

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN ADULTOS.
HOSPITAL PACASMAYO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: KAREM STEPHANY SEVILLA DÁVALOS

ASESOR: DR. JOSÉ E. DÍAZ VERGARA

Trujillo – Perú

2016

DEDICATORIA

*A mis padres y
a mi tía Maruja
quienes con mucho esfuerzo
y sacrificio hicieron posible mi carrera.*

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por acompañarme en cada peldaño,
a mi familia por incentivar mi esfuerzo y a mis maestros
que inspiraron y reforzaron mi vocación.*

RESUMEN

Objetivo: Demostrar si la edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción son factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos del Hospital Pacasmayo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 100 pacientes con hipertensión arterial según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con adherencia terapéutica y sin adherencia terapéutica.

Resultados: La frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos fue de 43%. La edad avanzada es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 2.20 ($p < 0.05$). La procedencia rural es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 3.10 ($p < 0.05$). El grado de instrucción analfabeta – primaria es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 2.45 ($p < 0.05$). El grupo con no adherencia terapéutica presentó un tiempo de enfermedad significativamente mayor que el grupo con adherencia terapéutica.

Conclusiones: La edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el grado de instrucción son factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos del Hospital Pacasmayo.

Palabras Clave: Factor de riesgo, no adherencia terapeutica, hipertension arterial.

ABSTRACT

Objective: Show whether the elderly, rural origin, sick time and lower level of education are factors associated with nonadherence to antihypertensive treatment in adult Pacasmayo Hospital.

Methods: A study of analytical, observational, retrospective, case-control type was carried out. The study population consisted of 100 patients with hypertension according to inclusion and exclusion criteria established divided into two groups: with and without adherence.

Results: The frequency of non-adherence in hypertensive patients was 43 %. Advanced age is associated with nonadherence to antihypertensive treatment with an odds ratio of 2.20 ($p < 0.05$) factor. The rural origin is associated with nonadherence to antihypertensive treatment with an odds ratio of 3.10 ($p < 0.05$) factor. The grade of instruction is associated with nonadherence to antihypertensive treatment with an odds ratio of 2.45 ($p < 0.05$) factor. The group with no adherence presented a significantly higher than the group with adherence disease.

Conclusions: The elderly, rural origin, sick time and level of education are factors associated with nonadherence to antihypertensive treatment in adult Pacasmayo Hospital.

Keywords: Risk factor, not adherence, hypertension.

INDICE

PORTADA.....	1
PAGINA DE DEDICATORIA.....	2
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
INDICE.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	33
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS:.....	45

I. INTRODUCCION

1.1. Marco teórico:

Bramley T y cols. afirman que la hipertensión arterial (HTA), constituye uno de los grandes retos de la medicina moderna, por su extraordinaria prevalencia, es probablemente el problema de salud pública más importante en países desarrollados y subdesarrollados, otros como Natarajan N. y cols. Lograron determinar que casi uno de cada cuatro ciudadanos de una población en estudio presenta cifras elevadas de presión arterial^{1,2}.

Según Quintana C. y cols. es la enfermedad no transmisible más prevalente, que compromete entre un 20 a 30% de la población adulta, y solo el 31% de esta población tienen presión arterial controlada. La relevancia de la hipertensión en la actualidad no reside en las características que presenta como enfermedad, sino en el incremento del riesgo de padecer enfermedades altamente letales; por lo tanto, controlarla significa disminuir la morbimortalidad^{3,4,5}.

De acuerdo con los criterios del informe del Joint National Committee, de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial y de la British Hypertension Society, la hipertensión arterial (HTA) se define como una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o una tensión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg⁶.

Pérez JL. y cols. sostienen que la hipertensión arterial afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los Estados Unidos y 1 billón en todo el mundo; mientras que en Perú, Mendoza S. y cols. hallaron que el 23,7% de la población mayor de 18 años en el Perú, tiene hipertensión arterial, que representa alrededor de 3 650 000 habitantes^{7,8,9}.

Contreras A. en un estudio sobre factores influyentes en la adherencia al tratamiento de hipertensión encontraron que la hipertensión arterial es mayor en la costa que en la sierra y selva, a edades equivalentes, lo que podría estar en relación con el estrés, la alimentación, el modo de trabajo y el sedentarismo, es decir el modo de vida en las grandes ciudades, independientemente de la herencia y la genética¹⁰.

Fernández L., Daugherty S. y Márquez E. proponen en varios estudios relacionados que una vez constituida la hipertensión como enfermedad cardiovascular, ésta persiste silenciosamente durante muchos años hasta deteriorar el estado de salud y producir la muerte. Sin embargo, la actuación oportuna de las personas y los profesionales de la salud a favor de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica reduce el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular en un 30-43% y un infarto agudo de miocardio en un 15%, si se logra controlar y modificar los factores que afectan el mantener una conducta de adherencia terapéutica^{11,12,13}.

En relación a la estrategia terapéutica, en la elección entre monoterapia y tratamiento combinado se debe considerar el nivel de presión arterial a tratar, la ausencia o la presencia de daño de órgano blanco y los factores de riesgo comprometidos; de acuerdo con ello se elegirá un agente único en dosis bajas o combinaciones en dosis bajas, teniendo en cuenta que si no se alcanza la meta se puede utilizar el agente previo en dosis completa o cambiar por un fármaco diferente y de acuerdo con las circunstancias pueden emplearse combinaciones de drogas^{14,15}.

La adherencia terapéutica se define como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento; corresponde a la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable¹⁶.

Puig Botey A. y cols. al igual que Hayen A. y cols. sugieren que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo es lo que compromete gravemente la

efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la promoción de la salud de la población mundial y local desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud^{17,18}.

Existen varios métodos para medir la no adherencia, que se clasifican en directos e indirectos. Todos tienen sus ventajas e inconvenientes, aunque ninguno se considera de referencia. Los métodos directos consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria^{19,20,21}.

Los métodos indirectos son los más utilizados, aunque tienen la desventaja que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, y en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento. Dentro de los métodos indirectos, la entrevista personalizada o auto-cuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores^{22,23}.

El test de Morinsky-Green o el de cumplimiento auto-comunicado; Es un método muy fiable si el paciente se declara no cumplidor y es útil para indagar sobre las razones de la no adherencia. Se recomienda valorar la adherencia cada vez que se prescriba, dispense o revise la medicación. Sin embargo puede resultar imposible evaluar la adherencia en todos los pacientes y quizá sea más realista centrar la atención en los pacientes con mayor riesgo de falta de adherencia^{24,25}.

El comportamiento de adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores más importantes a evaluar en las personas con factores de riesgo para la salud cardiovascular, ya que la no adherencia conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar^{26, 27}.

Los programas de control de la hipertensión arterial tienen como reto principal lograr la adherencia a los tratamientos. Este reto se centra en poder conocer las

experiencias que viven las personas, lo que permite identificar los problemas que deben enfrentar e interpretar los motivos que están relacionados con su comportamiento de adherencia^{28,29}.

La adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores, con los cuales los pacientes interactúan: factores socioeconómicos, factores relacionados con los sistemas de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente^{30,31}.

La adherencia debe ser considerada como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y la comprensión del tratamiento por parte del paciente, de manera conjunta con el profesional de la salud. La buena comunicación se identifica como un factor que puede potenciar la adherencia. La educación, el establecimiento de objetivos y el apoyo social pueden ayudar al paciente a controlar la enfermedad³².

1.2 Antecedentes:

Sicras A, et al (España, 2011); con el objeto de determinar de forma indirecta el grado de no adherencia terapéutica y los factores asociados, desarrollaron un diseño seccional transversal, en sujetos con hipertensión y/o dislipidemia; se seleccionaron a 9.001 pacientes hipertensos y/o dislipémicos adscritos a cuatro centros de atención primaria de Cataluña; observando que la no adherencia fue 21,0% y en cuanto a las variables asociadas a este fenómeno en el análisis se encontraron a la inactividad laboral ($p=0,000$); la intensidad del seguimiento ($p = 0,04$); el tipo de fármaco ($p = 0,000$) y el grado de instrucción bajo ($p = 0,006$). Concluyendo que la inactividad laboral, el tipo de fármaco y el grado de instrucción se asocian con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo³³.

Tuesca R, et al (España, 2011); con la finalidad de identificar los factores asociados a la no adherencia terapéutica, desarrollaron un estudio retrospectivo de casos y controles en una población de varones y mujeres hipertensos conocidos mayores de 60 años en una muestra de 4.009 sujetos; evidenciando que los factores asociados a no adherencia fueron en varones la procedencia de área rural (OR = 3.9; $p < 0.05$) y en mujeres el nivel escolar bajo (OR = 1,8; $p < 0.05$) y para ambos sexos la calidad de vida en el componente físico (OR = 1,02; $p < 0.05$)³⁴.

Carhuallanqui R, et al (Perú , 2011) con la finalidad de precisar la frecuencia de no adherencia al tratamiento farmacológico mediante un estudio observacional descriptivo, prospectivo, transversal; en pacientes hipertensos de larga data con una muestra de 123 individuos encontrando que 69.9% eran mujeres, 77.7% tenía un tiempo de enfermedad mayor de tres años, el 52.4% tenían educación primaria, 68% eran casados; la no adherencia al tratamiento farmacológico fue 37.9%; evidenciando asociación entre no adherencia terapéutica con el mayor tiempo de enfermedad ($p < 0.05$) y el grado de instrucción primaria ($p < 0.05$). Concluyendo que el mayor tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción son factores de no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos³⁵.

Dessie A, et al (Etiopía, 2012) con el objetivo de evaluar la no adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados, realizaron un estudio transversal con muestreo sistemático; en pacientes con hipertensión arterial de una muestra de 384 individuos; encontrando que la no adherencia fue del 34.5% y como condiciones asociadas se encontraron el grado de instrucción primaria (OR: 6.21; $p < 0.05$); la procedencia rural (OR: 2.12; $p < 0.05$); la distancia desde el hospital hasta la vivienda (OR: 2.02; $P < 0.05$). Concluyendo que el la consejería sobre la adherencia y la educación del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento son importantes para mejorar la calidad de vida del mismo³⁶.

Artacho R, et al (España, 2012); con el objetivo de estimar la prevalencia y factores determinantes de la no adherencia terapéutica, llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal, en pacientes con hipertensión arterial en nueve centros de atención primaria con una muestra de 1 197 individuos; observando un predominio de mujeres (62.2%), con una edad promedio de 64,5+8,9 años, jubilados (49%), casados (69,3%), estudios primarios (39,6%); encontrando como factores asociados a la no adherencia el bajo grado de instrucción ($p<0.05$), y la inactividad laboral ($p<0.05$) y el estado civil ($p<0.05$). Concluyendo que existes factores sociales que determinan la adherencia al tratamiento antihipertensivo³⁷.

Ortiz H, et al (España, 2011); llevaron a cabo un estudio descriptivo epidemiológico con la finalidad de precisar la prevalencia de Hipertensión Arterial en la población adulta observando que esta aumenta significativamente con la edad, oscilando del 7,1% en edades de 30-39 años hasta alcanzar valores superiores al 75% en el grupo de 70-74 años⁴¹.

Alza J, (Trujillo, 2016); en su estudio concluye que existe una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial, además encontró que el género femenino, la falta de apoyo familiar y la menor edad son factores de riesgo para esta baja adherencia.

1.3 Justificación:

La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esta realidad tiene como consecuencia el incumplimiento de las metas sanitarias, mayores costos en salud, mayor incidencia de las complicaciones propias de la enfermedad y finalmente agudización de la enfermedad y muerte. Por ende, no es conjetura afirmar que la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población, desde la perspectiva de calidad de vida y de economía en salud; en tal sentido consideramos de suma importancia la identificación de aquellas condiciones relacionadas con la adherencia inadecuada de pacientes hipertensos al tratamiento farmacológico, toda vez que esta es una de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestra población y que a su vez es responsable de una cuantiosa carga de eventos vasculares agudos, en tal sentido es de nuestro interés caracterizar al paciente con riesgo de mala adherencia para de esta manera poner en práctica la aplicación de estrategias educativas que contrarresten la influencia de los mismos y por ende se mejore la calidad de vida del paciente hipertenso.

1.4 Formulación del Problema Científico:

¿Son la edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos del Hospital Pacasmayo.

1.5 Hipótesis

Hipótesis nula (H₀):

La edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción no son factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos del Hospital Pacasmayo.

Hipótesis alterna (Ha):

La edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción son factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos del Hospital Pacasmayo.

1.6. Objetivos**Objetivos generales:**

Demostrar si la edad avanzada, la procedencia rural, el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción son factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos del Hospital Pacasmayo.

Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Determinar si la edad avanzada y la procedencia rural son factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Determinar si el tiempo de enfermedad y el menor grado de instrucción son factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

Población Universo:

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Programa de Control del Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016.

Poblaciones de Estudio:

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Programa de Control del Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Pacientes hipertensos, mayores de 15 años, de ambos sexos; que provean la información necesaria para identificar a las variables en estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con retraso mental, demencia, secuela neurológica, y aquellos que presenten un evento cerebrovascular o cardiovascular agudo durante el periodo de estudio.

2.2. MUESTRA:

Unidad de Análisis

Estuvo constituida por cada paciente con Hipertensión Arterial atendidos en el Programa de Control del Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituida por la historia clínica de cada paciente con Hipertensión Arterial atendidos en el Programa de Control del Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula³⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha^2 pe qe}{E^2}$$

$$E^2$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe : Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de Hipertensión arterial: 7% (0.07) (Ref. 41).

$$qe = 1 - pe$$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$n_0 = 100$ pacientes con hipertensión

Diseño de Estudio

P	G1	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅
	G2	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

- P: Población
- G1: Pacientes sin adherencia terapéutica
- G2: Pacientes con adherencia terapéutica
- O₁: Edad avanzada
- O₂: Procedencia rural
- O₃: Tiempo de enfermedad
- O₄: Grado de instrucción

- **Analítico, observacional, retrospectivo, seccional, transversal.**

		ADHERENCIA FARMACOLOGICA	
		NO	SI
Factor de riesgo	Si	a	b
	No	c	d

2.3. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE:				
Adherencia	Cualitativa	Nominal	Valoración clínica	Si-No
No adherencia terapéutica	Cualitativa	Nominal	Valoración clínica	Si - No
INDEPENDIENTE:				
Edad avanzada	Cuanlitativa	Nominal	Entrevista	Si - No
Procedencia rural	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si – No
Tiempo de enfermedad	Cuantitativa	Discreta	Entrevista	Años
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Si -No

2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES:

Adherencia terapéutica: Magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento; corresponde a la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento^{16, 37}.

No adherencia terapéutica: Para la presente investigación dependerá de la respuesta que ofrezca el paciente o apoderado que se encuentre al cuidado del paciente. La información será obtenida tras la aplicación del Test de Morinsky-Green (Anexo 2). Adherencia: 4 respuestas correctas. No adherencia: Menos de 4 respuestas correctas³³.

Edad: Número de años del paciente al momento de la entrevista³⁴.

Edad avanzada: Corresponde a la edad del paciente mayor a 65 años³⁴.

Procedencia: Corresponde al área donde el paciente vive el cual puede ser urbana, o rural según las características de sus servicios básicos³⁵.

Urbana: Cuando el ámbito geográfico donde vive el paciente cuenta con servicios básicos³⁵.

Rural: Cuando el ámbito geográfico donde vive el paciente no cuenta con servicios básicos³⁵.

Tiempo de enfermedad: Corresponde al número de años que han transcurrido desde que el paciente fue diagnosticado con la enfermedad en estudio³⁵.

Grado de instrucción: Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario⁴².

2.5 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresaron al estudio los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Programa de Control del Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó el permiso al Director para el ingreso al establecimiento y luego proceder a:

- Aplicar la entrevista correspondiente para definir la presencia del individuo en uno u otro grupo de estudio por muestreo aleatorio simple.
- Precisar la presencia de las variables independientes en la hoja de recolección de datos correspondiente (Anexo 1).
- Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
- Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.
- Aplicar el test de Morinsky Green para determinar la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes seleccionados.

2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Versión 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores de riesgo en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el OR para el correspondiente factor de riesgo en cuanto a la no adherencia farmacológica, si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.7. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contó con la autorización del Director del establecimiento para el ingreso al mismo con la finalidad de entrevistar a los pacientes seleccionados y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de seccional transversal en donde solo se recogieron datos clínicos de la entrevista a los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰

III.- RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que la frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos fue de $43 / 100 = 43\%$

En la Tabla 2 se observa que la edad avanzada expresa riesgo para no adherencia terapéutica a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio >1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

En la Tabla 3 se observa que la procedencia rural expresa riesgo para no adherencia terapéutica a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio >1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

En la Tabla 4 se observa que el grado de instrucción analfabeta y primaria expresa riesgo para no adherencia terapéutica a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio >1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

En la Tabla 5 se comparan los promedios de tiempo de enfermedad; observando la tendencia muestral de que el grupo con no adherencia terapéutica tiene un promedio significativamente mayor que el grupo con adherencia terapéutica y a través de la prueba t de student se verifica que esta tendencia se proyectará a nivel poblacional.

**Tabla N° 01: Frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.
Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016:**

Adherencia terapéutica	Hipertensión arterial	
	n	%
Si	57	57
No	43	43
Total	100	100

FUENTE: HOSPITAL PACASMAYO-Ficha de recolección de datos: 2016.

**Gráfico N° 01: Frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.
Hospital Pacasmayo durante el período Enero - Febrero 2016:**

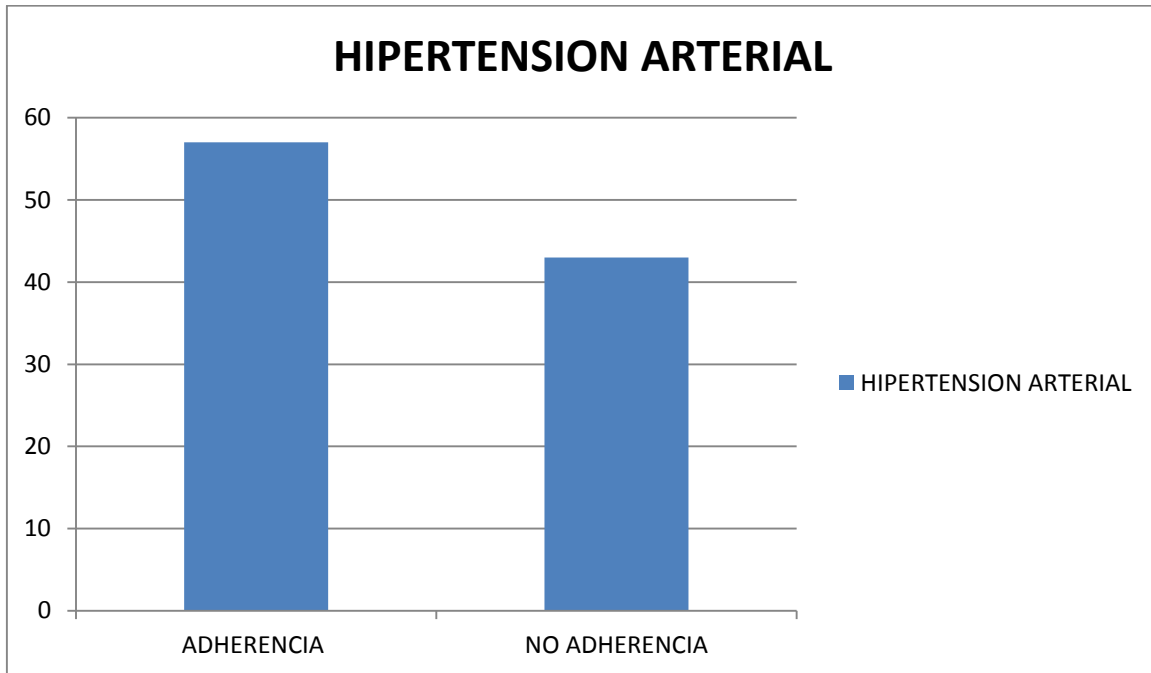


Tabla N° 02: Edad avanzada como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

Edad avanzada	Adherencia terapéutica		Total
	No	Si	
Si	25 (58%)	22(38%)	47
No	18(42%)	35(62%)	61
Total	43 (100%)	57 (100%)	100

FUENTE: HOSPITAL PACASMAYO-Ficha de recolección de datos: 2016

- Chi cuadrado: 4.2
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.20
- Intervalo de confianza al 95%: (1.28 – 3.92)

Gráfico N° 02: Edad avanzada como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

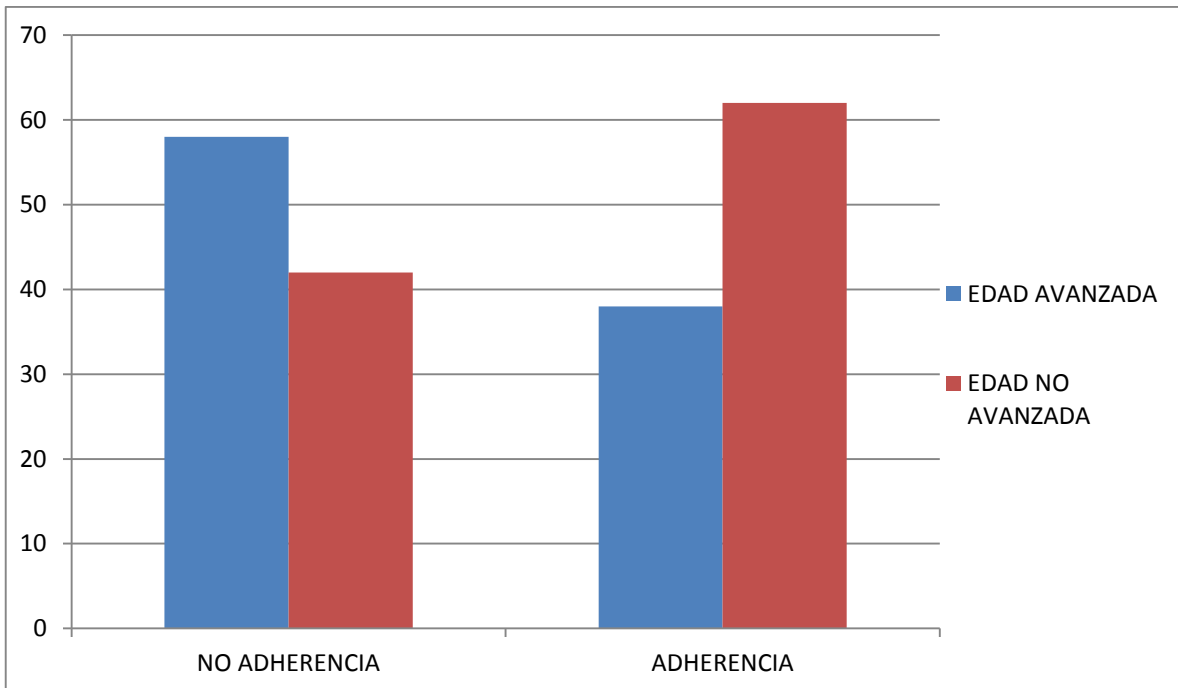


Tabla N° 03: Procedencia rural como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

Procedencia	Adherencia terapéutica		Total
	No	Si	
Rural	13 (30%)	7(14%)	20
Urbana	30(70%)	50(86%)	80
Total	43 (100%)	57 (100%)	100

FUENTE: HOSPITAL PACASMAYO-Ficha de recolección de datos: 2016

- Chi cuadrado: 5.3
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 3.10
- Intervalo de confianza al 95%: (1.48 – 5.56)

Gráfico N° 03: Procedencia rural como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

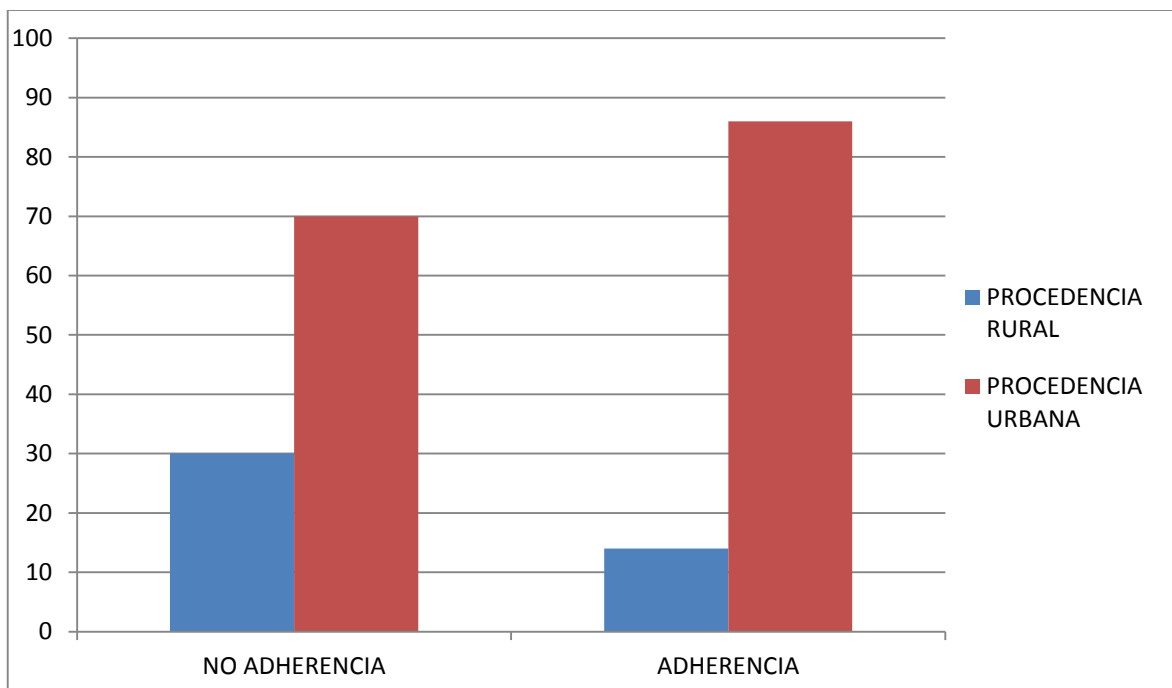


Tabla N° 04: Grado de instrucción como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

Grado de instrucción	Adherencia terapéutica		Total
	No	Si	
Analfabeta - primara	17 (40%)	12(21%)	20
Secundaria - superior	26(60%)	45(79%)	80
Total	43 (100%)	57 (100%)	100

FUENTE: HOSPITAL PACASMAYO-Ficha de recolección de datos: 2016

- Chi cuadrado: 4.5
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 2.45
- Intervalo de confianza al 95%: (1.36 – 5.16)

Gráfico N° 04: Grado de instrucción como factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

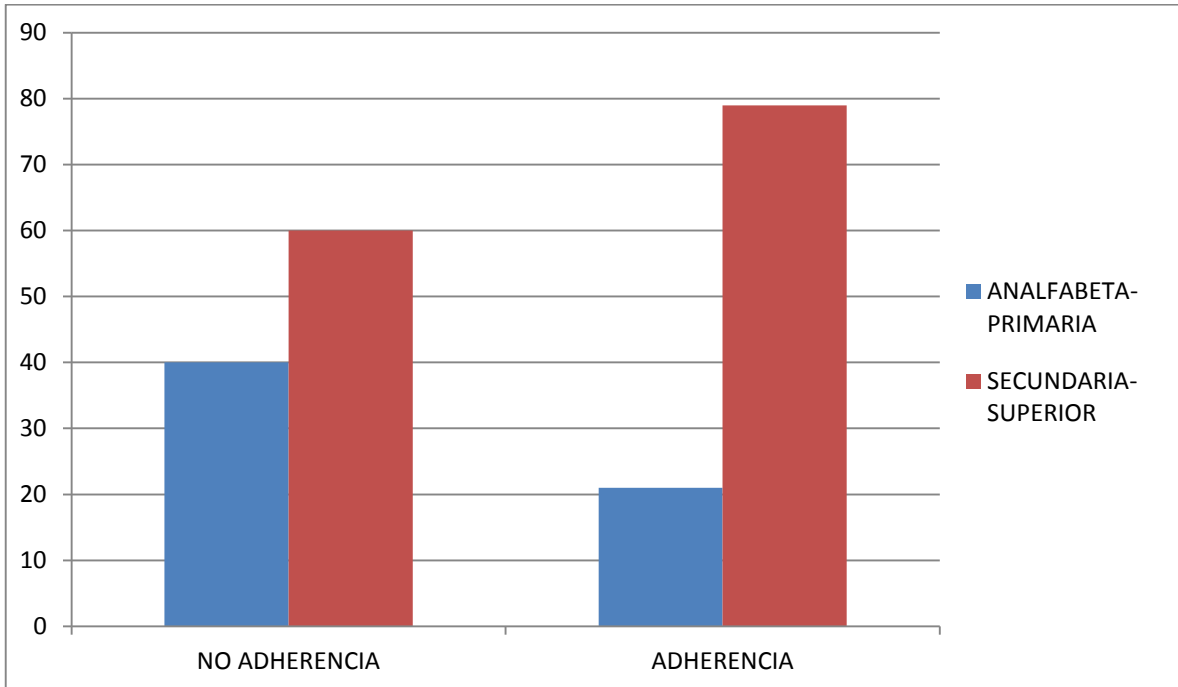


Tabla N° 05: Comparación de promedios de tiempo de enfermedad entre pacientes hipertensos sin adherencia terapéutica y con ella Hospital Pacasmayo período Enero - Febrero 2016:

Tiempo de enfermedad (años)	Hipertensión arterial		T	P
	No adherencia (n=43)	Adherencia (n=57)		
Promedio	5.7	3.5	2.54	<0.01
Desviación estandar	2.8	1.8		

FUENTE: HOSPITAL PACASMAYO-Ficha de recolección de datos: 2010 -2014.

IV. DISCUSION:

A pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad de comprobada eficacia y seguridad, el porcentaje de personas con cifras de tensión arterial controladas por el tratamiento no supera el 45%^{15,16}. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo es lo que compromete gravemente la efectividad del tratamiento, siendo un tema fundamental para la promoción de la salud de la población mundial y local desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud^{17,18}. La adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores: factores socioeconómicos, factores relacionados con los sistemas de salud, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con la terapia y factores relacionados con el paciente^{30,31}.

En la Tabla 1 se registra de manera descriptiva el porcentaje de pacientes hipertensos incluidos en la muestra que presentan falta de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, correspondiendo este a un porcentaje de 43%; en esta línea podemos observar coincidencia con los hallazgos descritos por **Sicras A, et al** en España en el 2011 quienes determinaron que la no adherencia fue 21,0%; en este caso observamos hallazgos diferentes a los de nuestra serie; lo cual podría tener que ver con determinadas características poblacionales de la serie en mención, en tal sentido es posible que el grado de instrucción de los individuos en ambos estudios pueda haber sido diferente, tomando en cuenta que corresponde a una población de un país desarrollado, así mismo la realidad sanitaria en primer nivel de atención, de la cual depende en gran medida el enfoque educativo e informativo al paciente lo cual resulta determinante en la adherencia terapéutica, presenta una mayor eficiencia en este sentido en una país europeo a diferencia del nuestro.

Así mismo podemos reconocer una tendencia concordante con lo observado por **Carhuallanqui R, et al** en Perú en el 2011 quienes precisaron que la no adherencia al tratamiento farmacológico fue 37.9% y de la misma manera verificamos correlación con lo descrito por **Dessie A, et al** en Etiopía en el 2012

quienes encontraron que la no adherencia fue del 34.5%; en este caso observamos que las frecuencias de no adherencia son bastante cercanas a las descritas en nuestra serie; esto estaría relacionado con el tipo de población considerada que en el primer caso resulta idéntica a la nuestra y en el segundo caso tiene que ver también con una realidad propia de un país en vías de desarrollo.

En la Tabla 2 se verifica la asociación de la variable edad avanzada con un odds ratio de 2.20; el cual traduce riesgo muestral el cual fue verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de riesgo a esta variable.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de **Sicras A, et al** en España en el 2011 quienes determinaron factores asociados a no adherencia terapéutica en un diseño seccional transversal, en 9.001 pacientes hipertensos observando que las variables asociadas a este fenómeno fueron la edad avanzada ($p = 0,006$).³³ En este caso el estudio de referencia se desarrolla en una realidad diferente a la nuestra, siendo una publicación reciente que emplea una estrategia de análisis similar a la nuestra pero que considera un tamaño muestral mucho más numeroso, finalmente reconoce la igual que en nuestro estudio la asociación entre las variables en estudio.

En la Tabla N° 3 se valora la procedencia rural, observando que la intensidad del odds ratio para ellas fue de 3.10; suficiente como para extrapolar esta tendencia muestral a toda la población y por ende reconocer significancia estadística ($p < 0.05$) para atribuirle la categoría de factor de riesgo para la falta de adherencia a la terapia farmacológica prescrita.

Consideramos también las tendencias descritas por **Dessie A, et al** en Etiopía en el 2012 quienes evaluaron factores asociados a no adherencia al tratamiento en un estudio transversal en una muestra de 384 individuos con hipertensión arterial; encontrando como condiciones asociadas la procedencia rural (OR: 2.12; $p < 0.05$)³⁶.

En este caso el referente considera una realidad sanitaria y sociodemográfica similar a la nuestra, siendo una publicación contemporánea y que aplica el mismo diseño, con un tamaño muestral algo más numeroso, coincide con nuestras tendencias al verificar la significancia de la asociación entre procedencia y no adherencia.

En la tabla N° 4 se toma en cuenta para el análisis el menor grado de instrucción, observando que el odds ratio para esta variable fue 2.45; valor que tienen impacto en el análisis estadístico en el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población al corresponderle significancia estadística ($p < 0.05$) reconociendo a esta variable como factor de riesgo para el desenlace adverso observado.

Reconocemos los hallazgos descritos por **Tuesca R, et al** en España en el 2011 quienes identificaron los factores asociados a no adherencia terapéutica, en un estudio retrospectivo de casos y controles en una muestra de 4.009 sujetos; evidenciando como factores asociados: la procedencia rural ($OR = 3.9$; $p < 0.05$) y el nivel escolar bajo ($OR = 1,8$; $p < 0.05$)³⁴. En este caso el referente considera un contexto poblacional con importantes diferencias, con un diseño analítico diferente y con un tamaño muestral de mayor cuantía, identifica al igual que en nuestra serie la influencia de los factores procedencia y grado de instrucción.

Así mismo, tomamos en cuenta las observaciones realizadas por **Artacho R, et al** en España en el 2012 quienes estimaron los factores determinantes de la no adherencia terapéutica, en un estudio descriptivo transversal, en 1197 pacientes con hipertensión arterial encontrando como factores asociados a la no adherencia: el bajo grado de instrucción ($p < 0.05$), y la inactividad laboral ($p < 0.05$)³⁷. En este caso el estudio también se desarrolla en un ámbito poblacional con evidentes diferencias, si bien se trata de un diseño seccional transversal, compromete a un mayor número de individuos, precisando finalmente al igual que en nuestro análisis la influencia del grado de instrucción en la no adherencia terapéutica.

En la Tabla N°5 se comparan los promedios de tiempo de enfermedad entre los pacientes con y sin adherencia terapéutica; a través del test estadístico t de student el cual verifica que los promedios de esta variable en los pacientes de los grupos de estudio son significativamente distintas ($p<0.01$); con tendencia a ser mayores en el grupo sin adherencia al tratamiento; con lo que se puede precisar asociación entre mayor tiempo de enfermedad y no adherencia.

Describimos los hallazgos encontrados por **Carhuallanqui R, et al** en Perú en el 2011 quienes precisaron la frecuencia factores de no adherencia al tratamiento en un estudio observacional descriptivo, prospectivo, transversal; en 123 pacientes hipertensos de larga data encontrando asociación entre no adherencia terapéutica y el mayor tiempo de enfermedad ($p<0.05$) y el grado de instrucción primaria ($p<0.05$)³⁵. En este caso el referente en mención toma en cuenta una población que se superpone a la nuestra en casi todos los aspectos, siendo una valoración reciente, con un tamaño muestral similar y con un diseño coincidente; documenta la influencia del tiempo de enfermedad respecto al grado de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

V.CONCLUSIONES

- 1.-La frecuencia de no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos fue de 43%

- 2.-La edad avanzada es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 2.20 el cual fue significativo.

- 3.-La procedencia rural es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 2.20 el cual fue significativo.

- 4.-El grado de instrucción analfabeta – primaria es factor asociado a no adherencia al tratamiento antihipertensivo con un odds ratio de 2.20 el cual fue significativo.

- 5.-El grupo con no adherencia terapéutica presentó un tiempo de enfermedad significativamente mayor que el grupo con adherencia terapéutica.

VI. RECOMENDACIONES

1. Sería de mucha importancia incluir y reconocer la importancia del personal de salud en la labor de transferir y promover conocimientos al paciente para una adecuada adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en los programas de control.

2. Es conveniente llevar a cabo estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en las tendencias observadas, con un mejor control de las variables intervinientes.

3. Nuevas investigación orientadas a poner en evidencia la influencia de nuevos factores de riesgo que sean potencialmente modificables, debieran ser valorados, con miras a alcanzar un mejor compliance del paciente hipertenso y por ende la mejoría de su calidad de vida.

4. Estrategias educativas e informativas debieran ser impulsadas con la finalidad de incrementar el porcentaje de adherencia terapéutica en este grupo específico de pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Bramley T, Gerbino P, Nightengale B. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J ManagCarePharm.* 2009; 12(3):239-245.
- 2.-Natarajan N., Putnam W., Van Aarsen K., Lawson B., Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can FamPhysician* 2013; 59:93-100.
- 3.-Quintana C, Fernández R. Adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. *Rev. Cubana InvestBioméd.* (Revista en internet) 2011; 28(2).
- 4.-Artacho R, Prados J, Barnestein F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo? *Med. Fam. Andal,* 2012; 13 (2): 35-39.
- 5.-Mendoza S, Merino J, Barriga O. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Rev. Panamá Salud Pública.* 2011; 25(2):105–12.
- 6.-James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, MacKenzie T, Ogedegbe O, Smith S, et al.t. 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) 507-520.

- 7.-Pérez JL, Justo I, Sanz-Cantalapiedra A, Pueyoa C, Hernández G, Dueñas A. Effect of the Antihypertensive Treatment on the Bone Mineral Density and Osteoporotic Fracture. *Current Hypertension Reviews*, 2011; 5 (2): 61-66
- 8.-Maas A, Franke H. Women's health in menopause with a focus on hypertension *Neth Heart J*. 2011; 17(2):68–72.
- 9.-Mendoza S, Merino J, Barriga O. Identificación de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 25(2):105–12.
- 10.-Contreras A. Factors that influence adherence to drug treatments and non-drug patients registered in the Program of Control of Hypertension of the Basic Care Unit COOMEVA. *Colombia-2010*; 26(2): 201-211.
- 11.-Fernández L. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2011; 27: 41-52.
- 12.-Daugherty S. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation*; 2012, 125(13), 1635-1642.
- 13.-Márquez E. La inercia clínica profesional y el incumplimiento farmacológico: ¿cómo influyen en el control de la hipertensión arterial? Estudio CUMAMPA. *Hipertensión*; 2011, 25(5),187-193.
- 14.-Vásquez-Kunze, Sergio, and Germán Málaga. "Las nuevas guías de hipertensión arterial y dislipidemia, más allá de la controversia, ¿son guías confiables?: beyond the controversy, are they reliable guides?." *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 31.1 (2014): 143-150.

- 15.-Mancia G, De Backer G, Dominiczak A. Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension; European Society of Cardiology. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2011; 25:1105-87.
- 16.-Cruz E. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol* 2011; 11 (2):102-104.
- 17.-Puig Botey A, Payadas Coca A, Montero Ferreira J, Farreras R. *Medicina Interna*. 14 ed. Sección 3. Capítulo 70. Hipertensión Arterial. 2009. Ediciones Hartcour. SA, Madrid. España.
- 18.-Hayen A, Bell K, Glasziou P, Neal B. Monitoring Adherence to Medication by Measuring Change in Blood Pressure. *Hypertension* 2011; 56: 612-6.
- 19.-Ogedegbe GO, Boutin-Foster C, Wells MT, Allegrante JP, Isen AM, Jobe JB, Charlson ME. A Randomized Controlled Trial of Positive-Affect Intervention and Medication Adherence in Hypertensive African Americans. *Arch Intern Med* 2012; 24: 345-56.
- 20.-Gilligan DM, Chan WL, Stewart R, Oakley CM. Adrenergic hypersensitivity after beta-blocker withdrawal in hypertrophic cardiomyopathy. *Am J Cardiol* 2011; 68: 766-72.
- 21.-Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence* 2012; 6: 613-22.
- 22.-Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Junior DPD. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arq Bras Cardiol* 2012; 99: 649-58.

- 23.-Abdulameer SA, Sahib MN, Aziz NA, Hassan Y, AlRazzaq HA, Ismail O. Physician adherence to hypertension treatment guidelines and drug acquisition costs of antihypertensive drugs at the cardiac clinic: a pilot study. *Patient Prefer Adherence* 2012; 6: 101-8.
- 24.-Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
- 25.-Blenkinsopp A, Phelan M, Bourne J, Dakhil N. Extended adherence support by community pharmacist for patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Int J Pharm Pract* 2007; 8: 16575.
- 26.-Tsiantou V, Pantzou P, Pavi E, Koulierakis G, Kyriopoulos J. Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2011; 4: 335-43.
- 27.-Veličković-Radovanović R, Kodela B, Petrović J, Mitić R, Rančić M. Outpatient antibiotic use in Primary Healthcare of Niš region. *Acta Fac Med Naiss* 2011; 27: 27-32.
- 28.-Jin J, Sklar GE, Sen Oh VM, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2011; 4: 269-86.
- 29.-Sabate E. Adherence to long-term therapies. World Health Organization, Geneva, 2011; 107-12.
- 30.-Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Liu L, Dumitrascu D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2011; 358: 1887-98.

31.-Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. European Society of Hypertension. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2011; 27: 2121-58.

32.-Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlof B, Pitt B, Shi V, Hester A, Gupte J, Gatlin M, Velazquez EJ. ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2011; 359: 2417-28.

33.-Sicras A, Fernández J, Rejas J, García M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *An Med Interna (Madrid)* 2011; 23: 361-368.

34.-Tuesca R, Guallar F, Banegas G. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit.* 2011;20(3):220-7.

35.-Carhuallanqui R. Diestra G. Tang J. Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. 2011; 21: 197-201.

36.-Dessie A. Asres G. Meseret S. Birhanu Z. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. 2012; 12(1): 282.

37.-Artacho R, Prados J, Barnestein F. Cumplimiento terapéutico en pacientes con Hipertensión Arterial. ¿Ha cambiado con el paso del tiempo?. *Med fam Andal*, 2012; 13 (2): 35-39.

38.-Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

41.-Ortiz H, Vaamonde R, Zorrilla J, Arrieta F, Casado M, Medrano M. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Revista Española de Salud Pública 2011; 85(4): 329-338.

42.- Campuscitep (internet): Buenos Aires, Argentina. [Actualizado, 8 agosto 2012, citado 29 de Marzo 2016]. Disponible en :<http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder=>

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO N° 01

Factores asociados a no adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes en pacientes atendidos en el Hospital Pacasmayo.

FICHA N°:

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____

1.2. Género: Masculino () Femenino ()

II.-DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Puntaje del Test de Morinsky Green:

No Adherencia terapéutica: Si () No ()

III.-DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Ancianidad: Si () No ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

Procedencia rural: Si () No ()

Tiempo de enfermedad: _____

ANEXO N° 02:

TEST DE MORINSKY GREEN PARA NO ADHERENCIA TERAPEUTICA EN HTA

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Si () No ()

2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

Si () No ()

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Si () No ()

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Si () No ()

Se considerara que el paciente no es adherente al tratamiento cuando la respuesta a por lo menos una de las 4 preguntas sea afirmativa.

