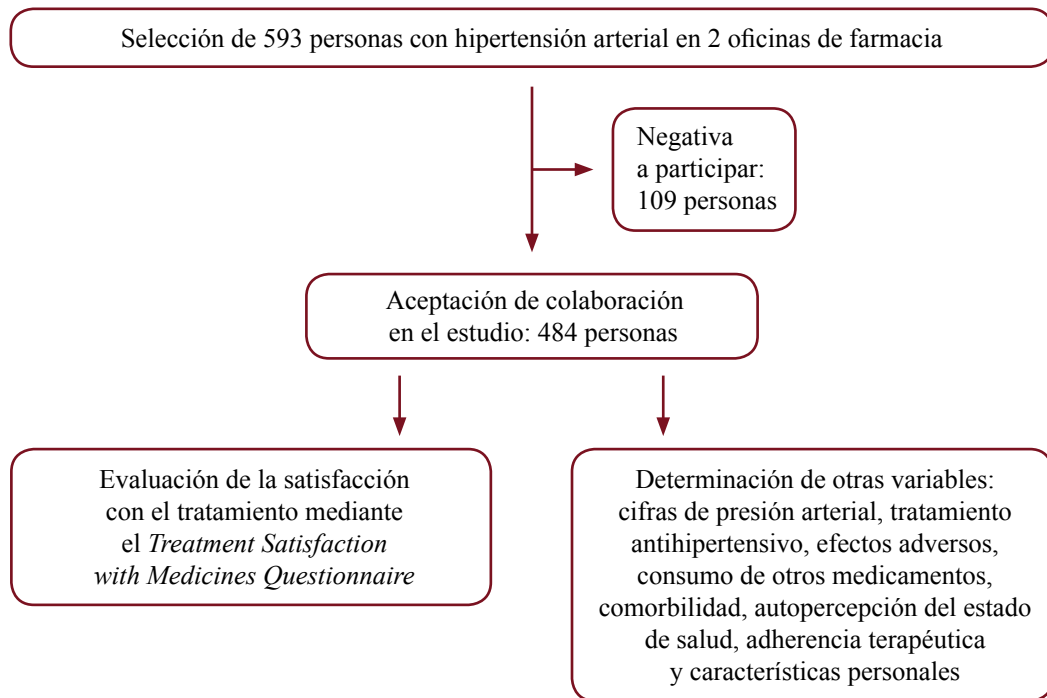
paciente del proceso de administración del tratamiento y de sus resultados⁽⁹⁾. Constituye una medida centrada en el paciente que adquiere cada vez más importancia, ya que podría incidir en la adherencia terapéutica y en su efectividad. La evaluación de la ST por parte de los profesionales farmacéuticos o de otros profesionales sanitarios permite examinar la experiencia de los pacientes con su medicación e identificar el riesgo de incumplimiento. Las decisiones de los pacientes para continuar, modificar o suspender la medicación están influenciadas por diferentes variables, incluyendo el deseo de participar en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, su estado de salud, las experiencias anteriores y las creencias sobre su eficacia o sobre los efectos adversos⁽¹⁰⁾. Se ha estimado que hasta la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas acaban tomando decisiones relacionadas con la medicación sin buscar consejo médico⁽¹¹⁾.

El objetivo del estudio fue evaluar la ST de los pacientes con HTA en términos de efectividad clínica, adherencia terapéutica, comodidad de uso y tolerabilidad. Por otra parte, averiguar también si el tipo de tratamiento antihipertensivo, el estado de salud y las características personales guardan relación con el nivel de satisfacción.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de carácter transversal, en el que una muestra de sujetos con HTA consumidores de medicación antihipertensiva fueron evaluados mediante entrevista personal, siendo reclutados en dos oficinas de farmacia de la ciudad de Albacete (figura 1). Los criterios de inclusión fueron: ser mayores de 18 años, realizar un tratamiento antihipertensivo bajo prescripción médica y aceptar participar en el estudio una vez informados de los objetivos del mismo. Fueron excluidos los sujetos con bajo rendimiento intelectual o que tuvieran deficiencias

Figura 1
Esquema del estudio.



sensoriales severas capaces de impedir la colaboración en el estudio, así como los que rechazaron participar.

Considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión de $\pm 4,5\%$ y una proporción esperada indeterminada de ST antihipertensivo ($P=0,50$), se calculó un tamaño muestral de 475 consumidores de fármacos antihipertensivos. Considerando en el estudio una previsión de no respuestas del 20%, mediante la fórmula “Nº de sujetos ajustado=Nº de sujetos” $[1/(1 - \text{Proporción esperada de pérdidas})]$, se obtuvo un tamaño muestral definitivo de 593 participantes. Se utilizó un muestreo consecutivo, no probabilístico, hasta alcanzar el número previsto de sujetos en las oficinas de farmacia. Las entrevistas fueron realizadas por parte de cuatro farmacéuticos durante el periodo comprendido

entre octubre de 2017 y diciembre de 2018. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete el 25 de julio de 2017. A lo largo de todo el estudio se respetaron los principios éticos de voluntariedad en la participación, garantía del anonimato en la información suministrada por los participantes y restricción de los datos, en exclusividad, a la investigación propuesta.

Se diseñó un cuaderno de recogida de datos que contenía las variables de estudio, las cuales incluyeron la ST antihipertensivo, evaluada mediante el *Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire* (SATMED-Q)⁽¹²⁾, el cual consta de 17 ítems con seis dimensiones: la eficacia del tratamiento, la comodidad de uso, el impacto en las actividades diarias,

la atención médica, la satisfacción global y los efectos secundarios indeseables. El rango de puntuación es de 0 a 68 puntos, pudiéndose transformar en una escala de 0 a 100 puntos. Previamente a la recogida de datos, se obtuvo autorización para utilizar el cuestionario SATMED-Q por parte del Mapi Research Trust. Otras variables fueron las cifras de PA (2 mediciones mediante tensiómetro modelo Omron HBP-1300), los fármacos antihipertensivos suministrados (tipo de fármaco según subgrupos pertenecientes al grupo C de la clasificación Anatómica, Terapéutica, Química o ATC), la pauta de tratamiento (número de comprimidos al día), el médico prescriptor (médico de familia, cardiólogo, nefrólogo, etc.), los posibles efectos adversos manifestados, la duración del consumo, el consumo previo de otros antihipertensivos y el consumo de otros medicamentos, la comorbilidad (versión abreviada del Índice de Comorbilidad de Charlson)⁽¹³⁾, la situación funcional y la salud autopercebida (cuestionario EuroQol-5D)⁽¹⁴⁾, la adherencia terapéutica (Test de Morisky-Green)⁽¹⁵⁾ y las características de los participantes (edad, sexo, nivel de estudios, forma de convivencia familiar y clase social basada en la ocupación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología)⁽¹⁶⁾.

Las respuestas de los participantes fueron introducidas en una base de datos, y a continuación se procedió a su depuración y análisis. Tras realizar una descripción de las variables de estudio, se recurrió a pruebas de comparación de medias en grupos independientes (t de Student y ANOVA, con comparaciones múltiples post hoc por el método de Scheffé), para comprobar la existencia de asociaciones entre el nivel de ST y las diferentes variables cualitativas, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. Las posibles correlaciones entre la puntuación del SATMED-Q y otras variables cuantitativas fueron analizadas mediante el coeficiente rho de Spearman. A continuación, utilizando como variable dependiente dicha puntuación, se construyó un

modelo de regresión lineal múltiple con finalidad explicativa, mediante el sistema de pasos sucesivos, para comprobar las variables asociadas y evitar posibles factores de confusión. El objeto de dicho análisis fue estimar los coeficientes de regresión parcial que permiten expresar el peso de las distintas variables independientes en la explicación de la variabilidad de la variable dependiente. En el modelo se incluyeron las variables independientes que habían mostrado una asociación estadísticamente significativa en el análisis bivalente. La estimación de los coeficientes se realizó con el método de mínimos cuadrados o de máxima verosimilitud, y la independencia de los valores residuales se comprobó mediante el test de Durbin-Watson. El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics, versión 19.0.

RESULTADOS

El número de sujetos evaluados fue de 484, por lo que la tasa de respuesta fue del 81,6%. La proporción de mujeres fue del 56,2% y la edad media de todos los participantes fue de 67,8 años (DE=11,9), en un rango de 24 a 96 años. En la **tabla 1** se muestran las características personales de los sujetos según su distribución por sexo.

En un rango comprendido entre 0 y 100, la puntuación media obtenida en cuanto a salud percibida fue de 67,3 (DE=17,0) y la mediana fue de 70. Según el índice de Charlson, el 78,1% de los sujetos no presentaron comorbilidad, el 14,3% presentaron comorbilidad baja y el 7,6% registró comorbilidad alta. En la **tabla 2** se muestra la distribución de los participantes según su estado funcional y su comorbilidad. En lo que respecta a las cifras de PA, el valor medio de la presión sistólica fue de 138,9 mmHg (DE=14,8) y de la presión diastólica de 79,9 mmHg (DE=10,6), presentando cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg el 48,3% de los participantes.

Tabla 1
Características de los participantes según su distribución por sexo.

Características		Hombres (n=212) nº (%)	Mujeres (n=272) nº (%)	Todos (n=484) nº (%)
Edad (años)	Menos de 50	17 (8,0)	16 (5,9)	33 (6,8)
	51 - 65	77 (36,3)	91 (33,5)	168 (34,7)
	66 - 80	91 (42,9)	118 (43,7)	209 (43,2)
	80 o más	27 (12,7)	47 (17,3)	74 (15,3)
Nivel de estudios	Sin estudios o solo lee y escribe	21 (9,9)	69 (25,4)	90 (18,6)
	Estudios primarios	101 (47,6)	143 (52,6)	244 (50,4)
	Bachiller	58 (27,4)	45 (16,5)	103 (21,3)
	Estudios universitarios	32 (15,1)	15 (5,5)	47 (9,7)
Clase social basada en a ocupación	Clases I – II ⁽¹⁾	26 (12,3)	10 (3,7)	36 (7,4)
	Clases IIIa – IIIc ⁽²⁾	67 (31,6)	31 (11,4)	98 (20,2)
	Clases IVa – Ivb ⁽³⁾	58 (27,4)	36 (13,2)	94 (19,4)
	Clase V ⁽⁴⁾	47 (22,2)	76 (27,9)	123 (25,4)
	No clasificables	1 (0,5)	6 (2,2)	7 (1,4)
	No trabajan	13 (6,1)	113 (41,5)	126 (26,0)
Forma de convivencia familiar	Viven solos	13 (6,1)	38 (14,0)	51 (10,5)
	Viven con familia	196 (92,5)	227 (83,5)	423 (87,4)
	Institucionalizados	3 (1,4)	7 (2,6)	10 (2,1)

(1) Directivos, titulados superiores, técnicos; (2) Administrativos, trabajadores por cuenta propia y supervisores de trabajadores cualificados; (3) Trabajadores manuales cualificados y semicualificados; (4) Trabajadores no cualificados.

Respecto al consumo de fármacos antihipertensivos, el número medio de éstos fue de 1,9 (DE=0,9), la proporción de pacientes que utilizaban fármacos combinados del 25,8% y la distribución de los diferentes tratamientos antihipertensivos la que aparece en la **tabla 3**. Las pautas de tratamiento más frecuentes fueron: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o IECA (19,0%), bloqueadores de receptores de angiotensina II o ARA-II (9,5%) y asociación de diuréticos (D) con ARA-II (8,3%). Habían sido

prescritos por los médicos de familia el 77,3% de todos los fármacos antihipertensivos y manifestaron algún efecto adverso de la medicación antihipertensiva el 19,0% de los participantes. En cuanto a la duración del tratamiento, el 27,7% lo consumieron durante un periodo superior a 5 años. El cumplimiento terapéutico alcanzó al 74,8%. El número medio de otros fármacos diferentes a los antihipertensivos fue de 4,3 (DE=3,0), y la proporción de sujetos con polifarmacia (consumo de 5 o más fármacos) del 64,7%.

Tabla 2
Situación funcional y comorbilidad de los participantes según su distribución por sexo.

Estado de salud		Hombres (n=212) n° (%)	Mujeres (n=272) n° (%)	Todos (n=484) n° (%)
Movilidad	Sin problemas de movilidad	154 (72,6)	181 (66,5)	335 (69,2)
	Con problemas para caminar	58 (27,4)	91 (33,5)	149 (30,8)
Cuidado personal	Sin problemas en el cuidado personal	198 (93,4)	244 (89,7)	442 (91,3)
	Con problemas para lavarse o vestirse solo	14 (6,6)	28 (10,3)	42 (8,7)
Actividades diarias	Sin problemas para su realización	190 (89,6)	208 (76,5)	398 (82,2)
	Con problemas para su realización	22 (10,4)	64 (23,5)	86 (17,8)
Dolor/ malestar	Sin dolor ni malestar	126 (59,4)	112 (41,2)	238 (49,2)
	Con dolor o malestar	86 (40,4)	160 (58,8)	246 (50,8)
Ansiedad/ depresión	Sin ansiedad o depresión	160 (75,5)	153 (56,3)	313 (64,7)
	Con ansiedad o depresión	52 (24,5)	119 (43,8)	171 (35,3)
Comorbilidad (Índice de Charlson)	Enfermedad vascular cerebral	13 (6,1)	12 (4,4)	25 (5,2)
	Diabetes	65 (30,7)	56 (20,6)	121 (25,0)
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20 (9,4)	45(16,5)	65 (13,4)
	Insuficiencia cardíaca/ cardiopatía isquémica	38 (17,9)	40 (14,7)	78 (16,1)
	Demencia	4 (1,9)	6 (2,2)	10 (2,1)
	Enfermedad arterial periférica	15 (7,1)	1 (0,4)	16 (3,3)
	Insuficiencia renal crónica/diálisis	9 (4,2)	11 (4,0)	20 (4,1)
	Cáncer	17 (8,0)	19 (7,0)	36 (7,4)

(1) Directivos, titulados superiores, técnicos; (2) Administrativos, trabajadores por cuenta propia y supervisores de trabajadores cualificados; (3) Trabajadores manuales cualificados y semicualificados; (4) Trabajadores no cualificados.

Tabla 3
Distribución de los fármacos antihipertensivos consumidos por los participantes
(según subgrupos pertenecientes al grupo C de la clasificación ATC).

Tipo de fármacos	n° (%)
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	92 (19,0)
Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II)	46 (9,5)
Diuréticos (D) + Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II)	40 (8,3)
Diuréticos (D) + Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	35 (7,2)
Bloqueadores de canales de calcio (BCC)	33 (6,8)
Agentes beta-bloqueantes (BB) + Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	28 (5,8)
Diuréticos (D) + Bloqueadores de canales de calcio (BCC) + Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II)	25 (5,2)
Diuréticos (D)	24 (5,0)
Diuréticos (D) + Agentes beta-bloqueantes (BB) + Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	20 (4,1)
Bloqueadores de canales de calcio (BCC) + Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II)	17 (3,5)
Agentes beta-bloqueantes (BB)	14 (2,9)
Diuréticos (D) + Agentes beta-bloqueantes (BB) + Bloqueadores de receptores de angiotensina II (ARA-II)	14 (2,9)
Bloqueadores de canales de calcio (BCC) + Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	10 (2,1)
Otros fármacos o combinaciones de fármacos	86 (17,8)

En un rango posible de 0 a 100 puntos, la ST de los participantes osciló entre 38,2 y 100, siendo el valor medio de 79,9 (DE=12,9; IC 95%=78,8 - 81,0) y la mediana de 80,9. En la [tabla 4](#) se muestra la distribución de las respuestas en cada una de las dimensiones que

componen el SATMED-Q. Se observó una débil correlación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de ST ($r=0,115$; $p=0,01$), siendo superior la puntuación alcanzada en SATMED-Q en los mayores de 70 años que en las edades inferiores ($81,3 \pm 12,9$ DE frente a

Tabla 4
Distribución de las respuestas al cuestionario SATMED-Q.

Respuestas		No, nada Nº (%)	Algo Nº (%)	Ni mucho ni poco Nº (%)	Bastante Nº (%)	Sí, mucho Nº (%)
Efectos indeseables	Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mi actividad física.	402 (83,1)	53 (11,0)	20 (4,1)	7 (1,4)	2 (0,4)
	Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mis actividades de ocio y tiempo libre.	400 (82,6)	53 (11,0)	23 (4,8)	6 (1,2)	2 (0,4)
	Los efectos secundarios de la medicación interfieren en mis tareas cotidianas.	404 (83,5)	45 (9,3)	25 (5,2)	7 (1,4)	3 (0,6)
Eficacia de la medicación	La medicación que estoy tomando alivia mis síntomas.	3 (0,6)	23 (4,8)	105 (21,7)	211 (43,6)	142 (29,3)
	Estoy satisfecho con el tiempo que tarda el medicamento en empezar a hacer efecto.	2 (0,4)	9 (1,9)	108 (22,3)	209 (43,2)	156 (32,2)
	Me encuentro mejor ahora de lo que me encontraba antes de iniciar el tratamiento.	2 (0,4)	14 (2,9)	100 (20,7)	210 (43,4)	158 (32,6)
Comodidad de la medicación	Me resulta cómodo tomar mi medicación.	2 (0,4)	2 (0,4)	59 (12,2)	194 (40,1)	227 (46,9)
	Me resulta fácil usar/tomar el medicamento en su forma actual (sabor, tamaño, etc.).	1 (0,2)	1 (0,2)	58 (12,0)	191 (39,5)	233 (48,1)
	El horario de las tomas me resulta cómodo.	0 (0,0)	1 (0,2)	61 (12,6)	183 (37,8)	239 (49,4)
Impacto de la medicación	Gracias a la medicación que estoy tomando puedo realizar mejor mis actividades de ocio y tiempo libre	5 (1,0)	26 (5,4)	165 (34,1)	179 (37,0)	109 (22,5)
	Gracias a mi medicación puedo realizar mejor mis tareas de aseo personal.	9 (1,9)	18 (3,7)	198 (40,9)	158 (32,3)	101 (20,9)
	Gracias a mi medicación puedo realizar mejor mis tareas cotidianas.	8 (1,7)	21 (4,3)	174 (36,0)	175 (36,2)	106 (21,9)
Seguimiento médico	Mi médico me ha informado con detalle acerca de mi enfermedad.	12 (2,5)	23 (4,8)	101 (20,9)	244 (50,4)	104 (21,5)
	Mi médico me ha informado acerca de la manera de tratar correctamente mi enfermedad	11 (2,3)	19 (3,9)	83 (17,1)	261 (53,9)	110 (22,7)
Opinión general	Tengo intención de continuar utilizando este tratamiento.	1 (0,2)	0 (0,0)	40 (8,3)	190 (39,3)	253 (52,3)
	Me siento a gusto con mi tratamiento.	4 (0,8)	1 (0,2)	59 (12,2)	193 (39,9)	227 (46,9)
	En general, me siento satisfecho con el tratamiento.	4 (0,8)	0 (0,0)	57 (11,8)	178 (36,8)	245 (50,6)

78,8 ± 12,8 DE; $p=0,03$). También lo fue en las clases sociales inferiores (clase social V y personas sin empleo) respecto a las clases superiores (81,2 ± 12,8 DE frente a 78,5 ± 12,8 DE; $p=0,02$), sin observarse relación entre la satisfacción y el sexo, el nivel de estudios o la forma de convivencia.

Se observó una débil correlación estadísticamente significativa entre la puntuación en el estado de salud percibido y el nivel de satisfacción ($r=0,145$; $p=0,001$). Aunque no hubo diferencias entre sujetos con o sin dificultades para la movilidad, la realización de actividades o el cuidado personal, se observó una menor satisfacción en sujetos con mucho dolor o malestar (75,7 ± 14,2 DE frente a 80,3 ± 12,7 DE; $p=0,03$) y en los que manifestaron estados de ansiedad o depresión (76,7 ± 14,0 DE frente a 81,6 ± 11,9 DE; $p<0,001$). El nivel de satisfacción no fue significativamente diferente entre sujetos con o sin comorbilidad. Respecto a las cifras de PA, se observó una débil correlación negativa, estadísticamente significativa, entre el nivel de satisfacción y las cifras de presión tanto sistólica ($r=-0,138$; $p=0,002$) como diastólica

($r=-0,178$; $p<0,001$), siendo el nivel medio de satisfacción significativamente superior entre los sujetos con cifras de PA controlada (82,1 ± 12,1 DE frente a 77,5 ± 13,3 DE; $p<0,001$).

En cuanto a los tratamientos antihipertensivos, en los consumidores de un solo fármaco la puntuación del SATMED-Q fue significativamente superior en quienes consumían ARA-II, bloqueantes alfa adrenérgicos o beta bloqueantes respecto a los que consumían diuréticos, bloqueadores de canales de calcio o IECA (82,0 ± 12,0 DE frente a 78,1 ± 11,6 DE; $p=0,02$). También lo fue en quienes el tratamiento antihipertensivo presentaba una duración superior a 5 años (83,5 ± 12,8 DE frente a 78,5 ± 12,6 DE; $p<0,001$) y en quienes no manifestaron efectos adversos (82,5 ± 11,6 DE frente a 68,7 ± 11,9 DE; $p<0,001$). El nivel de satisfacción fue significativamente inferior en los incumplidores con el tratamiento (73,2 ± 12,9 frente a 82,1 ± 12,1; $p<0,001$), sin observarse relación con el número de fármacos antihipertensivos o con la existencia de polifarmacia.

En la **tabla 5** se muestran las variables que, mediante regresión lineal múltiple, presentaron

Tabla 5
Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple al nivel de satisfacción con el tratamiento antihipertensivo.

Variables	Coefficientes (B)	IC 95%	Coefficientes estandarizados	t	p
Constante	28,651	20,859 - 36,443	-	7,225	< 0,001
Ausencia de efectos adversos	11,921	9,321 - 14,520	0,364	9,012	< 0,001
Cumplimiento terapéutico	3,988	1,509 - 6,466	0,135	3,161	0,002
Tratamiento superior a 5 años	4,711	2,516 - 6,906	0,164	4,217	< 0,001
Estado de salud autopercibido	0,122	0,062 - 0,182	0,162	4,010	< 0,001
Cifras de presión arterial controlada	2,977	0,910 - 5,044	0,116	2,829	0,005
Niveles inferiores de clase social	2,574	0,536 - 4,613	0,100	2,481	0,013

una asociación independiente con el nivel de satisfacción. La capacidad explicativa de la ecuación de regresión fue estadísticamente significativa ($F=32,06$; $p<0,001$), y explicó el 27,8% (R^2 ajustado=0,278) de la variabilidad en la puntuación proporcionada por el cuestionario SATMED-Q. Mediante el test de Durbin-Watson se obtuvo un valor de 1,922, gracias al cual se concluyó que no existe correlación entre los valores residuales.

DISCUSIÓN

A través de los resultados comprobamos un aceptable nivel de ST entre los consumidores de fármacos antihipertensivos, la cual parece estar condicionada tanto por algunas características personales como por el estado de salud percibido. Intervienen, además, el grado de control de las cifras de PA, el tipo de fármaco antihipertensivo, la duración de su consumo, la presencia de efectos adversos y la adherencia terapéutica. Los resultados sobre la ST, el grado de control de la PA o el nivel de adherencia han sido obtenidos fuera de las consultas médicas o de enfermería, que es donde tradicionalmente han sido estudiados estos aspectos, y permiten corroborar el insuficiente control de la enfermedad a pesar del tratamiento y su elevado incumplimiento terapéutico.

En los últimos años se ha producido un aumento espectacular en el número de ensayos clínicos realizados en pacientes hipertensos, lo que ha permitido abordar el tratamiento de la HTA desde la evidencia, estableciendo los objetivos de PA más adecuados para prevenir la enfermedad cardiovascular, y pudiendo escoger, entre un cada vez mayor arsenal terapéutico, los fármacos más adecuados para cada paciente. Sin embargo, aun conociendo la elevada prevalencia de esta enfermedad, sus nefastas consecuencias, así como el beneficio del tratamiento antihipertensivo, en un metaanálisis, que incluía 76 estudios realizados en España entre los años 2000 y 2009 y en el que

se analizaron 341.632 pacientes, se observó que solo un 33% de los hipertensos tenían cifras de PA menores de 140/90 mmHg⁽¹⁷⁾. En nuestros resultados, hasta el 48,3% de los participantes presentan cifras de PA mal controladas, indicando que aún existe un muy elevado potencial de mejora en cuanto a control de las cifras de PA entre los hipertensos tratados farmacológicamente.

El análisis de este problema implica descartar las causas de la aparente falta de respuesta al tratamiento, entre las que destaca la ausencia de un cumplimiento terapéutico apropiado. En nuestros resultados, éste alcanza a uno de cada cuatro sujetos estudiados. La efectividad de una intervención farmacológica, como sucede con el tratamiento antihipertensivo, no puede establecerse de una forma absoluta si no se conoce el grado de adhesión al mismo⁽¹⁸⁾. En general, el incumplimiento terapéutico a largo plazo es uno de los problemas más importantes con el que nos enfrentamos en el tratamiento de las enfermedades crónicas en la práctica clínica, ya que disminuye la eficiencia sanitaria y provoca una falta de consecución de objetivos de tratamiento y un aumento de los costes sanitarios asociados. En el caso de la HTA la baja adherencia terapéutica podría estar relacionada con la ausencia de síntomas, el temor a las reacciones adversas y el desconocimiento de los riesgos derivados de la propia enfermedad. Por tanto, considerando al incumplimiento como una importante causa de mal control de la HTA, tanto de las recomendaciones de modificación del estilo de vida como del tratamiento farmacológico, éste debería ser identificado precozmente mediante el estudio de las faltas de respuesta al tratamiento.

Una de las consecuencias más atractivas de los tratamientos satisfactorios para el paciente podría ser su impacto en la efectividad terapéutica. Por el contrario, el bajo cumplimiento podría deberse a una baja satisfacción con algún componente del régimen terapéutico, ya sean

los efectos secundarios, la efectividad o la comodidad⁽¹⁹⁾. De hecho, en la práctica habitual parece demostrado que los pacientes con un nivel de ST mayor suelen presentar un mejor cumplimiento terapéutico⁽²⁰⁾.

Desafortunadamente, en la mayoría de las enfermedades, las investigaciones sobre ST han sido obstaculizadas por la dificultad en la medición y la ausencia de cuestionarios apropiados. Aunque se dispone de cuestionarios específicos para medir la ST en algunas enfermedades, se ha prestado poca atención a desarrollar una medida más general de ST capaz de comparar diferentes tipos de medicación y diferentes características de los pacientes. Podemos destacar un cuestionario genérico, el *Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication* (TSQM), que mide 4 dimensiones: efectos secundarios, eficacia del tratamiento, comodidad de uso y satisfacción general. El TSQM constituye pues una medida de las principales dimensiones que intervienen en la ST y ha sido psicométricamente validado en una muestra heterogénea^(8,21). El cuestionario TSQM ha sido empleado en pacientes consumidores de fármacos antihipertensivos, aunque utilizando una versión reducida, sin incluir preguntas sobre los efectos adversos⁽²²⁾. Este cuestionario presenta algunas limitaciones, ya que no incluye aspectos relacionados con la satisfacción con la atención sanitaria o sobre cómo la medicación afecta a la vida cotidiana de los pacientes. Estas limitaciones favorecieron el diseño de un nuevo cuestionario genérico, el SATMED-Q⁽¹²⁾, en el que se incluyeron los dos aspectos mencionados. El cuestionario fue diseñado para ser utilizado en pacientes crónicos sometidos a tratamiento farmacológico para cualquier enfermedad. Este cuestionario es considerado válido, fiable y factible para un uso sistemático en la práctica clínica como un instrumento unidimensional. El cuestionario SATMED-Q tiene buena aceptabilidad, así como propiedades psicométricas satisfactorias, incluyendo tanto la validez y la

fiabilidad de las subescalas como de la escala global. Los resultados obtenidos en el estudio de validación apoyan el uso de SATMED-Q como una medida de la ST, tanto en la atención sanitaria como en la investigación clínica.

La importancia de la visión de los pacientes, lo que opinan, lo que sienten y lo que experimentan con las actuaciones sanitarias y con los tratamientos aplicados, está en el origen del cambio de la relación entre los diferentes profesionales sanitarios y los pacientes. Si hace años predominaba el modelo paternalista, donde el profesional sanitario se erigía como una fuente única de sabiduría y se acataban sus recomendaciones, hoy se tiende hacia un modelo de decisiones compartidas en las que el paciente va cobrando protagonismo⁽¹⁹⁾. En este contexto es por tanto crucial contar con la opinión de los pacientes, y una manera de conseguirlo es evaluando los resultados en salud percibidos y comunicados por el paciente de una manera objetiva, precisa y con rigor científico⁽²³⁾. Estos resultados (en terminología anglosajona, *patient-reported outcomes*) son valoraciones del propio paciente sobre su estado de salud y sobre el tratamiento que recibe, siendo comunicadas por él mismo, sin la interpretación de sus respuestas por parte del médico, el farmacéutico u otro profesional sanitario. También abarcan las repercusiones tanto de la enfermedad como del tratamiento recibido en su capacidad de relacionarse y en su nivel de autonomía⁽²⁴⁾. Es conocido que hay relación directa entre la satisfacción y algunas variables de investigación de resultados en salud, como son la calidad de vida relacionada con la salud e, indirectamente, con la calidad de vida en un sentido genérico⁽²⁵⁾. Al respecto, en nuestros resultados comprobamos que están más satisfechos con el tratamiento quienes declaran un mejor estado de salud percibido.

Hay una serie de teorías que permiten entender la variabilidad poblacional en las estimaciones acerca de la satisfacción. Linde-Pelz⁽²⁶⁾

introdujo la teoría del “incumplimiento de expectativas”, que relaciona las expectativas del paciente antes de recibir el tratamiento con su grado de satisfacción después de recibirlo. En esta teoría se resalta la importancia de la brecha entre lo que el paciente espera y lo que realmente obtiene tras la administración de la terapia, lo cual podría guardar relación con las características personales de los pacientes. Así, los pacientes con unas expectativas muy altas probablemente se sentirán menos satisfechos con el tratamiento recibido. Previamente, ha sido relacionada la satisfacción de los pacientes con sus características demográficas y sus preferencias personales⁽²⁷⁾. Tras la realización de un metaanálisis, Hall et al⁽²⁸⁾ observaron que, de las características demográficas, influían notablemente en la satisfacción la edad, el nivel de educación y el nivel de ingresos económicos. Las puntuaciones de satisfacción más altas eran las de los pacientes con edad más avanzada y un menor nivel de educación. En nuestro caso, la variable asociada con la ST es la clase social basada en la ocupación. Otros factores mencionados que podrían ser determinantes tanto de la satisfacción con la atención médica como de la ST podrían ser el estado y la historia de la enfermedad o bien la relación médico-paciente⁽⁹⁾, aunque el factor más importante podría ser el propio tratamiento y sus factores relacionados. Entre ellos, la información sobre el mismo, su coste, la complejidad o la comodidad de uso.

En el estudio, a pesar de haberse obtenido una elevada tasa de respuesta, debemos señalar las principales limitaciones que se desprenden del diseño elegido, como la ausencia de una secuencia temporal (lo que dificulta evaluar relaciones causales entre las variables consideradas) o la utilización de un muestreo no probabilístico (lo que podría haber introducido algún sesgo de selección de los participantes).

En conclusión, hemos comprobado en general un aceptable nivel de ST en los pacientes

hipertensos, a la vez que un insuficiente control de las cifras de PA y una elevada proporción de pacientes incumplidores. El nivel de satisfacción está condicionado tanto por la efectividad como por el nivel de adherencia terapéutica, aunque intervienen variables relacionadas con las características del paciente, del tratamiento y del estado de salud. Para todos los profesionales sanitarios, la ST puede ser en los próximos años un área importante de desarrollo, puesto que el paciente, como actor principal de su enfermedad, va a convertirse en el decisor clave sobre sus tratamientos. Por ello, van a ser necesarios nuevos estudios en la población hipertensa para disponer de más evidencias que permitan conocer mejor la ST y sus determinantes como una parte importante de los resultados en la salud.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas con hipertensión arterial que de forma desinteresada participaron en la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra C, Ruilope LM. Effectiveness of antihypertensive treatment and control of blood pressure: Is it improvable? *Med Clin (Barc)*. 2013;141:343–345.
2. Turnbull F, Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: Results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2003;362:1527–1535.
3. Neaton JD, Grimm RH Jr, Prineas RJ, Stamler J, Grandits GA, Elmer PJ et al. Treatment of Mild Hypertension Study. Final results. Treatment of Mild Hypertension Study Research Group. *JAMA* 1993;270:713–724.
4. Mediavilla García JD, Sabio Sánchez JM, Fernández-Torres C. Tratamiento de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2003;120:108–116.

5. Katz JN. Patient preferences and health disparities. *JAMA*. 2001;286:1506-1509.
6. Wright JG. Evaluating the outcome of treatment. Shouldn't We be asking patients if they are better? *J Clin Epidemiol* 2000;53:549-553.
7. Taylor TR. Understanding the choices that patients make. *J Am Board Fam Pract*. 2000;13:124-133.
8. Atkinson MJ, Sinha A, Hass SL, Colman SS, Kumar RN, Brod M et al. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:12.
9. Revicki DA. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut*. 2004;53(Suppl IV):40-44.
10. Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care*. 2001;10 (Suppl 1):i34-i38.
11. Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Annu Rev Nurs Res*. 2000;18:48-90.
12. Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F, Aranguren JL. Development and Validation of the "Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire" (SATMED-Qs). *Value Health*. 2008;11:913-926.
13. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict cost of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1234-1240.
14. EuroQol group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
16. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-363.
17. Catalá -López F, Sanfélix-Gimeno G, García-Torres C, Ridaio M, Peiró S. Control of arterial hypertension in Spain: A systematic review and meta-analysis of 76 epidemiological studies on 341.632 participants. *J Hypertens*. 2012;30:168-176.
18. Sicras Mainar A, Fernández de Bobadilla J, Rejas Gutiérrez J, García Vargas M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *An Med Interna (Madrid)*. 2006;23:361-368.
19. Villar López J, Lizán Tudela L, Soto Alvarez J, Peiró Moreno S. Treatment satisfaction. *Aten Primaria*. 2009;41:637-645.
20. Rofail D, Abetz L, Viala M, Gait C, Baladi JF, Payne K. Satisfaction and adherence in patients with iron overload receiving iron chelation therapy as assessed by a newly developed patient instrument. *Value Health*. 2009;12:109-117.
21. Atkinson MJ, Kumar R, Cappelleri JC, Hass SL. Hierarchical construct validity of the treatment satisfaction questionnaire for medication (TSQM version II) among outpatient pharmacy consumers. *Value Health*. 2005;8(Suppl 1):S9-S24.
22. Bharmal M, Payne K, Atkinson MJ, Desrosiers MP, Morisky DE, Gemmen E. Validation of an abbreviated Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM-9) among patients on antihypertensive medications. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:36.
23. Soto J. Valoración de los resultados en salud percibidos y comunicados por los pacientes: ¿necesidad o lujo? *An Med Interna (Madrid)*. 2006;23:136-138.
24. Doward LC, McKenna SP. Defining patient-reported outcomes. *Value Health*. 2004;7(Suppl 1):S4-8.

25. Herdman M, Badia X. La medida de la satisfacción con el tratamiento en la Investigación de Resultados en Salud. En: Badia X, editor. La investigación en resultados en salud. Barcelona: Edimac; 2000. p. 79–93.
26. Linde-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med. 1982;16(5):577–82.
27. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. Med Care Res Rev. 1996;53:3–27.
28. Hall JA, Dornan MC. Patients sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1990;30:811–818.