

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA: HUACCHA HURTADO, WENDY NATALIE**

**ASESOR: DR. TRESIERRA AYALA, MIGUEL ÁNGEL**

**Trujillo-Perú**

**2018**

## PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Dando cumplimiento con las disposiciones del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, someto a vuestra consideración la tesis titulada: **“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**.

El presente trabajo realizado con la finalidad de obtener el Título de Médico Cirujano es producto de una investigación constante y de mucho empeño que pretende evaluar si el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente son factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial, considerándose su alta prevalencia y morbimortalidad, tiene por propósito mostrar información útil y valiosa para el mejoramiento del seguimiento y control de los pacientes.

TRUJILLO, MARZO DEL 2018.

Huaccha Hurtado, Wendy N.

## JURADO

---

DR. ROOMEL ARANGURÍ V.  
PRESIDENTE

---

DR. ORLANDO CILLIANI A.  
SECRETARIO

---

DR. JOSÉ CHIROQUE R.  
VOCAL

FECHA DE SUSTENTACIÓN

Fecha                      Mes                      Año

**ASESOR**

DR. MIGUEL ÁNGEL TRESIERRA AYALA

Docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego,  
Especialista en Auditoría Médica y formación en Epidemiología y Salud Pública de  
la Red Asistencial EsSalud- La Libertad

## DEDICATORIA

***A mis familiares y en especial a mis padres, Naara y Victor.***

*Por haberme apoyado en todo momento para desarrollarme profesionalmente, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y paciencia.*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por demostrarme que sus tiempos son perfectos y que siempre hay algo especial que está diseñado para ti.*

*A mi asesor, el Dr. Miguel Ángel Tresierra por su tiempo dedicado en hacer de esta investigación un trabajo de calidad.*

*A Tony Hurtado E, por su orientación y ayuda en la realización de este trabajo que es un paso más para cumplir mis objetivos*

*A Esaú G y Fiorella R por ayudarme en el proceso de la recolección de datos y hacer de esto un momento ameno.*

*Carolina C, Wuinny H. y Sofía Q. por sus palabras de aliento en momentos difíciles y por su apoyo moral a pesar de la distancia.*

## RESUMEN

Para evaluar si el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente son factores asociados de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza- Essalud durante octubre a noviembre del año 2016, se desarrolló un estudio de caso-control en una muestra de 324 pacientes. Se encontró relación de riesgo del conocimiento inadecuado de la enfermedad para la no adherencia al tratamiento (OR 10.1, IC95=4.6-22.1,  $p<0.01$ ); la polifarmacia también fue encontrada como factor de riesgo (OR=3.73, IC95=2.2-6.1,  $p<0.01$ ). La relación médico paciente también mostró ser factor de riesgo (OR=8.63, IC95=5.1-14.6,  $p<0.01$ ). La edad promedio de la población estudiada fue de  $68.08\pm 11.21$  para los casos y  $67.74\pm 10.32$  para los controles; el sexo femenino se identificó en 65.7% y 60.2% para cada grupo.

Se concluye que el conocimiento inadecuado de la enfermedad, la polifarmacia y la relación médico paciente deficiente son factores de riesgo para no adherencia al tratamiento farmacológico. Se sugiere tomar en cuenta estas variables para alertar al profesional médico sobre acciones que favorezcan una mejor respuesta del paciente.

Palabras Clave: Adherencia al tratamiento, hipertensión arterial, pacientes.

## ABSTRACT

To assess whether inadequate knowledge of the disease, polypharmacy and poor doctor-patient relationship are associated with non-adherence to pharmacological treatment in patients with arterial hypertension at the Hospital I La Esperanza - EsSalud during October to November 2016. A case-control study was developed in a sample of 324 patients. Inadequate knowledge of the disease was found to be related to non-adherence to treatment (OR 10.1, IC95 = 4.6-22.1,  $p < 0.01$ ); Polypharmacy was also found to be a risk factor (OR = 3.73, IC95 = 2.2-6.1,  $p < 0.01$ ). The patient-physician relationship also showed to be a risk factor (OR = 8.63, IC95 = 5.1-14.6,  $p < 0.01$ ). The average age of the studied population was  $68.08 \pm 11.21$  for the cases and  $67.74 \pm 10.32$  for the controls; female sex was identified in 65.7% and 60.2% for each group. Inadequate knowledge of the disease, polypharmacy and poor doctor-patient relationship are risk factors for non-adherence to pharmacological treatment. It is suggested to take these variables into account in order to alert the medical professional towards actions that favor a better response of the patient towards pharmacological treatments.

**Keys Words:** *Adherence to treatment, Arterial Hypertension, patients*



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
PRESENTACIÓN.....	2
DEDICATORIA .....	5
AGRADECIMIENTOS .....	6
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
INDICE .....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
MATERIAL Y MÉTODO .....	18
RESULTADOS .....	26
DISCUSIÓN .....	34
CONCLUSIONES .....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXOS .....	46

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Marco Teórico

La prevalencia de las enfermedades cardiovasculares ha ido incrementando últimamente llegando a ser causa principal de morbilidad mundial. Dentro de estas patologías se encuentra en primer lugar la hipertensión arterial (HTA) (1–3) definida por un valor de la presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg o una presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, además puede clasificarse en dos estadios: Estadio 1 con PAS entre 140-159 o PAD entre 90 y 99 mmHg y en Estadio 2 con PAS  $\geq 160$  o PAD  $\geq 100$  mmHg. (4,5)

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), más de uno de cada cinco adultos tiene la presión arterial elevada (6), estableciendo una prevalencia de la HTA de 25% en la población durante el 2000 y se estima un 29% para el año de 2025 (7,8). Además, su informe del 2008 establece que el grupo etario prevalente en un 40% son los adultos mayores de 25 años, siendo la Región de África la población más afectada, representando al 46%, y la Región de las Américas, la más baja con un 35%, reflejando que en los países de ingresos elevados tienen menos casos de HTA (35%) que los países con otros niveles de ingresos en los que es del 40% (9).

En el Perú, de acuerdo al estudio TORNASOL I (2004), la prevalencia de la hipertensión arterial es 23.7% sin embargo se observa un aumento del 3.6% en

TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero. 2011) identificando que, de todas las regiones, la costa predomina con 32.6% y específicamente en la ciudad de Trujillo la prevalencia es del 35%. (10)

Las causas de la HTA están relacionadas generalmente a factores genéticos como el sexo masculino, la raza negra y factores ambientales, siendo los estilos de vida no saludables como el consumo de dieta rica en grasas, bebidas alcohólicas y tabaco los principales involucrados, sin embargo, no hay una causa determinada en el 90% de los casos y se establece como HTA Primaria, Esencial o Idiopática que a diferencia de la HTA Secundaria se puede llegar a conocer su origen y ser tratada (11).

Por otro lado, debido a que la hipertensión arterial no siempre se manifiesta sintomáticamente puede pasar desapercibida durante mucho tiempo (1) Por ello es importante su correcto diagnóstico y control para evitar lesiones a nivel cardiovascular, cerebral y renal, como accidentes cerebro vascular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal, ceguera entre otros. (12,13). Dentro de las medidas a tomar para evitar aquellos acontecimientos es necesario tener tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, el primero dirigido al uso de inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA), Antagonista de los Receptores de Angiotensina, diuréticos, betabloqueadores y bloqueadores de canales de calcio (BCC), el segundo al estilo de vida saludable como hacer ejercicio, consumo bajo de sal, mantener un peso adecuado, etc. (14–16), sin embargo ninguno de ellos tendrá efecto si el paciente no se adhiere al tratamiento,

lo cual es pieza fundamental en el manejo de la enfermedad, lamentablemente cerca del 50 % de ellos no puede cumplir ambos regímenes por más de un año. (17)

Se habla de adherencia debido que para algunos autores el término cumplimiento es considerado un término muy simple y delimitando que no permite abarcar otros aspectos del individuo como el psicológico, en el cual se valora la conducta, específicamente la capacidad de motivación e interacción entre médico-paciente, convirtiéndose solo un cumplidor de indicaciones. (18,19).

La adherencia terapéutica es el grado de conducta en el compromiso activo y voluntario del paciente de tomar medicación, seguir una dieta establecida y modificar estilos de vida con la finalidad de lograr los resultados esperados en su salud acorde con lo establecido previamente por el médico tratante. (20–22). En esta área intervienen diversos factores que dependen de las características propias del paciente, de la misma enfermedad, de la relación médico-paciente, del tipo de tratamiento prescrito, del entorno social o familiar, de la economía y de la organización del sistema de salud. (21,23,24)

**Díaz Molina** (25) detectó en un estudio descriptivo realizado en Cuba que de los 113 pacientes evaluados el 53,1% eran no adherentes (NAD), y la relación entre las variables edad, género y adherencia, no existe diferencia estadísticamente significativa, encontrándose un valor de significación, en ambos casos, superior a 0,05 ; sin embargo, para Baena (24), el sexo femenino se relaciona a ello con un

59,2 % frente a los varones con un 45,2% ( $p=0,023$ ) (26), lo que se confronta con 63,89% a favor de estos últimos obtenido en otra investigación ( $p<0,05$ ;  $OR=2,62$ .) Además, a menor grado de educación menor adherencia (66,95%) (27).

**Carhuallanqui** en su estudio realizado a 103 pacientes del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en Perú, reportó que el 62.1% de la población estudiada tiene no adherencia farmacológica, sin embargo, se halló asociación entre adherencia y el estado civil viudo ( $p<0,05$ ) (28).

**Arana y colaboradores** (29), determinaron que de los 81 pacientes hipertensos evaluados en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Essalud el 42% no cumplen adecuadamente el tratamiento farmacológico y esto se debe a que el 55.9% olvida las indicaciones, dando lugar a que el 76% de ellos presenten cifras inadecuadas de presión arterial.

Asimismo, de acuerdo a la información recolectada el factor relacionado con el individuo favorece a una mayor adherencia, lo contrario sucede con los factores socioeconómicos, el sistema de salud y terapéutica. (30)

**Granados y col (27)**, en su análisis de adherencia al tratamiento farmacológico con creencias en síntomas de hipertensión a 171 pacientes con dicho diagnóstico indicó que el 29.4% reconoce tener dificultades con su régimen de medicación.

**Agámez et al (18)**, estudiaron a 230 pacientes para determinar la no adherencia al y sus factores relacionados al tratamiento de la HTA observándose que la minimización de la enfermedad (63,04%) fue el factor psicológico más importante.

**Pérez (24)**, realizó un estudio de casos y controles a 108 pacientes divididos en una relación de 1:2 donde encontró que el tratamiento complejo, es decir más de 2 fármacos; la relación médico-paciente no favorable, y el no conocimiento acerca de su enfermedad fueron factores de no adherencia al tratamiento farmacológico hallándose en el grupo de casos los valores de 66,67% ( $p < 0,05$ ; OR = 2,65), 77,78% ( $p < 0,001$ ; OR = 3,31) y 69,44%. ( $p < 0,001$ ; OR = 4,84) respectivamente.

**Solórzano (31)**, clasificó por niveles el riesgo de no adherencia al tratamiento en una población de 110 pacientes, encontrando en el 42% un riesgo alto relacionado al factor económico social, además el 36,2% con un riesgo medio vinculado al proveedor de salud y finalmente se encontró en un riesgo bajo del 55.2% y 77% tomando en cuenta al régimen terapéutico complejo y a la percepción del paciente ante la enfermedad respectivamente.

Si se habla solo del tratamiento no farmacológico, es decir las indicaciones y recomendaciones de estilo de vida saludable, los resultados son más impactantes

debido a que el 90.6% no son adherentes, y si lo son el 9,4% (IC 95%: 5,9-12,8) y de estos el 7,4% (IC 95%: 3,8-11,0) tenía diagnóstico de HTA, el 31,3% de diabetes mellitus (IC 95%: 14,2-48,2) y el 2,3% (0-7,0) padecía ambas patologías.  
(32)

## **1.2. Identificación del Problema**

Las enfermedades no transmisibles han ido incrementándose en los últimos años, dentro de ellos se encuentra la Hipertensión arterial. Más de la mitad de las personas que la padecen no tienen un tratamiento que brinde su control efectivo, esto se debe a la pobre adherencia terapéutica que se da mayormente en los países subdesarrollados como el nuestro y que se ve influenciada por diversos factores: personales, sociales, etc. Asimismo de no haber una apropiada prevención, control y tratamiento no solo genera complicaciones propias del mismo sino que los costos de los sistemas sanitarios destinados a su manejo se vuelvan elevados, ocasionando gran repercusión en la economía del país (33,34).

## **1.3. Justificación del problema**

En la actualidad existe una gran variedad de medicamentos que regulan los niveles de presión arterial, los cuales se usan diariamente en la práctica clínica sin embargo, es la adherencia al tratamiento el elemento determinante en el control del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, a pesar de ello la no adherencia terapéutica tiene una gran prevalencia creándose una barrera ocasionando que esta enfermedad siga su historia natural hasta llegar a las

comorbilidades, por ello el objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de la enfermedad, relación médico paciente y polifarmacia como factores asociados a la adherencia farmacológica en pacientes hipertensos, para de esta manera poder dirigir nuestro esfuerzo a ello generando mejores estrategias y así garantizar una mejor calidad de vida de paciente.

#### **1.4. Problema**

¿Son el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente factores asociados de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016?

#### **1.5. Hipótesis**

H0: El conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente no son factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016.

Hi: El conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente son factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016.



## **1.6. Objetivos**

### **Objetivo General:**

1. Evaluar si el conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente son factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016

### **Objetivos Específicos:**

1. Medir el conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial comparando pacientes según adherencia al tratamiento farmacológico.
2. Medir la polifarmacia comparando pacientes según adherencia al tratamiento farmacológico
3. Medir la relación médico-paciente deficiente comparando pacientes según adherencia al tratamiento farmacológico.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. Población Diana

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.

### 2.2 Población de estudio:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial del Programa de Control de la Hipertensión Arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud

### 2.3 Marco muestral:

Pacientes atendidos durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016, que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con más de doce meses de atención en el Programa de Control de la HTA que no se adhirieron al tratamiento (casos) o que tenían buena adherencia (controles)

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 40 años de edad con HTA secundaria, con discapacidad auditiva, mental u patologías crónicas como insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que se encontraban gestando o se negaran a participar del estudio. (35–38)

#### 2.4 Muestra:

- Unidad de Muestreo y Análisis: Cada uno de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial.
- Tipo de muestreo: Probabilístico. Aleatorio simple
- Tamaño de la muestra:

Para nuestro diseño de casos y controles se tomó como referencia un odds ratio mínimo de 2 para asociar factores de riesgo con un poder del 80 por 100 y un nivel de significación estadística del 5 por 100.

Se utilizó para el cálculo del tamaño muestral la fórmula siguiente: (39)

$$N = \frac{2p(1-p)F}{D^2}$$

Donde:  $p = (p_1 + p_2) / 2$

$D = p_2 - p_1$

N: tamaño de la muestra a calcular.

p: promedio entre la proporción de controles expuestos ( $p_1$ ) y los casos (derivados de la fórmula de  $p_2$ ).

$p_1$ : es la proporción de controles expuesto a factor de riesgo estudiado.(4,25)

$$p_2 = \frac{p_1 OR}{1 + p_1 (OR - 1)}$$

F = 7,84 (Valor obtenido de tabla para poder de 0,8 y error alfa de 5 %).

D = Diferencia entre p2 - p1.

OR: Es el odds ratio calculado de antemano para nuestro estudio (tomamos un valor de referencia de 2) .

Tomando en cuenta los valores expuestos de poder de 80% más significación estadística del 5 % y asumiendo que un total de 30 % de los controles se encuentren expuestos a los factores de riesgo para pérdida de control de Hipertensión, calculamos el mínimo tamaño muestral requerido:  $P2 = (0,3 \times 2) / 1 + 0,3 (2-1) = 0,6 / 1,3 = 0,4640$

$$P = 0,46 + 0,30 / 2 = 0,76 / 2 = 0,38$$

$$D = 0,46 - 0,30 = 0,16$$

$$N = 2 * (0,38) * (0,62) * (7,84) / (0,16)^2$$

$$N = 144$$

Por lo tanto, según la fórmula se tomarán a 144 controles y 144 casos. Más en el caso de nuestro estudio hemos calculado la presencia de 2 controles por cada caso para lo cual utilizamos la siguiente fórmula:

$$N1 = \frac{n(c+1)}{2c}$$

Siendo

N1 = Número de casos N= 144 (obtenido con fórmula anterior)

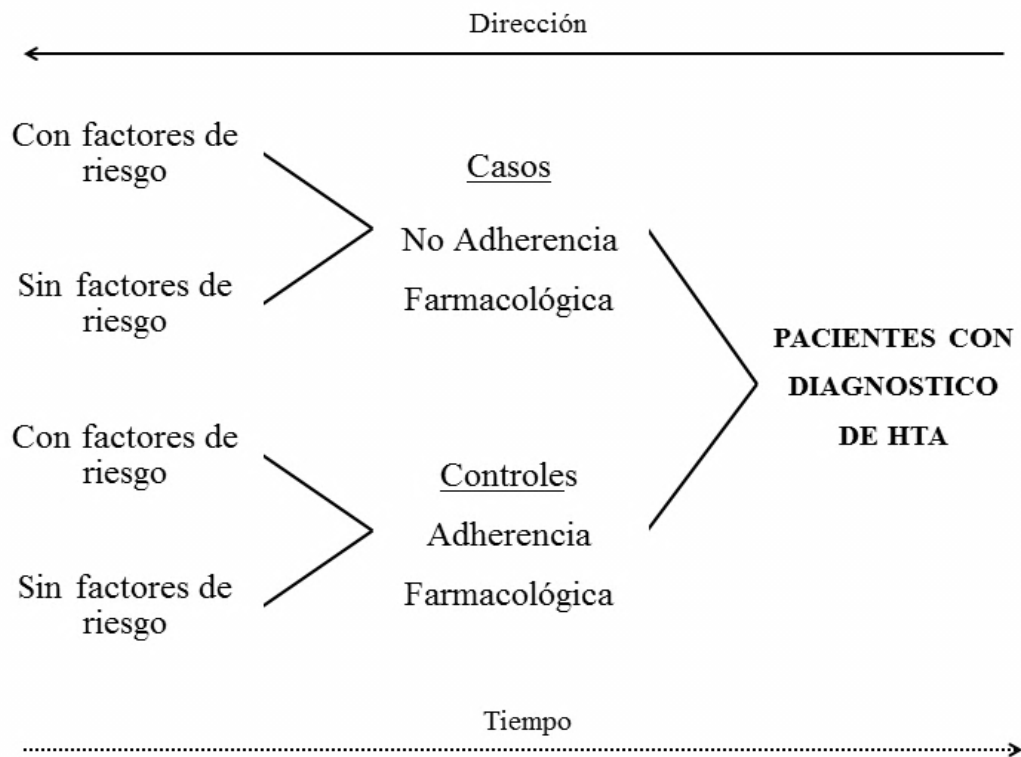
C = el número de controles por cada caso es decir 2.

$N1 = 144 * (3 / 4)$

$N1 = 108$  Por lo tanto, se reclutaron 108 casos y 216 controles.

## 2.6 Tipo y Diseño de estudio:

Longitudinal, analítico, diseño caso-control



## 2.7. Variables y Escalas de Medición:

### 2.7.1. Clasificación de variables

	VARIABLES	TIPO	ESCALA	VALOR
<b>DEPENDENTE</b>	Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo	Cualitativa	Nominal	SI / NO
<b>INDEPEN DIENTE</b>	Conocimiento inadecuado sobre la enfermedad	Cualitativa	Nominal	SI / NO
	Polifarmacia	Cualitativa	Nominal	
	Relación médico paciente deficiente	Cualitativa	Nominal	

COVARIABLES	TIPO	ESCALA	VALOR
Edad	Cuantitativa	Discreta	Razón
Sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Grado de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Superior

### 2.7.2. Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>No adherencia farmacológica</b>	Al menos una respuesta o valor inadecuado en el CAM-Q
<b>Conocimiento inadecuado sobre la enfermedad</b>	Responder positivamente menos del 70% del cuestionario.
<b>Relación médico paciente deficiente</b>	Obtener menos de 8 puntos en el test de Bonilla.
<b>Polifarmacia</b>	Consumir más de 3 medicamentos simultáneamente

### 2.8. Procedimiento de Obtención de Datos y Análisis

Se captó a los pacientes del Programa de Control de la Hipertensión Arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud. La selección se hizo tomando en cuenta los criterios de selección y la aceptación voluntaria para participar en el estudio (ANEXO 1). Así, se obtuvo un marco muestral de 723 pacientes, 178 eran casos. Los casos estuvieron constituidos por el grupo de no adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=108) y los controles se seleccionaron de forma aleatoria simple, constituyendo el grupo adherentes al tratamiento antihipertensivo farmacológico (n=216), en una relación 1:2.

Además, ambos grupos debieron cumplir con tener el diagnóstico de HTA primaria y ser atendido más de doce meses en el Programa de Control de la HTA.

A las personas participantes del estudio se les aplicó una encuesta (ANEXO 2) constituida por el Cuestionario de Adhesión de Medicamentos del Equipo Qualiaids (CAM-Q) (40, 41) y por la 4ta versión del instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular desarrollado por Bonilla y De Reales en el año 2006 y validado en el 2008 por Ortiz, (31,42).

El llenado de la encuesta fue supervisado y se encontró que cada persona tomaba un promedio de 15 minutos en completar las respuestas.

Se hizo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics Version 23.0. Posteriormente, los resultados fueron distribuidos en tablas de entrada simple y doble. Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para la población estudiada y se usó la prueba estadística chi cuadrado para variables cualitativas y así verificar la significancia estadística de las asociaciones entre las variables. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ( $p < 0.05$ ). Se obtuvo el Odds Ratio (OR) con su respectivo IC 95% de los factores de riesgo en estudio correspondiente a su asociación a la adherencia.



## **2.9 Aspectos éticos**

El estudio contó con la autorización del Comité de Investigación y Ética la Red Asistencial de La libertad - EsSalud y del Comité de Bioética en investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego (Resolución N°093-2018-R-UPAO).

### III.- RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de pacientes pertenecientes al Programa de Control de la Hipertensión Arterial del Hospital I La Esperanza – EsSalud, correspondientes al periodo de Octubre a Noviembre de 2016. De las 324 pacientes seleccionados, determinados por fórmula y que cumplieron los criterios de selección, la muestra se dividió en 108 casos sin adherencia farmacológica y 216 controles con adherencia farmacológica.

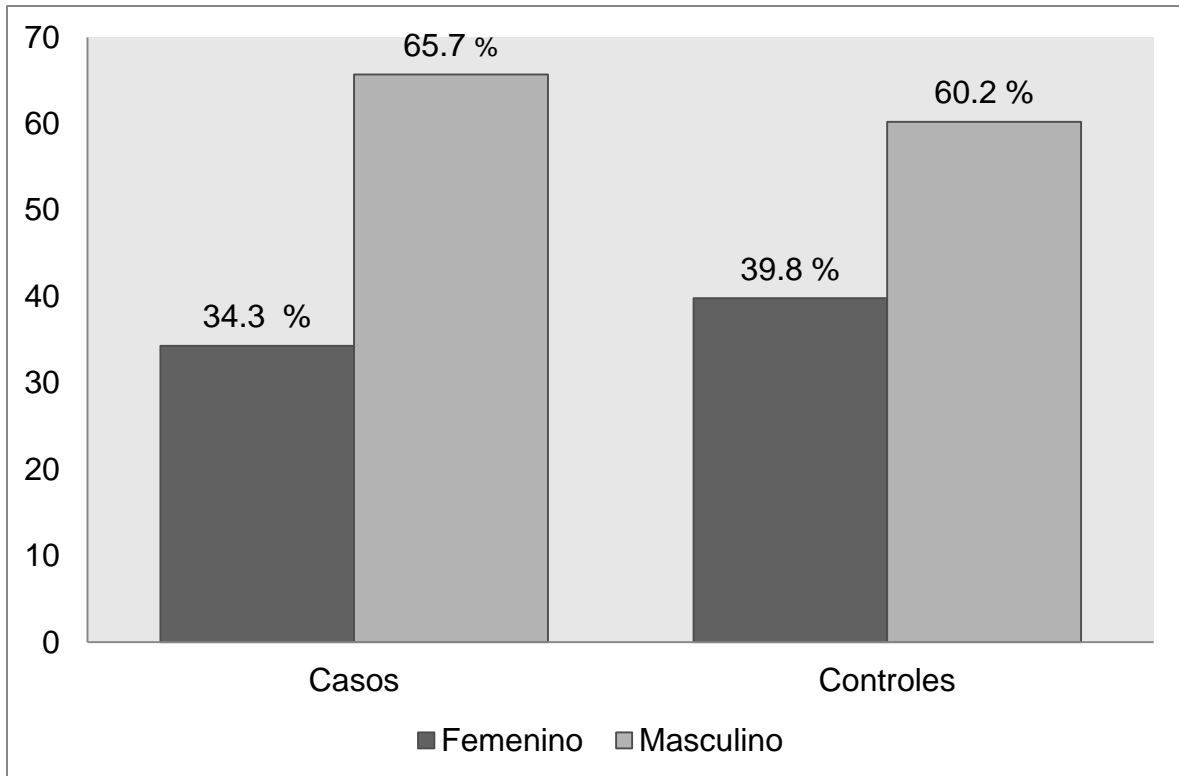
De acuerdo a los objetivos de nuestro trabajo se determinó en primer lugar lo siguiente.

Características generales de los pacientes con hipertensión arterial

	Casos			Controles			Valor p
<b>Edad</b>	68.08	±11.21	44-89	67.74	±10.32	42-89	0.786
<b>Sexo</b>							
Masculino	37		34.3%	86		39.8%	
Femenino	71		65.7%	130		60.2%	0.331
Total	108		100%	216		100.0%	
<b>Grado de instrucción</b>							
Primaria	56		51.9%	66		30.6%	
Secundaria	31		28.7%	64		29.6%	0.0016
Superior	21		19.4%	86		39.8%	
Total	108		100.0%	216		100.0%	

## GRAFICO 1

Género en relación a la no adherencia de los pacientes con hipertensión arterial.

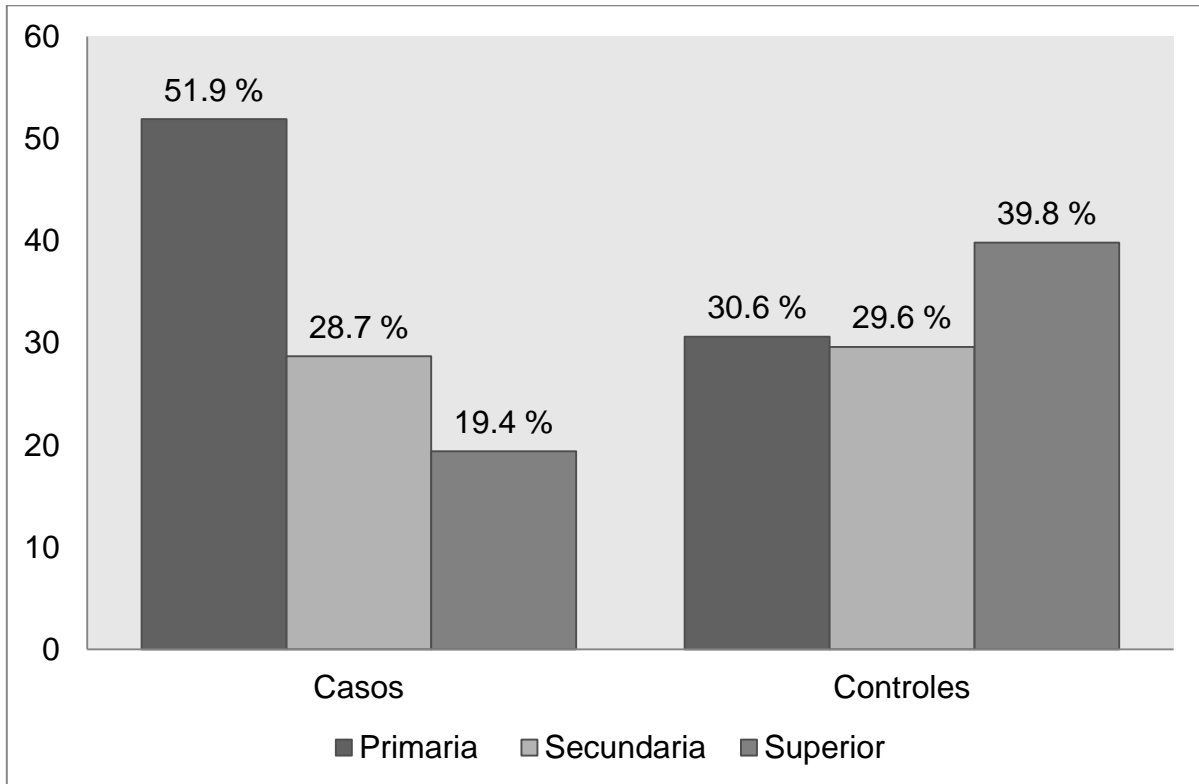


**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

## GRAFICO 2

Grado de instrucción y la no adherencia de los pacientes con hipertensión

arterial



**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

**TABLA 1**

Conocimiento de la HTA y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial.

CONOCIMIENTO INADECUADO DE LA HTA	NO ADHERENCIA		p	OR	IC 95%
	SI	NO			
SI	33 (30.6%)	9 (4.2%)	0.000	10.12	4.62- 22.14
NO	75 (69.4%)	207 (95.8%)			
<b>TOTAL</b>	<b>216 (100.0%)</b>	<b>108 (100.0%)</b>			

Leyenda: "OR": Odds ratio, "p": significancia estadística, "IC:": Índice de confianza.

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

**TABLA 2**

Polifarmacia en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial.

POLIFARMACIA	NO ADHERENCIA			p	OR	IC 95%
	SI	NO	TOTAL			
SI	64 (29.6%)	66 (61.1%)	130(12.96 %)	0.000	3.73	2.29- 6.06
NO	152(70.4%)	42 (38.9%)	194(87.04%)			
<b>TOTAL</b>	<b>216 (100.0%)</b>	<b>108 (100.0%)</b>	<b>324(100%)</b>			

Leyenda: "OR": Odds ratio, "p": significancia estadística, "IC:": Índice de confianza.

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

**TABLA 3**

Relación médico paciente en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DEFICIENTE	NO ADHERENCIA		P	OR	IC 95%
	SI	NO			
SI	70 (64.8%)	38 (17.6%)	0.000	8.63	5.09- 14.63
NO	38 (35.2%)	178(82.4%)			
<b>TOTAL</b>	<b>216 (100.0%)</b>	<b>108 (100.0%)</b>			

Leyenda: "OR": Odds ratio, "p": significancia estadística, "IC:": Índice de confianza.

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

**TABLA 4**

Grado de instrucción superior en relación a la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial.

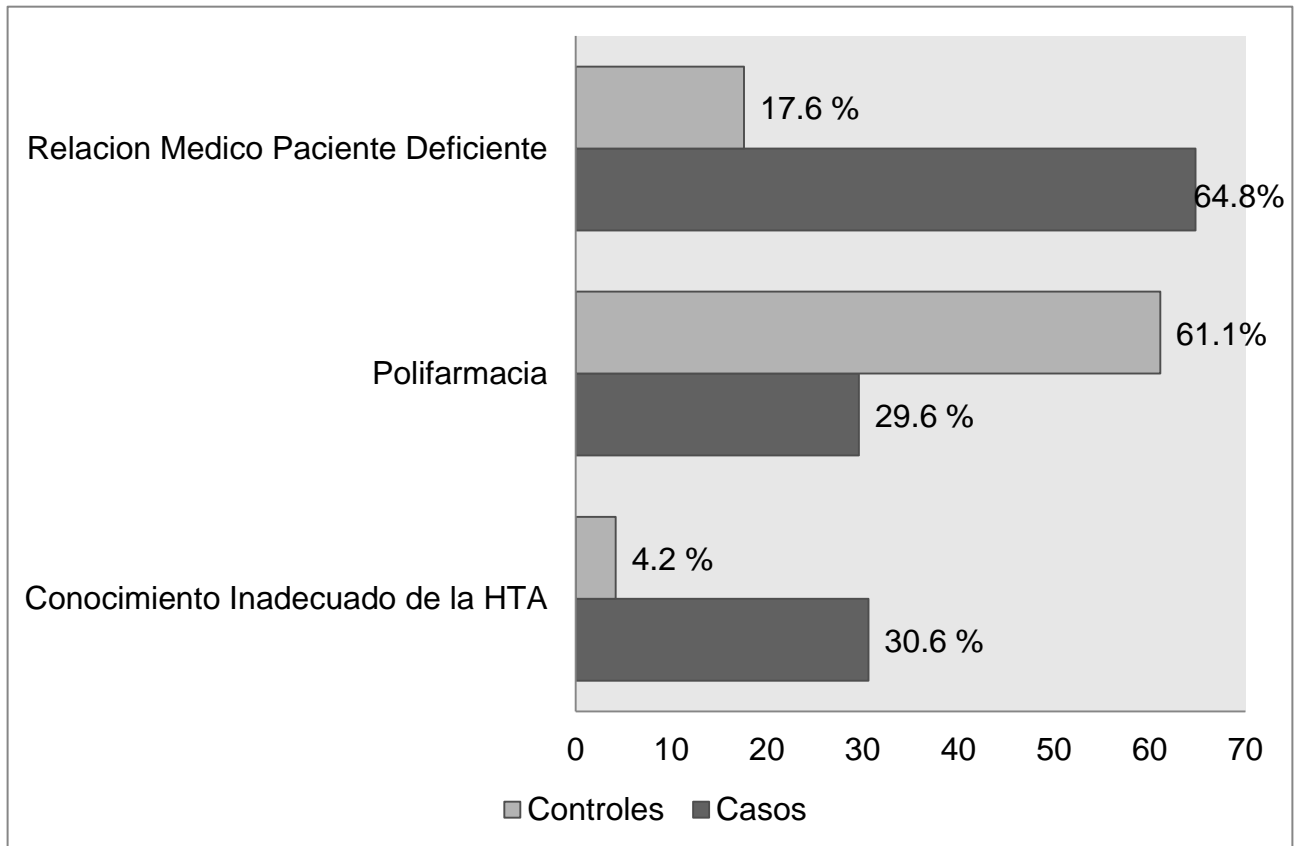
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ADHERENCIA		
	OR	IC	p
SUPERIOR			
NO SUPERIOR	2.741	1.583-4.745	0.000

**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.



### GRAFICO 3

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial



**Fuente:** Encuesta aplicada a pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud, Octubre-Noviembre de 2016.

### III. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se evaluó el riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial del Hospital I La Esperanza-Essalud durante octubre a noviembre del año 2016, de los factores asociados: conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, polifarmacia y relación médico-paciente deficiente. Para considerar el tamaño de muestra se incluyó a pacientes que recibieron atención en el consultorio de Programa control de Hipertensión arterial de dicho hospital y el tamaño de muestra obtenido por fórmula reflejó pertinencia en cuanto al número de sujetos incluidos.

Respecto a los resultados, el conocimiento inadecuado fue más frecuente en el grupo de casos que en el de controles, con frecuencias de 30.6% frente a 4.2% respectivamente, mientras que el análisis estadístico arrojó que dicho factor fue significativo y mostró una probabilidad de riesgo de poco más de 10 veces de originar la no adherencia farmacológica. Como bien sabemos, la adquisición de información permite a una persona no solamente tener más conciencia de la realidad sino que posibilita la toma de decisiones en favor de su bienestar. El resultado refleja la importancia que se debe prestar a la información que todo paciente tiene derecho a recibir en beneficio de su salud. El resultado obtenido, además, coincide con la investigación de Pérez y cols. (24) quienes encontraron que el 66.7% de casos no tuvieron conocimiento de su enfermedad, aunque debemos decir que el OR obtenido fue más bajo, es decir de poco más de 2, en comparación al nuestro. Dentro de las razones de esta diferencia se debería considerar que el trabajo de este investigador no es nacional, además que el

número total de pacientes fue de 108, inferior al nuestro, sumado a que la edad en dicho estudio tuvo un rango entre 25 a 59 años a diferencia de la nuestra que abarcó a personas a partir de la cuarta y hasta la octava década de vida, misma que podría intervenir tanto en la actitud hacia el conocimiento como en la propia no adherencia terapéutica.

La polifarmacia fue más frecuente en los casos que en los controles, con 61.1% y 29.6% respectivamente. El análisis estadístico confirmó que esta situación también es un factor asociado a la no adherencia al tratamiento farmacológico. Resulta entendible el que un paciente no cumpla con un régimen terapéutico si tiene la necesidad de consumir varios medicamentos, lo cual puede ocasionarle confusión en cuanto a dosis y horas de ingerirlos, además de la posibilidad de interacción o producción de efectos secundarios que fomentan el desánimo. Nuestros resultados igualmente coinciden con Pérez y cols. (24) que atribuyó también al tratamiento complejo, establecido en consumo de más de dos fármacos, como un factor de la no adherencia, con OR de 3.31 bastante cercano al 3.73 de nuestros resultados, por lo que podemos considerar que ambos resultados son similares.

Se identificó que la relación médico paciente deficiente mostró diferencia significativa en cuanto a casos y controles, siendo de 64.8% para el primer grupo y de 17.6% para el segundo. El OR también fue alto, en poco más de 8. Nuevamente nuestros resultados coinciden con el estudio de Pérez y cols, (24) quienes hallaron que la no adherencia al tratamiento se debía también a la relación médico paciente no favorable, aunque con una frecuencia de poco menos

de cinco puntos porcentuales más en comparación a nuestro resultado, sin embargo el OR fue menor al nuestro pero igualmente considerable y un dato adicional de dicha investigación muestra la relevancia que tiene este factor, debido a que se identificó como responsable del 80% de todos los casos. El reconocimiento por parte de Pérez y cols. es un detalle no menos importante que debe llamarnos a la reflexión ya que el paciente, como ser humano, necesita encontrar en el profesional de la salud calidez.

Finalmente, en relación a las características generales de los pacientes, donde se puede apreciar que el promedio de edad de casos y controles es cercano, ambos en la sexta década de vida y con rangos de edad entre la cuarta y octava, aspecto que se ha comentado al inicio de la discusión. Una probable explicación del rango de edad encontrado es epidemiológica, ya que la hipertensión es común en estos grupos etáreos. Por otro lado, la estadística analítica confirmó que en ambos grupos la diferencia de los promedios no fue significativa, dato que refuerza el resultado, sugiriendo que la confrontación con el grupo control fue adecuada. Otro dato hallado se refiere al sexo, que en ambos grupos fue principalmente femenino, a diferencia del estudio de Pérez (24), donde los casos masculinos representaron 64% y solo en los controles el femenino fue más frecuente. Desconocemos la razón de esa diferencia sin embargo, respecto a nuestros resultados, asumimos que las pacientes tienen más preocupación por la atención de su salud lo cual podría reflejarse en una mayor demanda de atención en comparación a los varones a la vez que una mayor exigencia en cuanto a la atención médica que podría reflejarse en los resultados obtenidos respecto a dicha variable.

Adicionalmente, la estadística analítica nos confirma que los grupos son semejantes en cuanto al género, al no identificarse diferencia significativa, aspecto que refuerza la oportunidad de elegir al grupo control para su comparación. Finalmente, en cuanto al grado de instrucción observamos que en el grupo de no adherencia los que solo llegaron a la primaria constituyeron el grupo más frecuente, a diferencia de los que mostraron adhesión al tratamiento, donde la educación superior fue la más frecuente, aunque solo alcanzó alrededor de 40%. Los datos descriptivos nos sugieren la importancia que tiene el aspecto educativo como una forma de favorecer la adherencia, a lo que se suma que el análisis inferencial confirma que el grado de instrucción se relaciona con el fenómeno de la no adherencia al tratamiento dando como resultado que la educación superior sugiere actuar como un factor protector para lo no adherencia.

En cuanto a las limitaciones del trabajo debemos considerar que la determinación de la adherencia o no al tratamiento farmacológico, así como el conocimiento y la relación médico paciente se basó en encuestas retrospectivas que, aunque validadas, no evitan la aparición completa de sesgo, sin embargo su utilidad está demostrada.

Esta investigación cumplió con los objetivos propuestos y consideramos que el resultado es un reflejo real de lo que ocurre en la atención médica de nuestro lugar de estudio, aunque con limitaciones referidas a la recolección de datos.

## V. CONCLUSIONES

1. El conocimiento inadecuado de la enfermedad fue factor asociado a no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016 dando un OR de 10.12, identificándose en 30.6% de los casos
2. La polifarmacia estuvo presente en el 61.1% de los pacientes con no adherencia al tratamiento farmacológico del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016, estableciéndose como factor asociado a ello, mostrando un valor  $p < 0.05$  y OR de 3.73
3. La relación médico paciente deficiente alcanzó el 64.8% de los casos y se constituyó en un factor asociado con valor  $p < 0.05$  y OR de 8.63 en los pacientes del Hospital I La Esperanza – EsSalud durante el periodo de Octubre a Noviembre. 2016.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza A, Medina-García C, Barquera-Cervera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*. 2013;55:S144–50.
2. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. High blood pressure care: beyond the clinical setting. *Rev Panam Salud Pública*. octubre de 2010;28(4):311–8.
3. Gaviria Javier Alejandro, González Gloria, Echeverry, Sandra, Echeverry Gustavo, Salcedo Patricia. Caracterización de los pacientes en una consulta de hipertensión arterial de Dosquebradas, Risaralda, Colombia, 2008-2012. *Gac Méd Caraca*. 2014;122(1):27–24.
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertens Dallas Tex* 1979. diciembre de 2003;42(6):1206–52.
5. Caballero P, Delfín M. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. *Rev Cuba Med*. diciembre de 2013;52(4):286–94.

6. Organización Mundial de la salud. OMS | Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. WHO. 2015 [citado el 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
7. Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. *J Hypertens*. 2014;32(1):30–8.
8. Radovanovic CAT, Santos LA dos, Carvalho MD de B, Marcon SS, Marcon SS. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev Lat Am Enfermagem*. agosto de 2014;22(4):547–53.
9. Organización Mundial de la salud. OMS | Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. WHO. 2013 [citado el 16 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)
10. Segura Vega L, Agustí C. R, Ruiz Mori E. La hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. *Rev Peru Cardiol Lima*. 2011;37(1):19–27.
11. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*. 2010;29(1):117–44.
12. Gamboa, Raul. Más allá de la hipertensión arterial. *ActMéd Per*. 2010;27(1).



13. Sawicka, Katarzyna, Szczyrek, Michał, Jastrzębska, Iwona, Prasał, Marek, Zwolak, Agnieszka, Daniluk, Jadwiga. Hypertension – The Silent Killer. JPCCR. 2011;5(2).
14. Hedayati SS, Elsayed EF, Reilly RF. Non-pharmacological aspects of blood pressure management: what are the data? *Kidney Int.* mayo de 2011;79(10):1061.
15. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014;311(5):507–20.
16. Gupta R, Guptha S. Strategies for initial management of hypertension. *Indian J Med Res.* 2010;132(5):531–42.
17. Pérez JRM, Cordoví LLB, Paz Z de los ÁC, Diéguez YF. Efectividad de la combinación medicamentos / auriculoterapia / fitoterapia en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta.* 2015;40(11).
18. Agámez Adriana, Hernández Rodolfo, Cervera Lex, Rodríguez Yarmeín. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Arch Méd Camagüey.* 2008;15(5).

19. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Rev Calid Asist.* 2012;27(3):72–7.
20. Martín, Libertad de los Angeles, Grau, Jorge, Espinosa, Alfredo. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cuba Salud Pública.* 2014;40(2):222–35.
21. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Aten Primaria.* 2011;43(7):343–4.
22. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clínica.* 2014;24(1):59–66.
23. Ocampo PA. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. *Crescendo.* 2014;5(2):181–92.
24. Pérez, David P, Revé, Melva, Perez, Nielys. Factores de riesgo que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. 16 de abril. 2014;53(255):30–42.
25. Díaz Molina M, Herrera Preval Y, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Rev Cuba Farm.* 2014;48(4):588–97.

26. Baena Díez JM, Gómez Fernández C, Vilató García M, Ernesto Javier Vásquez-Lazo, Vidal Solsona M, Alice Olivia Byraa. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011;43(7):336–42.
27. Granados Gamez, Roales-Nieto Jesus, Moreno Emilio, Ybarra Jose L. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(3):697–707.
28. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered*. 2011;21(4).
29. Arana, Guillermo, Cilliani, Becker, Abanto D. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial en pacientes del programa de hipertensión: Hospital Víctor Lazarte Echegaray - EsSalud, Trujillo. *ResearchGate*. 2001;12(4):120–6.
30. Acelas ALR, Ochoa AMG. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av En Enferm*. 2010;28(1):63–71.
31. Solórzano Marlín. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero- mayo 2015 Valencia. Universidad de Carabobo; 2015.

32. Rodríguez, Merida, Varela Maria, Rincón Hernán, Velasco, Margarita, Caicedo, Diana, Méndez, Fabián, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2):192–9.
33. Organización Mundial de la salud. OMS | Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. OMS. 2011 [citado el 18 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/)
34. Rojas Maria, Morales, Sandra. Adherencia farmacológica al tratamiento antihipertensivo: ¿un reto o una realidad? *Rev Colomb Enferm*. 2015;9(9):133–41.
35. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to Pharmacotherapy and Medication-Related Beliefs in Patients with Hypertension in Lima, Peru. *PLOS ONE*. 2014;9(12).
36. Prieto-Díaz MÁ. Guías en el manejo de la hipertensión. *SEMERGEN - Med Fam*. 2014;40(4):2–10.
37. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *Eur Heart J*. 2013;37(33).
38. Vest AR, Cho LS. Hypertension in Pregnancy. *Curr Atheroscler Rep*. 2014;16(3):395.

39. Sánchez Sifuentes, Joselyn. Factores de riesgo asociados a la presentación de hipertensión arterial no controlada en pacientes mayores de 60 años atendidos en consultorios externos del hospital central de la fuerza aérea del Perú junio 2006 a junio 2008. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2009
40. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llamos F. Translation and validation into portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):210–8.
41. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol Impr.* agosto de 2012;25(4):322–9.
42. Ortiz Consuelo. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av En Enferm.* 2011;28(2):73–87.

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Estimado señor (a), estamos haciendo un estudio para identificar algunos factores que podrían intervenir para que un paciente no tomara correctamente los medicamentos que el médico ha indicado, para ello le solicitamos su participación.

Su intervención es voluntaria y no será penalizado o perderá sus beneficios si se niega a participar o decide dejar de hacerlo. Le garantizamos que su participación es totalmente anónima y los datos son para uso exclusivo del trabajo científico de tesis universitaria. Antes de firmar este documento mostrando su aceptación, le sugerimos hacer todas las preguntas que desee respecto a su participación, si está satisfecho con las respuestas entonces proceda a firmar este documento, lo que significa que ha entendido todo y que usted está de acuerdo en participar voluntariamente.

Yo \_\_\_\_\_ en mis plenas facultades mentales acepto participar en el estudio sabiendo que los datos recogidos sólo se utilizarán para fines de investigación. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en estudiar **los factores de asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo**. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los

proveedores de salud. Asimismo entiendo que no se me realizará, ni recibiré algún pago u otro beneficio económico por esta participación. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Privada Antenor Orrego y con el cual la señorita Wendy Huaccha alumna de dicha casa de estudio obtendrá su título profesional de Cirujano Médico. Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

Nombre investigador:

Nombre participante

---

---

Firma Investigador

Firma Participante

---

---

Fecha hora

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Estimado paciente:

Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con Hipertensión Arterial, solicitamos su colaboración, dando respuesta a las preguntas que aparecen a continuación, de esta manera entendemos que está de acuerdo con su participación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para nuestro estudio. Muchas gracias por su tiempo.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_ Números de pastillas al día: \_\_\_\_\_

#### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS - QUALIAIDS (QAM-Q)

1. ¿En los últimos 7 días, cuántos días de la semana usted no tomó o tomó por lo menos una pastilla de las indicadas?	$ADH = \frac{\# \text{ pastillas consumidas}}{\# \text{ pastillas prescritas}} \times 100$	
2. ¿En esos últimos 7 días, cuántas pastillas usted dejó de tomar o se tomó todas?	a. No se toma ninguna dosis de todos los medicamentos. b. No toma ningún medicamento al menos día. c. Tomar los medicamentos en distintos días y horas. d. Toma correctamente un medicamento y el otro de forma incorrecta.	



3. ¿Cómo estaba su presión la última vez que usted se la midió?		
---	--	--

### CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Preguntas	SI	NO
1. ¿La presión alta es una enfermedad para toda la vida?		
2. ¿Quién tiene presión alta, en la mayoría de las veces, no siente nada diferente?		
3. ¿La presión es alta cuando es $\geq$ que 140/90?		
4. ¿La presión alta puede traer problemas para el corazón, cerebro y riñones?		
5. ¿El tratamiento para presión alta es para toda la vida?		
6. ¿La presión alta también puede ser tratada sin remedios?		
7. ¿Los ejercicios físicos regulares ayudan a controlar la presión alta?		
8. ¿Para quién es obeso, perder peso ayuda a controlar la presión alta?		
9. ¿Disminuir la sal en la comida ayuda a controlar la presión alta?		
10. ¿Disminuir el nerviosismo ayuda a controlar la presión alta?		

## RELACION MEDICO – PACIENTE

Preguntas	Nunca	Aveces	Siempre
1. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
2. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que hace			
3. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico			
4. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos con sus actividades diarias			
5. En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico entendería sus motivos			
6. El médico le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden			
7. El médico le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que le están dando.			
8. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos			

