



**UNIVERSIDAD PRIVADA  
ANTEOR ORREGO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TITULO**

**ASOCIACIÓN ENTRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN  
PACIENTES HIPERTENSOS.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**CARLOS WENCESLAO SOTELO CIUDAD**

**ASESOR:**

**ALEJANDRO EDUARDO CORREA ARANGOITIA**

**TRUJILLO – 2017**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

---

**DR.  
PRESIDENTE**

---

**DR.  
SECRETARIO**

---

**DR.  
VOCAL**

---

**DR. ALEJANDRO E. CORREA ARANGOITIA  
ASESOR**

## **DEDICATORIA**

*Dedicar en primer lugar el presente informe a mis progenitores:  
por ser mi inspiración y fortaleza, por guiarme en todo momento  
en cada uno de mis proyectos de vida que me he planteado, y a mis  
familiares quienes me han acompañado brindado su apoyo, y aliento.*

*A mis queridos docentes, que en el transcurrir de toda  
mi carrera me han brindado siempre sus sabios consejos  
para formarme como un buen profesional médico y ciudadano.*

*CARLOS WENCESLAO SOTELO CIUDAD.*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, quien no me dejo desmayar en ningún momento en este largo camino y me dio fuerza interior para terminar todos los proyectos que hasta ahora me he trazado.*

*A mis padres por ser los mejores del mundo por su apoyo incondicional y siempre haberme guiado por el buen camino creyendo siempre en mí y ayudándome a cumplir mis metas.*

*.A mi universidad UPAO la cual logro formar en mi un profesional y ciudadano responsable con vocación de servicio a la comunidad y a toda su plana docente.*

*Al mi asesor de tesis, por su guía, su tiempo y consejo para hacer posible este trabajo*

CARLOS WENCESLAO SOTELO CIUDAD.

## INDICE

	<i>Página</i>
<b>PÁGINAS PRELIMINARES.....</b>	<b>02</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>06</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>08</b>
<b>PLAN DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar si existe asociación entre la relación médico paciente deficiente y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, en Trujillo en el año 2016.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional, de casos y controles en 172 casos y 172 controles

**RESULTADOS:** el porcentaje de la deficiente relación médico paciente, en personas que no tuvieron adherencia al tratamiento farmacológico fue 14.5%, cifra mayor que los individuos que tuvieron adherencia al tratamiento, cuyo porcentaje fue 7%, con diferencias estadísticas significativas ( $p= 0.018$ ). La mala relación incrementa en casi dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un OR= 2.26 con un IC95% de 1.10 a 4.68.

**CONCLUSIONES:** Comparativamente la frecuencia porcentual de la mala relación médico paciente es superior en pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico que en pacientes adherentes a dicho tratamiento. La mala relación médico paciente se asocia con la no adherencia al tratamiento farmacológico como factor de riesgo.

**PALABRAS CLAVES:** relación médico paciente y adherencia al tratamiento farmacológico.

## **ABSTRACT**

**THE AIM:** Determine if there is association between the relationship medical patient deficient and non-adherence to drug treatment in patients with hypertension in Specialties Basic La Noria Hospital, in Trujillo in 2016.

**MATERIAL AND METHOD:** An observational study of cases and controls, was conducted in 172 cases and 172 controls

**RESULTS:** the percentage of the poor patient physician relationship, in people who had no adherence to drug treatment was 14.5%, a figure greater than individuals who had adherence to treatment, whose percentage was 7%, with significant statistical differences ( $p = 0.018$ ). The bad relationship increases at nearly twice the likelihood of non-adherence to the pharmacological antihypertensive therapy with an OR = 2.26 with a 95% from 1.10 to 4.68.

**CONCLUSIONS:** Comparatively bad patient medical relation percentage frequency is higher in patients without adherence to pharmacological treatment that patient's adherents said treatment. The poor doctor patient relationship is associated with non-adherence to drug treatment as a risk factor.

**KEY WORDS:** patient medical relation and adherence to drug treatment.

## I. INTRODUCCIÓN

La no adherencia al tratamiento farmacológico es el grado de incumplimiento o no coincidencia del comportamiento de un paciente referente con los fármacos que ha de consumir, según las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.<sup>1</sup>

Existe una serie de obstáculos en conseguir la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivos. La Organización Mundial de la Salud financió el trabajo de Al Gurair et al, realizó una revisión sistemática en cinco bases de datos desde 1981 hasta el 2012, encontrando que el 28% de los encuestados reportaron que la relación con el proveedor de la salud fue una barrera para la adherencia al tratamiento antihipertensivo, señalándose como causa la insatisfacción con la comunicación e información recibida.<sup>2</sup>

En un estudio acerca de la relación médico-paciente realizado en la India (Kishore R, et al.) reportó que entre el 16.9% y 24.5% de pacientes encuestados, manifestaron una mala relación médico-paciente especialmente en la atención expresando que en ciertas situaciones se discute delante del paciente de manera inadecuada sobre su enfermedad.<sup>3</sup>

Los avances en la medicina no han ido a la par con el papel social que desempeña el profesional médico, tal vez porque el dolor, la enfermedad y problemas de salud de los pacientes afecta emocionalmente a la quinta parte de los profesional de la Medicina afectando seriamente a su práctica laboral, y trasladándose dicho daño a sus pacientes y sí mismos. Quezada C, calculó que entre 10 al 20% de médicos en actividad están emocionalmente perturbados, influyendo notoriamente en su relación médico paciente, modificando su conducta, sensibilidad y comprensión, incluso mostrándose agresivos con los pacientes.<sup>4</sup>

En Sudamérica la no adherencia farmacológica es reconocida como uno de los mayores factores involucrados en el deficiente control de la presión arterial, describiéndose que el cumplimiento de la dosis recomendada se sitúa entre el 50 a 70% y que cerca del 50% de hipertensos que se encuentran bajo tratamiento, lo interrumpen dentro del primer año (Sandoval D, et al.).<sup>5</sup>



Según Chacón J,<sup>6</sup> la no adherencia al tratamiento o no cumplimiento terapéutico se ha definido también como el contexto en el cual el comportamiento de la persona no coincide con las recomendaciones relacionadas a la salud e incluyen la incapacidad del paciente para asistir a citas programadas, no tomar los medicamentos tal y como se indican. Por otro lado López-Castellano L et al (2010) indicaron que realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último no completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas, también es considerado como no adherencia.<sup>6,7</sup>

Según Rojas M (2012), los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos a sus creencias, percepciones de la etiología de su enfermedad o la forma como cree que debe hacerle frente. Por consiguiente, no se considera cumplidor de las prescripciones médicas, sino que toman decisiones autónomas, por consiguiente el médico debe establecer una alianza con ellos, para elevar la efectividad de los tratamientos farmacológicos; aquí es donde tiene un papel relevante la adherencia terapéutica y los pasos para lograrla. Para Jiménez-Torres V, el término adherencia, establece el compromiso del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto, para que el paciente entienda mejor su problema de salud, las ventajas de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones y mejore la efectividad del tratamiento farmacológicos.<sup>8,9</sup>

En la adherencia al tratamiento farmacológico se culpa directamente al paciente de forma intencionada o no, por ignorancia u olvido según lo confirmó Cotillo P, La mayoría de enfermedades crónicas tienen un costo elevado para el paciente y el sector salud. La adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor o no cumplidor, adherencia o no adherencia. Los factores que la determinan esta adherencia se clasifican en 4 áreas: Relación médico-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapéutica. Para efectos del presente estudio se dará relevancia a la primera mencionada. La adherencia disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, o cuando se utilizan simultáneamente varios fármacos, o es complicado el esquema de dosis; o cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables (Ministerio de Salud, 2012) .<sup>10,11</sup>.

Entre las formas de clasificar la no adherencia o el incumplimiento terapéutico son las de tipo primaria y secundaria: La primaria es cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia y la secundaria es cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el números de dosis o se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento indicado por el médico (Coca A, et al.). En la atención primaria se ha estimado que del 6 al 20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia. Una forma de evaluar la no adherencia al tratamiento es la intencionalidad que deja el tratamiento debido a los efectos adversos o costo elevado. El incumplimiento no intencionado es el olvido de la dosis (Salazar M, et al).<sup>12, 13</sup>

Para el Ministerio de Salud, la hipertensión arterial se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de la presión sistólica y diastólica. La hipertensión arterial se caracteriza por disfunción endotelial, con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo y factores vasoconstrictores. Entre los factores de riesgo destacan, el sexo masculino, edad (varones,  $\geq 55$  años; mujeres,  $\geq 65$  años), tabaquismo, dislipidemias, hiperglicemia en ayunas, diabetes mellitus, obesidad. La hipertensión primaria, esencial o idiopática, no tiene causa identificable; se describe un componente familiar, sin definir el gen responsable, correspondiendo a más del 95% de los casos. La hipertensión secundaria es de causa identificable (Farreras Rozman).<sup>14, 15, 16</sup>

Ausiello D, et al y Vidal-Benito M, coincidieron en señalar que la relación médico paciente es una relación planificada y profesionalizada, que incluye apoyo emocional y una comunicación fluida como parte de un plan de cuidados, buscando que el paciente comprenda el proceso de la atención, disminuya su angustia y asuma una actitud positiva. Es el marco organizativo de la práctica médica y su relación con el conjunto social, el entorno con que sus estructuras y procesos rodean al médico y al paciente, que influyen en el acto médico, con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.<sup>17, 18</sup>

Gelabert A, y Jaramillo C. et al, establecieron que entre los modelos de la relación médico paciente, está el modelo paternalista donde prevalece una actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indicando los procedimientos diagnósticos terapéuticos, mientras que el enfermo acata las indicaciones, sin su opinión, dudas o temores. El segundo modelo es el dominante donde el enfermo de acuerdo con sus conocimientos o información obtenida, pide o exige que, de acuerdo con el diagnóstico establecido, se realicen determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos.<sup>19,20</sup>

El tercer modelo es el de responsabilidad compartida se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y la familia, lo referente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la posibilidad de complicaciones. Se aclaran sus dudas y se trata de disipar sus temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. El cuarto modelo es el mecanicista de la atención se lleva a cabo de acuerdo con disposiciones administrativas estrictas; se siguen protocolos de manejo rígidos, el enfermo no elige al médico tratante interfiere en la relación médico-paciente. El exceso de burocracia y trámites administrativos retarda el tratamiento y deteriora la relación, que es de tipo sujeto-objeto (Costa C)<sup>20,21</sup>

Siegler M. indicó que las circunstancias de la época actual influyen en la relación médico-paciente, son las condiciones de trabajo del médico tiende a ser un empleado en las instituciones públicas y privadas, que trabajan en medio de carencias e incomodidades. El salario es insuficiente para resolver las necesidades personales y familiares lo que obliga a tener varios empleos, influyendo en la eficiencia. Además, ha aumentado la exigencia del paciente y la sociedad, de tal manera que el trabajo del médico se realiza con la amenaza permanente de demandas y reclamaciones. El médico de hoy tiene que mantener su certificación vigente y para ello cumplir con exigencias académicas. Hoy en día la imagen pública del médico también ha cambiado, incluso ha perdido credibilidad entre un segmento de la sociedad, de tal forma que la relación médico-paciente se ha llenado de desconfianzas mutuas que propician una vigilancia de la actuación del médico por parte del paciente, sus familiares o sus abogados.<sup>22,23</sup>

El las publicaciones de Arrubarrena V, y Lifshitz A. coincidieron en señalar que el elemento fundamental para una buena relación es mantener la confianza en el

profesional médico que el usuario eligió. Sin embargo hay factores que afectan dicha confianza, como la asignación del médico de parte de la institucional u organización sanitaria, el mismo que puede modificar el curso del tratamiento. Así mismo la institución de salud instruye al médico debe atender un número mayor de pacientes a los establecido, disminuyendo el tiempo de la entrevista, situación que con frecuencia se reportan en China y estados Unidos, más aun el intervalo entre las citas cada vez es más prolongado, para ser atendido es en una fecha tan posterior que el padecimiento ya se ha resuelto o complicado, generando ello mayor desconfianza en los pacientes.<sup>24, 25</sup>

Chacón et al (Chile, 2015), evaluaron la adherencia al tratamiento y su asociación con factores clínicos, socioeconómicos y psicosociales. Hallaron que la adherencia al tratamiento farmacológico fue 37,3%. La inadecuada relación médico-paciente, en los no adherentes alcanzó el 32 %, mientras que en los adherentes al tratamiento fue 19 %, encontrándose un OR=2.17 (IC95% 1.64 -2.86) con una  $p<0.05$ .<sup>26</sup>

Sandoval et al (Chile, 2014), determinaron la influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos, la ausencia de adherencia se asoció con la inadecuada relación médico-paciente con un OR=1.56 [IC del 95%: 1,13 a 2.27], en los que tuvieron adherencia al tratamiento la inadecuada relación médico paciente alcanzó el 18.2% y en los pacientes sin adherencia al tratamiento la frecuencia de mala relación médico paciente alcanzó el 29.9%.<sup>27</sup>

Pérez et al (Cuba, 2012), identificaron los factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Hallaron una menor adherencia al tratamiento en varones con 63,9%, así mismo el 69.4% manifestaron una relación médico-paciente no favorable ( $p<0,001$ ); estableciéndose un OR=4,84. Concluyeron que la inadecuada relación médico paciente constituye un factor de riesgo en la aparición de la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.<sup>28</sup>

Achaval et al, (Estados Unidos, 2010), investigaron la relación médico paciente asociada con el tratamiento farmacológico. Hallaron que el 80% de pacientes fueron mujeres; con una edad media de 46 años. Se encontró una relación positiva que osciló

entre 0,25 y 0,79; siendo estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). Concluyeron que la relación médico paciente están relacionado con adherencia al tratamiento.<sup>29</sup>

Chavarría et al (España, 2009), realizaron un estudio con el objetivo fue conocer la relación médico-paciente en los médicos residente de urgencias en un Hospital de España. Se realizó un estudio observacional, transversal prospectivo donde participaron 28 médicos residentes, cuya la relación médico-paciente se evaluó a través de una encuesta. Se obtuvo una calificación regular hacia la relación médico-paciente en 82.14%, mala en 3.5% y buena en 14.2% con los médicos residentes.<sup>30</sup>

Ocampo P. (Perú, 2014), determinaron factores determinantes de la no adherencia en el tratamiento de pacientes hipertensos. Los resultados demostraron tanto en Trujillo como Chimbote con el 60,8% y 79,7%, respectivamente. La deficiente relación proveedor usuario con 20,7% en Trujillo y 20,5% en Chimbote. Concluyó que los hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes son el entorno social y una relación negativa proveedor paciente.<sup>31</sup>

### **Justificación**

La razón, de la realización de la presente investigación, es el interés por conocer el vínculo que pueda existir entre la relación que establezca el profesional médico con su paciente y como se asocia con el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, más aun considerando que son pocos los estudios realizados en los últimos cinco años tanto a nivel local y regional. Teniendo en cuenta que en las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el estado de salud del paciente y el control de la enfermedad dependen del cumplimiento de la terapia y de la adecuada toma de los medicamento.

Los resultados del presente estudio, servirán para optimizar en el equipo médico encargado de la atención integral del paciente hipertenso, en caso de ser necesario, mejoras en la relación médico paciente, asegurando que el paciente sea consciente de la responsabilidad e importancia de la toma correcta de sus medicamentos, permitiendo así una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, beneficiando así a la población hipertensa que asiste al hospital de especialidades básicas La Noria de Trujillo.

Es importante señalar que también las conclusiones al terminar el presente estudio, servirán como fuente y referente para otras investigaciones relacionadas con el tema, considerando que una falta de adherencia, es también considerado un fracaso terapéutico.

## **II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Formulación del problema científico**

¿Existe asociación entre la relación médico paciente deficiente y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, en Trujillo en el año 2016.

### **2.2. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar si existe asociación entre la relación médico paciente deficiente y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, en Trujillo en el año 2016.

#### **Objetivos específicos**

1. Comparar el tipo de relación médico paciente en los pacientes con y sin adherencia al tratamiento farmacológico.
2. Asociar ambas variables de estudio

### **2.3. Hipótesis**

Hi.- La relación médico paciente se asocia con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, en Trujillo en el año 2016.

## **III.- MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Población diana o universo**

Pacientes hipertensos atendidos en el Hospital de especialidades básicas La Noria.

### **Población de estudio**

Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de medicina en el Hospital de especialidades básicas La Noria de Trujillo en el año 2016

### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión en los casos

- Paciente hipertenso que no se adhiere al tratamiento antihipertensivo farmacológico.

Criterios de inclusión en los controles

- Paciente hipertenso que se adhiere al tratamiento antihipertensivo farmacológico.

Criterios de exclusión

- Paciente hipertenso que no quiera participar en el estudio, que tenga discapacidad para cumplir con la medicación y que presente trastornos mentales que incapacite la comunicación verbal y escrita.

### **Muestra**

#### **Tipo de muestreo**

Fue del tipo aleatorio simple, para lo cual se usó las tablas de números aleatorios, tanto para los casos como para los controles tal como lo describió (Pita Fernández S.)<sup>32</sup>

#### **Unidad de análisis**

Paciente hipertenso que cumple con los criterios de selección

#### **Unidad de muestreo**

Registro de atención en el consultorio de medicina interna.

#### **Tamaño muestral**

Se calculará el tamaño de la muestra usando la fórmula que a continuación se indica,

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2 * 0.25(1 - 0.25)} + 0.84 \sqrt{0.32 (1 - 0.32)} + 0.18 (1 - 0.19)]^2}{(0.32 - 0.19)^2}$$

n= 172

Luego

Z $\alpha$ = Nivel de significancia al 95% =1.96

Z $\beta$ = Potencia al 80% =0.84

P<sub>1</sub>= pacientes no adherentes al tratamiento con relación médico deficiente según Chacón et al, et al<sup>26</sup> = 0.32

P<sub>2</sub>= pacientes adherentes al tratamiento con relación médico deficiente según Chacón et al, et al<sup>26</sup> = 0.19

P=, 0.25

Fueron 172 casos (no adherentes al tratamiento) y 172 controles (adherente al tratamiento).

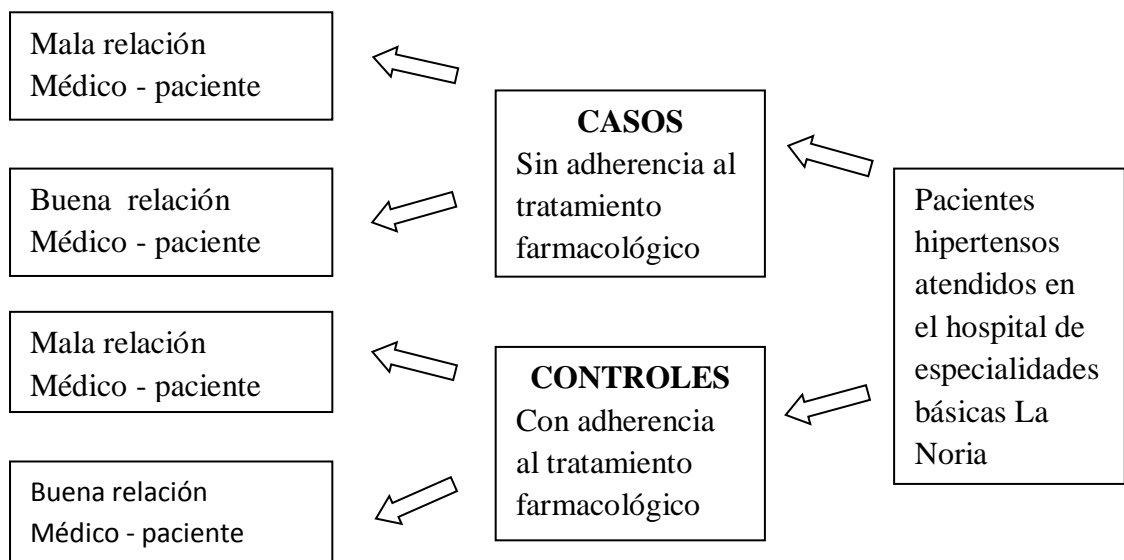
### Diseño de estudio.

#### Tipo de estudio

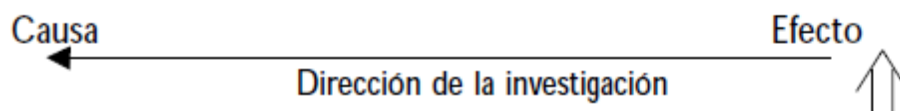
Es un estudio observacional, retrospectivo, analítico.

Diseño específico

El presente diseño de casos y controles fue elaborado por Lazcano E, et al<sup>33</sup>







Operacionalización de variables.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICE
<b>DEPENDIENTE</b>				
<b>Adherencia al tratamiento farmacológico</b>	Cualitativa	Nominal	Presencia de adherencia al tratamiento	SI NO
<b>INDEPENDIENTE</b>				
<b>Relación médico paciente</b>	Cualitativa	Nominal	Buena relación médico paciente	SI NO

### Definiciones operacionales

**Relación médico paciente** es la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Se determinará mediante el uso del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) la versión española que se clasifica como mala un puntaje de 0 a 5 pts y buena de 6 a 10 puntos (Mingote J, et al ).<sup>34</sup>

**La adherencia al tratamiento farmacológico** consiste en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. La adherencia se evaluará mediante el Test de Morinski-Green-Levine bastando que la paciente responda si, al menos una pregunta se considerará no adherente (Nogués X, et al).<sup>35</sup>

### Procedimientos

Una vez que se autorice la ejecución, se procederá a encuestar a los pacientes hipertensos, en la sala de espera después de la atención médica en el consultorio de medicina interna. El muestreo de dichos pacientes será de manera sistemática es decir alternadamente uno sí y otro no. La duración de la aplicación será de aproximadamente

cinco minutos y será respondida por cada paciente hipertenso. Se estima que la recolección de datos será en dos semanas.

Los instrumentos que se utilizarán para el presente estudio son dos (Anexo 1 y 2), la primera estará constituida por el test de Morinsky Green que mide la adherencia al tratamiento farmacológico y consta de cuatro preguntas. Este test fue validado en diversos estudios internacionales y nacionales. Uno de estas investigaciones que validaron el test de Morinsky Green fue el de aplicado en el Perú por Gonzales W, en un estudio similar. Evalúa la adherencia farmacológica a través de cuatro preguntas: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, ¿Toma los fármacos a la hora indicada?, Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Este Test es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Desde 1986, se utiliza en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como corrección de fallas en la toma.

36

Otro instrumento usado para medir la relación médico paciente es el cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P) el cual está centrado en las percepciones de los pacientes en cuanto a la actitud de ayuda de su médico, consta de 13 ítems. Este instrumento evalúa la calidad de la relación médico-paciente, permitiendo obtener una importante visión de conjunto más que el conocimiento parcial de algunos de sus aspectos como son los niveles de comunicación o satisfacción del paciente. El CREM-P es usado también como medida de análisis cualitativo en la práctica diaria, poniendo de manifiesto su uso en programas de formación del médico. En la prueba de confiabilidad el valor mínimo fue 0.68 (ítem 8) y el máximo fue 0.85 (ítem 12).<sup>35, 36</sup>

La ficha de recolección de datos elaborada para dicho fin. La ficha consta de tres partes, la primera recolecta los datos generales como edad, sexo y número de historia clínica,

la segunda parte recolecta datos sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y la tercera parte recoge información acerca de la relación médico paciente.

## PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se hizo usando una computadora que contuvo el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio. Se aplicó el Chí cuadrado para establecer si existe diferencias estadísticas significativas ( $p < 0.05$ ), así como el Odds Ratio (OR) con su respectivo IC al 95 %. (OPS, 2011).<sup>38,39</sup>

### Estadígrafos propios del estudio Casos y controles

Variable independiente	Variable dependiente Efecto	
	SI	NO
Factor		
Expuesto	A	B
No expuesto	C	D

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b}$$

Valor de OR = 1, no es factor protector, ni de riesgo

< 1 es factor protector

>1 es factor de riesgo

CASO. Hipertenso sin adherencia al tratamiento farmacológico con o sin buena relación médico paciente.

CONTROL.- Hipertenso con adherencia al tratamiento farmacológico con o sin buena relación médico paciente.

### Consideraciones Éticas

Para la presente investigación, se aplicó los principios de la Declaración de Helsinki, en su última versión desarrollada en Brasil. Considerando las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos., como también se consideró

toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal (Declaración de Helsinki), también se tomó en cuenta el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, donde el médico debe presentar la información proveniente de una investigación médica, para su publicación, independientemente de los resultados, sin incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés.<sup>40</sup>

#### IV.-RESULTADOS

TABLA N° 1.- COMPARACIÓN DE LA FRECUENCIA DE DEFICIENTE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE CON Y SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA. TRUJILLO 2016

---

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	
NO ADHERENCIA	SI ADHERENCIA

---

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	n	%	n	%
DEFICIENTE RELACIÓN	25	14.5%	12	7.0%
BUENA RELACIÓN	147	85.5%	160	93.0%
TOTAL	172	100 %	172	100 %

**FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

$\text{Chi}^2 = 5.118$     $p = 0.018$

TABLA N° 2.- ASOCIACIÓN ENTRE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DEFICIENTE Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA. TRUJILLO 2016

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TOTAL
	NO ADHERENCIA	SI ADHERENCIA	

DEFICIENTE RELACIÓN	25	12	37
BUENA RELACIÓN	147	160	307
<hr/>			
TOTAL	172	172	344
<hr/>			

**FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

OR= 2.26 IC 95% 1.10 a 4.68

**V.- DISCUSIÓN**

Como puede apreciarse en la Tabla N°1, el porcentaje de la deficiente relación médico paciente, en los individuos que no tuvieron adherencia en tratamiento farmacológico fue 14.5%, siendo mayor porcentualmente al comparar con los individuos que tuvieron

adherencia al tratamiento, y cuyo porcentaje fue de 7%, encontrándose diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos ( $p= 0.018$ ).

La no adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo, es un peligro latente que incrementa en riesgo de complicaciones cardiovasculares y cerebrales. Una de las investigaciones consideradas como referentes, que reportaron resultados cercanos, fue el de Kishore R. et al <sup>3</sup> quienes destacaron que el 17% de pacientes no tuvieron adherencia farmacológica, los cuales manifestaron deficiencia relación médico-paciente, indicando que este resultado se debió que el profesional informa de forma inadecuada al paciente sobre su enfermedad.

Otros estudios publicaron un mayor porcentaje de no adherencia farmacológica cuando existe deficiente relación médico paciente. Tal como lo reportó en Chile Chacón et al<sup>26</sup> quien reportó que el 31.5% fueron pacientes no adherentes al tratamiento y tuvieron deficiencia en la relación médico paciente. Situación similar lo describió Sandoval et al<sup>27</sup>, Chavarría et al en España<sup>30</sup>, así como Pérez et al <sup>28</sup>, así como Ocampo P, en Perú<sup>31</sup>.

Para comprender este resultado es necesario analizar los motivos del grupo de no adherentes descritos en el test de Morinsky Green (Anexo N° 4). El ítem “Cuando usted se encuentra bien, ¿dejó alguna vez de tomar el medicamento para su presión arterial?”, alcanzó el mayor porcentaje de respuesta en la no adherencia con un 56.4%, mientras que el 52.9% señaló que se olvida alguna vez dar de tomar el medicamento para su presión arterial.

En primer lugar el término adherencia tiene una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente con un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de alcanzar un resultado terapéutico deseado. Por lo tanto la adherencia tiene un componente psicológico y social. En cuanto al ítem con mayor porcentaje de no adherencia la mayoría de hipertensos manifiestan percibir síntomas que indican un incremento de la presión arterial y que lo utilizan como referente para decidir continuar con su tratamiento, a pesar de haber sido informados por el personal médico sobre la naturaleza asintomática de la hipertensión.<sup>42</sup>

Tras aplicar el odds ratio (Tabla N°2) aprecia que la mala relación incrementa en casi dos veces la probabilidad de no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo con un OR= 2.26 con un IC95% de 1.10 a 4.68.

Existen investigaciones anteriores que corroboran los resultados hallados en el presente estudio, con un odds ratio cercano, tal como lo publicó Chacón et al <sup>26</sup>, Sandoval et al<sup>27</sup>, Chavarría et al en España<sup>30</sup> y Pérez et al <sup>28</sup>, quienes hallaron un OR que fluctuó entre 2.17 y 4.84, lo que indica que existe similitud estadística por cuanto dichos OR se encuentran dentro del intervalo de confianza obtenido en la presente investigación.

Sandoval et al<sup>27</sup> afirmaron que entre los motivos que la mala relación entre el médico y su paciente afecte la adherencia al tratamiento farmacológico de éste último, es que debido a la rapidez de la consulta evita dar instrucciones precisas acerca de la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, incluso afecta la verificación de su comprensión y convencimiento, así mismo la discontinuidad de la atención por un mismo profesional, repercute en el reforzamiento de la adherencia farmacológica antihipertensiva.

Es importante señalar que no solamente la mala relación médico paciente conlleva a la no adherencia, también se mencionan otras causas, por lo tanto el problema es multifactorial, en la medida que dichos factores sean controladas, el riesgo de no adherencia puede variar, entre ellas se incluyen, la mala comunicación dentro del entorno familiar, incluso el ser varón también incrementaría dicha probabilidad. <sup>28</sup>

## V. CONCLUSIONES

1. Comparativamente la frecuencia porcentual de la mala relación médico paciente es superior en pacientes sin adherencia al tratamiento farmacológico que en pacientes adherentes a dicho tratamiento.



2. La mala relación médico paciente se asocia con la no adherencia al tratamiento farmacológico como factor de riesgo.

## VI. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios que permitan estimar que otros factores se asocian con la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivos, de manera que se tenga una visión panorámica del problema, con el fin de abordar dichos factores de manera que se disminuya la no adherencia mencionada
- Difundir los resultados obtenidos, en el personal asistencia del Hospital de manera que consideren dichos hallazgos con la finalidad de plantear mecanismos que permitan mejorar la relación médico paciente de manera que se reduzca la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con patología hipertensiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza N. Universidad Autónoma de México Farmacología médica. México. Editorial Médica Panamericana. 2008; pp 22-5
2. Al Gurair S, Hughes C, Simpson S, Guirguis L. A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medication using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model. *J Clin Hypertens* 2012; 14 (12): 877-86.

3. Kishore R, Suman P. Good Doctor-Patient Relationship: Its Status In Clinical Practice. Sch. J. App. Med. Sci. [Internet], 2013 [citado 14 de julio de 2016];1(4):359-362.
4. Quezada C. Síndrome de Burnout en personal de salud y su relación con la calidad de atención en pacientes hospitalizados del sector privado en la Ciudad de Loja, en el periodo 2011. Tesis para obtener título de bióloga. Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador. 2013 [citado el 18 Julio de 2016]. Disponible en: [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/7971/1/Quezada\\_Feijoo\\_Carmen\\_Andreina.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/7971/1/Quezada_Feijoo_Carmen_Andreina.pdf)
5. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: Resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Rev. méd. Chile. 2014 Oct; 142(10): 1245-1252.
6. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol 2015 Abr; 34(1):18-27.
7. López-Castellano L, Villagrasa V, Moreno L. Manual de farmacología. Guía para el uso racional del medicamento. 2da ed. España. Editorial Elsevier. 2010, pp 13-7
8. Rojas M, Morales S. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad?. Rev Colom Enf; 2012 9(9):133-141
9. Jiménez-Torres V, Calidad farmacoterapéutica. España. Publicaciones de la Universidad de Valencia. 2006, pp 589-90
10. Cotillo P, Atención farmacológica, Bases farmacológicas. Perú. Fondo editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004 pp 85-7
11. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, 2011
12. Coca A, Aranda P, Redón J. Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica Clínica. Madrid. Editorial Médica Panamericana: 2009. pp 231
13. Salazar M, Peralta C, Pastor F. Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición. Madrid; Editorial Médica Panamericana. 2009. pp 453
14. Ministerio de Salud. Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud; MINSA 2015.

- (Citado 27 de Julio del 2015) Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-MINSA.pdf>
15. Sánchez M. Hipertensión arterial e inflamación: Análisis de polimorfismos genéticos. Ediciones Universidad de Salamanca. 2013.
  16. Farreras Rozman Medicina Interna. 18ª ed. Diabetes mellitus. España: Elsevier España; 2009.
  17. Ausiello D, Goldman L. Cecil. Tratado de medicina interna, 23ª ed. Barcelona. Elsevier Science Health Science Division, 2012.
  18. Vidal-Benito M. La relación médico paciente: bases para una comunicación a medida [Internet]. Madrid. Lugar Editorial, 2010
  19. Gelabert A, Comunicación médico-paciente. Reflexiones para un cambio de modelo [Internet]. Barcelona. Marge books. 2012
  20. Jaramillo C. Iturraspe J. Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente: análisis doctrinal y jurisprudencial. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Facultad de Ciencias Jurídicas, 2011
  21. Costa C. La comunicación en el hospital: La gestión de la comunicación en el ámbito sanitario. Barcelona. Editorial Comunicación Social. 2011
  22. Siegler M. Las Tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. Fundación Víctor Grifolsi Lucas, 2011
  23. Gómez R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid. Editorial Fundamentos 2002.
  24. Arrubarrena V. La relación médico-paciente. Cirujano General 2011, 33(2) 152-160. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
  25. Lifshitz A. El futuro de la relación médico-paciente. Gac Med Mex. 2015;151:437. Disponible en [http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n4/GMM\\_151\\_2015\\_4\\_437.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n4/GMM_151_2015_4_437.pdf)
  26. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. Rev Chil Cardiol 2015 Abr [citado 2015 Nov 03]; 34(1):18-27. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000100002&lng=es).

27. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez Ó, Koch E, Romero T. Influence of psychosocial factors on adherence to antihypertensive drug therapy: Results from a Cardiovascular Health Program cohort followed in the Metropolitan Region of Santiago, Chile. Rev. méd. Chile 2014.[citado 2015 Nov 01];142(10):1245-1252. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000003&lng=es).
28. Pérez D, Revé U, Melva R, Pérez N, Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Trabajo de investigación. 2012. (citado 2 de Octubre del 2015), Disponible en: <http://webcache.Googleusercontent.com/search?q=cache:V6p3CqIHGv8J:www.16deabril.sld.cu/rev/247/ao3.html+&cd=13&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
29. Achaval S, Kallen M, Cox V, Richardson M, Suarez M; The Impact of Patient-Physician Relationship Components on Physician Trust and Treatment Adherence in Patients with Rheumatic Disease. Arthritis Rheum 2010;62 Suppl 10 :1428. (Citado 23 de Setiembre del 2015). Disponible en: <http://www.blackwellpublishing.com/acrmeeting/abstract.asp?MeetingID=774&id=90075>
30. Chavarría-Islas A, Rodríguez-Ruíz A. Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente. Rev. CONAMED [Internet]. 2009 [citado el 23 de julio de 2014]; 13 (3): 13-18. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3625586>
31. Ocampo P. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos Rev Farmacia IC 2014; 5(2):181-191. (Citado 2 de Noviembre del 2015). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5127648.pdf>
32. Pita Fernández S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 2010; 3: 138-14.
33. Lazcano E, Salazar E, Hernández M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud pública Méx 2001 Apr; 43(2):135-150. Asociación Médica Mundial (AMM),
34. Mingote J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez M, Ruiz-López Psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P) Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(0):01-08. Disponible en:

- <http://www.uam.es/~gruposinv/esalud/Articulos/Salud/validacion-psicometrica-de-la-version-espaa%F1ola-CREM-P.pdf>
35. Nogués X., Sorli M. Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 1 de setiembre del 2016]; 24(3):138-141. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>
  36. Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Revista Médica Herediana 2010; 21(4):29-33. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1114/1116>
  37. Fathalla Mahmoud, F. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C: OPS, 2008.
  38. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
  39. Organización Panamericana de Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, 2011.
  40. Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
  41. Colegio Médico. Código de ética y Deontología. CMP. Lima, 2009.
  42. Agámez A, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC 2008; 12(5):22-29 .

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### TEST DE MOSINSKY GREEN

Nogués Solán X., Sorli Redó M. L., Villar García J.. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento.<sup>31</sup>

I. DATOS GENERALES:

A) Edad.....años

B) Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ).

1. ¿Se olvida alguna vez dar de tomar el medicamento para su presión arterial?

SI ( ) NO ( )

2. ¿Tomaste medicamento para su presión arterial a las horas indicadas?

SI ( ) NO ( )

3. Cuando usted se encuentra bien, ¿dejó alguna vez de tomar el medicamento para su presión arterial?

SI ( ) NO ( )

4. Si Ud. alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar el medicamento para su presión arterial?

SI ( ) NO ( )

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE RELACIONES MÉDICO-PACIENTE (CREM-P)

Mingote J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez M, Ruiz-López  
Psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente  
(CREM-P).<sup>30</sup>

Nº	ITEM	SI	NO
----	------	----	----

1	Mi médico me entiende		
2	Confío en mi médico		
3	Mi médico se esfuerza en ayudarme		
4	Puedo hablar con mi médico		
5	Estoy contento con el tratamiento que me dio mi médico		
6	Mi médico me ayuda		
7	Mi médico me dedica suficiente tiempo		
8	El tratamiento que me ha puesto mi médico me está Beneficiando		
9	Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas		
10	Encuentro a mi médico muy accesible		
11	Gracias a mi médico me encuentro mejor		
12	Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud		
13	Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)		

### **ANEXO 3**

#### **INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LOS TEST.**

#### **AHDERENCIA AL TRATAMIENTO**

- A) Se considerará adherente al tratamiento cuando las respuestas a las cuatro preguntas fueron NO/SI/NO/NO
- B) Se considerará no adherente al tratamiento cuando exista por lo menos una respuestas distinta a la secuencia anterior.

### **RELACION MEDICO PACIENTE**

La determinación de la relación médico paciente será realizada teniendo en cuenta el puntaje obtenido en el cuestionario según la siguiente clasificación:

**A.-BUENO** 10 A 13 RESPUESTAS AFIRMATIVAS

**B.- MALO** 6 A 9 RESPUESTAS AFIRMATIVAS

ANEXO 4

TABLA 3. MOTIVOS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA. TRUJILLO 2016



ITEM	SI	%	NO	%
¿Se olvida alguna vez dar de tomar el medicamento para su presión arterial?	91	52.9	81	47.1
Cuando usted se encuentra bien, ¿dejó alguna vez de tomar el medicamento para su presión arterial?	97	56.4	75	43.6
¿Tomaste medicamento para su presión arterial a las horas indicadas?	113	65.7	59	34.3
Si Ud. alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar el medicamento para su presión arterial?	59	34.3	113	65.7

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS