



Original

Optimización del control de la presión arterial mediante telemedicina en atención primaria en España (Iniciativa Óptima): resultados de un estudio Delphi

Carmen Sánchez-Peinador^{a,b,*}, Joan Torras-Borrell^{c,d,e}, María José Castillo-Moraga^{f,g},
 María Isabel Egocheaga-Cabello^{b,h}, Xiana Rodríguez-Villalón^{e,i}, Miguel Turégano-Yedro^{g,j},
 Javier Gamarra-Ortiz^{b,k}, Manuel Domínguez-Sardiña^{e,l}, Vicente Pallarés-Carratalá^{g,m,n}

^aCentro de Salud Cantalejo, Segovia. ^bGrupo de Trabajo de ECV de SEMG. ^cCAP Sant Llätzer, Terrassa, Barcelona. ^dCoordinador del grupo de HTA de la "Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària" CAMFIC. ^eGrupo de Trabajo de HTA de SEMFYC. ^fCentro de Salud Sanlúcar Barrio Bajo, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz. ^gGrupo de Trabajo de HTA y ECV de SEMERGEN. ^hCentro de Salud Isla de Oza, Madrid. ⁱCentro de Salud A Doblada, Vigo, Pontevedra. ^jCentro de Salud Aldea Moret, Cáceres. ^kCS Medina Rural, Medina del Campo, Valladolid. ^lCentro de Salud Sardoma, Vigo, Pontevedra. ^mUnidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón. ⁿDepartamento de Medicina. Universitat Jaume I, Castellón.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de enero de 2022

Aceptado el 25 de julio de 2022

On-line el 9 de septiembre de 2022

Palabras clave:

Telemedicina

Hipertensión

Atención primaria

Consenso

R E S U M E N

Objetivo. Representantes de los grupos de trabajo de hipertensión o enfermedad cardiovascular de la Sociedades Españolas de Médicos de Atención Primaria (MAP) [SEMERGEN], de Medicina Familiar y Comunitaria [semFYC] y de Médicos Generales y de Familia [SEMG], realizaron un estudio Delphi para validar con un panel de MAP expertos en hipertensión una propuesta de recomendaciones para optimizar la teleconsulta en pacientes hipertensos.

Materiales y métodos. Estudio Delphi basado en un cuestionario online con 59 recomendaciones, elaborado en base a la bibliografía relacionada disponible y la experiencia clínica aportada por los autores.

Resultados. 118 MAP participaron en dos rondas del cuestionario (98,3 % de los invitados), alcanzándose el consenso en 53/62 sentencias (85 %). El equipo de AP debe seleccionar a los pacientes hipertensos candidatos a realizar la consulta telemática proactivamente, informando de la cita con antelación. Al iniciar la consulta telemática, se recomienda explicar el motivo y objetivos de la misma, y realizar la anamnesis preguntando por signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad, tratamientos actuales y adherencia a los mismos. En pacientes con una automedida de la presión arterial (AMPA) $\leq 135/85$ mmHg, se recomienda pautar una nueva cita telemática en 3-6 meses. Por el contrario, en pacientes asintomáticos que reporten una AMPA $\geq 135/85$ mmHg, se recomienda la monitorización ambulatoria de la PA, modificar el tratamiento, o derivar al paciente a visita presencial o al hospital en caso de signos o síntomas de alarma.

Conclusiones. La teleconsulta puede complementar a la consulta presencial, constituyendo un elemento más a tener en cuenta para el adecuado control de los pacientes hipertensos.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cspeinador@semg.es (C. Sánchez-Peinador).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.043>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Optimizing blood pressure control through telemedicine in primary care in Spain (“Iniciativa Óptima”): results from a Delphi study

A B S T R A C T

Keywords:

Telemedicine
Hypertension
Primary care
Consensus

Aim. Members of the working groups on hypertension or cardiovascular disease of the Spanish Societies of Primary Care Physicians (PCPs) [SEMERGEN], Family and Community Medicine [semFYC] and General and Family Physicians [SEMG], conducted a Delphi study to validate with a panel of PCPs with expertise in hypertension several recommendations to optimize teleconsultation in hypertensive patients.

Materials and methods. Delphi study based on an online questionnaire with 59 recommendations based on the available evidence and the clinical experience of the authors.

Results. 118 PCPs participated in two rounds of the questionnaire (98.3% of the invited physicians), reaching consensus in 53/62 statements (85%). The PC team must proactively select the hypertensive patients suitable for telematic consultation and contact them to set up an appointment. Telematic consultation must begin explaining the reason and aims pursued, continuing with anamnesis, which must explore signs and symptoms of disease worsening, current treatments and level of adherence. In patients with a self-measured of blood pressure (SMBP) $\leq 135 / 85$ mmHg, it is recommended to schedule a new telematic appointment in 3-6 months. On the contrary, asymptomatic patients with a SMBP $\geq 135 / 85$ mmHg should undergo ambulatory BP monitoring, treatment modification or, in case of warning signs or symptoms, referral to a face-to-face visit or to emergency department.

Conclusions. Teleconsultation can complement face-to-face consultation, constituting an additional tool for the appropriate follow-up of hypertensive patients.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

La pandemia por la enfermedad del coronavirus del 2019 (covid-19) ha supuesto un cambio en el modelo de atención a los pacientes crónicos en general y con hipertensión arterial (HTA) en particular, implementándose la consulta telefónica o e-consulta como vía de comunicación principal y necesaria entre el equipo de atención primaria (AP) y el paciente¹. Esta situación ha obligado a intensificar el control y el seguimiento de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (CV) o con enfermedad cardiovascular (ECV) desde AP, así como a reforzar la prevención CV en todos los pacientes².

La asistencia telemática por parte de los médicos de AP (MAP) a los pacientes con HTA es especialmente relevante, tanto por la elevada prevalencia de la enfermedad como por las necesidades específicas del seguimiento de estos pacientes (detección y tratamiento de complicaciones, ajuste de la medicación, etc.), así como por el hecho de que la mayoría presentan comorbilidades asociadas^{3,4}. Estudios recientes han demostrado que el seguimiento telemático de los pacientes crónicos se asocia con un mejor control de enfermedades como la HTA, la diabetes mellitus y la dislipemia⁵⁻⁷. No obstante, para una implementación exitosa de la telemedicina, deben producirse cambios tecnológicos y de procedimientos, lo que implica reconfigurar las prácticas médicas existentes y las relaciones médico-paciente⁸, para lo que son necesarias recomendaciones específicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, los grupos de trabajo (GdT) de HTA o ECV de las tres Sociedades Científicas de AP en España (la Sociedad Española de MAP [SEMERGEN], la Sociedad

Española de Medicina Familiar y Comunitaria [semFYC] y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG]), han llevado a cabo un estudio Delphi para validar con un panel de MAP con experiencia en el manejo de pacientes hipertensos una propuesta de recomendaciones para la optimización de la consulta telemática en estos pacientes. En él, se abordan los aspectos clave a tener en cuenta antes, durante y al finalizar la consulta telemática, así como aspectos a considerar para una mejor comunicación con los pacientes.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Un Comité Científico formado por 9 MAP pertenecientes a los GdT de HTA o ECV de SEMERGEN, semFYC y SEMG (3 representantes por Sociedad Científica), realizaron una búsqueda bibliográfica sobre el manejo telemático de pacientes con HTA. El resultado de esta búsqueda, junto con la experiencia clínica aportada por el Comité Científico, constituyeron la base científica para la elaboración de un listado con 62 recomendaciones a tener en cuenta antes, durante y al finalizar la consulta telemática y en la comunicación con los pacientes. Para validar dichas recomendaciones, se estableció que debían consensuarse con un panel de MAP con experiencia en el tratamiento y seguimiento de pacientes con HTA (≥ 3 años de experiencia asistencial, mínimo de 75-100 pacientes con HTA en su cupo) y con representación geográfica de todo el

territorio, mediante la metodología Delphi. Para ello, 59 recomendaciones divididas en 3 bloques (1. Antes de la consulta telemática; 2. Durante la consulta telemática; 3. Comunicación con el paciente) fueron incluidas en un cuestionario Delphi, considerándose 3 sentencias con recomendaciones generales no susceptibles de ser validadas por el Comité Científico, asumiendo que alcanzarían un amplio consenso. El cuestionario se alojó en una web accesible mediante un código alfanumérico personal para mantener el anonimato de las respuestas. Los participantes valoraron cada sentencia en una escala Likert con puntuaciones del 1 (“completamente en desacuerdo”) al 9 (“completamente de acuerdo”). Las respuestas se agruparon por terciles (1-3: desacuerdo, 4-6: indeterminación, 7-9: acuerdo). Se consideró que se había alcanzado consenso en una sentencia cuando las respuestas de dos tercios o más de los participantes ($\geq 66,6\%$) se situaron en el mismo tercil que el valor de la mediana de las respuestas a esa sentencia. Las sentencias que no alcanzaron consenso en la primera ronda fueron evaluadas de nuevo por el Comité Científico y repreguntadas en una segunda ronda.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todos los elementos utilizando la media \pm desviación estándar, la mediana y los valores máximos y mínimos. Se empleó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste a una distribución normal.

La consistencia interna del cuestionario se midió mediante el alpha de Cronbach ($C\alpha$), que oscila entre 0 y 1, de menor a mayor fiabilidad (valores aceptables: $>0,7$; fiabilidad alta: $0,7-0,9$; fiabilidad muy alta: $>0,9$)⁹. El coeficiente de correlación intraclass (r_i) se calculó como medida adicional de fiabilidad (baja: $r_i < 0,40$; razonable: $r_i = 0,40-0,59$; buena: $r_i = 0,60-0,74$; excelente: $r_i = 0,75-1$)¹⁰. La correlación entre las dos rondas del cuestionario se midió mediante el coeficiente de Spearman (r_s) (ninguna o pobre: $r_s = 0-0,25$; débil: $r_s = 0,26-0,50$; moderada a fuerte: $r_s = 0,51-0,75$; y fuerte a muy fuerte: $r_s = 0,76-1$)¹¹. El índice Kappa (k) se calculó para estimar, de forma cualitativa, la concordancia entre las dos rondas del cuestionario, teniendo en cuenta los terciles de respuesta (nula o pobre: $k < 0,20$; débil: $k = 0,21-0,40$; moderada: $k = 0,41-0,60$; buena: $k = 0,61-0,80$; muy buena: $k = 0,81-1$)¹². Los estadísticos se calcularon tanto de forma general como para cada uno de los 3 bloques. Se consideró significación estadística cuando $p < 0,05$.

El coeficiente de variación (CV) del cuestionario se calculó para cada ronda, junto con el delta o cambio relativo en la segunda ronda sobre la primera (CV segunda - CV primera / CV primera).

Resultados

Un total de 120 MAP respondieron a la primera ronda del cuestionario Delphi. La edad media de los participantes fue de $54,5 \pm 8,5$ años y el 30,8 % fueron mujeres. El 80 % del panel tenía más de 20 años de experiencia clínica en el tratamiento de la HTA y el 70 %, más de 100 pacientes con HTA en su cupo (tabla S1). Todas las Comunidades Autónomas de España estuvieron representadas en el estudio, abarcando la diversidad de realidades del territorio (figura S1). Tras la

Tabla S1 – Características sociodemográficas de los MAPs participantes en el estudio Delphi de la Iniciativa Óptima.

	Primera ronda N= 120	Segunda ronda N= 118	P
Edad (años) (Media \pm DE)	54,5 \pm 8,5	54,5 \pm 7,8	0,998
Sexo (mujeres), n (%)	37 (30,8)	35 (29,7)	0,999
Años de experiencia, n (%)			
Más de 20 años	98 (81,7)	94 (79,7)	0,999
10-20 años	17 (14,2)	18 (15,3)	
5-10 años	3 (2,5)	4 (3,4)	
<5 años	2 (1,7)	2 (1,7)	
Porcentaje de actividad pública, n (%)			
100%	97 (80,8)	99 (83,9)	0,989
75-99%	12 (10)	13 (11)	
50-74%	8 (6,7)	4 (3,4)	
<50%	3 (2,5)	2 (1,7)	
Pacientes HTA en consulta/año, n (%)			
Más de 100	88 (73,3)	79 (66,9)	0,350
75-100	32 (26,7)	39 (33,1)	
Ámbito de trabajo, n (%)			
Urbano	66 (55)	68 (57,6)	0,778
Semirural	29 (24,2)	24 (20,3)	
Rural	25 (20,8)	26 (22)	
MAPs: médicos de Atención Primaria; DE: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial. Valores continuos expresados como media \pm DE y valores categóricos expresados como n (%).			

primera ronda, se alcanzó consenso en acuerdo en 51 (86 %) de las 59 sentencias.

El Comité Científico decidió realizar una segunda ronda del cuestionario incluyendo las 8 sentencias que no obtuvieron consenso en primera ronda más la S41, que alcanzó consenso en el límite, por su relevancia en el contexto de las sentencias no consensuadas relacionadas. Con el objetivo de aportar mayor claridad, se desdobló el enunciado de las sentencias S3, S7 y S40 y se modificó el de las sentencias S42, S50 y S51. Un total de 118 MAP participaron en esta segunda ronda (98,3 % de los participantes). Las características demográficas de los participantes no difirieron significativamente de las reportadas en primera ronda (tabla S1). Se alcanzó consenso en 3 sentencias adicionales, por lo que en el global del estudio se alcanzó consenso en acuerdo en 53 (85 %) de las 62 sentencias finales (en adelante, S). Las recomendaciones que no se incluyeron en el cuestionario Delphi (en adelante, R) se muestran en la tabla S2.

El cuestionario presentó una consistencia interna ($C\alpha$) muy elevada en las dos rondas del cuestionario (tabla S3). Los valores del coeficiente de correlación de Spearman (r_s) mostraron una correlación cuantitativa muy fuerte entre ambas rondas, tanto en el global como para cada bloque (tabla S4). Además, los valores del índice de Kappa (k) también indicaron una concor-

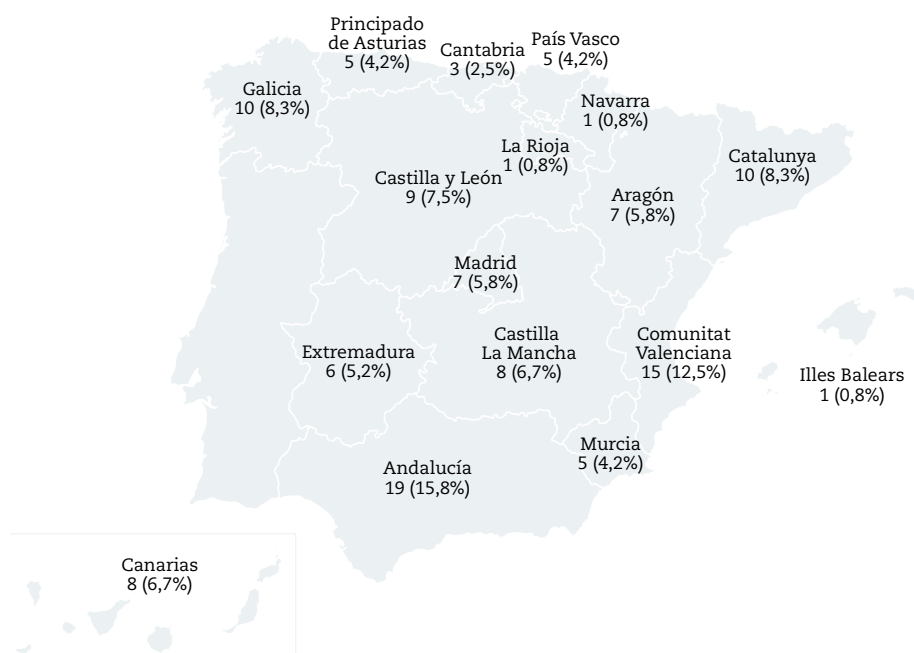


Figura S1 – Comunidad Autónoma de procedencia de los médicos de Atención Primaria que participaron en el proceso de validación de las sentencias.

Tabla S2 – Recomendaciones generales no incluidas en el estudio Delphi.

Sentencias	
Bloque 1: Antes de la consulta telemática	Contacto inicial con el paciente
	Hay que dar indicaciones generales previas al paciente para facilitar el mejor desarrollo de la consulta (evitar ruido excesivo en el domicilio, lugar con cobertura, disponer de lentes si las precisa, etc.).
Bloque 2: Durante la consulta telemática	Preparación de la consulta telemática
	De forma previa a la consulta telemática, el MAP debe revisar la historia clínica y obtener una visión general del paciente (aspectos clínicos y sociofamiliares específicos, comorbilidades, tratamiento actual y pruebas complementarias realizadas).
	Acciones a realizar al finalizar la consulta
	Hay que registrar en la historia clínica la información obtenida durante la consulta telemática, de igual forma que una consulta presencial.

MAP: médico de Atención Primaria.

Tabla S3 – Consistencia del cuestionario.

	Ronda 1	p	Ronda 2	p
	α de C (p)	r_i (p)	α de C (p)	r_i (p)
Total (59 ítems)	0,939 (p<0,001)	0,906 (p<0,001)	0,917 (p<0,001)	0,851 (p<0,001)
Bloque 1 (18 ítems)	0,834 (p<0,001)	0,818 (p<0,001)	0,846 (p<0,001)	0,828 (p<0,001)
Bloque 2 (32 ítems)	0,898 (p<0,001)	0,816 (p<0,001)	0,864 (p<0,001)	0,765 (p<0,001)
Bloque 3 (9 ítems)	0,855 (p<0,001)	0,796 (p<0,001)	0,854 (p<0,001)	0,795 (p<0,001)

α de C: Alpha de Cronbach. r_i : coeficiente de correlación intraclase

dancia cualitativa de buena a muy buena entre las dos rondas del cuestionario, tanto en el total de las puntuaciones como por bloques (tabla S4).

El coeficiente de variación (CV) del cuestionario entre la primera y segunda ronda fue del 19,8 % y 22 %, respectivamente, mostrando un incremento relativo del 11,11 %. Asimismo, el Comité Científico no consideró necesaria una tercera ronda al estimar que difícilmente se producirían cambios en las respuestas.

Tabla S4 – Correlación entre la primera y segunda ronda del cuestionario Delphi.

	r_s	p	k	p
Total (59 ítems)	0,942	<0,001	0,843	<0,001
Bloque 1 (18 ítems)	0,915	<0,001	0,802	<0,001
Bloque 2 (32 ítems)	0,916	<0,001	0,812	<0,001
Bloque 3 (9 ítems)	0,897	<0,001	0,742	<0,001

r_s : coeficiente de correlación de Spearman; k: índice de Kappa.

Antes de la consulta telemática (tabla 1 y figura 1)

Existió consenso entre el panel de MAP en que la selección de los pacientes hipertensos candidatos para un seguimiento prioritario mediante visita telemática debe realizarse de una forma proactiva (S1), preferentemente por el equipo de AP (S3B). También se acordó que la consulta presencial debe priorizarse a la telemática en los pacientes con baja capacidad de autocuidado (S4), situaciones psicosociales que así lo aconsejen (fragilidad, barrera lingüística, alto grado de dependencia, falta de cuidador, S5) o que precisen ser instruidos en el autoexamen físico (automedición de la PA, perímetro abdominal, valoración de edemas, S6), así como ante la necesidad de fortalecer la relación médico-paciente, la exploración de demandas ocultas o la comunicación de malas noticias (S5).

En el contacto inicial con el paciente por parte del equipo de AP, el panel de MAP consensuó que se deben validar los datos y persona de contacto (S8), asegurar la instrucción del paciente en el autoexamen físico (S12), solicitar la recopilación de la medicación actual (S10) y las últimas automediciones de presión arterial (PA), frecuencia cardíaca y peso (S11). En este contacto inicial, hay que informar al paciente de la hora y la duración prevista de la consulta telemática (S9), del nombre del profesional sanitario que contactará, priorizando que sea conocido por el paciente (S13), y proporcionar indicaciones generales para facilitar el desarrollo de la consulta (evitar ruido excesivo en el domicilio, disponer de cobertura o tener a mano las gafas, si las precisa, R1). Además, hay que informar del formato de la consulta telemática (S8), teniendo en cuenta las preferencias del paciente (S17) y priorizando la videollamada, ya que permite identificar al paciente y establecer comunicación no verbal (S16). No obstante, la elección del método de consulta telemático podrá variar en función del motivo de la consulta (S18), de los recursos disponibles en el centro sanitario (S14) o de los conocimientos y recursos tecnológicos de los que disponga el paciente o el cuidador del mismo (S15).

De forma previa a la consulta telemática, el MAP revisará la historia clínica para conocer los antecedentes médicos del paciente (R2).

Durante la consulta telemática (tabla 2 y figura 2)

Se alcanzó el acuerdo entre el panel de MAP en iniciar la consulta telemática presentándose con nombre y apellidos, categoría profesional y centro de salud de procedencia (S19) e indicando el motivo y objetivos de la consulta (S20). También se consideró importante asegurar la identidad del paciente, preguntando por datos clave que sólo el MAP o el cuidador conocen, como la fecha de nacimiento o las 4 últimas cifras DNI (S21), así como registrar si el paciente está acompañado, especialmente en el caso de adolescentes, pacientes adultos mayores y personas con discapacidad, que deben dar su autorización para compartir las indicaciones médicas con el acompañante (S22).

Al realizar la anamnesis, hubo consenso en la necesidad de preguntar por signos y síntomas de HTA, ECV, lesión de órgano diana o efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos, para lo que los MAP consideran útiles los *checklist* de apoyo disponibles (S23, S24). Hubo acuerdo en preguntar al paciente si ha realizado alguna prueba complementaria o una visita a otro especialista desde el último contacto con su MAP (S25), así como revisar los aspectos vinculados con su estilo de vida (S26), evolución del peso corporal (S27), medicación antihipertensiva

actual (S28) y adherencia a la misma, pudiendo usarse para este fin las pruebas de Morisky-Green o de Haynes-Sackett¹³ (S29). Existió consenso en preguntar al paciente por la evolución de las comorbilidades recogidas en la historia clínica (S30), la medicación concomitante y adherencia a la misma (S31) así como por la evolución o aparición de nuevos posibles síntomas relacionados con dichas comorbilidades (S32).

En el caso de pacientes asintomáticos con una automedida de la PA (AMPA) $\leq 135/85$ mmHg, no se consideró necesario modificar el tratamiento (S33), si bien se consensuó reforzar la modificación del estilo de vida (S34) y pautar una nueva cita telemática en 3-6 meses (S35), así como valorar pruebas complementarias, como un control analítico anual, un control electrocardiográfico cada 2 años o pruebas relacionadas con las comorbilidades que presente el paciente y/o los fármacos que esté tomando para su tratamiento (S36).

En los pacientes asintomáticos en los que por primera vez se registre una AMPA $\geq 135/85$ mmHg, hay que reforzar el interrogatorio de adherencia farmacológica (S37) y la modificación del estilo de vida (S38). Las sentencias referentes al manejo de estos pacientes en nuestro estudio no alcanzaron consenso (S39-S42).

Sí se acordó derivar al paciente a consulta presencial cuando sea imprescindible una exploración física directa (S43), cuando éste tenga dudas relacionadas con el manejo de la patología/tratamiento o la cumplimentación del AMPA (S44) o si presenta signos/síntomas de HTA, ECV o lesión de órgano diana (S45). Ante la presencia de dolor precordial de características anginosas de comienzo reciente, sospecha de ictus o ataque isquémico transitorio en los últimos 7 días, se derivará al paciente al hospital (S46).

Al concluir la consulta telemática, se consensuó que hay que registrar en la historia clínica la información obtenida durante la misma, al igual que después de una consulta presencial (R3). También hay que informar al paciente de los signos o síntomas de alarma por los que debe reconsultar o acudir a otro nivel asistencial¹⁴ (S47) y preguntarle explícitamente por la comprensión de las recomendaciones, consejos y prescripciones realizadas, así como fijar la fecha de la próxima cita (S48). Cuando las instrucciones sean complejas o haya cambio en la medicación, hay que consensuar con el paciente la mejor forma de hacerle llegar un resumen de la consulta telemática con las instrucciones para un adecuado cumplimiento (S49, S50A).

Comunicación con el paciente (tabla 3 y figura 3)

Se demostró consenso entre los encuestados a la hora de considerar la consulta telemática como un complemento a la consulta presencial (S51A). También existió un consenso importante en la forma de llevar a cabo la consulta telemática, siendo necesario realizarla de forma estructurada (S52), preferentemente utilizando auriculares para liberar las manos y poder registrar en la historia clínica (S54), desde un lugar tranquilo en aras a mantener la confidencialidad y la privacidad del paciente (S53). El panel consideró importante comprobar que se realiza una escucha activa (S55) y emplear un lenguaje comprensible y adaptado al paciente que resuelva sus dudas y necesidades (S58), hablando más despacio que cuando se está cara a cara y realizando pausas (S56).

Además de lo anteriormente mencionado, se consideró prioritario, al igual que en la visita presencial, mantener la confidencialidad del paciente (S53), iniciando la conversación con preguntas generales para posteriormente abordar aspec-

Tabla 1 – Resultados del estudio Delphi de las sentencias incluidas en el Bloque 1. Antes de la consulta telemática.

Nº	Sentencia	Mediana (P25-P75)	Rango mediana	Participantes en rango mediana, n (%)	Consensos
Selección de los pacientes					
S1	La selección de los pacientes hipertensos candidatos para un seguimiento prioritario mediante visita telemática, debe realizarse de una forma proactiva.	8 (7-9)	7-9	104 (86,7)	C-A
S2	En caso de disponibilidad, la selección de los pacientes hipertensos debe realizarse preferentemente desde la administración.	3 (2-5)	1-3	66 (55)	NC-D
		3 (1-5)	1-3	71 (60,2)	NC-D
S3	En caso de disponibilidad, la selección de los pacientes hipertensos debe realizarse preferentemente desde enfermería.	7(6-8)	7-9	78 (65)	NC*-A
S3A	En caso de disponibilidad, la selección de los pacientes hipertensos debe realizarse preferentemente desde enfermería.	7 (5-8)	7-9	73 (61,9)	NC-A
S3B	En base a su disponibilidad actual, la selección de los pacientes hipertensos debe realizarse preferentemente desde medicina.	8 (5-8)	7-9	81 (68,6)	C*-A
Cita presencial					
S4	La consulta presencial debe priorizarse a la telemática en los pacientes con baja capacidad de autocuidado.	9 (8-9)	7-9	109 (90,8)	C-A
S5	Debe priorizarse la consulta presencial en pacientes con condiciones psicosociales que así lo aconsejen*, ante la necesidad de fortalecer relación médico-paciente, exploración de demandas ocultas o comunicación de malas noticias. *Fragilidad, barrera lingüística, alto grado de dependencia, falta de cuidador.	9 (8-9)	7-9	117 (97,5)	C-A
S6	Hay que considerar la consulta presencial si el paciente precisa instrucción en el autoexamen físico (automedición de la PA, perímetro abdominal, edemas, dietas...).	9 (8-9)	7-9	118 (98,3)	C-A
Contacto inicial con el paciente					
S7	El contacto inicial con el paciente debe realizarse desde enfermería.	7 (5-8)	7-9	62 (51,7)	NC-A
S7A	El contacto inicial con el paciente debe realizarse desde enfermería.	7 (5-9)	7-9	77 (65,3)	NC*-A
S7B	En base a su disponibilidad actual, el contacto inicial con el paciente debe realizarse desde medicina.	7 (5-8)	7-9	75 (63,6)	NC*-A
S8	En esta llamada inicial hay que validar datos y persona de contacto (paciente o cuidador) e informar del formato de la consulta telemática.	8 (7-9)	7-9	99 (82,5)	C-A
S9	Siempre que se programe una consulta telemática, hay que fijar la hora de llamada y la duración prevista.	7,5 (6-9)	7-9	82 (68,3)	C-A
S10	En la llamada inicial, hay que solicitar al paciente que recopile su medicación actual.	9 (8-9)	7-9	109 (90,8)	C-A
S11	En la llamada inicial, hay que solicitar al paciente que recopile sus mediciones de PA, FC y peso.	8 (7-9)	7-9	104 (86,7)	C-A
S12	En la llamada inicial, se debe comprobar que el paciente conoce cómo realizar un correcto autoexamen físico (automedición de PA, FC y peso).	8,5 (8-9)	7-9	106 (88,3)	C-A
Preparación de la consulta telemática					
S13	El profesional sanitario que realice la consulta telemática será conocido por el paciente.	8 (7-9)	7-9	95 (79,2)	C-A
Elección del método de interacción					
S14	El formato de consulta telemática dependerá de los recursos disponibles por parte del centro sanitario.	8 (7-9)	7-9	105 (87,5)	C-A
S15	El formato de consulta telemática dependerá de los conocimientos/recursos tecnológicos que presente el paciente o el cuidador del mismo.	8 (7-9)	7-9	102 (85)	C-A
S16	El método de interacción más adecuado es la videollamada ya que permite ver al paciente, lo identifica y hay comunicación no verbal.	7 (6-9)	7-9	83 (69,2)	C-A
S17	Hay que priorizar, siempre que sea posible, las preferencias del paciente: consulta telefónica o videollamada.	8 (6-9)	7-9	84 (70)	C-A
S18	El método de consulta telemático debe adaptarse al motivo de consulta (valorar signos y datos exploratorios a través de la pantalla).	8 (7-9)	7-9	93 (77,5)	C-A

Nº: número de sentencia; S: sentencia; PA: presión arterial; FC: frecuencia cardíaca; C-A: consenso-acuerdo; NC-A: no consenso-acuerdo; NC-D: no consenso-desacuerdo.

Texto en azul: resultados de la primera ronda. Texto en negro: resultados de la segunda ronda. Texto en cursiva: sentencias desdobladas o reformuladas para la segunda ronda. Celdas azules: consensos.

*En el límite del consenso (66,6%).

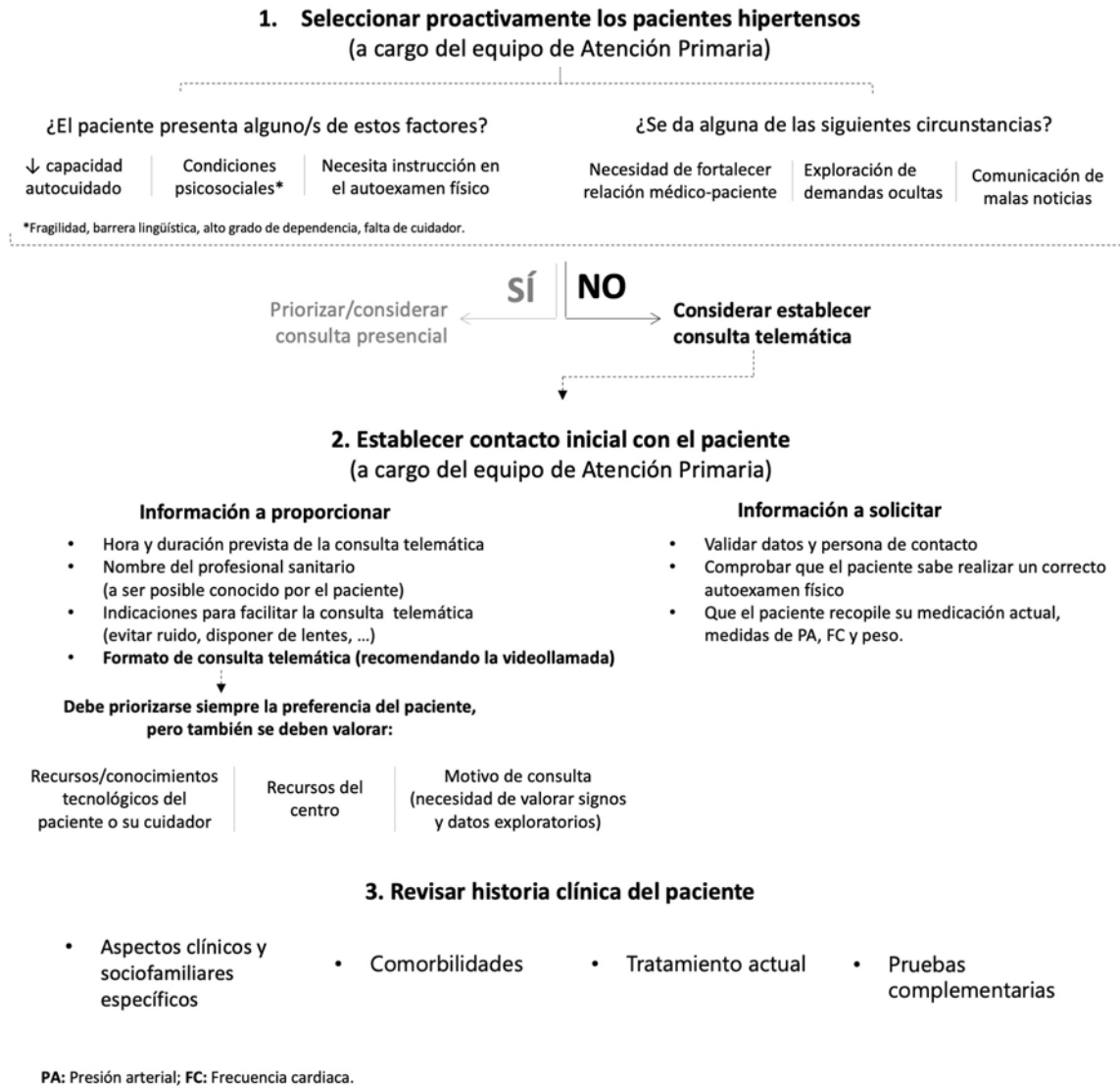


Figura 1 – Algoritmo resumen de los resultados obtenidos en el Bloque 1. Antes de la consulta telemática.

tos más concretos (S57), con calma y empatía, dejando que el paciente se exprese, especialmente en situaciones de elevada carga emocional (S59).

Comentario

Antes de la consulta telemática

En el contexto actual de pandemia, es importante que la búsqueda proactiva de los pacientes hipertensos candidatos a un seguimiento prioritario mediante visita telemática incluya tanto a los pacientes de bajo riesgo como a los de alto riesgo, ya que ambos han dejado de acudir a las consultas de AP para el seguimiento de su patología¹⁵. Se alcanzó consenso en que, en caso de disponibilidad, dicha búsqueda debe realizarla preferentemente el MAP, pero no hubo acuerdo en que la realice

enfermería, lo que resulta llamativo teniendo en cuenta su papel fundamental en el seguimiento de las enfermedades crónicas en AP. Especialmente en el caso de la HTA, enfermería interviene en el cribado de las cifras de PA, el seguimiento de la HTA de bajo riesgo, la promoción de la medida de la PA por AMPA, el seguimiento y adherencia a estilos de vida saludables y cumplimiento de los tratamientos farmacológicos¹⁶. Tampoco existió acuerdo en que la selección fuera realizada por personal administrativo, probablemente por la imposibilidad de acceso a la historia clínica por parte de personal no sanitario.

Tampoco existió consenso en si el contacto inicial con los pacientes hipertensos seleccionados para realizar una consulta telemática debe establecerse por parte de enfermería o de medicina. Diferentes factores pueden influir en esta respuesta, como, por ejemplo, los aspectos organizativos de los centros de salud o la experiencia de los profesionales con la consulta telemática o con el abordaje conjunto por parte de medicina y enfermería del paciente hipertenso¹⁶.

Tabla 2 – Resultados del estudio Delphi de las sentencias incluidas en el Bloque 2. Durante la consulta telemática.

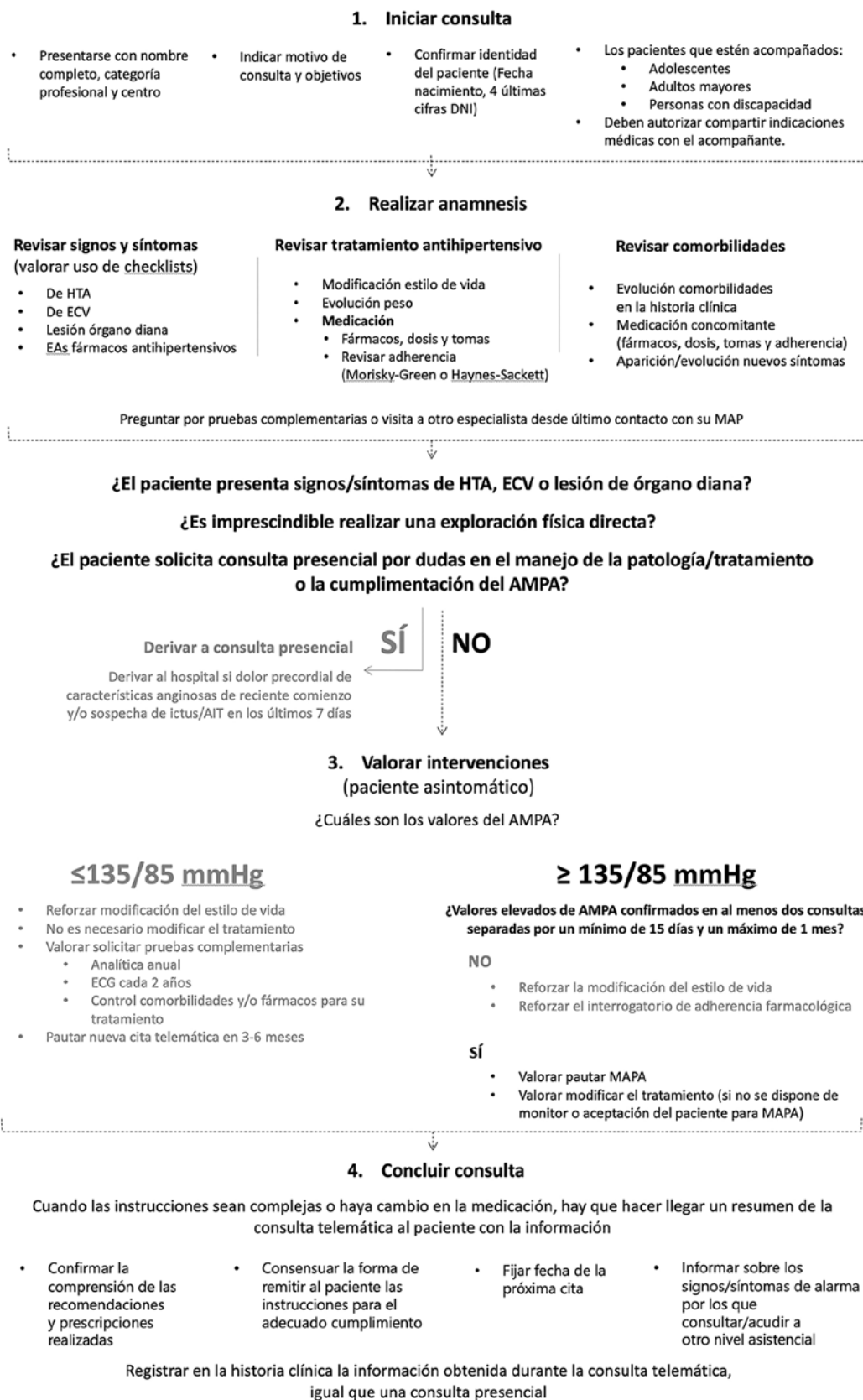
Nº	Sentencia	Mediana (P25-P75)	Rango mediana	Participantes en rango mediana, n (%)	Consensos
Inicio de la consulta telemática					
S19	Hay que iniciar la conversación presentándose con nombres y apellidos, categoría profesional y centro desde el que llama.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S20	Al inicio de la conversación hay que indicar el motivo de la consulta y los objetivos.	9 (8-9)	7-9	114 (95,0)	C-A
S21	Hay que asegurar la identidad del paciente, preguntando por datos clave que sólo ellos o el cuidador conocen (fecha nacimiento, 4 últimas cifras DNI).	7 (6-9)	7-9	87 (72,5)	C-A
S22	Es necesario registrar si el paciente está acompañado (especialmente en el caso de adolescentes, pacientes adultos mayores y personas con discapacidad) y contar con su autorización para compartir las indicaciones médicas al acompañante por temas de confidencialidad.	8 (8-9)	7-9	107 (89,2)	C-A
Anamnesis					
S23	Sería útil disponer de un Checklist de los signos y síntomas de hipertensión, enfermedad cardiovascular o lesión de órgano diana.	8 (7-9)	7-9	97 (80,8)	C-A
S24	Sería útil disponer de un Checklist de los signos y síntomas de los efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos.	8 (7-9)	7-9	99 (82,5)	C-A
Pruebas complementarias					
S25	Hay que preguntar al paciente por si ha realizado alguna prueba complementaria o una visita a otro especialista desde el último contacto con su MAP.	8 (7-9)	7-9	97 (80,8)	C-A
Revisión del tratamiento antihipertensivo					
S26	Hay que preguntar al paciente por la modificación del estilo de vida (dieta sin sal, realización de ejercicio físico).	9 (8-9)	7-9	116 (96,7)	C-A
S27	Hay que preguntar al paciente sobre la evolución del peso corporal.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S28	Hay que preguntar al paciente por la medicación antihipertensiva que está tomando (fármacos, dosis, tomas).	9 (8-9)	7-9	117 (97,5)	C-A
S29	Hay que revisar el nivel de adherencia a la medicación antihipertensiva mediante el test de Morisky-Green o Haynes.	8 (7-9)	7-9	96 (80)	C-A
Revisión de comorbilidades					
S30	Hay que preguntar al paciente por la evolución de las comorbilidades recogidas en la historia clínica.	9 (8-9)	7-9	109 (90,8)	C-A
S31	Hay que preguntar al paciente por la medicación concomitante (fármacos, dosis, tomas) para confirmar la adherencia y la concordancia con lo que consta en la historia clínica.	9 (8-9)	7-9	116 (96,7)	C-A
S32	Hay que preguntar por la evolución o aparición de nuevos posibles síntomas relacionados con las comorbilidades del paciente.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
Valorar intervenciones Paciente asintomático con AMPA \leq 135/85					
S33	En el paciente asintomático con AMPA \leq 135/85 no es necesario realizar modificaciones del tratamiento.	8 (6-9)	7-9	87 (72,5)	C-A
S34	En el paciente asintomático con AMPA \leq 135/85 se reforzará la modificación del estilo de vida.	9 (8-9)	7-9	106 (88,3)	C-A
S35	En el paciente asintomático con AMPA \leq 135/85 se pautará una nueva cita telemática en 3-6 meses.	8 (7-9)	7-9	96 (80)	C-A
S36	En el paciente asintomático con AMPA \leq 135/85 hay que valorar la necesidad de solicitar pruebas complementarias* *Control analítico anual, control electrocardiográfico cada 2 años o pruebas relacionadas con otras comorbilidades y/o los fármacos para su tratamiento.	8 (7-9)	7-9	98 (81,7)	C-A

.../...

Tabla 2 (Cont.) – Resultados del estudio Delphi de las sentencias incluidas en el Bloque 2. Durante la consulta telemática.

Nº	Sentencia	Mediana (P25-P75)	Rango mediana	Participantes en rango mediana, n (%)	Consensos
Valorar intervenciones					
Paciente asintomático con AMPA ≥ 135/85					
S37	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, hay que reforzar el interrogatorio de adherencia farmacológica.	9 (8-9)	7-9	110 (91,7)	C-A
S38	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, hay que reforzar la modificación del estilo de vida.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S39	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, se pautará una nueva cita en un mes.	7 (5-9)	7-9	64 (53,3)	NC-A
		6 (3-8)	4-6	37 (31,4)	NC-I
S40	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, se pautará una nueva cita en 15 días	7 (5-9)	7-9	71 (59,2)	NC-A
S40A	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, se pautará una nueva cita en 15 días.	7 (5-8)	7-9	65 (55,1)	NC-A
S40B	En el paciente asintomático en el que por primera vez se registre una AMPA ≥ 135/85, se pautará MAPA.	5 (3-7)	7-9	44 (37,3)	NC-I
S41	En el paciente asintomático con una AMPA ≥ 135/85 confirmada en al menos dos consultas separadas por un mínimo de 15 días, se pautará MAPA.	7 (5-9)	7-9	80 (66,7)	C*-A
		7 (5-8)	7-9	62 (52,5)	NC-A
S42	En el paciente asintomático con una AMPA ≥ 135/85 confirmada en el que se pautó MAPA pero no se disponga de monitor o de la aceptación del paciente, hay que modificar el tratamiento farmacológico.	7 (5-8)	7-9	74 (61,7)	NC-A
		7 (5-8)	7-9	67 (56,8)	NC-A
Derivación a consulta presencial					
S43	Se derivará al paciente a consulta presencial cuando sea imprescindible una exploración física directa.	9 (9-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S44	Se derivará al paciente a consulta presencial de enfermería/médico cuando este lo solicite por dudas en el manejo de la patología o del tratamiento o de la cumplimentación del AMPA.	9 (8-9)	7-9	111 (92,5)	C-A
S45	Se derivará al paciente a consulta presencial ante cualquiera de los signos y síntomas de hipertensión, enfermedad cardiovascular o lesión de órgano diana.	9 (8-9)	7-9	114 (95)	C-A
S46	Se derivará al paciente al hospital ante la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas: dolor precordial de características anginosas de reciente comienzo, sospecha de ictus o ataque isquémico transitorio en los últimos 7 días.	9 (9-9)	7-9	114 (95)	C-A
Conclusión de la consulta telemática					
S47	Hay que informar al paciente de los signos o síntomas de alarma por los que debe reconsultar o acudir a otro nivel asistencial.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S48	Hay que preguntar explícitamente por la comprensión de las recomendaciones, consejos y prescripciones realizadas, así como fijar la fecha de la próxima cita.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S49	Cuando sea preciso, hay que consensuar con el paciente la mejor forma de remitirle las instrucciones para el adecuado cumplimiento.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
Acciones a realizar al finalizar la consulta					
S50	Hay que enviar un resumen de la consulta telemática al paciente por correo electrónico con la información cuando las instrucciones sean complejas o haya cambio en la medicación.	7 (5-9)	7-9	78 (65)	NC*-A
S50A	Cuando las instrucciones sean complejas o haya cambio en la medicación, hay que hacer llegar un resumen de la consulta telemática al paciente con la información.	8 (7-9)	7-9	106 (89,8)	C-A

Nº: número de sentencia; S: sentencia; MAP: médico de Atención Primaria; AMPA: automedida de la presión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; C-A: consenso-acuerdo; NC-A: no consenso-acuerdo; NC-I: no consenso- indeterminado.
 Texto en azul: resultados de la primera ronda. Texto en negro: resultados de la segunda ronda. Texto en cursiva: sentencias desdobladas o reformuladas para la segunda ronda. Celdas azules: consensos.
 *En el límite del consenso (66,6%).



HTA: Hipertensión arterial; ECV: Enfermedad cardiovascular; EA: Efectos adverso; MAP: Médico de atención primaria; AIT: Ataque isquémico transitorio; AMPA: Automedida de la presión arterial; ECG: Electrocardiograma; MAPA: Monitorización ambulatoria de la presión arterial.

Figura 2 – Algoritmo resumen de los resultados obtenidos en el Bloque 2. Durante la consulta telemática.

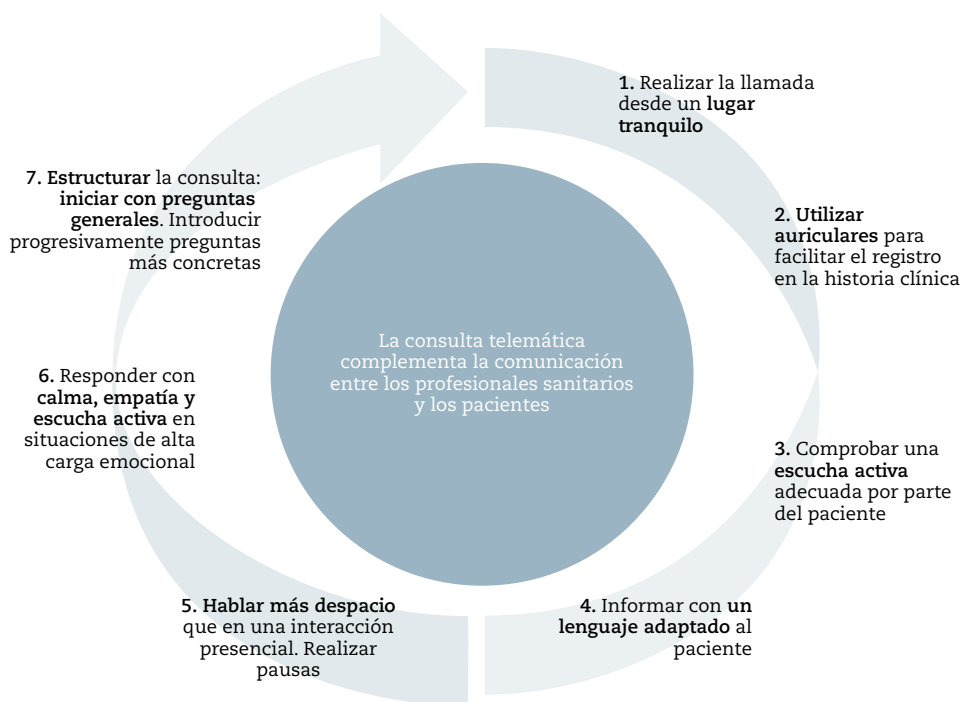
Tabla 3 – Resultados del estudio Delphi de las sentencias incluidas en el Bloque 3. Comunicación con el paciente.

Nº	Sentencia	Mediana (P25-P75)	Rango mediana	Participantes en rango mediana, n (%)	Consensos
S51	La consulta telemática facilita una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.	7 (5-8)	7-9	65 (54,2)	NC-A
S51A	<i>La consulta telemática complementa la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.</i>	8 (7-9)	7-9	91 (77,1)	C-A
S52	La consulta telemática debe estar estructurada, al igual que una consulta presencial.	9 (7-9)	7-9	107 (89,2)	C-A
S53	Hay que realizar la llamada desde un lugar tranquilo en aras a mantener la confidencialidad y la privacidad del paciente	9 (8-9)	7-9	116 (96,7)	C-A
S54	Siempre que sea posible, hay que utilizar auriculares para liberar las manos y poder registrar en la historia clínica.	9 (7-9)	7-9	104 (86,7)	C-A
S55	Hay que comprobar que el paciente puede realizar una escucha activa adecuada.	9 (8-9)	7-9	109 (90,8)	C-A
S56	En la comunicación telemática con el paciente, es necesario hablar más despacio que cuando se está cara a cara y realizar pausas.	9 (7-9)	7-9	108 (90)	C-A
S57	Hay que iniciar la conversación con preguntas generales para progresivamente introducir preguntas más concretas.	8 (7-9)	7-9	102 (85)	C-A
S58	Hay que informar con un lenguaje comprensible y adaptado al paciente.	9 (8-9)	7-9	115 (95,8)	C-A
S59	En situaciones de alta carga emocional, responder con calma, empatía y escucha activa, dejando que el paciente se exprese.	9 (8-9)	7-9	114 (95)	C-A

Nº: número de sentencia; S: sentencia; NC-A: no consenso-acuerdo; C-A: consenso-acuerdo.

Texto en azul: resultados de la primera ronda. Texto en negro: resultados de la segunda ronda. Texto en cursiva: sentencias desdobladas o reformuladas para la segunda ronda. Celdas azules: consensos.

*En el límite del consenso (66,6%).

**Figura 3 – Algoritmo resumen de los resultados obtenidos en el Bloque 3. Comunicación con el paciente.**

Si se alcanzó consenso sobre el contenido de la llamada inicial de contacto, la preparación de la consulta telefónica y la elección del método de interacción con el paciente, posiblemente por la experiencia en telemedicina adquirida durante los últimos meses por los participantes en la encuesta¹⁷.

Durante la consulta telemática

Se demostró un buen nivel de consenso en las recomendaciones sobre las acciones a realizar al inicio y conclusión de la consulta telemática, el uso de *checklists* específicos durante la anamnesis para revisar signos y síntomas de HTA o ECV^{1,18} y la necesidad de revisar los resultados de las pruebas complementarias previas, el tratamiento antihipertensivo y la existencia de otras comorbilidades en el transcurso de la consulta telemática.

En el caso del paciente asintomático con AMPA bien controlada ($\leq 135/85$ mmHg) se aceptaron las intervenciones propuestas. En el caso de una AMPA subóptima ($\geq 135/85$ mmHg), se alcanzó el nivel de acuerdo requerido en la necesidad de comprobar tanto la adherencia al tratamiento farmacológico como la modificación de estilos de vida, si bien no existió consenso en cuando estaría indicada una cita de revaloración. En este sentido, las guías y documentos de consenso de la Sociedad Europea de Hipertensión de 2018 y 2021, así como las de la Sociedad Internacional de Hipertensión de 2020, recomiendan no basar el diagnóstico de HTA en una única medición de la PA realizada en consulta, sino confirmar los valores en 2-3 consultas separadas entre 1-4 semanas (siempre que la PA no sea $\geq 180/110$ mm Hg y no exista evidencia de ECV)^{3,14,19}. En cualquier caso, la automedición domiciliar de la PA por parte del paciente siempre representa una medida más fiable y reproducible que las mediciones realizadas en consulta, y a menudo es un requisito indispensable para la confirmación del diagnóstico de HTA³. En estos pacientes, el panel tampoco alcanzó consenso en si pautar MAPA en caso de una sola AMPA alterada (no mostrándose un nivel de acuerdo ni desacuerdo), ni tampoco ante dos o más AMPA alteradas en mediciones separadas por al menos 15 días. No obstante, con un valor de AMPA $\geq 135/85$ mm Hg, las guías y documentos de consenso recomiendan confirmar estos valores mediante MAPA durante 24 horas, ya que es la forma de medida que mejor predice eventos CV^{3,14,20}. Esta discrepancia lleva al Comité Científico a reflexionar sobre la necesidad de que nuestras sociedades promuevan un uso más extensivo de la MAPA, ya que nos permitirá clasificar correctamente la HTA del paciente, diferenciando y valorando el grado de control, especialmente en aquellos individuos con HTA de bata blanca o enmascarada²¹, pero también visualizar el patrón nocturno que tanta importancia tiene en la morbimortalidad CV²².

Tampoco se alcanzó el consenso en la necesidad de modificar el tratamiento farmacológico en caso de AMPA alterada, lo cual nos lleva a preguntarnos si también deberíamos valorar programas formativos focalizados específicamente en la prevención de la inercia terapéutica, una realidad que al optimizar tratamientos minimizaría efectos nocivos a medio y largo plazo²³⁻²⁵.

Comunicación con el paciente

El desarrollo de la teleconsulta ha requerido adaptar la forma de comunicación propia de la relación médico-paciente a esta nueva herramienta.

Al plantear la cuestión de si la consulta telemática facilita una adecuada comunicación médico-paciente, no se alcanzó consenso. Diferentes motivos han podido condicionar esta respuesta, entre ellos, la falta de adaptación a la telemedicina por ambas partes, la dificultad de acceso al sistema sanitario por vía telefónica y la necesidad de mejorar los medios técnicos en las consultas de AP en nuestro país. Además, la pérdida de elementos de la comunicación no verbal, de gran valor en la consulta presencial, supone una importante barrera a la hora de realizar consultas telefónicas²⁶.

Sí que se alcanzó consenso a la hora de considerar la consulta telemática como un complemento a la consulta presencial en casos seleccionados de pacientes, en línea con la literatura²⁷. De hecho, esta nueva forma de comunicación con los pacientes permite optimizar el control de las patologías asociadas por las que están en tratamiento, posibilitando recordatorios respecto a la adherencia terapéutica, valoración de objetivos de control a lograr y situación clínica actual²⁸, mejorando su calidad de vida y reduciendo los costes médicos²⁶. Además, la pandemia de la covid-19 ha provocado mejoras significativas en el desarrollo de la teleconsulta no sólo con los pacientes, sino también entre niveles asistenciales²⁹.

Conclusión

Podemos afirmar que la teleconsulta puede complementar a la consulta presencial, constituyendo un elemento más a tener en cuenta para el adecuado control de los pacientes con hipertensión arterial, siempre y cuando se cumplan una serie de criterios. Estamos en el momento idóneo para realizar el gran cambio, potenciando la atención médica virtual y adaptando este nuevo modelo de consulta a las necesidades y preferencias de los pacientes²⁷.

Agradecimientos

Los autores agradecen especialmente la participación en el estudio Delphi de la Iniciativa Óptima al panel de MAPs: Abejas Juárez, JM (C.S. Santa Marta De Los Barros, Santa Marta de los Barros, Badajoz); Abrales Dopazo, J (C.S. Landako, Durango, Bizkaia); Aguilar Hernández, R (C.S. Pozo Estrecho, Pozo Estrecho, Murcia); Aguirre Rodríguez, C (C.S. Huércal De Almería, Huércal de Almería, Almería); Aisa Pascual, A (C.S. Fuentes Norte, Zaragoza); Albiñana Fernández, F (C.S. L. Eliana, Valencia); Álvarez Fonseca, S (Cons. Lieres, Lieres, Asturias); Álvarez González, A (C.S. San Jorge, Cáceres); Amador Cabrera, M (C.S. Granadilla, Granadilla, S/C de Tenerife); Andrés Vera, J (C.S. Los Barrios, Los Barrios, Cádiz); Ángel Maqueda, R (C.S. Victoria, Málaga); Arcala Campillo, E (C.S. San Felipe, Jaén); Ayala Mesa, LE (Consultorio Mogán, Mogán, Las Palmas de Gran Canaria); Barca Romero, A (C.S. López Mora, Vigo, Pontevedra); Bascou, CA (C.A.P. Figueres Sud, Figueras, Girona); Belinda, MG (C.S. Piedrahita, Ávila); Bitar Blázquez, RM (C.S. Alcalá Del Río, Alcalá del Río, Sevilla); Blanco Vidal, L (C.S. Serrería II, Valencia); Calvo Vacas, J (C.S. Elena Ginel Díez, Salamanca); Cano Vicente, AA (C.S. Puerto Lumbreras, Puerto Lumbreras, Murcia); Cardona Serra, J (C.A.P. Almenar, Almenar, Lleida); Carreras Mestre, B (C.S. Delicias Norte, Zaragoza); Carrillo Carreño, J (C.S. Vera, Vera, Almería); Carrillo Pujol,

ÁL (C.A.P. Mariá Fortuny, Reus, Tarragona); Casao Adriá, S (C.S. Silla, Silla, Valencia); Cifuentes Cocina, B (C.S. Sotroñido, Sotroñido, Asturias); Cobo Barquín, JC (C.S. Bárcena De Quirós, Quirós, Asturias); Colichón Custodio, F (C.S. La Matanza, La Matanza de Acentejo, Tenerife); Costa Sande, J (C.S. Bembibre, Val do Dubra, Coruña); Cuadrado Gómez, LM (Hosp. Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid); Chaves, RM (C.S. Las Portadas, Dos Hermanas, Sevilla); De Maya Matallana, MC (Consultorio Fenazar, Fenazar, Murcia); Del Rivero Sierra, FB (Cons. Nueva de Llanes, Asturias); Escudero Ibáñez, JM (C.A.P. Singuerlín, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona); Fernández González, AI (Amb. Gros, Donostia, Guipúzcoa); Fernández Romero, FJ (C.S. El Troval, Los Palacios, Sevilla); Fernández-Pacheco Corchado, LM (C.S. Tarancón, Tarancón, Cuenca); Ferrándiz Miquel, J (C.S. La Fábrica, Alcoy, Alicante); García Bellido, AJ (C.M.P. Nuestra Sra. Del Rosario, Doña Mencía, Córdoba); García Cintas, J (C.S. San Agustín, Santa María del Águila, Almería); García Fabero, JR (C.S. Mairena Del Aljarafe Ciudad Expo, Mairena del Aljarafe, Sevilla); García Haba, L (C.S. Pedro Fuente, Bargas, Toledo); García Hidalgo, A (C.S. Urbano II, Mérida); García Martínez, A (C.S. Carballiño, Carballiño, Ourense); García Urabayen, C (C.S. Kabieces, Santurtzi, Bizkaia); Garrido Riquenes, M (C.A.P. Castellar Del Vallés, Castellar del Vallés, Barcelona); Gaudioso Vázquez, J (C.S. Los Cármenes, Madrid); Gómez Gil, E (C.S. Leganitos, Marbella, Málaga); González Alonso, N (C.S. Villalba Estación, Villalba, Madrid); González Vázquez, L (C.S. Schamann, Las Palmas de Gran Canaria); González Vielba, C (C.S. Delicias II, Valladolid); Gracia Tricas, MM (C.S. San José Centro, Zaragoza); Guerra Pérez, J (Consulta Privada Guerra Pérez, Las Palmas de Gran Canaria); Gutiérrez Moreno, F (C.S. Bombarda, Zaragoza); Hernández Tuda, C (C.S. Las Torres, Burgos); Jaén Martínez, FA (C.S. Gil Y Morte, Valencia); Jiménez Vadillo, D (C.S. Quintanar De La Orden, Miguel Esteban, Toledo); Jorge Bravo, MT (C.S. Arturo Eyries, Valladolid); Juan Luis, MC (C.S. Sotillo De La Adrada, Ávila); López Gosp, D (C.A.P. Anoia, Igualada, Barcelona); López Lanza, JR (C.S. Vargas, Santander, Cantabria); Luño García, BL (C.S. Alagón, Alagón, Zaragoza); Llin Sanz, R (C.S. La Bassa, Alcoy, Alicante); Madrid Del Castillo, E (C.S. Villahermosa, Villahermosa, Ciudad Real); Mahiques García, J (C.S. Silla, Silla, Valencia); Marín Andrés, FL (C.S. Santa Isabel, Zaragoza); Martín Fuertes, JJ (C.S. Barbastro, Barbastro, Huesca); Martínez González, M (C.S. A Milagrosa, Lugo); Martínez Martínez, JM (C.S. Navarrete, Navarrete, La Rioja); Martínez Ponferrada, R (C.S. Poniente, Córdoba); Mateos Fernández, MD (Centro De Alta Resolución, Trujillo, Cáceres); Mazana Novellón, R (C.A.P. Almacelles, Almacelles, Lleida); Melo Cala, D (C.S. Illes Columbretes, Castellón); Mendia Gorostidi, JL (Amb. Amara Centro, Donostia, Guipúzcoa); Merino Pella, M (C.S. Villanueva Cañada, Cañada, Madrid); Migalievna Rebryk De Colichon, O (Consultorio Icod Alto, Tenerife); Molina Bárcena, V (C.S. Frontera, Torrejón de Ardoz, Madrid); Molina Molina, A (C.S. Alcalá Lareal, Jaén); Moral Vargas, S (C.S. Cuenca III, Cuenca); Moreno Santos, JP (C.S. La Puebla de Cazalla, La Puebla de Cazalla, Sevilla); Moya Moya, A (C.A.P. Castellar Del Vallés, Castellar del Vallés, Barcelona); Muñoz Rodríguez, LJ (C.S. Laguna de Duero, Laguna de Duero, Valladolid); Navarro Hernández, C (Consultorio La Alcayna, La Alcayna, Murcia); Novalio Gómez, JÁ (C.S. Punta Umbría, Punta Umbría, Huelva); Ordóñez Del Val, J (Cons. Piloña, Asturias); Ortega Redondo, J (C.S. Villanueva Sur, Villanueva de la Serena, Badajoz); Paz Ansele, C (C.S. Repelega, Portugalete, Bizkaia); Pérez Diéguez, YM (C.S. Maspalomas, Maspalomas, Las Palmas de Gran Canaria); Quijada Monzó, AM (C.S. Luis Vives, Alcalá de Henares, Madrid); Rada Casas, H (C.S. Puertollano, Puertollano,

Ciudad Real); Raga Casaus, JV (C.S. Guillem De Castro, Valencia); Rey Rañal, A (C.S. Labañou, La Coruña); Ricalde Muñoz, B (Cons. Guriezo, Guriezo, Cantabria); Rodríguez Calvo, MR (C.S. Santa Elena, Zamora); Rodríguez Pérez, A (C.S. Barrio Alto, Sanlúcar, Cádiz); Rodríguez Sandoval, JM (C.S. Canals, Canals, Valencia); Rojo Fernández, JC (C.S. Celanova, Celanova, Ourense); Romero Moreno, E (C.S. Plana Lledó, Mollet, Barcelona); Ruiz García, J (C.S. Guía De Isora, Guía de Isora, S/C de Tenerife); Salguero Chaves, E (C.S. Valdepasillas, Badajoz); San José Arango, J (C.S. Monteporreiro, Pontevedra); Sánchez Avante, R (C.A.P. Premiá De Mar, Premiá de Mar, Barcelona); Sánchez García, MA (C.S. Villamuriel de Cerrato, Villamuriel de Cerrato, Palencia); Sardaña Álvarez, E (C.A.P. Miami Platja, Miami Platja, Tarragona); Sastre Sampol, J (C.S. Es Safrá, Alcúdia, Baleares); Serrano Guerra, FJ (C.S. Victoria, Málaga); Sesma Arnaiz, R (Consultorio Los Pulpites, Las Torres de Cotillas, Murcia); Sisto García De Veas, CA (C.S. La Granja, Jerez de la Frontera, Cádiz); Sobrevilla Galarza, AF (C.S. Benaguacil, Benaguacil, Valencia); Soilán Carbia, J (Hospital Virgen Ojos Grandes, Lugo); Tamayo Ferriol, T (C.S. La Mata, Torrevieja, Alicante); Tapetado Pérez-Olivares, L (C.S. Menasalbas, Las Ventas con Peña Aguilera, Toledo); Tapia Delgadillo, JE (C.S. Villafranca, Villafranca, Navarra); Tarraga López, PJ (C.S. Zona V, Albacete); Torres De Castro, MM (C.S. Alcalá De Guadaira, Madrid); Valls Roca, F (C.S. Benigánim, Benigánim, Valencia); Vidacs, J (C.S. Acequión, Torrevieja, Alicante); Vidal Piqueras, JJ (C.S. Sax, Sax, Alicante); Villa Puente, M (C.S. Centro, Santander, Cantabria); Villar Freire, JM (C.S. Narón, Ferrol, La Coruña).

A Esteve Pharmaceuticals S.A. por su apoyo logístico en el programa y su soporte incondicional en la publicación.

A Anna Nualart de VMLY&Rx por los servicios editoriales y de edición del manuscrito.

Consideraciones éticas

Este artículo se basa en la metodología Delphi para alcanzar consensos y no contiene ningún estudio con participantes humanos o animales realizado por ninguno de los autores. Los cuestionarios Delphi a los que respondieron los participantes no necesitaron someterse a ninguna aprobación ética ya que no recopilaron datos de pacientes.

Financiación

Los autores agradecen a Esteve Pharmaceuticals S.A. el apoyo logístico en la realización del Estudio Delphi y el soporte editorial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A, et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico

- en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(11): 910-8.
2. Pallarés Carratalá V, Górriz-Zambrano C, Morillas Ariño C, Llisterri Caro JL, Gorriz JL. COVID-19 y enfermedad cardiovascular y renal: ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos? *Semergen*. 2020; 46 Suppl 1: 78-87.
 3. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 2020; 75(6): 1334-57.
 4. Kamyshnyi A, Krynytska I, Matskevych V, Marushchak M, Lushchak O. Arterial Hypertension as a Risk Comorbidity Associated with COVID-19 Pathology. *Int J Hypert*. 2020; 2020: 8019360.
 5. Kraef C, van der Meirschen M, Free C. Digital telemedicine interventions for patients with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2020; 10(10): e036904.
 6. Lu X, Yang H, Xia X, Lu X, Lin J, Liu F, et al. Interactive Mobile Health Intervention and Blood Pressure Management in Adults. *Hypertension*. 2019; 74(3): 697-704.
 7. Indraratna P, Tardo D, Yu J, Delbaere K, Brodie M, Lovell N, et al. Mobile Phone Technologies in the Management of Ischemic Heart Disease, Heart Failure, and Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020; 8(7): e16695.
 8. Abellán García A, Fernández-Mayoralas G, Pérez Díaz J, Puga González D, Laso Rodríguez A, Rodríguez Rodríguez V, et al. Informe sobre telemedicina y asistencia a enfermos crónicos: Centro de Ciencias Humanas y Sociales - Unidad Asociada Fundación Ingema - Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC); 2012. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/csic-inftelemedicina-01.pdf>.
 9. Schmitt N. Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychol Assess*. 1996; 8(4): 350-3.
 10. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instrument in psychology. *Psychol Assess*. 1994; 6(4): 284-90.
 11. Dawson B, Trapp RG. Basic and clinical biostatistics. (LANGE Basic Science). 4th ed. New York: McGraw- Hill; 2004.
 12. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33(1): 159-74.
 13. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atencion Primaria*. 2008; 40(8): 413-8.
 14. Williams B, Giuseppe M, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnieer M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019; 72(2): 160.e1-78.
 15. Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Pérez de Prado A, Rossello X, Ojeda S, Serrador A, et al. Impact of COVID-19 on ST-segment elevation myocardial infarction care. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol (English ed)*. 2020; 73(12): 994-1002.
 16. Gijón-Conde T, Rubio E, Gorostidi M, Vinyoles E, Armario P, Rodilla E, et al. Documento de consenso sobre consulta telemática en hipertensión y riesgo vascular. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). *Hipertens Riesgo Vasc*. 2021; 38(4): 186-96.
 17. Mazón Ramos P, Virgós Lamela A, González-Juanatey J. Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2021; 20: 21-6.
 18. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipert Riesgo Vasc*. 2018 [En prensa]. doi: 10.1016/j.hipert.2018.04.001.
 19. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypert*. 2021; 39(7): 1293-302..
 20. Perloff D, Sokolow M, Cowan R. The prognostic value of ambulatory blood pressures. *JAMA*. 1983; 249(20): 2792-8.
 21. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Banegas JR, de la Sierra A, Segura J, Vinyoles E, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. *Hipert Riesgo Vasc*. 2019; 36(4): 199-212.
 22. Hermida RC, Crespo JJ, Otero A, Domínguez-Sardiña M, Moyá A, Ríos MT, et al. Asleep blood pressure: significant prognostic marker of vascular risk and therapeutic target for prevention. *Eur Heart J*. 2018; 39(47): 4159-71.
 23. Ali DH, Kiliç B, Hart HE, Bots ML, Biermans MCJ, Spiering W, et al. Therapeutic inertia in the management of hypertension in primary care. *J Hypert*. 2021; 39(6): 1238-45.
 24. Augustin A, Coutts L, Zanisi L, Wierzbicki AS, Shankar F, Chowienczyk PJ, et al. Impact of Therapeutic Inertia on Long-Term Blood Pressure Control: A Monte Carlo Simulation Study. *Hypertension*. 2021; 77(4): 1350-9.
 25. Kim BJ, Cho YJ, Hong KS, Lee J, Kim JT, Choi KH, et al. Treatment Intensification for Elevated Blood Pressure and Risk of Recurrent Stroke. *J Am Heart Assoc*. 2021; 10(7): e019457.
 26. Omboni S, Ferrari R. The role of telemedicine in hypertension management: focus on blood pressure telemonitoring. *Curr Hypert Rep*. 2015; 17(4): 535.
 27. Pallarés Carratalá V, Górriz-Zambrano C, Llisterri Caro JL, Gorriz JL. La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. *Semergen*. 2020; 46 Suppl 1: 3-5.
 28. Muñoz Seco E. No todo es clínica. La entrevista telefónica. *AMF* 2020; 16(11): 659-67.
 29. Colbert GB, Venegas-Vera AV, Lerma EV. Utility of telemedicine in the COVID-19 era. *Rev Cardiovasc Med*. 2020; 21(4): 583-7.