

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>

Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015

Association between hypertension awareness and treatment adherence in hypertensive patients at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins in Lima, Perú, 2015

Recibido: 02/04/2016. Aceptado: 07/06/2016.

Jose Carlos Rodríguez-Abt¹ • Rodrigo José Solís-Visscher¹ • Sime Joso Rogic-Valencia¹ • Yuani Román¹ • Miguel Reyes-Rocha²¹ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Medicina - Lima - Perú.² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Departamento de Cardiología - Lima - Perú.

Correspondencia: José Carlos Rodríguez-Abt. Residencial San Felipe, Edificio Los Nogales, apartamento 504, Jesús María. Teléfono: + 51 1 941957520. Lima, Perú. Correo electrónico: jcrodriguezabt@hotmail.com.

| Resumen |

Introducción. Conocer sobre hipertensión arterial podría favorecer la adherencia al tratamiento para un mejor control de la presión arterial.

Objetivo. Evaluar si existe asociación entre conocimientos sobre hipertensión y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal analítico. El muestreo por conveniencia incluyó 340 pacientes hipertensos de consultorios de cardiología en el periodo mayo-agosto de 2015. La variable principal de exposición fue grado de conocimiento sobre hipertensión medida con el cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión (CSH) y la variable respuesta fue grado de adherencia al tratamiento medida con el cuestionario Martin-Bayarre-Grau (MBG). Se utilizó regresión de Poisson para calcular razones de prevalencias (RP) con intervalos de confianza del 95% y valor de $p < 0.05$ para establecer significancia estadística.

Resultados. Se encontró asociación entre bajo conocimiento de hipertensión y adherencia parcial al tratamiento (RP=1.4; IC95%: 1.2-1.8), tener más de 10 años de hipertensión (RP=0.7; IC95%: 0.6-0.9), no haber recibido información sobre hipertensión (RP=1.4; IC95%: 1.2-1.7) y tiempo de consulta mayor a 15 minutos (RP=0.5; IC95%: 0.3-0.7).

Conclusión. Los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen más probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento.

Palabras clave: Hipertensión; Conocimiento; Cumplimiento de la medicación (DeCS).

.....
Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional

Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 55-60. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.

| Abstract |

Introduction: Knowing about arterial hypertension could favor adherence to treatment for better control of blood pressure.

Objective: To evaluate the association between hypertension awareness and adherence to treatment in hypertensive patients at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins in Lima, Perú.

Materials and methods: An analytical cross-sectional study was performed, including a convenience sampling of 340 hypertensive patients from cardiology clinics, during the period May-August 2015. The main variable was awareness of hypertension, which was measured using the hypertension awareness questionnaire (CSH, by its acronym in Spanish); the response variable obtained corresponds to the degree of adherence to the treatment, which was measured through the Martin-Bayarre-Grau (MBG) questionnaire. The Poisson regression was used to calculate prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals and a p value of < 0.05 to establish statistical significance.

Results: There is an association between low awareness of hypertension and partial adherence to treatment (PR=1.4, 95% CI: 1.2-1.8), a history of more than 10 years of hypertension (PR=0.7, 95% CI 0.6-0.9), not receiving enough information on hypertension (PR=1.4, 95% CI: 1.2-1.7) and consultation time longer than 15 minutes (PR=0.5, 95% CI: 0.3-0.7).

Conclusion: Patients with low knowledge on hypertension are more likely to have partial adherence to treatment.

Keywords: Hypertension; Knowledge; Medication Adherence (MeSH).

.....
Rodríguez-Abt JC, Solís-Visscher RJ, Rogic-Valencia SJ, Román Y, Reyes-Rocha M. [Association between hypertension awareness and

treatment adherence in hypertensive patients at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins in Lima, Perú, 2015]. *Rev. Fac. Med.* 2017;65(1): 55-60. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.

Introducción

La hipertensión es una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial y nacional (1-7). La prevalencia mundial de hipertensión no controlada fue de 29% en hombres y 25% en mujeres en el año 2008 (1). Según la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión es el principal factor de riesgo de mortalidad con un 12.8% del 33% total de muertes anuales en el mundo (2).

En Perú, la hipertensión también es un problema importante. La prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 18 años ha aumentado de 23.7% en 2004 a 27.3% en 2010 (3). Además, la hipertensión arterial es el segundo factor de riesgo que contribuye a la carga de enfermedad en el año 2010 (5).

Debido a la problemática que constituye la hipertensión arterial, se esperaría que las personas afectadas tuvieran conocimiento sobre su enfermedad, pero esto difiere en diversas poblaciones. Un estudio realizado en Pakistán mostró que solo el 10% sabía qué era la hipertensión arterial —las cifras más bajas surgieron en la población con menor educación— y solo el 6% conocía las complicaciones de la enfermedad (8). En una población de pacientes estadounidenses con cierto grado de enfermedad renal, más del 90% de los encuestados sabían que la hipertensión arterial puede causar cierto grado de injuria renal y conocían los niveles objetivos de presión arterial que debían mantener (9). Otro estudio realizado en China para medir el conocimiento de hipertensión arterial, en el que 48.5% fueron hipertensos y 32.1% de estos tenía la presión controlada durante la evaluación, concluyó que el conocimiento sobre hipertensión en los pacientes controlados fue significativamente mejor que en los pacientes no controlados. A un mejor control se asoció el conocimiento de factores de riesgo, mas no el conocimiento sobre las complicaciones (10). Por otro lado, un estudio realizado en España concluyó que no había diferencia significativa entre pacientes controlados y no controlados con un nivel de conocimientos relativamente bajo (11).

Un factor muy importante relacionado con el manejo de la hipertensión es la adherencia al tratamiento. Un estudio hecho en Hong Kong que utilizó un cuestionario sobre adherencia de tratamiento antihipertensivo halló que las variables asociadas a buena adherencia al tratamiento fueron edad avanzada, desempleo, buena autopercepción de salud, estar casado y no tener comorbilidades (12). Otro estudio realizado en Uzbekistán determinó que un buen grado de conocimientos de hipertensión está relacionado con buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, ciertos factores como tomar medicina al sentir presión alta, preferir medicina tradicional, temer a los efectos adversos de los medicamentos u olvidarse de tomar las medicinas están relacionados con mala adherencia al tratamiento (13). En el Reino Unido, un estudio con 202 pacientes hipertensos encontró que el 74.1% tenía buena adherencia al tratamiento pero muy pocos conocían las complicaciones de la enfermedad (14).

En general, se observa que, aunque un estudio relacionó el buen nivel de conocimiento de la enfermedad con un control más adecuado de la misma, otro no encontró diferencias significativas entre ambas variables (10,11). Asimismo, en un estudio los conocimientos sobre la hipertensión se asociaron a una buena adherencia mientras que en otro no se halló tal relación (13,14).

En Perú se han efectuado pocas investigaciones al respecto. Se llevó a cabo un estudio en Tumbes en el que solo el 14.7% de los

pacientes tenía conocimiento alto, pero se utilizó un cuestionario no validado (15). Un estudio realizado en la sala de espera de consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia identificó adherencia al tratamiento de 37.9% (16). Por otro lado, una investigación con 115 personas hipertensas que buscaba determinar la relación entre creencias sobre el uso de medicamentos y la adherencia al tratamiento encontró que el 57.4% tenía una pobre adherencia (17).

Considerando que no se encontró información respecto a la asociación entre conocimiento sobre hipertensión y adherencia al tratamiento en Perú, el objetivo de esta investigación es realizar una medición de los niveles de conocimiento sobre hipertensión en pacientes hipertensos bajo tratamiento en un hospital de tercer nivel de Lima y evaluar su asociación con la adherencia al tratamiento y con otros factores. Los resultados de esta investigación podrían ser muy útiles para el debido manejo de esta enfermedad en los centros de salud de Perú.

Materiales y métodos

Diseño del estudio y participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal analítico. Se incluyeron pacientes hipertensos ≥ 18 años que se atendieron en los consultorios externos de cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) de Lima, Perú. Se excluyeron pacientes con algún déficit cognitivo, analfabetos o que rechazaron participar en el estudio.

Cálculo del tamaño muestral y muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con los pacientes ya descritos. El tamaño muestral se calculó con base en un estudio similar hecho por Malik *et al.* en 2014 (13). Se dicotomizó la variable de conocimientos en conocimientos inadecuados y conocimientos adecuados (para formar esta última se fusionaron conocimientos adecuados y conocimientos buenos). Se halló un nuevo OR=2.18 entre las variables conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento. Se utilizó un nivel de confianza del 95% con el programa OpenEpi, una potencia de 85%, el OR hallado y un porcentaje de expuestos positivos de 25% tomado de Malik *et al.* (13). Así, se obtuvo un tamaño de muestra de 296 sujetos. Suponiendo una tasa de rechazo del 10% y una tasa de error del 5%, el tamaño de muestra final fue de 340 sujetos. El proceso de selección se puede observar en la Figura 1.

Definición de variables

La variable de exposición fue grado de conocimiento de hipertensión y se midió con el cuestionario CSH, que se validó en España en 2013 y cuya duración aproximada es de 5 minutos (18). Es un cuestionario consistente con un alfa de Cronbach de 0.79 que consta de 22 preguntas, dos de las cuales —¿toma medicamentos para la hipertensión? y ¿le han explicado qué es la hipertensión?— se consideraron como variables de control por no constituir conocimientos de hipertensión, de manera que el puntaje fue de 0-20. Cada pregunta tuvo tres opciones: sí, no y no sé. Se estimó como *buen conocimiento* cuando más del 70% de las respuestas fueron correctas, según la bibliografía revisada (19-21).

La variable de respuesta fue grado de adherencia al tratamiento de hipertensión y se midió con el cuestionario MBG, que es autoaplicable, anónimo y de corta duración y fue validado en Cuba en 2008 (22). Es un cuestionario con un alfa de Cronbach de 0.889 que consta de 12 preguntas. El puntaje fue de 0-48 y cada pregunta tuvo 5 posibles respuestas con una escala tipo Likert: nunca, casi nunca, a veces, casi

siempre y siempre. Se consideró como *adheridos totales* a quienes obtuvieron 38-48 puntos, *adheridos parciales*, 18-37 puntos, y *no adheridos*, 0-17 puntos. Para calcular la puntuación de cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre. Respecto a la variable de resultado, dado

que la cantidad de pacientes no adheridos fue muy baja (2.3%) y al realizar el análisis la distribución de resultados fue casi invariable, se decidió mezclar estos pacientes con los adheridos parciales y analizar esta variable en pacientes adheridos totales (con puntaje 38-48) y en adheridos parciales (≤ 37).

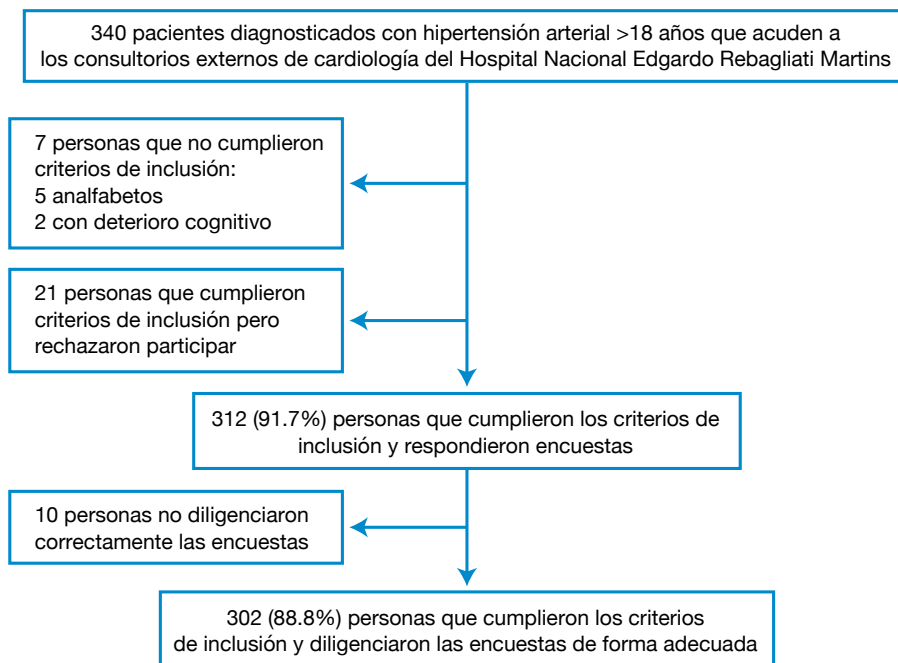


Figura 1. Proceso de selección de pacientes aplicando criterios de inclusión y exclusión.
Fuente: Elaboración propia.

Para la variable de tiempo en consultorio, se preguntó al paciente el tiempo aproximado de consulta y se categorizó en tres respuestas: <10 minutos, 10-15 minutos y >15 minutos. La variable de si recibió información sobre hipertensión por parte del médico se midió con un autorreporte de sí o no. Como otros estudios mostraban asociación, se preguntó si el paciente sufría diabetes *mellitus* 2 o enfermedad renal. Además, se relacionó el nivel de adherencia con otras variables de control obtenidas por autorreporte como edad, género, estado civil y grado de instrucción. La variable años de hipertensión se categorizó como en el instrumento de conocimientos sobre hipertensión.

Procedimientos y recolección de datos

Los datos se recolectaron entre mayo y agosto de 2015 mediante un muestreo por conveniencia de las personas que se encontraron en sala de espera de los consultorios externos de cardiología del HNERM.

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos utilizando Excel 2007 para Windows (Microsoft Corporation, California, EE. UU.) que luego se analizó en Stata 11 (StataCorp LP, Texas, EE. UU.). Los autores realizaron control de calidad mediante una doble digitación de las encuestas.

Se realizó un análisis descriptivo en el que se mencionaron las características generales de la población. Para resumir las variables categóricas, se utilizó frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Como

medida de resumen para reportar las variables numéricas (edad) se utilizó media con desviación estándar (σ).

En el análisis bivariado, se utilizó la prueba de χ^2 —aceptada por previa evaluación de valores esperados— para el análisis de las variables categóricas y la prueba t-Student para las numéricas (edad). En el análisis multivariado se empleó regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencias (RP) crudas y ajustadas por edad, sexo, grado de instrucción y estado civil, con intervalos de confianza del 95%. Se utilizó un valor de $p < 0.05$ para establecer significancia estadística.

Ética

El presente protocolo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y por el comité de ética de la Red Asistencial Rebagliati. Al cuestionario se anexó un consentimiento informado explicando el propósito del estudio. La información se recolectó sin pedir datos personales para garantizar la confidencialidad según la Declaración de Helsinki (23).

Resultados

Se analizaron 302 encuestas. La media de la edad de los participantes fue de 69.8 con $\sigma \pm 10.2$ años, de los cuales 153 (50.7%) fueron mujeres. Los pacientes con bajo conocimiento sobre hipertensión arterial fueron 96 (31.8%). Los pacientes con adherencia parcial fueron 161 (53.3%). La Tabla 1 presenta los resultados para el resto de las variables evaluadas.

Tabla 1. Características de los pacientes hipertensos de los consultorios de cardiología del HNERM (n=302).

Características		n	%
Género	Mujer	153	50.7%
	Hombre	149	49.3%
Edad	Media ± σ	69.8	10.2
Estado civil	Sin pareja	108	35.8%
	Con pareja	194	64.2%
Grado de instrucción	Primaria	44	14.6%
	Secundaria	104	34.4%
	Superior	154	50.9%
Años de hipertensión *	<5 años	76	25.2%
	5-10 años	58	19.2%
	>10 años	168	55.6%
Información sobre hipertensión †	Sí	213	70.5%
	No	89	29.5%
Diabetes mellitus 2	Sí	80	26.5%
	No	222	73.5%
Enfermedad renal	Sí	35	11.6%
	No	267	88.4%
Tiempo en consultorio	<10 minutos	74	24.5%
	10-15 minutos	160	52.9%
	>15 minutos	68	22.5%
Resultado de conocimientos de hipertensión	Alto conocimiento	206	68.2%
	Bajo conocimiento	96	31.8%
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Adherencia parcial	161	53.3%

σ : desviación estándar.

* Años desde el diagnóstico de hipertensión.

† Si recibió información de hipertensión por parte de su médico.

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis bivariado se compararon las variables de exposición con la variable de respuesta (Tabla 2). Se observó que el 67.7% de pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tiene adherencia parcial al tratamiento mientras que solo el 46.6% de pacientes con alto conocimiento la tiene. De manera que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ambas variables. También se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y las variables años de hipertensión, información acerca de hipertensión y tiempo de consulta. De los pacientes que han recibido información acerca de hipertensión, el 47.4% presenta adherencia parcial al tratamiento.

En el modelo de regresión (Tabla 3) se encontró una asociación estadísticamente significativa entre bajo conocimiento de hipertensión y adherencia parcial al tratamiento (RP=1.45; IC95%: 1.19-1.78). Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre adherencia parcial al tratamiento y: tiempo de consulta mayor a 15 minutos (RP=0.51; IC95%: 0.36-0.73), más de 10 años de hipertensión

arterial (RP=0.75; IC95%: 0.59-0.95) y no haber recibido información sobre hipertensión por parte del médico (RP=1.42; IC95%: 1.16-1.74). Las demás variables no fueron significativas. Después de aplicar el modelo ajustado por edad, sexo, grado de instrucción y estado civil no se encontraron cambios significativos.

Tabla 2. Adherencia al tratamiento antihipertensivo según las características de la población.

Características		Adherencia parcial (n=161)	%	Adherencia total (n=141)	%	p
Género	Masculino	78	52.4	71	47.7	0.74
	Femenino	83	54.3	70	45.8	
Edad	Media	70		69.5		0.30
Estado civil	Sin pareja	56	51.9	52	48.2	0.70
	Con pareja	105	54.1	89	45.9	
Grado de instrucción	Primaria	27	61.4	17	38.6	0.49
	Secundaria	55	52.9	49	47.1	
	Superior	79	51.3	75	48.7	
Años de hipertensión *	<5 años	47	61.8	29	38.2	0.02
	5-10 años	36	62.1	22	37.9	
	>10 años	78	46.4	90	53.6	
Información sobre hipertensión †	Sí	101	47.4	112	52.6	<0.01
	No	60	67.4	29	32.6	
Diabetes mellitus 2	Sí	42	52.5	38	47.5	0.86
	No	119	53.6	103	46.4	
Enfermedad renal	Sí	16	45.7	19	54.3	0.86
	No	145	54.3	122	45.7	
Tiempo en consultorio	<10 minutos	51	68.9	23	31.1	<0.01
	10-15 minutos	86	53.8	74	46.3	
	>15 minutos	28	35.3	44	64.7	
Resultado de conocimientos de hipertensión	Alto conocimiento	96	46.6	110	53.4	0.01
	Bajo conocimiento	65	67.7	31	32.3	

* Años desde el diagnóstico de hipertensión.

† Si recibió información de hipertensión por parte de su médico.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Esta investigación exploró si hay asociación entre conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento y encontró que los pacientes con bajo conocimiento de hipertensión tienen 1.5 veces más probabilidad de desarrollar adherencia parcial al tratamiento que los pacientes con alto conocimiento. Estos resultados se asemejan a los de un estudio en Brasil que concluyó que el bajo conocimiento de hipertensión aumenta 1.3-2.1 veces la probabilidad de tener adherencia parcial al tratamiento (21). De igual manera, un estudio en China demostró que tener buen conocimiento de hipertensión (OR=1.19)

y ser regular con la medicación (OR=1.48) se asocian a un mejor control de la enfermedad (10). En contraste, un estudio en España no encontró asociación entre conocimientos de hipertensión y control de la hipertensión (11).

Tabla 3. Factores asociados con adherencia parcial al tratamiento antihipertensivo.

Características		Adherencia parcial			
		Modelo crudo		Modelo ajustado *	
		RP	IC95%	RP	IC95%
Resultado conocimientos de hipertensión	Alto conocimiento	1			
	Bajo conocimiento	1.45	1.19-1.78	1.45	1.19-1.78
Años de hipertensión [†]	<5 años	1			
	5-10 años	1.01	0.77-1.31	1.01	0.77-1.31
	>10 años	0.75	0.59-0.95	0.70	0.54-0.91
Información sobre hipertensión [‡]	Sí	1			
	No	1.42	1.16-1.74	1.42	1.16-1.75
Tiempo en consultorio	<10 minutos	1			
	10-15 minutos	0.78	0.63-0.96	0.78	0.63-0.96
	>15 minutos	0.51	0.36-0.73	0.52	0.36-0.74

RP: razón de prevalencias.

* Ajustado por edad, sexo, grado de instrucción y estado civil.

† Años desde el diagnóstico de hipertensión.

‡ Si recibió información de hipertensión por parte de su médico.

Fuente: Elaboración propia.

Una de las explicaciones para el bajo conocimiento sobre hipertensión en este estudio es que el 29.5% de los pacientes no había recibido información sobre esta enfermedad por parte de los médicos. Este factor contribuye a una adherencia parcial al tratamiento, pues los pacientes que no recibieron información tienen 1.42 mayor probabilidad de tener adherencia parcial que los que la recibieron. Con base en estos resultados, se recomienda implementar medidas para instruir y concientizar a los pacientes sobre su enfermedad. Por ejemplo, podría aumentarse el tiempo de consulta, pues se encontró que los pacientes que refirieron un tiempo de consulta promedio mayor a 15 minutos tenían 0.51 menos probabilidad de tener adherencia al tratamiento. Además, estudios como el de Martín *et al.* demuestran que un tiempo de consulta de 10-15 minutos no es suficiente para brindar una óptima atención al paciente (22).

Otro resultado muy importante es que de todos los pacientes que habían recibido información por parte de su médico, 47.4% estaban parcialmente adheridos al tratamiento. Esto podría sugerir que los pacientes no entienden bien la información que reciben o no están suficientemente motivados para controlar su enfermedad. Por ello, otra medida que se recomienda es la entrevista motivacional, pues algunos estudios en pacientes que consumían tabaco han demostrado que usando esta estrategia el paciente toma mayor consciencia de su enfermedad y desarrolla un mayor compromiso para combatirla (25,26). Estas dos medidas podrían mejorar el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y, por lo tanto, la adherencia al tratamiento.

La prevalencia de adherencia parcial al tratamiento hallada fue de 53.3%. En otros estudios realizados en Latinoamérica se encontró una prevalencia de adherencia parcial de 40-60% (17,21). Esta falta de adherencia puede explicarse por el hecho de que el 29.5% de los pacientes no ha recibido información acerca de la hipertensión.

Las limitaciones de esta investigación fueron: 1) al realizar un estudio transversal solo se puede determinar asociación y no causalidad; sin embargo, por la literatura revisada y el modelo de regresión empleado se puede contribuir a un potencial efecto causal (13,21); 2) existe un sesgo de conocimientos en comparación con otras poblaciones dado que la muestra incluyó pacientes referidos a un hospital de alta complejidad; pero a pesar de esto, los resultados revelan una cantidad considerable de pacientes con adherencia parcial al tratamiento; 3) se realizó un muestreo por conveniencia al encuestar a personas que aceptaron ser parte del estudio fuera de los consultorios de cardiología; sin embargo, se intentó incluir a todas las personas que estaban en los consultorios en el momento de la encuesta, y 4) no se evaluó si los pacientes con alto conocimiento de hipertensión asistieron a charlas educativas sobre esta enfermedad, pero se evaluó si los pacientes recibieron información sobre hipertensión en los consultorios.

La importancia de estos resultados radica en que la falta de adherencia al tratamiento es un factor que contribuye al desarrollo de complicaciones en enfermedades crónicas (27,28). Otros estudios indican que a mayor conocimiento de hipertensión hay mayor adherencia al tratamiento y, por lo tanto, mejor control de la enfermedad (13,21).

Conclusiones

Este estudio es el primero en analizar la asociación entre conocimientos de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en Perú. De los resultados obtenidos se puede inferir que los pacientes no reciben una buena educación respecto a su enfermedad. Tras encontrar que más del 50% de pacientes tiene una adherencia inadecuada al tratamiento, se han hecho importantes recomendaciones como: 1) aumentar el tiempo de consulta para instruir mejor al paciente, responder sus dudas de forma adecuada, ganar una mayor confianza con el médico y lograr un mejor control de la enfermedad (24,29); 2) usar la entrevista motivacional para educar a los pacientes y aumentar su adherencia al tratamiento, considerando los estudios que refieren su uso en tratamientos de adicción al tabaco (25,26). Este estudio constituye una base para que futuras investigaciones realicen una intervención educativa en hipertensión arterial, midan los conocimientos de hipertensión y adherencia al tratamiento antes y después de la intervención, y evalúen si esta es significativa.

En conclusión, sí existe asociación entre conocimiento sobre hipertensión arterial y grado de adherencia al tratamiento. Los resultados de esta investigación demuestran que existe un déficit en la educación sobre la enfermedad y en el grado de adherencia al tratamiento, por lo que es necesario implementar otras medidas para mejorar estos factores.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarado por los autores.

Agradecimientos

Al Dr. Mario Zubiate, jefe del Departamento de Cardiología del HNERM y a los asistentes del Servicio de Cardiología por proveer los permisos necesarios para realizar este estudio.

Referencias

1. Danaei G, Finucane M, Lin J, Singh G, Paciorek C, Cowan M, *et al.* National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet*. 2011;377(9765):568-77. <http://doi.org/cdkkzs>.
2. World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009 [cited 2015 Feb 14]. Available from: <https://goo.gl/HGJMFd>.
3. Segura L, Agusti R, Mori E, Investigadores del estudio. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I después de cinco años. *Rev. per. cardiol*. 2013;39(1):5-59. [cited 2015 Feb 14]. Available from: <https://goo.gl/jicQyF>.
4. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación del Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2013 [cited 2015 Feb 14]. Available from: <https://goo.gl/uZml8F>.
5. EE.UU. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2010. Seattle: IHME; 2010.
6. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Estudio de carga de enfermedad en el Perú - 2004. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
7. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
8. Shaikh M, Yakta D, Sadia K, Kumar R. Hypertension Knowledge, Attitude and Practice in Adult Hypertensive Patients at LUMHS. *J Liaquat Univ Med Health Sci*. 2012 [cited 2015 Feb 14];11(2):113-6. Available from: <https://goo.gl/rPoKUA>.
9. Wright-Nunes J, Luther J, Ikizler T, Cavanaugh K. Patient knowledge of blood pressure target is associated with improved blood pressure control in chronic kidney disease. *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):184-8. <http://doi.org/wjx>.
10. Zhang X, Zhu M, Dib H, Hu J, Tang S, Zhong T, *et al.* Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in western China. *Int J Cardiol*. 2009;137(1):9-15. <http://doi.org/ffkt2h>.
11. Benítez M, Egocheaga M, Dalfó A, Bajo J, Vara L, Sanchis C, *et al.* Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2015;32(1):12-20.
12. Kang C, Tsang P, Li W, Wang H, Liu K, Griffiths S, *et al.* Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2015;182:250-7. <http://doi.org/b2fm>.
13. Malik A, Yoshida Y, Erkin T, Salim D, Hamajima N. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan. *Nagoya J Med Sci*. 2014 [cited 2015 Feb 14];76(3-4). 255-63. Available from: <https://goo.gl/v06SmK>.
14. Ross S, Walker A, MacLeod M. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004;18(9):607-13. <http://doi.org/bc8w9v>.
15. Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales, Tumbes. Perú 2007. *Nure Inv*. 2010 [cited 2015 Feb 14];(45):1-15. Available from: <https://goo.gl/enHfZh>.
16. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered*. 2010;21(4):197-201. <http://doi.org/b2fn>.
17. Fernandez-Arias M, Acuña-Villaorduna A, Miranda J, Diez-Canseco F, Málaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLoS One*. 2014;9(12):e112875. <http://doi.org/b2fp>.
18. Estrada D, Ho T, Agudo J, Arias P, Capillas R, Gilbert E, *et al.* Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2013;30(4):127-34. <http://doi.org/f2j8g5>.
19. Petek M, Kersnik J. Knowledge and acceptance of hypertension guidelines in clinical practice: experience from Slovenia. *Wien Klin Wochenschr*. 2005;117(15-16):534-40.
20. Sanne S, Muntner P, Kawasaki L, Hyre A, DeSalvo K. Hypertension knowledge among patients from an urban clinic. *Ethnic Dis*. 2008 [cited 2015 Feb 14];18(1):42-7. Available from: <https://goo.gl/SB2lPh>.
21. Da Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):491-8. <http://doi.org/b2fq>.
22. Martín A, Bayarre H; Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008 [cited 2015 Feb 14];34(1). Available from: <https://goo.gl/M66xxL>.
23. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64.ª Asamblea General de la AMM; 2013 [cited 2015 Feb 14]. Available from: <https://goo.gl/SSm0WS>.
24. Outomuro D, Mariel A. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev méd Chile*. 2013;141(3):361-6. <http://doi.org/b2fr>.
25. Lira-Mandujano J, González-Betanzos F, Carrascoza Venegas C, Ayala H, Cruz-Morales S. Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Ment*. 2009 [cited 2015 Feb 14];32(1):35-41. Available from: <https://goo.gl/qQHsds>.
26. Martínez A, Gil B. Entrevista motivacional: una herramienta en el manejo de la obesidad infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15(23):133-41. <http://doi.org/b2fs>.
27. Achury D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichán*. 2007 [cited 2015 Nov 10];7(2):139-60. Available from: <https://goo.gl/IY5w4D>.
28. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005 [cited 2015 Nov 10];30(1):268-73. Available from: <https://goo.gl/lavfxQ>.
29. Braddock C, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2005;20(11):1057-62. <http://doi.org/btf7sm>.