

Cumplimentación y efectos secundarios del tratamiento de la hipertensión arterial

Vicenç Thomas Mulet (*)
Joan Llobera Cànaves (**)

La hipertensión arterial (HTA), es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad, morbilidad e incapacidad por causa cardiovascular en la población adulta de los países desarrollados. El tratamiento farmacológico se ha mostrado eficaz al reducir la mortalidad y la morbilidad en la HTA severa y moderada y con resultados más dudosos en la HTA leve. Quizás el gran problema de la HTA es el gran número de hipertensos no diagnosticados o no controlados. En los años setenta, en Estados Unidos, se decía que el 50 % de los hipertensos saben que lo son, de éstos, sólo el 50 % recibe tratamiento y sólo el 50 % de los tratados se hallan controlados. Hoy en día, estas cifras han mejorado considerablemente (1). En nuestro medio, en general, se considera que sólo estamos evitando el exceso de riesgo cardiovascular en un 10 % de la población hipertensa.

Por todo ello, es muy importante cuidar todos los aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, si queremos conseguir los objetivos de reducir la morbi-mortalidad cardiovascular atribuible a la HTA.

Concepto de cumplimiento

Puede definirse «como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las prescripciones del médico» (2). Además de cumplimiento se utilizan otros términos como *observancia*, *adherencia* o «*compliance*».

Se suele utilizar mucho tiempo, esfuerzo y dinero en el estudio de los efectos de los medicamentos, pero se ha prestado poca atención al hecho de si el paciente los toma o no (3). La eficacia terapéutica de un producto en un ensayo clínico puede ser muy elevada, pero en cambio si la enfermedad a tratar no produce síntomas, el medicamento requiere muchas tomas, tiene ciertos efectos indeseables molestos y frecuentes seguramente encontraremos que la efectividad en la población tratada es mucho más baja que la eficacia teórica.

Estudios epidemiológicos en nuestro país demuestran que el porcentaje de hipertensos diagnosticados, tratados y controlados, es muy bajo. Los trabajos que valoran la cumplimentación señalan cifras entre el 33 % y el 71 % (4-7). En estos estudios los métodos de valoración son diferentes, pero en general, nos dan una idea de la magnitud del problema.

Factores que determinan el cumplimiento

Su conocimiento y estudio se basa en la posibilidad que al identificarlos se evite o reduzca el mal cumplimiento de la prescripción. Los factores que determinan el cumplimiento se pueden agrupar según (8-12): (Tabla I).

* *Características del paciente*: Intervienen factores demográficos (edad, sexo, nivel socioeconómico) y factores psicológicos.

* *Características del entorno familiar*: Pueden existir factores que mejoren el cumplimiento (apoyo moral, supervisión en la toma de la medicación, existencia de antecedentes de la misma en-

(*) Médico de Familia
Centro de Salud de Camp Rodó
(**) Técnico de Salud Pública.
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

TABLA I.
ASPECTOS QUE DETERMINAN EL CUMPLIMIENTO

- * Características del paciente
- * Características del entorno familiar
- * Características del tratamiento
- * Características de la enfermedad padecida
- * Características de la organización de la atención

fermedad dentro de la familia) o que lo empeoren (existencia de problemas familiares, el número de miembros en la familia).

* *Características del tratamiento:* La duración del mismo (el cumplimiento disminuye a medida que se prolonga la duración del tratamiento), la aceptación del tratamiento por parte del paciente, la pauta terapéutica (vía de administración, asociación con otros fármacos, número de tomas al día, complejidad de la prescripción, modificación de los hábitos de vida), control del tratamiento (enfermos hospitalizados, pacientes ambulatorios).

Pongamos un ejemplo ilustrativo, comparando dos tratamientos:

AntiHTA-A:

Dosis correcta: 3 comp./día (21 comp./semana).

30 % relatan mareos y/o astenia y/o somnolencia.

Eficacia teórica 90 % (de los que lo toman correctamente reducen la HTA a límites aceptables).

Eficacia de 70 % si toman entre 15 y 20 comp./semana.

Eficacia de 40 % si toman entre 7 y 14 comp./semana.

Tras un estudio de cumplimentación observamos que antiHTA-A, de 100 pacientes 40 toman 21 comp./semana, 30 toman entre 15 y 20 comp./semana y 30 entre 7 y 14 comp./semana.

AntiHTA-B:

Oral: 1 dosis/día.

10 % relatan mareos y/o astenia y/o somnolencia.

Eficacia teórica 70 % (7 comp./semana)

Eficacia 60 % si toman entre 5 y 6 comp./semana.

Con antiHTA-B, de 100 pacientes 90 toman 1 comp./día (7 comp./semana) y 10 toman 5 o 6 comp./semana.

EFFECTIVIDAD DE AntiHTA-A: $0,9 \times 40 + 0,7 \times 30 + 0,4 \times 30 = 69$

EFFECTIVIDAD DE AntiHTA-B: $0,7 \times 90 + 0,6 \times 10 = 69$

Comentario: la efectividad de B es idéntica a A, en cambio los pacientes están menos medicados y tienen 1/3 de efectos indeseables.

* *Características de la enfermedad padecida:* En función del diagnóstico, tratamiento y gravedad del proceso. La HTA es una enfermedad asintomática (generalmente), que requiere tratamiento de larga evolución y sus riesgos o beneficios se obtienen después de muchos años.

* *Características de la organización de la atención:* La comunicación entre el médico y el paciente, el grado de satisfacción del paciente con la visita médica o de enfermería, el tipo de seguimiento del paciente, la concertación de citas, la accesibilidad (telefónica y física), la continuidad del equipo asistencial.

Métodos de valoración del cumplimiento

Medir bien el cumplimiento es difícil y complejo por los diferentes factores que se implican. Un individuo hipertenso puede tomar los medicamentos aconsejados, pero ignorar los consejos sobre sus hábitos higiénico-dietéticos. Los métodos que estudian el cumplimiento pueden agruparse en: directos e indirectos (9,10) (Tabla II).

* *Métodos directos:* Son objetivos, específicos y dan cifras de incumplimiento más altas. Son más complicados, caros y de difícil realización a grandes niveles asistenciales, además de no existir siempre técnicas de determinación establecidas. La monitorización de los niveles plasmáticos, la medición de la excreción urinaria de los fármacos o sus metabolitos, el empleo de marcadores bioquímicos, etc., son diversos métodos posibles. Muchos de ellos son invasivos

TABLA II.
MÉTODOS DE VALORACION DEL CUMPLIMIENTO (*)

DIRECTOS:

- * Monitorización de niveles plasmáticos
- * Medición de excreción urinaria del fármaco o sus metabolitos
- * Empleo de marcadores
- * Identificación de fármacos o metabolitos en aire expirado
- * Detección en heces, sudor, semen, lágrimas...

INDIRECTOS:

- * Información verbal y escrita del enfermo, familiares, cuidadores, médicos, enfermería
- * Recuento de comprimidos
- * Resultado del tratamiento
- * Aparición de efectos indeseables
- * Monitorización de asistencia a programados

(*) Modificado de Duran JA, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que la determinan y recomendaciones para mejorarla. Med Clin (Barc) 1988;90:338-343.

y debe valorarse la variabilidad personal (función hepática, función renal, masa corporal).

* *Métodos indirectos:* Son más sencillos y baratos, por tanto más utilizados, pero no son objetivos, ya que la información la proporcionan los médicos, la enfermera, el propio paciente o su familia. Generalmente tienden a sobrevalorar el cumplimiento. Su utilización es más complicada en tratamientos no farmacológicos.

Pueden consistir en la valoración subjetiva del médico sobre el cumplimiento, establecer un control de citas programadas, valorar los efectos terapéuticos o la aparición de efectos secundarios, el recuento de comprimidos, la utilización de tarjetas de larga duración (usadas en centros de salud para la prescripción crónica), agenda o informe del propio paciente.

Características de la cumplimentación en el tratamiento de la HTA

La HTA presenta, actualmente, un tratamiento combinado de recomendaciones higiénico-dietéticas (HD) asociadas o no, al tratamiento farmacológico. El tratamiento con medidas higiénico-dietéticas se recomienda, inicialmente, en todos los hipertensos con cifras diastólicas inferiores a 100 mmhg. Puede asegurar el control de hipertensos leves y reducir la dosis de los fármacos a utilizar.

* **Cumplimentación del tratamiento**

no farmacológico: Actualmente se sugieren unas medidas HD (1,13) que consisten en:

- a) reducir la ingesta de sal por debajo de 5 g/día;
- b) dieta con alto contenido en potasio (frutas y verduras);
- c) no administrar suplementos de calcio;
- d) menos del 35 % de la energía total de una dieta debe provenir de las grasas (a expensas de las poliinsaturadas y monosaturadas);
- e) reducir el sobrepeso mediante dieta hipocalórica;
- f) ingesta de alcohol inferior a 30-40 g alcohol/día;
- g) abandonar el hábito tabáquico;
- h) puede tomarse café moderadamente;
- i) realizar ejercicio físico isotónico (caminar, nadar...);
- j) reducir el estrés.

Como vemos, las medidas HD, generalmente, interfieren las pautas de conducta de los hipertensos y pueden provocar grandes sacrificios. Por todo ello es muy importante no hacer planteamientos maximalistas y sí hacer aproximaciones realistas a la vida y costumbres de cada hipertenso, sobre todo en la fase de diagnóstico, y al indicar las primeras pautas. Deben hacerse revisiones regulares y pautas objetivas a corto y medio plazo. El cumplimiento de las medidas HD dependerá de (14):

- 1.- El grado de HTA. Son mejores cumplidores los hipertensos moderados y graves.
- 2.- La presencia de repercusiones orgánicas o de enfermedades asociadas.

3.- La personalidad del paciente, el nivel de ansiedad o depresión y cómo vive la modificación de su estilo de vida.

4.- La edad. Es más importante insistir en medidas HD en pacientes jóvenes por su repercusión a largo plazo, que a los ancianos, donde determinadas restricciones pueden ocasionar grandes perturbaciones.

5.- La relación médico-paciente y la estructura sanitaria. El contacto directo médico-paciente es el factor principal en el cumplimiento. Proporcionar un buen nivel de información sanitaria, saber la naturaleza de su enfermedad y sus complicaciones, qué tratamiento se le propone y el porqué de su eficacia, la importancia de asistir a unas citas programadas, qué es lo que se espera de él, reconocer y valorar el papel de las consultas de enfermería, son aportaciones a un buen cumplimiento.

Por todo ello, es en el campo del no cumplimiento donde la educación sanitaria tiene un papel relevante (15,16), orientada a conseguir que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa para su salud. Las técnicas en educación sanitaria son varias (12): técnicas de implicación del paciente, técnicas de apoyo familiar, técnicas de información sobre la HTA, etc., pero en atención primaria lo más importante es la comunicación directa entre el paciente y el personal sanitario que le atiende habitualmente.

*** Cumplimentación del tratamiento farmacológico.** Hoy en día la asociación de medidas HD y el tratamiento farmacológico con uno o varios fármacos permite controlar alrededor del 90 % de los hipertensos. Numerosos estudios, sin embargo, demuestran que no es así, por la baja adherencia al tratamiento propuesto (4-7).

Diversos factores lo determinan (17,18):

1.- *Factores ligados al propio paciente:* Es la causa más frecuente. Con frecuencia el fármaco no es tomado a dosis plenas, sólo en días determinados (previos a los controles periódicos, etc.). Factores socioeconómicos y culturales han de evaluarse previamente al régimen farmacológico prescrito.

Las personas de edades extremas, el joven por no entender la toma de una medicación de por vida para disminuir un factor de riesgo, para una enfermedad generalmente asintomática. El anciano por tener asociadas diversas enfermedades con tratamientos diversos, en ocasiones la incapacidad física de autoadministración, la mayor susceptibilidad a sufrir o padecer diferentes efectos secundarios, en ocasiones no suficientemente explicados. Todas estas consideraciones pueden intentar soslayarse, aumentando la educación sanitaria y empleando regímenes terapéuticos más sencillos. Una información sanitaria mayor, posibilita mayores niveles de control tensional (13). Por ello el régimen terapéutico escogido tiene que relacionarse con el paciente concreto, con su personalidad y su entorno familiar.

La personalidad paranoica, hipocondríaca, puede dificultar el tratamiento. Debe intentar conseguirse una implicación activa del paciente en su propio tratamiento y su contribución puede facilitar la consecución del objetivo.

Algunos trabajos (19) implican al sexo, en este caso el femenino, como asociado al mejor cumplimiento y control.

2.- *Factores ligados a la estructura sanitaria:* La cronicidad y la alta prevalencia de la HTA hacen del equipo de atención primaria el pivote principal del éxito terapéutico. Debe asegurarse una continuidad del equipo asistencial, mostrar un nivel de conocimiento suficiente (elección y dosificación correctas) y mostrar una actitud positiva. La existencia de una buena relación médico-paciente es indispensable. La actitud negativa del médico puede ser causa de incumplimiento (20). El médico y la enfermera deben ser lo suficientemente flexibles para «negociar» un plan terapéutico para obtener un objetivo, para proporcionar información sanitaria, deben facilitar accesibilidad en horas concertadas para controles tensionales o pruebas complementarias o ayudar a resolver problemas que puedan surgir.

3.- *Factores ligados a la propia enfermedad:* La HTA es una enfermedad crónica

y, a menudo, asintomática, características ambas que dificultan un cumplimiento durante años. La coexistencia de otras enfermedades o familiares cercanos hipertensos, con repercusión orgánica asociada, suelen mejorar el cumplimiento. Debe intentarse personalizar el intervalo entre visitas para evitar obsesiones o actitudes irresponsables. Por esto tienen gran importancia, entre otras cosas, las consultas de enfermería.

4.- Factores ligados a los antihipertensivos: Debe intentarse la simplicidad en el tratamiento. Valorar el número de fármacos, número de comprimidos o número de dosis por día, o cuando deben ingerirse (antes o después de las comidas, etc.).

Los efectos secundarios o las reacciones adversas es otro factor a tener en cuenta. La HTA es una enfermedad asintomática y si el fármaco prescrito produce un efecto secundario, lo más probable es que el paciente deje de tomarlo. Algún efecto secundario es frecuente, pero leve. Previendo al paciente puede conseguirse que no deje de tomarlo o que acuda para proporcionarle otro fármaco (debe saber que existen muchos antihipertensivos). Evidentemente una buena relación médico-paciente, puede facilitar mucho las cosas.

Asimismo debe informarse de que determinados fármacos (bloqueadores adrenérgicos centrales, bloqueadores beta) al suprimirse bruscamente pueden producir efecto rebote.

Las interacciones e interferencias medicamentosas, deben tenerse en cuenta. La ingesta de alimentos o determinados fármacos, algunos de uso corriente (anovulatorios, antiinflamatorios no esteroideos, bicarbonato, el ginseng, etc.) pueden alterar el éxito de un plan terapéutico correcto.

Medidas para favorecer el cumplimiento terapéutico (1,11,12,17,21):

- Proporcionar información sanitaria al paciente, en relación a su HTA (diagnóstico, tratamiento y pronóstico).
- Los profesionales sanitarios deben tener presente el problema del cumplimiento.

- Coordinación entre médico y enfermera y otros niveles asistenciales.
- Potenciar las consultas de enfermería.
- Favorecer la continuidad del equipo asistencial.
- Aumentar la accesibilidad.
- Establecer calendario de visitas de control.
- Atención específica a los pacientes no cumplidores.
- Controles sobre número de fármacos consumidos.
- Observación de efectos secundarios.
- Proporcionar información oral y escrita.
- Incluir al paciente en las decisiones: negociar tratamiento y pactar objetivos.
- Simplificar el tratamiento: utilizar el menor número de fármacos y dosis posible.
- Incorporar el tratamiento al estilo de vida del paciente.
- Animar al paciente a que informe de los efectos secundarios y exponga dudas y problemas. Avisarle de posibles efectos secundarios.
- En determinados casos, proponer al paciente la monitorización de su propia HTA.
- Minimizar el coste del tratamiento, sobre todo si repercute sobre el paciente.
- Proporcionar refuerzos positivos que facilitan cambios de conducta.
- Promover la educación sanitaria que aumente la implicación del paciente, el apoyo familiar o que proporcione información sobre la HTA.
- Colaborar con otros profesionales (enfermeras, pediatras, farmaceuticos).

Efectos secundarios del tratamiento de la HTA

La individualización del tratamiento antihipertensivo es muy importante. Cuando un hipertenso, correctamente diagnosticado, necesita un tratamiento farmacológico, deberemos elegir el fármaco más adecuado a las características de dicho paciente y tendremos que valorar todas las circunstancias que le rodean. Desde las características del enfermo (edad, factores de riesgo cardiovascular asociados, repercusión orgánica de la HTA, enfermedades concomitantes, etc.)

TABLA III.
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS (*)

FÁRMACOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
Antagonistas del calcio	Edemas, cefaleas, mareos, enrojecimiento cutáneo	- Con precaución en enfermos con insuficiencia cardíaca y mala función ventricular, bradicardia o bloqueo A-V (con verapamil y diltiazem en particular). - Útiles en HTA asociada a angina de esfuerzo o de reposo, hiperlipidemias o vasculopatía. - Reducen la hipertrofia cardíaca.
Dihidropiridinas	Taquicardia	- De elección para asociar a bloqueantes betaadrenérgicos.
Verapamil	Estreñimiento	- Riesgo de cardiodepresión asociados a bloqueantes betaadrenérgicos.
Diltiazem	Estreñimiento	
Agonistas ALFA-2. Adrenérgicos centrales	Somnolencia, sedación, boca seca, fatiga, impotencia.	- HTA de rebote tras supresión brusca del tratamiento.
Clonidina		- Útiles en hiperlipidemias.
Guanfacina		- Utilizar a dosis bajas en ancianos.
Guanabenz		- Contraindicados en hepatopatías o depresión.
Metildopa		
Bloqueantes de la liberación de noradrenalina	Diarrea, impotencia, hipotensión ortostática.	- Con precaución en ancianos debido al riesgo de hipotensión postural.
Guanetidina		
Guanadrel		
Reserpina	Depresión, somnolencia, congestión nasal.	- No utilizar en enfermos con depresión o ulcus gástrico.
Bloqueantes ALFA Y BETA-adrenérgicos		
Labetalol	Broncoespasmo, hipotensión ortostática.	- Contraindicaciones en asma, EPOC, insuficiencia cardíaca, bloqueo A-V y enfermedad del seno. Con precaución en vasculopatías periféricas y en diabéticos tratados con insulina.
Diuréticos		
Tiazidas y fármacos relacionados.	Deshidratación, hipopotasemia, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, intolerancia a la glucosa, alteraciones sexuales.	- Pueden ser ineficaces en insuficiencia renal. - La hipopotasemia potencia la intoxicación digitalítica. - Contraindicados en hiperuricemia, diabéticos e hiperlipidemias. - Útiles en enfermos con insuficiencia cardíaca.
Diuréticos del ASA	Los de las tiazidas Ototoxicidad	- Son efectivos en insuficiencia renal. - Hipopotasemia e hiperuricemia.
Ahorradores de K		
Espironolactona	Hiperpotasemia	- Riesgo de hiperpotasemia e insuficiencia renal en enfermos tratados con inhibidores del enzima de conversión o antiinflamatorios no esteroideos.
Amiloride	Ginecomastia	
Triamterene		- Contraindicados en litiasis renal
Bloqueantes ALFA-1. Adrenérgicos postsinápticos		
Prazosín	Debilidad, palpitaciones, hipotensión ortostática, efecto de primera dosis, pseudotolerancia.	- Con precaución en ancianos debido a hipotensión postural.
Doxazosina		- Útil en hiperlipidemias

(*) Tomado de: Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.

TABLA III.
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS (continuación) (*)

FÁRMACOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
Bloqueadores Beta-adrenérgicos	Broncoespasmo, fatiga, insomnio, impotencia, hipertrigliceridemia	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicados en pacientes con asma, EPOC, insuficiencia cardíaca, bloqueo A-V, bradicardia sintomática. - Con precaución en hiperlipidemias, vasculopatías periféricas y diabetes tratada con insulina. - No suprimir bruscamente el tratamiento en pacientes con cardiopatía isquémica. - Útiles en HTA asociada a angina de esfuerzo, ansiedad, migraña y arritmias. - Reduce hipertrofia cardíaca. - Útiles en profilaxis secundaria de la cardiopatía isquémica. - La efectividad del propanolol disminuye en fumadores.
Inhibidores de la enzima de conversión	Hiperkalemia, tos, rash, disgeusia, edema angioneurótico, proteinuria, neutropenia.	<ul style="list-style-type: none"> - Peligro de insuficiencia renal en presencia de estenosis bilateral o unilateral con riñón único. - Deben evitarse en embarazadas. - Útiles en HTA asociada a insuficiencia cardíaca, hiperlipidemias y vasculopatía periférica. - Reducen hipertrofia cardíaca. - Riesgo de acentuar hipotensión en pacientes con diuréticos. - Riesgo de hiperkalemia al asociarlo a diuréticos ahorradores de K. - Riesgo de hipotensión al inicio del tratamiento.
Vasodilatadores	Cefaleas, taquicardia, retención hidrosalina, hipotensión postural.	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden desencadenar angina en afectos de cardiopatía isquémica.
Hidralacina	Síndrome tipo lupus	- Derrame pleural y pericárdico.
Minoxidil	Hipertriosis	- Cambios en la onda T

(*) Tomado de: Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.

hasta las características del fármaco (farmacocinética, biodisponibilidad, mecanismo de acción, efectos secundarios, interacciones medicamentosas, coste económico, etc.).

Como hemos comentado anteriormente, uno de los motivos del no cumplimiento terapéutico en la HTA es la utilización de fármacos hipotensores y la aparición de efectos secundarios en una enfermedad, generalmente, asintomática. Estos fármacos pueden producir múltiples efectos secundarios, que pue-

den agruparse por fármacos antihipertensivos (Tabla III), efectos metabólicos (Tabla IV), signos o síntomas (Tabla V) o producir interacciones o interferencias medicamentosas (Tabla VI), como se resume a continuación (1,13,22,23).

Conclusión

Si queremos reducir la mortalidad y morbilidad producida por la HTA, debemos tener presente el problema del cumpli-

**TABLA IV.
EFECTOS SECUNDARIOS BIOQUÍMICOS ASOCIADOS A LOS ANTIHIPERTENSIVOS**

EFECTOS SECUNDARIOS	FÁRMACO
* Hiponatremia (hipovolemia)	Diuréticos
* Retención hidrosalina	Vasodilatadores puros Alfametildopa Clonidina
* Hipopotasemia o hipomagnasemia	Diuréticos
* Hiperpotasemia	Diuréticos ahorradores de potasio IECAs
* Hiperuricemia	Diuréticos
* Intolerancia hidrocarbonada	D. Tiacídicos Betabloqueantes
* Hipo/hipercalcemia	Diuréticos
* Alteración perfil lipídico	Betabloqueantes Diuréticos

**TABLA V.
EFECTOS SECUNDARIOS (SIGNOS Y SÍNTOMAS) PRODUCIDOS POR ANTIHIPERTENSIVOS**

SIGNO - SINTOMA	FÁRMACO
* Cefalea	Antagonistas del calcio Vasodilatadores
* Taquicardia	Antagonistas del calcio (dihidropiridinas)
* Estreñimiento	Verapamilo Diltiazem Clonidina
* Hipotensión ortostática	Bloq. liberación noradrenalina Bloq. alfaadrenérgicos Bloq. alfa-betaadrenérgicos IECAs (si existe deplección hidrosalina o toma de tiacidas)
* Broncoespasmo	Bloq. alfa-beta adrenérgicos Bloq. betaadrenérgicos Guanetidina
* Depresión	Agonistas alfa2 adrenérg. centrales Reserpina Bloq. betaadrenérgicos Betabloqueantes Bloq. alfa-betaadrenérgicos
* Alteraciones sexuales	Agonistas alfa2 adrenérgicos Bloq. liberación noradrenalina Tiacidas y diuréticos ahorradores K Bloq. betaadrenérgicos Bloq. alfa-betaadrenérgicos
* Efecto rebote o de discontinuación	Clonidina Alfametildopa Reserpina Guanetidina Bloq. betaadrenérgicos

TABLA VI.
INTERACCIONES E INTERFERENCIAS EN LA
TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA

- * Ingesta de alimentos
- * Tabaco
- * Alcohol
- * Acido glicérico
- * Carbenoxolona
- * Ginseng
- * Bicarbonato sódico
- * Anovulatorios. Estrógenos
- * Antiinflamatorios no esteroideos
- * Corticoides
- * Antidepressivos: IMAO, amitriptilina, imipramina
- * Anorexígenos con núcleo anfetamínico
- * Hormonas tiroideas
- * Decongestionantes nasales

miento terapéutico. Para ello debemos desarrollar estrategias que lo mejoren, organizando la atención de forma adecuada, negociando objetivos terapéuticos y establecer una pauta terapéutica que debe ser pactada, individualizada (valorar efectos secundarios, interacciones y enfermedades asociadas), simple (menor número posible de fármacos y dosis), escalonada y barata. Además debemos proporcionar información y educación sanitaria al paciente y a su familia, con un soporte social adecuado.

Bibliografía

- 1.- The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch of Int Med 1993; 153: 154-183.
- 2.- Sackett D. Haynes B, Tugwell P. Cumplimiento. En: Epidemiología Clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Ediciones Díaz Santos, S.A. 1989; 259-289.
- 3.- Blackwell B. Drug Therapy Compliance. N Engl J Med. 1973; 289: 249-253.
- 4.- Batalla C., Blanquer A., Ciurana R., García M., Jordi E., Pérez A. et al Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Atención Primaria 1984; 1: 185-191.
- 5.- Turavian J.L., Breznes J.A., Blázquez P., De Lorenzo A., Mateo S. Cumplimiento y control de HTA, un estudio aleatorio en una zona rural. Atención Primaria 1986; 3: 15-18.
- 6.- Dalfo A., Botey A., Bril P., Esteban J., Gual J., Revert L., Estudio del seguimiento y control del paciente hipertenso en la asistencia primaria y hospitalaria. Atención Primaria 1987; 4: 233-239.
- 7.- Torre J., Fernández R., López-Miranda J., Nicolás M., López-Segura F., Pérez-Jiménez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control de la hipertensión arterial en un medio urbano. Rev Clin Esp., 1987; 103-106.

- 8.- Bonada C., Guarner M.A., Antó J.M., Mata M., Mouraba M., Travería M., Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. Atención Primaria 1985; 2: 167-171.
- 9.- Durán J.A., Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med. Clin (Bacc) 1988; 90: 338-343.
- 10.- Merino J., Gil V., Belda J. Métodos de conocimiento y medida de la observancia. En: Martínez A. La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Ediciones Doyma 1993; 7-29.
- 11.- Martínez A. Estrategias para mejorar la observancia terapéutica en el hipertenso. En: Pardell H., Rodicio J.L. Tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Ediciones Doyma 1993, 161-166.
- 12.- Fernández M.L. Cumplimiento del tratamiento. En: Fernández M.L., De la Figuera M. Hipertensión arterial. Problemas diagnósticos y terapéuticos. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992; 113-119.
- 13.- Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
- 14.- Abellán J. Observancia del tratamiento no farmacológico. En: Martínez A. La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona: Ediciones Doyma, 1993; 31-47.
- 15.- Travería M., Monraba M., Mata M., Antó J.M., Guarner M.A., Papel de la educación sanitaria en la mejora del cumplimiento de los pacientes hipertensos. Atención Primaria 1987; 4: 204-214.
- 16.- Fernández M.L. La educación sanitaria en la hipertensión arterial. Atención Primaria 1988; 5: 40-42.
- 17.- Aranda P., Aranda F.J. Observancia del tratamiento farmacológico. En: Martínez A. La observancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Barcelona. Ediciones Doyma, 1993; 49-63.
- 18.- Clark L. Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. Am Heart J 1991; 121: 664-669.
- 19.- La hipertensión arterial en España. Segunda edición. Ed Helios Pardell. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid 1986.
- 20.- Abanades J.C., Otero A., Alvarez M.J., Acedo S.A., Llorente C. Auditoria de un protocolo de hipertensión arterial en Atención Primaria (tratamiento inicial y seguimiento). Atención Primaria 1987; 4: 241-247.
- 21.- Abellán J., Martínez A., editores. La Hipertensión Arterial en Atención Primaria. Recomendaciones para su detección, evaluación y control. Barcelona: J.R. Prous, 1991.
- 22.- Fármacos para el tratamiento de la hipertensión arterial. The Medical Letter. Ed. esp. 1991; XII: 61-66.
- 23.- Fitxes de farmacoteràpia. Gerencia de Atención Primaria. Insalud. Palma 1993.

Correspondencia:

Vicenç Thomas Mulet.
Centro de Salud de Camp Rodó.
Carretera de Valldemossa 71, 07010 Palma.