

J.M. Negro Álvarez^a,
M. Guerrero Fernández^b,
F.J. Campuzano López^c,
T. Bernal Fernández^c, F.
Pellicer^d, M.C. Murcia
Vivancos^c y R. Ferrándiz
Gomis^e

^aSección de Alergología,
^bEspecialista en Alergología y
Director Gerente, ^cServicio de
Admisión de Consultas
Externas, ^dServicio de
Informática y ^eDirección de
Gestión. Hospital Universitario
Virgen de la Arrixaca. Murcia.
Profesor Asociado de
Alergología. Facultad de
Medicina. Murcia.

Original

Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de Alergología

Fundamento: El incumplimiento es una causa frecuente de fracaso de las actuaciones médicas, y la ausencia a los controles periódicos es una forma importante del mismo. El objetivo ha sido conocer el grado de incumplimiento a citas concertadas de los pacientes citados en nuestra consulta de Alergología y realizar propuestas de mejora. **Métodos:** Se incluyeron los pacientes citados en consulta que acudían por primera vez o a una visita sucesiva, desde julio de 2001 hasta junio de 2002. Fueron objeto del estudio un total de 1.769 citaciones (326 de primera vez y 1.443 sucesivas) que no acudieron a la consulta, correspondientes a 1.626 pacientes (294 de primera visita y 1.332 sucesivas), con una media de 1,09 citas por paciente y año. Novecientos cincuenta y nueve (58,98%) eran mujeres y 667 (41,02%) varones, con una edad media de $33,46 \pm 15,35$ años. **Resultados:** Existió incumplimiento en el 13,06% de las consultas. Los pacientes que incurrieron en el incumplimiento con más frecuencia fueron las mujeres (58,98 frente al 41,02%), los menores de 40 años (72,34% de incumplidores) y los pacientes reincidentes en el incumplimiento (8,16 frente al 91,84%). No se evidenciaron diferencias en el cumplimiento en función de la consulta, hora de citación, intervalo entre las citas o distancia desde la última consulta a demanda. No se encontró un aumento significativo de las ausencias a consulta durante el período vacacional estival en ninguno de los grupos. **Conclusiones:** Probablemente habría que estar alerta y/o tomar medidas anticipatorias en mujeres jóvenes y pacientes con incumplimientos previos. El nivel de incumplimiento es un indicador de calidad, al disminuir el rendimiento de las consultas y poner en evidencia una falta de adherencia de los ciudadanos con los Equipos de Atención Primaria para las primeras consultas y para la Atención Especializada en las consultas sucesivas.

Palabras clave: Consulta externa. Alergología. Paciente ambulatorio. Primera visita. Visita sucesiva. Lista de espera. Incumplimiento.

Patient noncompliance with scheduled appointments at an Allergy Clinic

Patient noncompliance is a frequent cause of failure in medical interventions, and lack of attendance to periodic control visits is an important mode of non-compliance. The aim of our work has been to assess the degree of noncompliance with concerted appointments among patients scheduled for attending our Allergy Clinic, as well as to propose measures for improving the situation. The study population included all the patients scheduled for first consultation or for successive visits over the period from July 2001 to June 2002. The study thus

Correspondencia:
Dr. J.M. Negro Álvarez
Valle 7, 30120 El Palmar. Murcia
E-mail: jnegroa@meditex.es

encompassed 1,769 scheduled appointments (326 first consultations and 1,443 successive visits) that were not complied with, corresponding to 1,626 patients (294 in first consultations and 1,332 in successive visits) and representing a mean rate of 1,09 appointments per patient and year. The gender distribution of the noncompliant patients was 959 (58,98%) females and 667 (41,02%) males, and their mean age was $33,46 \pm 15,35$ years. Noncompliance/non attendance occurred in 13,06% of all scheduled consultations. The patients most often incurring in noncompliance were females (58,98 vs. 41,02%), younger than 40 years in age (72,34% of all noncompliant patients) and recurrent cases (8,16 vs. 91,84%). No differences were detected in compliance in relation to which type of visit, the time (hour of day) of the appointment, the interval between scheduled visits or the time elapsed since the last on-demand consultation. No significant increase in consultation nonattendance was observed in any of the groups during the summer holiday period. Greater care and/or anticipatory measures might perhaps be indicated in the case of younger women and of patients with previous nonattendance. The noncompliance level represents a quality indicator, as it reduces the yield performance of the Outpatient Clinics and discloses lack of adherence of the patient/user to the recommendations of the Primary Health Care teams as regards the first consultations, and with Specialised Care Clinics in the case of the successive visits.

Key words: Outpatient clinics. Allergology. Outpatients. First consultations. Successive consultations. Waiting lists. Noncompliance.

Las enfermedades alérgicas presentan una alta prevalencia en nuestro medio. Su tratamiento y control permite la disminución de su incidencia de un modo eficiente y consigue que éstas desaparezcan o mejoren, lo cual redundará en la calidad de vida del paciente¹⁻³. Muchas de ellas suponen, asimismo, uno de los procesos que ocasionan un gran consumo de recursos en general y un alto número de consultas en los ámbitos de Atención Primaria y Especializada.

La consulta programada o concertada, entendiéndose como tal la que se produce tras un acuerdo entre el profesional y el paciente, supone una de las herramientas básicas de la gestión de agendas de las Consultas Externas

(CEX)⁴. Sus objetivos se adecúan claramente al seguimiento y control de procesos crónicos como lo son muchos de los procesos alérgicos, tales como la rinitis alérgica o el asma bronquial.

Por otra parte, el cumplimiento, observancia o adherencia se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional en cuanto a los cambios en el estilo de vida, toma de la medicación prescrita, asistencia a revisiones, etc⁵, siendo quizás el cumplimiento a las citaciones uno de los aspectos menos estudiados hasta la fecha, a pesar de que al faltar a las citas, los enfermos se privan de los servicios sanitarios, desorganizan la atención de los usuarios y la relación médico-enfermo, quitan tiempo potencial a otros pacientes y aumentan los costes sanitarios⁶. Ello es un indicador de ausencia de calidad.

En este escenario, el presente trabajo tiene como objetivo estudiar el grado de cumplimiento a las citas de los pacientes alérgicos citados en nuestra Unidad en las agendas de consulta programada, desde julio de 2001 hasta junio de 2002, y las posibles variables sociodemográficas y organizativas implicadas en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población a estudiar correspondió a los pacientes citados programados en la Consulta de Alergología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia y que estaban incluidos en la consulta concertada, siguiendo los controles establecidos en el programa del centro. Quedaron excluidos del estudio aquellos pacientes que estando citados en la Consulta de Alergología no estaban programados por los circuitos habituales de dicha consulta, bien por motivo de su dificultad en acudir al centro, por consultas originadas al haber tenido reacciones adversas a vacunas antialérgicas, o por cualquier otro motivo.

Se consideró como consulta sucesiva concertada a aquella acordada por el profesional y el paciente en la visita previa, y que queda recogida en las agendas informáticas de la Consulta de Alergología y en la tarjeta de citaciones del paciente (Carnet de CEX), quedando definidas y registradas la consulta médica, el día y la hora de citación, siguiendo la metodología propuesta por algunos autores⁷⁻¹⁰.

La periodicidad de los controles y el profesional que realizaba cada visita concreta estaban definidos por la programación existente en la Unidad de Alergología. Se revisaron los pacientes que fueron citados programados duran-

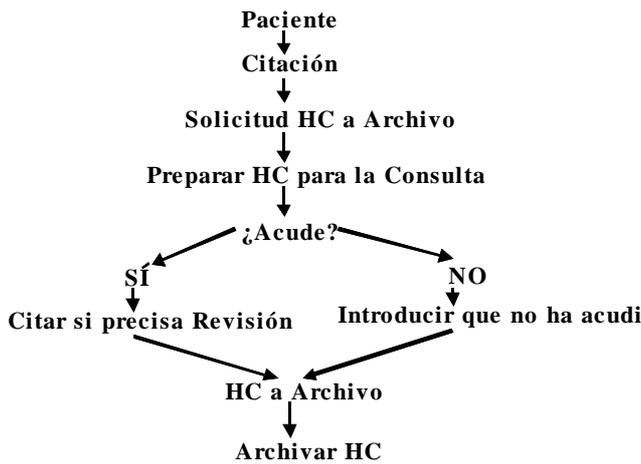


Fig. 1. Algoritmo del proceso de citación de un paciente.

te un año (julio de 2001 a junio de 2002). El algoritmo que conlleva una citación se refleja en la figura 1.

Las características demográficas se recogieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Hospital (CMBDH), así como de las historias clínicas y se relacionaron con el carácter de cumplidor o no cumplidor del paciente. Las variables referentes a cada consulta concreta (hora de citación, consulta, tiempo desde la citación previa, etc.) se recogieron de la Base de Datos de la Agenda de citaciones y se relacionaron con la asistencia o no a esa citación concreta.

Los datos recogidos se introdujeron en una base de datos de un paquete estadístico y los análisis se realizaron con el programa S-PLUS 4.0 para Windows®, de StatSci Europe.

RESULTADOS

Del total de 13.544 consultas (59,48% mujeres y 40,52% varones), al finalizar el año de seguimiento del estudio, en el 11% del total de las citaciones efectuadas el paciente no acudió a la consulta. De ellos, no acudió el 13,01% de los citados por primera vez y el 10,63% de las consultas sucesivas.

Fueron objeto del estudio un total de 1.769 citaciones (326 de primera vez y 1.443 sucesivas) que no acudieron a la consulta, correspondientes a 1.626 pacientes (294

de primera visita y 1.332 sucesivas), con una media de 1,09 citas por paciente y año; 959 (58,98%) eran mujeres y 667 (41,02%), varones, con una edad media de $33,46 \pm 15,35$ años.

En la tabla I aparece el porcentaje de incumplimiento según los grupos de edad; los menores de 40 años fueron los que presentaron un mayor porcentaje de incumplidores (72,34%), sin que existieran diferencias con el total de citados. La ausencia a la cita en la Consulta en función del mes del año se representa en las figuras 2 y 3; dichas ausencias varían entre el 10,75 y el 19,25% en los pacientes de primera visita y el 12,15 y el 22,52% en las sucesivas. No se encontró un aumento significativo de las ausencias a consulta durante el período vacacional estival en ninguno de los grupos.

En la tabla II se exponen los pacientes incumplidores según el área de salud de procedencia. Los pacientes con incumplimientos previos fueron más incumplidores (8,16%) que aquellos que no tenían en su historia clínica antecedentes de incumplimiento (91,84%). No se evidenciaron diferencias importantes en el grado de incumplimiento a las citas en función de la consulta (14,3% de incumplimiento en consulta de primera vez y 16,3% en consulta sucesiva) ni de la hora de citación (11,2% de incumplimiento a primera hora, 11,4% en horas intermedias y 8,4% al finalizar la jornada laboral).

DISCUSIÓN

Utilizar el tiempo como criterio para gestionar las listas de espera ha pasado a la historia, ya que, aunque la existencia de las listas de espera responde a la necesidad de facilitar la planificación y favorecer un mejor uso de los recursos, éstas pierden su razón de ser cuando son exageradas, por lo que es necesario buscar propuestas de mejora. En nuestro sistema sanitario la forma tradicional de gestionarlas ha sido utilizar el tiempo de espera como único argumento explícito para establecer el orden o turno de los pacientes. Esto podría estar en contradicción con las necesidades de los pacientes. No siempre el enfermo que más tiempo pasa en espera es el que más necesita ser asistido. Esta situación es especialmente manifiesta en los casos en los que no se influye en su supervivencia pero sí en su estado funcional y calidad de vida. Una ventaja de la implantación de criterios para jerarquizar la asistencia es la eliminación de indicaciones inadecuadas, con lo que se

Tabla I. Pacientes que no han asistido a la Consulta de Alergología

Edad (años)	Varones		Mujeres	
	n	(tanto por ciento)	n	(tanto por ciento)
Primera visitas				
> 60	2	(0,61)	25	(7,66)
51 a 60	7	(2,15)	10	(3,06)
41 a 50	13	(3,99)	23	(7,06)
31 a 40	28	(8,59)	44	(13,50)
21 a 30	49	(15,03)	59	(18,10)
< 20	37	(11,35)	29	(8,90)
Total	136	(41,72)	190	(58,28)
Sucesivas				
> 60	22	(3,79)	94	(10,90)
51 a 60	23	(3,97)	84	(9,74)
41 a 50	58	(10)	128	(14,85)
31 a 40	135	(23,28)	204	(23,67)
21 a 30	216	(37,24)	246	(28,54)
< 20	126	(21,72)	107	(12,41)
Total	580	(40,22)	862	(59,78)

Primeras visitas

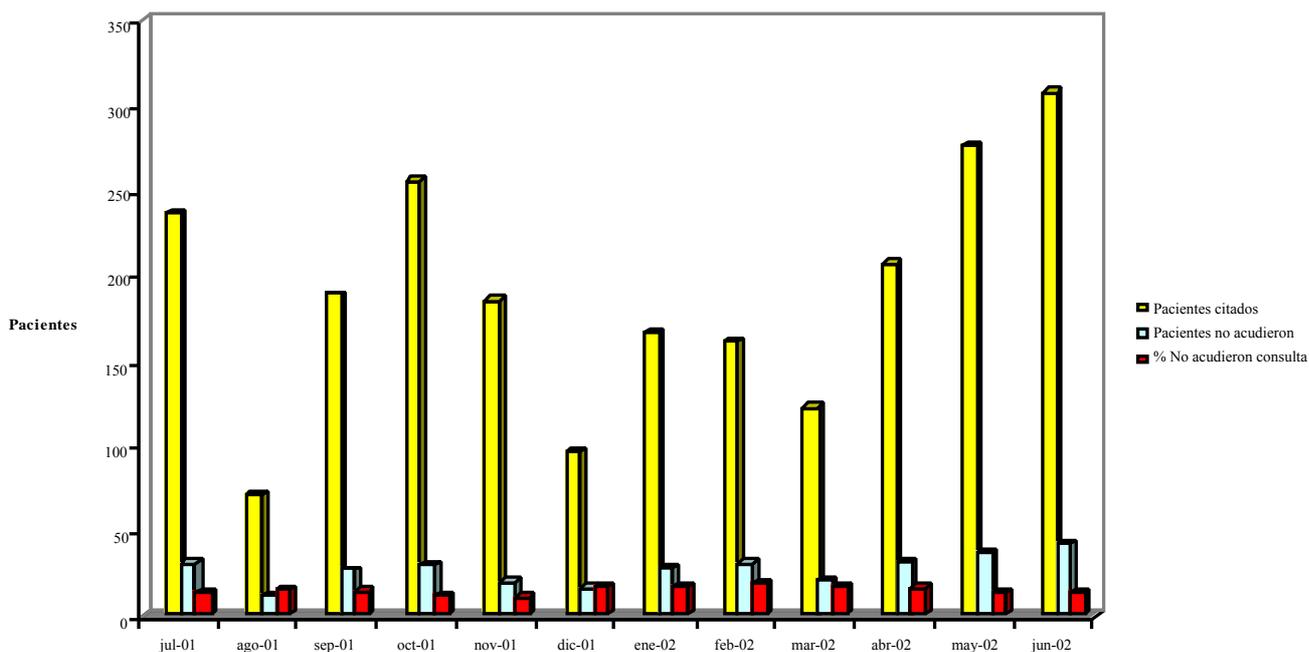


Fig. 2. Inasistencia a la consulta de Alergología, de pacientes citados por primera vez.

reducen significativamente las intervenciones erróneas y se aumenta la calidad de la atención que se presta. Dar prioridad a la atención a los pacientes según su necesidad asistencial contribuye a mejorar la gestión de las listas de espera, consolida el principio de justicia en el acceso a los servicios sanitarios y aumenta la transparencia

y la confianza de los usuarios en el sistema. Un aspecto poco estudiado es el de los pacientes que no acuden a consulta una vez citados, máxime en nuestra especialidad, en la que al no existir Alergología en los Equipos de Atención Primaria, es necesario optimizar al máximo los recursos.

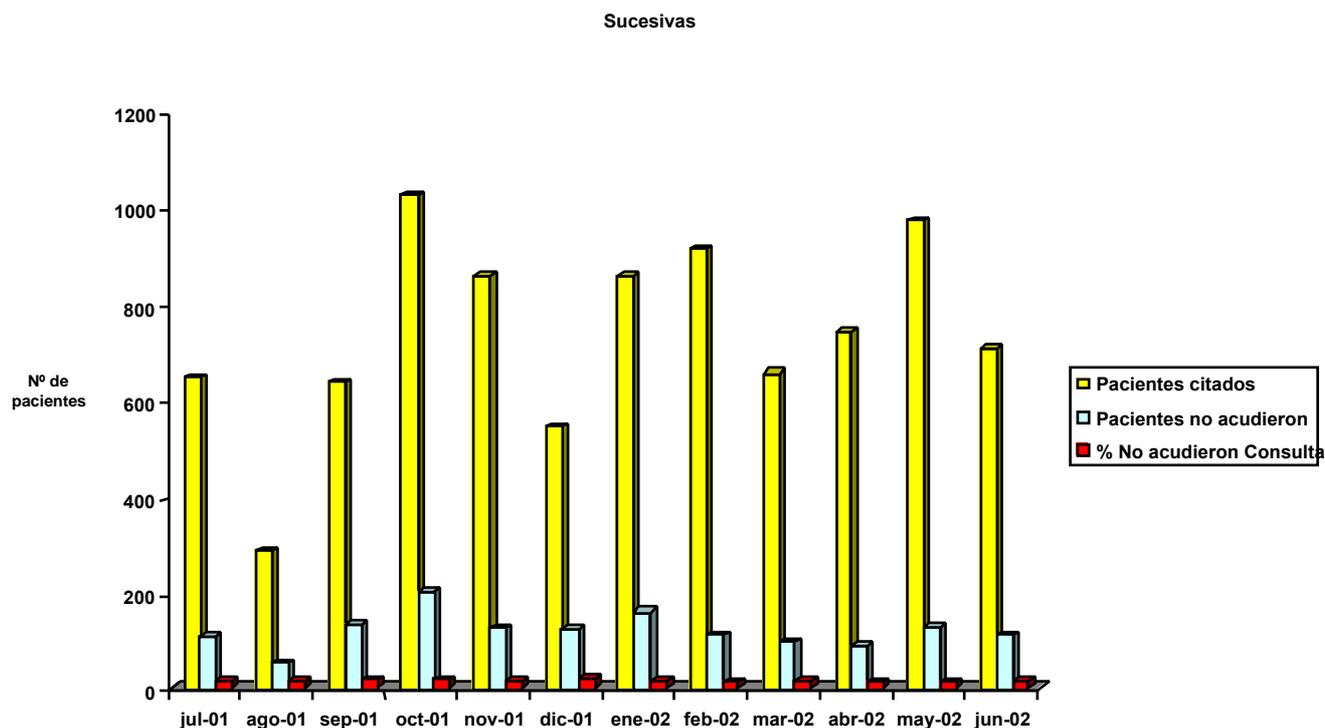


Fig. 3. Inasistencia a la consulta de Alergología, de pacientes citados como sucesivas.

Tabla II. Pacientes que faltaron a la cita según el área de salud de procedencia

	Población	Primera visita	Visita sucesiva
Área I	322.137	248 (76,07)	1.027 (81,31)
Área IV	65.263	73 (22,39)	221 (17,50)
Total		321	1.248

Resultados expresados como n (tanto por ciento)

Diversos autores coinciden en que una de las principales causas del mal control de los pacientes crónicos es la falta de cumplimiento¹¹⁻¹⁴ y, si bien está demostrado que la asistencia a citas no es un método válido para valorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con enfermedades crónicas¹⁵⁻¹⁷, algunos autores han descrito que los pacientes que no acuden a las citas concertadas raramente realizan las indicaciones terapéuticas¹⁸, y existen publicaciones que relacionan el incumplimiento a citas con el grado de control de las enfermedades crónicas¹⁹⁻²¹, aunque no hemos encontrado ninguna que se refiera a patología alérgica. Hugues et al.²² sintetizan la evidencia científica disponible sobre el impacto económico del “no cumpli-

miento” en la prescripción farmacológica y analizan cómo los estudios de evaluación económica incorporan esta variable; concluyen que la mayor parte de estos estudios focalizan su atención en los ensayos clínicos (EC) y, consecuentemente, en datos relativos a la eficacia de los tratamientos. La evidencia muestra que el grado de cumplimiento de los tratamientos es siempre mayor en los EC que en la práctica clínica habitual y el “no cumplimiento” es uno de los factores determinantes en la reducción de la eficacia de los tratamientos farmacológicos, por lo que consideran es necesario dar importancia a este aspecto, ya que queda un largo camino por recorrer, tanto en el estudio del impacto económico como en términos de bienestar de salud. Además, la falta de asistencia a los controles concertados supone un obstáculo importante para la eficiencia de las intervenciones sanitarias.

En los hospitales del Insalud el porcentaje de suspensiones de consultas externas durante 1999 fue del 9,1%, cifra notoriamente inferior a la encontrada por nosotros, que supone el 13,06% de las citaciones efectuadas. De los 70 hospitales que evalúan este indicador, 57 han analizado las causas más frecuentes que originan la suspensión²³: la más frecuente fue, en 27 hospitales, la originada por la institución (causas organizativas del servicio

en la organización de sus actividades, vacaciones, congresos, libranza de guardias u otras ausencias justificadas del facultativo), en 22 hospitales fueron las causas originadas por el paciente (renuncia u olvido) y en 8, causas diversas. En un estudio prospectivo que actualmente estamos llevando a cabo, se analizan las causas que motivan las inasistencias a la Consulta de Alergología en nuestro medio.

El porcentaje de incumplidores y de incumplimiento a citas específicas encontrado en nuestro estudio se encuentra dentro del rango de los obtenidos por otros autores en estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria²⁴⁻³⁰, si bien esta comparación debe realizarse con cautela, debido a que entre los mismos existen diferencias en cuanto a definición de incumplimiento (algunos sólo consideran incumplimiento por encima del 50% de las citas), tiempo de seguimiento (la mayoría de los estudios son en protocolos clínicos evaluados a lo largo de 6 meses) o características de las consultas (en la mayor parte de los casos se trata de consultas específicas de hipertensión arterial). Debe tenerse en cuenta que la relación médico-paciente es un factor importante en el cumplimiento de las citas³¹, lo cual también limita la comparabilidad.

En nuestra opinión, no existe un único factor responsable del "no cumplimiento". Aspectos como la relación médico-paciente, factores culturales relacionados con determinadas patologías, características de los tratamientos y de sus efectos adversos, así como características físicas, psíquicas y socioeconómicas del paciente pueden contribuir a explicar las causas.

Las razones del incumplimiento no son bien conocidas y dan lugar a diversas teorías³²⁻³⁴, por lo que es de interés evaluar estas ausencias a las citaciones y los factores que intervienen. Tal como han descrito diversos autores, no existe un perfil definido del paciente incumplidor en general^{35,36}, si bien existe algún trabajo que, como el nuestro, encuentra un mayor incumplimiento a las citas en pacientes jóvenes^{37,38}, quizás debido, como otros autores han apuntado, a una mayor desmotivación hacia la enfermedad por parte de este grupo de edad. Contrariamente a lo objetivado en nuestra revisión, en que el 58,98% eran mujeres, estos estudios encuentran que es más frecuente en varones. Los motivos de dicha discordancia podría ser la incorporación al mercado laboral de la mujer, en puestos de trabajo que no permiten flexibilidad, mayoritariamente por razón de precariedad y horarios. Asimismo, debería analizarse en futuros estudios si las mujeres con hijos faltan en mayor porcentaje.

El hecho de presentar un mayor porcentaje de incumplimientos en los que tenían incumplimientos previos ya ha sido descrito por otros autores³⁹, posiblemente en relación con que entre las principales causas del incumplimiento alegadas por los pacientes estén el desinterés y el olvido. Puede sugerirse que aquellos pacientes que durante un largo período se han comportado como buenos cumplidores puedan ofrecer garantías razonables a largo plazo, aunque algunos autores detectan que el incumplimiento a largo plazo tiende a ser mayor⁴⁰. A diferencia de lo expresado por otros autores en enfermedades crónicas⁴¹, no hemos encontrado grandes diferencias de cumplimiento con relación al tiempo transcurrido desde la última citación o la última consulta, posiblemente debido a que la mayoría de nuestras revisiones se realizan a pacientes con rinitis y/o asma extrínseca, a los que una vez prescrito el tratamiento sintomático y las vacunas antialérgicas, son citados en su mayoría al cabo de un año para revisión.

A pesar del porcentaje de incumplimiento a citas concertadas, no debemos olvidar que la consulta programada en enfermedades crónicas ha demostrado mayor efectividad y aceptación por los pacientes que la consulta a demanda⁴²⁻⁴⁴, y que existen medidas que han evidenciado ser eficaces para aumentar el cumplimiento a las citas⁴⁵⁻⁴⁷. Cuando se prevea la necesidad de nueva atención a un paciente, lo ideal es que se le facilite al salir de la consulta la hora y día de la próxima visita, lo que posibilita que el usuario tenga la oportunidad de elegir la hora de consulta dentro de las disponibilidades de las agendas de los alergólogos. Para ello, los profesionales del área administrativa deben comprobar el domicilio del paciente y advertirle de que en el caso de que no puedan acudir a la cita o haya sido ya asistido, debe ponerse en contacto con la Unidad a través de un número de teléfono que se le facilita, con el fin de asignarle nuevo día de consulta y que la hora prevista pueda ser utilizada por otro paciente. Si, excepcionalmente, no se pudiese suministrar la cita directamente en el mismo momento de su tramitación, la unidad administrativa que tramite la cita se responsabilizará de comunicársela al paciente en el plazo más breve posible por otro medio.

El alto porcentaje encontrado de pacientes que no acuden a la primera visita (14,3%), en ocasiones procesos banales de los que el paciente se despreocupa una vez superada la fase aguda, nos hace plantearnos una vez más la necesidad de hacer énfasis en el Consenso de actuación entre Atención Primaria y Atención Especializada en Alergología, por el que se establecían la pautas de derivación

en las enfermedades de etiología alérgica. Dicho acuerdo fue rubricado por los representantes de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria. En este sentido, también es importante que se conozcan mejor las situaciones catalogadas como "urgentes" por parte de los facultativos que hacen guardias en el Servicio de Urgencias del hospital, para poder dar la adecuada respuesta clínica en cada circunstancia, y que se efectúen guías clínicas de atención conjuntas con los Servicios de Urgencias y que incluso, exista cada día, mediante turno rotatorio, un responsable de coordinar este tipo de demandas, que deberán ser mínimas, pues el paciente que acude a Urgencias, tras ser asistido, debe ser remitido a su médico de Atención Primaria. Por todo lo mencionado, es conveniente la revisión periódica y actualización de los protocolos en uso, según la evidencia científica y avanzar hacia el diseño de guías clínicas de actuación.

Aunque no existe un perfil definido del paciente incumplidor a citas, probablemente es útil estar alerta en las mujeres jóvenes y en las personas con incumplimiento previo para, quizás en ellas, tomar medidas anticipadas como el recordatorio telefónico para la prevención del incumplimiento. También, en los casos de ausencia a la cita es conveniente contactar con el paciente por vía telefónica, interesándose por la causa y facilitándole una nueva citación. En los casos en los que no sea posible el contacto telefónico, se les volverá a citar por correo y se debe aprovechar la siguiente consulta a demanda del paciente, para recoger el motivo de no asistencia a la cita y reiniciar el proceso de citaciones periódicas. En el caso de que el paciente no se presente de manera reiterada y pida una nueva cita, al igual que el que solicite aplazamientos de forma reiterada, debe ser remitido a su médico de Atención Primaria (AP), quien valorará si precisa o no asistencia por el alergólogo.

Actualmente, se está realizando un estudio prospectivo con el fin de valorar si los pacientes incumplidores responden a algún perfil concreto de patología alérgica (rinitis, urticaria, etc.).

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a M^a Dolores Carrillo Mercader, Fuensanta Hernández López,

M^a del Tránsito García Lacal y Josefina López García de nuestra Unidad, por su colaboración en la gestión de las agendas de citaciones de nuestra Unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Malling HJ. The position of immunotherapy in European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1997; 7: 5: 356-357.
- van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy* 2000; 55: 2: 116-134.
- Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Volumen 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Negro Álvarez JM, Jiménez Molina JL, Miralles López JC, Ferrándiz Gomis R, Guerrero Fernández M. Gestión de listas de espera en Alergología. Propuestas de mejora. *Alergol Inmunol Clin* 2002; 17: 2: 90-98.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979; 1-7.
- Macharia WN, León G, Rowe BH, Stephenson B, Haynes B. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA* 1992; 267: 1813-1817.
- Ruiz-Giménez JL, Uriarte A. Actividad clínica médica. En: Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Arribas L. La atención médica a demanda y programada. En: De la Revilla L, ed. *La consulta del médico de familia: la organización de la práctica diaria*. Madrid: Jarpio, 1992.
- Jiménez J. Programación y protocolización de actividades. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1990.
- Bellan JA. La consulta del médico de familia; cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo FJ, ed. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: semFYC, 1997.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *National Institutes of Health. National Lung and Blood Institute*. 1997.
- Haynes RB, Mattson ME, Chobanian AV. Management of patient compliance in the treatment of Hypertension. Report of the NHLBI Working Group. *Hypertension* 1982; 4: 415-423.
- Haynes RB, Sackett DL, Gibson DL, Taylor DW, Hackett B, Roberts R, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet* 1976; 1: 1265-1268.
- Abellan J, Leal M, García-Galbis JA. Papel de la Atención Primaria en el control de la presión arterial. *Hipertensión* 1999; 16: 147-154.
- Gil V, Pineda M, Martínez JL, Belda J, Santos MC, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 532-536.
- Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1997; 19: 372-375.

17. Márquez E, Gutiérrez C, Jiménez C, Franco C, Baquero C, Ruiz R. Observancia terapéutica en la hipertensión arterial. Validación de métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria* 1995; 16: 496-500.
18. Grupo de Trabajo en hipertensión. Observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid, 1996.
19. Dalfo A, Botey A, Buil P, Esteban J, Gual J, Revert L. Estudio del seguimiento y control del paciente hipertenso en la asistencia primaria y hospitalaria. *Aten Primaria* 1987; 4: 233-239.
20. Fornells JM, Balaguer I. Grupo de control de la hipertensión del programa Cronicat. Control de la hipertensión en el medio rural: 18 meses de seguimiento (programa Cronicat). *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 450-455.
21. Márquez E, Casado JJ, Ramos J, Saenz S, Moreno JP, Celotti B, et al. Influencia del cumplimiento terapéutico en los niveles de presión arterial en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Hipertensión* 1998; 15: 133-139.
22. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature. *Health Economics* 2001; 10: 601-615.
23. Programa de Calidad Atención Especializada-Memoria 1999. Monitorización de indicadores. Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas. Disponible en: <http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1999/indicador%5F210.htm>
24. Gil V, Pomares R, Pomares A, Alberola T, Belda J, Merino J. Indicadores de actividad en el seguimiento de una unidad de hipertensión arterial durante 5 años. *Aten Primaria* 1993; 12: 264-268.
25. Gil V, Belda J, Muñoz C, Martínez JL, Soriano E, Merino J. Validez de cuatro métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 363-367.
26. Iturrioz P, Mariñelarena E, Guillén P, Abad I, Soricano M, Arrieta M, et al. Evaluación del cumplimiento de la citación y del control de la tensión arterial en un grupo de hipertensos. *Aten Primaria* 1991; 8: 212-216.
27. Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica de pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 351-356.
28. Sánchez C, Gómez-Calcerrada R, González M, Orueta R. Causas de incumplimiento y factores asociados en una consulta concertada. *Aten Primaria* 1996; 17: 34-38.
29. Iruela T, Juncosa S. Factores que influyen en el seguimiento de los pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1996; 17: 332-337.
30. Delgado E, Hernández E, Izquierdo JM, Landa V, Lejarza R, López V, et al. Evaluación del grado de cumplimiento del protocolo de hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1990; 7: 635-640.
31. Piñero F, Gil V, Pastor R, Merino J. El incumplimiento de las citas programadas en los pacientes hipertensos: perfil del incumplidor. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 669-672.
32. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns* 1987; 10: 117-138.
33. Eraker SA, Kirscht JP, Becker NH. Understanding and improving patient compliance. *Ann Intern Med* 1984; 100: 258-268.
34. Reichgott MJ, Simons-Morton BG. Strategies to improve patient compliance with antihypertensive therapy. *Primary Care* 1983; 10: 21-27.
35. Blackwell B. Patient compliance. *N Engl J Med* 1973; 289: 249-252.
36. Abellan J. La observancia del tratamiento. *Hipertensión* 1994; 11: 1-2.
37. Weingarten MA, Cannon BS. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a General Practice population. *Family Practice* 1988; 5: 294-296.
38. Degoulet P, Menard J, Vu HA, Goldmard JL, Devries C, Chatellier G, et al. Factors predictive of attendance at clinic and blood pressure control in hypertension patients. *Br Med J* 1983; 287: 88-93.
39. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifarm* 2001; 11: 140-146.
40. Sackett D, Snow JC. The magnitude of compliance and non compliance. En: *Autores Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1979; 11-22.
41. Lichtenstein MJ, Sweetnam PM, Elwood PC. Visit frequency for controlled essential hypertension: General Practitioner opinions. *J Fam Pract* 1986; 23: 331-336.
42. Kotchen JM, Mckean HE, Jackson S, Thayer S. Impact of rural high pressure control program on hypertension control and cardiovascular disease mortality. *JAMA* 1986; 255: 2177-2182.
43. Meinchenbaun D, Turck DC. Factors affecting adherence. En: Meinchenbaun D, Turck DC, eds. *Facilitating treatment adherence. A Practitioner's guidebook*. Nueva York: Plenum Press, 1987; 41-7.
44. Rastam L, Berglund G, Isacsson SO, Ryden L. The Skaraborg. Hypertension Projet II. Feasibility of a medical care program for hypertension. *Acta Med Scand* 1986; 219: 249-260.
45. McDowell I, Newell C, Rosser W. A randomized trial of computerized reminders for blood pressure screening in Primary Health Care. *Med Care* 1989; 27: 297-305.
46. Nessman DG, Carnahan JE, Nugent CA. Increasing compliance. Patient-operated hypertension group. *Arch Intern Med* 1980; 140: 1427-1430.
47. Levine DM, Green DW, Deed S. Health education for hypertensive patients. *JAMA* 1979; 241: 1700-1703.