

Seguimiento compartido de la Hipertensión Arterial en dos centros de salud Shared Follow-Up of Arterial Hypertension in Two Primary Care Health Centers

AUTORAS

Aurelysmar P. Grimán Perozo y María I. Ascensão Cruz

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. Centros de Salud de Bertamiráns y Ordes.

Autora de correspondencia: Aurelysmar P. Grimán Perozo, aury17.90@gmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar si el seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) realizado durante un año en dos centros de Atención Primaria se ajusta a las recomendaciones de la Guía ESC-ESH 2018 para su control y estratificación del riesgo cardiovascular.

Diseño: Estudio observacional descriptivo multicéntrico.

Emplazamiento: Dos centros de salud de Atención Primaria.

Participantes: 402 pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de HTA que acudieron a consulta entre septiembre y noviembre de 2023. Se excluyeron quienes rechazaron el consentimiento informado, presentaban enfermedad crónica muy avanzada (ASA IV) o se encontraban en cuidados paliativos.

Mediciones principales: Se evaluaron variables sociodemográficas, seguimiento medicina-enfermería en 2022, exploración física registrada, pruebas complementarias, estilo de vida, tratamiento antihipertensivo, composición corporal y comorbilidades. Se analizaron según recomendaciones de la Guía ESC-ESH 2018.

Resultados: El 66,7% de los pacientes tuvo al menos un control médico en 2022, pero solo el 26,6% contó con dos o más controles de enfermería. El 34,1% alcanzó simultáneamente los objetivos de tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD). El registro de exploración física fue incompleto, destacando la baja anotación de pulsos periféricos (9,5%). Menos de un tercio tenía índice tobillo-brazo (ITB), Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o fondo de ojo. El 97,5% tenía tratamiento antihipertensivo farmacológico, principalmente biterapia con antagonistas de receptores de angiotensina 2 (ARAI) y diuréticos tiazídicos. El 87,1% presentaba comorbilidades, especialmente dislipemia (71,9%) y obesidad (51,5%). El 12,9% precisó derivación hospitalaria, logrando mejor control el 50% de ellos.

Conclusiones: El seguimiento de la HTA en Atención Primaria presenta áreas de mejora, especialmente en continuidad asistencial por enfermería, registro clínico y acceso a pruebas diagnósticas clave. La optimización de recursos y la coordinación multidisciplinar podrían mejorar el control tensional y reducir derivaciones.

Palabras clave: Hipertensión arterial; Factor de riesgo cardiovascular; seguimiento.

Abstract

Objective: To assess whether the follow-up of patients with arterial hypertension (AH) carried out over one year in two Primary Care centers complies with the recommendations of the Guide ESC-ESH 2018 for its control and cardiovascular risk stratification.

Design: Multicenter descriptive observational study.

Setting: Two Primary Care health centers.

Participants: 402 patients aged ≥ 18 years with a diagnosis of AH who attended consultation between September and November 2023. Patients who declined informed consent, those with very advanced chronic disease (ASA IV), or those receiving palliative care were excluded.

Main measurements: Sociodemographic variables, medical and nursing follow-up in 2022, recorded physical examination, complementary tests, lifestyle habits, antihypertensive treatment, body composition, and comorbidities were assessed. Data was analyzed according to the 2018 ESC-ESH Guidelines.

Results: 66.7% of patients had at least one medical follow-up in 2022, but only 26.6% had two or more nursing visits. A total of 34.1% simultaneously achieved both systolic and diastolic blood pressure targets. The physical examination records were

incomplete, with notably low documentation of peripheral pulses (9.5%). Less than one-third underwent ankle-brachial index (ABI), Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM), or fundoscopic examination. Pharmacological antihypertensive treatment was prescribed in 97.5% of cases, mainly dual therapy with angiotensin II receptor antagonists (ARBs) and thiazide diuretics. Comorbidities were present in 87.1%, particularly dyslipidemia (71.9%) and obesity (51.5%). Hospital referral was required in 12.9% of patients, of whom 50% achieved improved blood pressure control. **Conclusions:** Hypertension follow-up in Primary Care shows room for improvement, especially regarding continuity of nursing care, clinical documentation, and access to key diagnostic tests. Optimizing resources and enhancing multidisciplinary coordination could improve blood pressure control and reduce referrals.

Keywords: Hypertension; Cardiovascular Risks Factors; follow-up.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la elevación de la presión de la sangre en nuestros vasos sanguíneos por encima de 140/90 mmHg¹.

Se estima que en el mundo hay 1280 millones de personas entre 30 y 79 años con HTA, y que se diagnostica y trata a menos de la mitad de los adultos que la padecen (sólo al 42%)¹. De hecho, en los últimos años, la prevalencia de HTA se incrementó a causa del aumento de sus factores de riesgo.

Éste hecho es relevante porque la HTA es uno de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) más importantes y puede conllevar al desarrollo de graves comorbilidades^{1,2,3}.

Se estima que sólo el 23% de los adultos hipertensos tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial (PA) según las recomendaciones actuales¹. Es por ello que la frecuencia del seguimiento de PA en el centro de salud es importante.

Sin embargo, un seguimiento adecuado puede depender de factores como la gravedad de la HTA, la necesidad de un control rápido de las cifras de la PA y de las enfermedades concomitantes que tenga el paciente, y debe realizarse de forma combinada por personal médico y de enfermería, debiendo establecerse la frecuencia de visitas para cada paciente.

Por lo que el objetivo principal de este estudio es analizar el seguimiento compartido realizado a los pacientes con HTA durante un año. Evaluamos como objetivos secundarios el grado de control de pacientes con HTA; el tratamiento indicado: no farmacológico y farmacológico y otras patologías crónicas concomitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo multicéntrico en dos centros de salud de atención primaria, con recogida de datos entre septiembre y noviembre de 2023.

La población a estudio fue de 402 pacientes diagnosticados de HTA, mayores de 18 años, que, en el período de estudio, acudieron a consulta presencial por cualquier motivo. Se seleccionaron de forma consecutiva aquellos pacientes citados en los que constaba el diagnóstico de HTA y se les invitó a participar en el estudio, entregando el consentimiento informado a cada uno. Se excluyeron aquellos usuarios que no firmaron el consentimiento informado, con diagnóstico de enfermedad crónica muy avanzada (estado funcional ASA IV) o en cuidados paliativos.

Se citaron para medición de la PA, análisis de impedanciometría y cumplimentación de los siguientes tests y variables: test de adherencia terapéutica (Morisky-Green⁴), cuestionario internacional de actividad física (IPAQ⁵) y consumo de alcohol del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁶.

Se revisó la historia clínica electrónica de cada paciente para analizar el número de controles realizados por enfermería y por médico/a durante el año 2022, la exploración física registrada en esos controles incluyendo peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal, auscultación cardíaca y pulmonar, exploración neurológica, presencia de edema en miembros inferiores, pulsos periféricos y exploración abdominal. Se revisaron las pruebas complementarias

pedidas en el último año incluyendo analítica de sangre y orina, ECG bienal, ITB, fondo de ojo, ecocardiograma, MAPA y registro de otros parámetros como Automedida de la PA (AMPA) y cálculo de RCV.

Se utilizó el cuestionario de adherencia terapéutica de Morisky-Green, el cual es un cuestionario de cuatro preguntas diseñado para evaluar de forma sencilla si un paciente presenta adherencia a su tratamiento médico. Se basa en respuestas dicotómicas (sí/no) y ayuda a identificar conductas relacionadas con el olvido o la interrupción voluntaria de la medicación, considerándose no adherencia si se obtienen una o más respuestas incorrectas.

De igual forma se analizó el registro en la historia clínica de presencia de lesión de órgano diana (LOD), incluyendo hipertrofia de ventrículo izquierdo, microalbuminuria y proteinuria, y la necesidad de derivación a atención hospitalaria.

Para determinar si se estaba realizando un correcto seguimiento de los pacientes, se tomó como referencia un protocolo de seguimiento de HTA que establece las revisiones y pruebas que deben realizarse a los pacientes hipertensos por parte de médicos y enfermeros/as basado en las recomendaciones de la Guía ESC-ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la HTA.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, las variables cualitativas se describieron mediante su distribución de frecuencia, y las cuantitativas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, en caso de asimetría. Se realizó un análisis univariable para cada uno de los datos recogidos, estimando el efecto y su intervalo de confianza al 95%. Se eligió el software estadístico SPSS Statistics 22.

Consideraciones éticas

Este estudio ha obtenido la aprobación del Comité de ética de la investigación de Santiago-Lugo (CEI-SL) (CEIC 2023/236) y todos los pacientes han firmado un consentimiento informado.

RESULTADOS

La media de edad de los participantes en el estudio fue de 67,24 años con una desviación estándar de 11,15 años. En cuanto a la distribución por género, 44,8% de la muestra pertenecen al género femenino, mientras que 55,2% pertenecen al masculino.

En cuanto a los controles realizados por el médico de familia, 66,7% de los pacientes tuvo al menos un control con el médico durante el año 2022. Sin embargo, el seguimiento por parte de enfermería fue menor, sólo el 26,6% de los pacientes tuvo dos o más controles durante el 2022, como establece el protocolo de seguimiento.

Al evaluar el grado de control de la presión arterial, se observó que el 48% de los pacientes satisfacían los objetivos en consulta para la TAS o TAD de manera independiente. Sin embargo, solo el 34,1% de los pacientes tenían ambas cifras dentro de los objetivos recomendados. En este aspecto, no hubo diferencias significativas en cuanto a género, ya que, de estos pacientes, 47,4% eran del género femenino y 52,6% del género masculino. En el 11,2% de la muestra se sospecha de HTA de bata blanca, de estos pacientes, 64,4% tiene registro de AMPA y 48,9% MAPA en la historia clínica.

Al revisar la historia clínica electrónica se observó que poco más de la mitad de los pacientes tenían registro de peso, talla e IMC; siendo la parte de la exploración física menos registrada la palpación de pulsos periféricos (ver tabla 1).

Tabla 1. Datos de la exploración física registrados en el IANUS.

Variable	Peso	Talla	IMC	Circunferencia Abdominal	Expl. Neurológica	Edema	Pulsos	Expl. Abdominal
No	43.0%	43.0%	43.8%	55.5%	86.6%	79.9%	90.5%	87.6%
Sí	57.0%	57.0%	56.2%	44.5%	13.4%	20.1%	9.5%	12.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En cuanto a las pruebas complementarias, la mayoría de la muestra contaba con analítica completa y electrocardiograma bienal; mientras que menos de un tercio de los pacientes tenía otras pruebas complementarias como fondo de ojo, ITB, MAPA y registro del RCV (Tabla 2).

Tabla 2. Pruebas complementarias disponibles en IANUS.

Variable	Analítica	Electrocardiograma	Ecocardiograma	ITB	FO	RCV
No	11.9%	23.6%	78.4%	95.5%	64.4%	84.1%
Sí	79.9%	76.4%	21.6%	4.5%	35.6%	15.9%
Incompleta	8.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Acerca del estilo de vida, más de la mitad de los pacientes tenía registro del consejo dietético. Sin embargo, a pesar de que 1,4% de los pacientes era fumador activo, menos de la mitad de la muestra y sólo un tercio de los fumadores, contaba con registro del consejo antitabaco (Tabla 3). De igual forma, 6,7% de los pacientes resultó tener consumo de alcohol de riesgo según la encuesta aplicada (Tabla 3).

Tabla 3. Registro en IANUS de tratamiento no farmacológico y consejo antitabaco según la condición de fumador. χ^2 de Pearson (Consejo antitabaco vs hábito tabáquico) = 2.328

Variable	Dieta	Ejercicio	Consejo antitabaco en Fumadores	Consejo antitabaco en Exfumadores	Consumo de alcohol de riesgo
No	56.5%	76.6%	68.2%	79.6%	93.3%
Sí	43.5%	23.4%	31.8%	20.4%	6.7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Respecto al tratamiento farmacológico, casi todos los pacientes tienen al menos un antihipertensivo pautado (Tabla 4). El grupo farmacológico más utilizado fueron los ARA II, seguido de los diuréticos tiazídicos (Tabla 4). Aunque el tipo de terapia más común fue la biterapia, un tercio de los pacientes sigue recibiendo tratamiento con monoterapia (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento farmacológico, tipo de terapia y grupo farmacológico pautado.

Variable	%
Tratamiento farmacológico	
No tiene	2.5%
Tiene	97.5%
Total	100%
Tipo de terapia (solo pacientes con tratamiento farmacológico)	
Monoterapia	36.0%
Biterapia	43.6%
Tripleterapia	15.8%
Más de 3 fármacos	4.6%
Total	100%
Grupo farmacológico pautado	
IECA	25.9%
ARA II	61.4%
Calcio-antagonistas	30.3%
Alfa-bloqueantes	2.0%
Beta-bloqueantes	16.2%
Diuréticos tiazídicos	37.8%
Diuréticos de asa	7.5%
Ahorradores de potasio	3.5%
Total	100%

Según la encuesta de Morinsky-Green, 86,3% de los pacientes tiene adherencia al tratamiento antihipertensivo, incluso aquellos que toman más de un fármaco.

La impedanciometría pudo llevarse a cabo en el 89,6% de la muestra. Al clasificar a los pacientes de forma cualitativa, según las mediciones obtenidas, se pudo observar que la mayoría tenía un porcentaje de grasa corporal muy alto o alto. Así mismo, la mayoría de la muestra tiene un porcentaje de grasa visceral muy alto o alto. Por el contrario, al analizar la masa muscular, la mayoría

de los pacientes tiene un porcentaje de músculo bajo y alrededor de un tercio el adecuado para su edad (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de impedanciometría

Categoría	Grasa corporal	Grasa visceral	Masa muscular
Bajo	3.1%	–	56.1%
Normal	18.9%	13.1%	38.1%
Alto	25.6%	40.8%	5.6%
Muy alto	52.5%	46.1%	0.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

La presencia de una o más comorbilidades fue detectada en la mayoría de los pacientes (87,1%). De las incluidas en el estudio, la más frecuente fue la dislipemia (71,9%), seguida de la obesidad (51,5%) de forma independiente, o en conjunto (38,6%) (Tabla 6).

Sólo 12,9% de los pacientes precisaron derivación a atención hospitalaria, siendo los motivos más frecuentes la HTA resistente, LOD y dificultad para acceso al MAPA. De estos pacientes con seguimiento hospitalario por mal control de las cifras tensionales, 50% tuvo buen control, mientras que la otra mitad seguía sin alcanzar los objetivos recomendados (Tabla 6).

DISCUSIÓN

La mayoría de los resultados obtenidos en este estudio están en consonancia con la literatura consultada. En primer lugar, la media de edad de los pacientes en nuestro estudio fue de 67,24 años, respaldando la teoría de la OMS que afirma que a partir de los 60 años aumenta la prevalencia de la HTA a nivel mundial¹. En estudios similares llevados a cabo en atención primaria la media de edad fue mayor, 72,4 años, pero esto puede deberse a que sólo se incluían pacientes mayores de 65 años en el estudio⁷, a diferencia del presente trabajo que incluye pacientes mayores de 18 años.

En cuanto a la distribución por género, en nuestro estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aunque muchos autores concuerdan en hay una ligera preponderancia masculina de la enfermedad¹ y que, según el rango de edad, la enfermedad puede ser más prevalente en un género o en otro.

De igual forma, el control por parte del médico de familia durante el año 2022 se cumplió en la mayoría de los pacientes, aunque sigue siendo una cifra mejorable, mientras que menos de un tercio de los pacientes tuvo un seguimiento adecuado por parte del personal de enfermería ese mismo año. Estos resultados sugieren una brecha importante, ya que el seguimiento multidisciplinario ha sido considerado un factor clave para el control de la hipertensión⁴. Sin embargo, este resultado puede deberse a la dificultad de realizar una atención continuada del paciente por el mismo profesional (médicos o enfermeros) en la consulta, debido a traslados frecuentes, ausencias, incapacidades temporales, sustituciones, entre otros. Para mejorar esto, sería necesaria la asignación estable de un profesional de referencia, así como una adecuada organización de agendas que favorezca la accesibilidad y evite interrupciones en el proceso de atención. De igual forma, podría ayudar la implementación de protocolos compartidos entre medicina y enfermería, junto con el uso sistemático de herramientas digitales (como recordatorios automatizados) para facilitar la comunicación entre profesionales y mejorar la adherencia del paciente al plan terapéutico.

Tabla 6. Presencia de comorbilidades, derivación Hospitalaria y grado de control según derivación.
 χ^2 de Pearson (derivación vs control TA) = 6.738.

Variable clínica	Categoría	Porcentaje
Presencia de comorbilidades		
Comorbilidades	No	12.9%
	Sí	87.1%
Comorbilidades específicas		
Diabetes Mellitus (DM)	No	72.4%
	Sí	27.6%
Dislipemia (DLP)	No	28.1%
	Sí	71.9%
Enfermedad renal crónica (ERC)	No	88.3%
	Sí	11.7%
Obesidad	No	48.5%
	Sí	51.5%
EPOC	No	95.3%
	Sí	4.7%
Derivación hospitalaria y grado de control de TA		
No derivado	TA fuera de objetivo	68.3%
	TA en objetivo	31.7%
Derivado	TA fuera de objetivo	50.0%
	TA en objetivo	50.0%

Este seguimiento deficiente puede influir negativamente en el grado de control de las cifras tensionales. En nuestro estudio, sólo un tercio de los pacientes alcanzó los objetivos recomendados tanto en TAS como TAD lo que está en línea con estudios similares que reportan desde menos del 20% y el 33,5% de control simultáneo de TAS y TAD ^{2,7}.

El registro del examen físico en la historia clínica electrónica también fue deficiente, ya que aunque más de la mitad de los pacientes contaban con registro de peso, talla e IMC, se evidenciaron deficiencias en la documentación de variables clave, como la palpación de pulsos periféricos, una tendencia también observada en estudios previos a pesar de que la literatura enfatiza la importancia de una evaluación física completa para la detección de daño orgánico como consecuencia de cifras

tensionales fuera de objetivo^{7,8}. Esto podría deberse a que, con la sobredemanda actual en la consulta de medicina de familia, el escaso tiempo con que se cuenta por paciente se centra en los aspectos más básicos de la exploración física, dejando de lado aspectos que son igual de importantes, pero que no se exploran de forma preventiva. De igual forma, no contar con un médico o enfermera de manera continuada puede afectar el registro en la historia clínica.

Así mismo, se observó que menos de un tercio de los pacientes contaba con pruebas complementarias como fondo de ojo, ITB o MAPA, lo que sugiere oportunidades de mejora en la evaluación integral del RCV. En nuestro estudio, relacionamos estos resultados con las largas listas de espera para realizar el MAPA al contar con un único dispositivo para todo el centro de salud, así como la poca disponibilidad de equipos para realizar el ITB y la retinografía en el propio centro durante el periodo de estudio. Sin embargo, nuestros resultados reflejan una tendencia similar a la observada en otros estudios, donde el abordaje de los factores de RCV no siempre es óptimo⁸, lo que sugiere que las limitaciones en nuestro estudio podrían ser extrapolables a otros servicios de atención primaria, ya que en estos estudios se incluyen varios centros de salud, por lo que la carga asistencial, la diferencia entre profesionales y la falta de estandarización entre laboratorios y equipos puede influir en el seguimiento de protocolos más estandarizados.

Esto se relaciona con la derivación a atención hospitalaria, que en nuestra muestra fue requerida en una minoría de los pacientes, principalmente, por HTA resistente y dificultad en el acceso a MAPA. De los pacientes derivados al hospital, la mitad alcanzaron las cifras objetivo de TA, lo que resalta la importancia de mejorar el acceso a estos procedimientos diagnósticos en la atención primaria para optimizar la detección y manejo de HTA de bata blanca e HTA enmascarada.

En cuanto al estilo de vida se pudo evidenciar que hace falta intensificar el consejo antibacaco, especialmente en aquellos pacientes que son fumadores activos ya que es conocido que fumar aumenta TAS y TAD de forma dosis-respuesta y el riesgo es mayor cuando se combina con consumo de alcohol⁷. Por tanto, la intervención sobre el tabaquismo sigue siendo insuficiente en la atención primaria, a pesar de su impacto en la morbimortalidad cardiovascular.

De igual forma, aunque de nuestra muestra, muy pocos pacientes tenían un consumo de alcohol de riesgo, se pudo evidenciar que muchos de estos pacientes no consideran que el consumo de alcohol con la comida o cena implique un problema, aunque supere los límites diarios recomendados, es avalado por estudios que el consumo de >20 g/día está asociado con un riesgo elevado de hipertensión tanto en hombres como en mujeres^{6,9,10}.

Otro aspecto importante es que la mayoría de los pacientes de nuestra muestra tenían al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes la dislipemia y la obesidad, en consonancia con múltiples estudios que han reportado esta asociación. Por ejemplo, otros estudios similares destacan que la coexistencia de HTA, diabetes e hipercolesterolemia es frecuente, y que menos del 20% de los pacientes logran un control óptimo de los tres factores simultáneamente⁸.

En el ámbito del tratamiento farmacológico, la mayoría de los pacientes está a tratamiento con biterapia. Estos hallazgos coinciden con las principales guías terapéuticas actuales que recomiendan la combinación de antihipertensivos en la mayoría de los casos para lograr un mejor control de la HTA.

Una limitación del estudio puede ser que muchos de los datos han sido consultados en historias clínicas pudiendo haber sesgos de información (déficit de registros). Otra limitación puede ser la infradeclaración por parte de los participantes de consumo de alcohol y tabaco.

Una fortaleza del estudio es que es multicéntrico.

CONCLUSIONES

El control de la PA es insuficiente, con menos del 35-40% de los pacientes con buen control. El seguimiento por enfermería es bajo (26,6%), y el registro de factores de riesgo, exploraciones físicas y pruebas complementarias en la historia clínica es limitado. El tratamiento farmacológico sigue siendo predominantemente biterapia y la combinación de fármacos más frecuente ARA II e hidroclorotiazida. Sin embargo, un tercio de los pacientes todavía recibe monoterapia.

La derivación hospitalaria parece influir positivamente en el alcance de objetivos de las cifras tensionales. Sin embargo, es necesario realizar otro tipo de estudios para determinarlo.

A la vista de los resultados de este estudio, se identifican diversas oportunidades de mejora en el seguimiento de la HTA desde la atención primaria. En primer lugar, reforzar la continuidad asistencial mediante la asignación estable de un profesional de referencia — tanto médico como de enfermería — podría favorecer un seguimiento más completo, reducir la variabilidad en los registros clínicos y mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Asimismo, la reducción de la presión asistencial y una organización más eficiente de las agendas permitirían disponer de más tiempo para la evaluación integral del paciente hipertenso, incluyendo la exploración física dirigida y el abordaje del estilo de vida. Por otro lado, la dotación adecuada de recursos diagnósticos, como MAPA, ITB o retinografía en los propios centros de salud, resulta fundamental para optimizar la estratificación del riesgo cardiovascular y evitar derivaciones hospitalarias exclusivamente por falta de acceso a dichos procedimientos. Finalmente, la creación e implementación de protocolos multidisciplinares compartidos y el apoyo en herramientas digitales de seguimiento podrían facilitar una atención más coordinada y estandarizada, lo que contribuiría significativamente al control óptimo de las cifras tensionales en la población hipertenso.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: La presente investigación no recibió ayudas específicas de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores: La autora participó de forma activa en la realización del trabajo y en la realización del artículo de investigación.

Agradecimientos: Agradecemos a todos los residentes de medicina familiar y comunitaria de ambos centros de salud que aún con la alta demanda asistencial colaboraron con su tiempo para derivar los pacientes necesarios para completar la muestra, en especial a la tutora de la investigadora principal, por su colaboración en el reclutamiento de la muestra y en la recogida de datos. Su apoyo técnico y organizativo ha sido fundamental para la realización de esta investigación.

Aprobación ética: Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo (CEI-SL) · Ref. CEIC 2023/236

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [citado 29 mar 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Van Oort S, Beulens JWJ, van Ballegooijen AJ, Grobbee DE, Larsson SC. Association of cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors with hypertension: A Mendelian randomization study. *Hypertension*. 2020;76(6):1971–9. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15761
3. Teo KK, Rafiq T. Cardiovascular risk factors and prevention: A perspective from developing countries. *Can J Cardiol*. 2021;37(5):733–43. doi:10.1016/j.cjca.2021.02.009
4. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–72. doi:10.30827/ars.v59i3.7387

5. Mantilla-Tolosa SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física: Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2007;10(1):48–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-el-cuestionario-internacional-actividad-fisica-un-instrumento-13107139>
6. Ministerio de Sanidad. Estudios y encuestas – Consumo de alcohol y drogas [Internet]. 2023 [citado 18 jun 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/home.htm>
7. Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española \geq 65 años asistida en atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(4):359–66.
8. Llisterri Caro JL, Turégano Yedro M, Cinza Sanjurjo S, Segura Fragoso A, Sánchez Sánchez B, Cubelos Fernández N, et al. Factores asociados al control óptimo simultáneo de la diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia en la población diabética: Estudio BPC diabetes. *Med Fam (Barc).* 2022;48(4):225–34. doi:10.1016/j.semerg.2021.07.012
9. Yu B, et al. Combined effects of alcohol consumption and smoking on blood pressure and hypertension: Findings from the UK Biobank study. *Am J Hypertens.* 2023;36(6):516–25. doi:10.1093/ajh/hpad029
10. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens.* 2012;14(11):792–8. doi:10.1111/jch.12008

PUNTOS CLAVE

Lo que ya se sabía sobre el tema	Qué aporta este estudio
El control de la HTA sigue siendo insuficiente a nivel mundial.	Evidencias de brecha entre seguimiento médico/a y enfermería.
La continuidad asistencial mejora los resultados clínicos.	Identifica limitaciones reales de acceso a pruebas complementarias (por ejemplo, MAPA, ITB y retinografía).
La evaluación del RCV suele ser desigual en Atención Primaria.	Señala intervenciones organizativas factibles para mejorar el control.