

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

PRESENTADO POR:
Bach. Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ

AYACUCHO - PERÚ

2026

A mis queridos padres por su apoyo incondicional, que desde mi comienzo estuvieron conmigo

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por ser guía y luz de mi camino, gracias por darme la fuerza, sabiduría cuando más lo necesitaba y por cuidarme en los momentos más difíciles de este camino.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga mi *Alma mater*, y a los docentes que en ella laboran por su apoyo académico a lo largo de estos años.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, en especial a mi Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, gracias por haberme permitido formarme mi formación profesional.

A mi asesora Dra. Luisa Noa Yarasca, por su acompañamiento constante y su compromiso en el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital II EsSalud Huamanga y a los profesionales de salud, por las facilidades otorgadas para la obtención de los datos necesarios.

Y, por supuesto, a mi familia, por su apoyo incondicional y por acompañarme siempre en cada etapa importante de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN	xvii
ABSTRACT	xix
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II. DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA	5
2.1. Marco Referencia	5
2.1.1 Antecedentes Internacionales	5
2.1.2 Antecedentes Nacionales	7
2.1.3 Antecedentes Locales	9
2.2. Marco Teórico	13
2.2.1. Hipertensión Arterial	13
2.2.2. Adherencia Terapéutica	34
2.2.3. Factores Asociados con la Adherencia Terapéutica	35
2.3. Marco Conceptual	40
2.3.1. Características Sociodemográficas	40
2.3.2. Factor Socioeconómico	40
2.3.3. Factor Asociado con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud	40
2.3.4. Factor Asociado con la Terapia	40
2.3.5. Factor Asociado con el Paciente	40
2.3.6. Adherencia Terapéutica	41
2.3.7. Hipertensión Arterial	41
2.4. Marco Ético y Legal	41
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS	43
3.1. Alcance de Investigación	43
3.2. Diseño de Investigación	43
3.3. Unidad de Análisis	43
3.4. Población de Estudio	43
3.5. Muestra	43
3.6. Criterio de Selección	44
3.6.1 Criterio de Inclusión	44
3.6.2 Criterio de Exclusión	44
3.7. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	44
3.8. Análisis de Datos	48
3.9. Consideraciones Éticas	48
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	51

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	61
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	69
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1 Papel del sistema renina angiotensina aldosterona en la fisiopatología de la hipertensión arterial	19
Tabla 2 Participación del sistema nervioso simpático en la fisiopatología de la hipertensión arterial.	20
Tabla 3 Fisiopatología de péptidos natriuréticos	22
Tabla 4 Clasificación de la hipertensión arterial por Journal of the American Collage of Cardiology (JACC).	23
Tabla 5 Recomendaciones de Eighth Joint National Commitee (JNC-8) orientadas al manejo de la hipertensión arterial.	24
Tabla 6 Recomendaciones de Eighth Joint National Commitee (JNC-8) sobre el medicamento para el manejo de hipertensión arterial.	25
Tabla 7 Antihipertensivos vasodilatadores, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.	26
Tabla 8 Antihipertensivos delatadores de sodio, agua e inhibidor directo de renina, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.	28
Tabla 9 Antihipertensivos de inhibidores de actividad simpática, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.	29
Tabla 10 Combinaciones farmacológicas a dosis fija utilizadas en el manejo de la hipertensión arterial.	31
Tabla 11 Modificación en los estilos de vida recomendados para el manejo la hipertensión arterial.	33
Tabla 12 Indicaciones imperativas, fármacos recomendados y ensayos clínicos y guías que las respaldan.	34
Tabla 13 Factores asociados al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	52

Tabla 14	Asociación de los factores estudiados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025	54
Tabla 15	Prueba de Chi cuadrado de factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026	98
Tabla 16	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	99
Tabla 17	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo	100
Tabla 18	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	101
Tabla 19	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	102
Tabla 20	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	103
Tabla 21	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo	104
Tabla 22	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con la terapia y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	105
Tabla 23	Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	106
Tabla 24	Frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	107
Tabla 25	Distribución de los factores asociados a la adherencia en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	108
Tabla 26	Categorización de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	110

Tabla 27	Distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	111
Tabla 28	Asociación entre características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	112
Tabla 29	Asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	113
Tabla 30	Asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	114
Tabla 31	Asociación entre el factor relacionado con la terapia y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	115
Tabla 32	Asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	116

ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1 Mecanismo de renina angiotensina aldosterona.	18
Figura 2 Origen y efectos de la activación del sistema nervioso del simpático en el desarrollo de la hipertensión.	21
Figura 3 Representación gráfica de las terapias combinadas más empleadas en la HTA.	32
Figura 4 Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	51
Figura 5 Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	53
Figura 6 Asociación entre características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	55
Figura 7 Asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	56
Figura 8 Asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	57
Figura 9 Asociación entre el factor relacionado con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	58
Figura 10 Asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	59

ÍNDICE DE ANEXOS

	Páginas
Anexo 1 Matriz de consistencia de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en paciente de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.	84
Anexo 2 Operacionalización de variables de factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.	85
Anexo 3 Consentimiento informado	87
Anexo 4 Instrumentos para evaluar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II Carlos Tupia García Godos Huamanga.	88
Anexo 5 Cuestionario de Morisky, Green-Levine para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II Carlos Tupia García Godos Huamanga.	90
Anexo 6 Resultados de la validación del instrumento (experto 1).	91
Anexo 7 Resultados de la validación del instrumento (experto 2).	92
Anexo 8 Resultados de la validación del instrumento (experto 3).	93
Anexo 9 Validación de expertos por V Aiken	94
Anexo 10 Confiabilidad del instrumento para evaluar factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	95
Anexo 11 Carta de aceptación de para ejecución del trabajo de investigación.	96
Anexo 12 Prueba de normalidad para aplicar las pruebas paramétricas o no paramétricas	97
Anexo 13 Prueba de hipótesis.	98
Anexo 14 Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	107
Anexo 15 Evidencia fotográfica del proceso de recolección de datos sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en la farmacia del servicio de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	117

Anexo 16	Recetas con el diagnostico I10 (Cie-10) derivados del servicio de cardiología.	118
-----------------	--	-----

RESUMEN

Objetivo, fue identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II “Carlos Tupia García Godos” Huamanga, durante el periodo comprendido entre noviembre de 2025 a abril del 2026. **Metodología,** se utilizó un enfoque cuantitativo, tipo básica, nivel correlacional y corte transversal. Participaron 274 pacientes con hipertensión arterial esencial y sin otras enfermedades asociadas, a quienes se aplicó la técnica de la encuesta mediante una guía estructura y el test de Morisky-Green y Levine. La asociación entre variable se determinó mediante la prueba Chi Cuadrado. **Resultado,** se evidenció que únicamente el 28,8% de los pacientes hipertensos mostró adherencia al tratamiento antihipertensivo. Referente al factor socioeconómico, se halló una asociación significativa con la adherencia, así como con los factores relacionados al personal de salud y a la terapia farmacológica ($p < 0,05$ en los 3 casos). Mientras no se halló correlaciones entre la adherencia y las características sociodemográficas y el factor relacionado con el paciente. **Conclusión,** existe un mayor porcentaje de pacientes no adherentes a su tratamiento. Asimismo, se detectó que existe una asociación significativa entre el factor socioeconómico, sistema de salud y la terapia con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, excepto las características sociodemográficas y el factor relacionado con el paciente, que no presenta una asociación significativa en el tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa de Hospital II EsSalud Huamanga.

Palabras claves: antihipertensivo, adherencia, factores relacionados.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with adherence to antihypertensive treatment in outpatients at Hospital II “Carlos Tupia García Godos” in Huamanga during the period from November 2025 to April 2026. Methodology: A quantitative, basic-level, correlational, cross-sectional study design was used. A total of 274 patients with essential hypertension and no other associated diseases participated in the study. They were surveyed using a structured questionnaire and the Morisky-Green and Levine test. The association between variables was determined using the chi-square test. The results showed that only 28.8% of hypertensive patients adhered to their antihypertensive treatment. With regard to socioeconomic factors, a significant association was found with adherence, as well as with factors related to healthcare personnel and drug therapy ($p < 0.05$ in all three cases). However, no correlations were found between adherence and sociodemographic characteristics or patient-related factors. In conclusion, there is a higher percentage of patients who do not adhere to their treatment. Furthermore, a significant association was found between socioeconomic factors, the health care system, and therapy on the one hand, and adherence to antihypertensive treatment on the other, with the exception of sociodemographic characteristics and patient-related factors, which did not show a significant association with antihypertensive treatment among outpatients at EsSalud Huamanga Hospital II.

Keywords: antihypertensive, adherence, related factors.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La falta de diagnóstico y control adecuado de la hipertensión arterial continúa representando una de las causas más prevenibles de infarto del miocardio(IAM), accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y demencia(Regino-Ruenes *et al.*, 2022). Pese a que en la actualidad se cuenta con tratamientos disponibles, el manejo de la presión arterial continúa constituyendo un problema en una parte considerable de los pacientes, situación atribuida principalmente a las dificultades relacionadas con la adherencia terapéutica(Conte *et al.*, 2020).

En el ámbito mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2024 que aproximadamente mil cuatrocientos millones de personas de entre 30 y 79 años presentaban hipertensión arterial (HTA), aunque menos de una quinta parte de ellas lograba mantener un control adecuado de dicha condición. El impacto económico asociado a la hipertensión arterial (HTA) resulta considerable y tiende a aumentar como consecuencia de los cambios demográficos que atraviesa la población mundial. En este sentido, se proyecta que las enfermedades cardiovasculares estrechamente relacionadas con esta condición generaron, entre 2011 y 2025, un costo aproximado de 3,7 billones de dólares en los naciones de ingresos bajos y medios(Farrar & Frieden, 2025).

De acuerdo con el informe mundial sobre hipertensión publicado en 2025 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se evidenció que la prevalencia de esta condición se ha duplicado entre 1990 y 2024. A nivel global, únicamente trescientos veinte millones de personas con hipertensión arterial (HTA) logran mantener un control eficaz de su presión arterial. Asimismo, se proyecta que, de no implementarse medidas oportunas, el número de personas afectadas podría superar los mil quinientos millones para el año 2030(World Health Organization, 2025).

En América Latina, la hipertensión arterial afecta a un número considerable de adultos; sin embargo, persisten importantes deficiencias en la atención médica, reflejadas en un acceso limitado a los servicios de salud, una cobertura sanitaria insuficiente y una calidad de atención deficiente. En la actualidad, una parte significativa de las personas con hipertensión arterial (HTA) permanece sin diagnóstico, mientras que, entre quienes sí han sido diagnosticados, muchos no reciben

el tratamiento antihipertensivo adecuado, lo que impide lograr un control efectivo de la presión arterial(Londoño *et al.*, 2026).

En el ámbito nacional, durante el año 2024, la hipertensión arterial (HTA) se posicionó como uno de los desafíos más relevantes de salud pública en el Perú, afectando a cerca de uno de cada cinco peruanos mayores de 15 años. Se observó una mayor prevalencia de la enfermedad en varones en comparación con las mujeres, siendo la región Costa la de mayor incidencia, seguida de la Sierra y, en menor medida, la Selva. De igual forma, se identificó una carga más elevada de la enfermedad en las zonas urbanas frente a las rurales. En el caso específico del departamento de Ayacucho, la hipertensión arterial afectó aproximadamente a uno de cada diez adultos, de acuerdo con la evidencia epidemiológica reportada para dicha región (Endes, 2024).

En este contexto, la continuidad terapéutica antihipertensivo constituye un desafío clave para los sistemas de salud, particularmente en los países en vías de desarrollo, donde diversos factores mencionados en los objetivos inciden de manera significativa en el adecuado cumplimiento y la continuidad del tratamiento.

Entre los principales desafíos para lograr un control adecuado de la hipertensión arterial (HTA) se encuentran las debilidades presentes en los sistemas de atención primaria, las limitaciones en el acceso tanto a medicamentos esenciales como a equipos de medición validados, la carencia de protocolos estandarizados para el tratamiento y seguimiento de la enfermedad, la insuficiente disponibilidad de personal de salud debidamente capacitado, así como el bajo nivel de conocimiento y sensibilización de la población respecto a esta condición(Farrar & Frieden, 2025).

A nivel local, en el Hospital II EsSalud Huamanga, en una investigación realizada de la hipertensión arterial se reportó los factores que más prevalecieron en la adherencia y no adherencia, los cuales han sido la edad de 30 a 40 años, sexo , estado civil(Huaman Chavez & Yanet, 2018) .

Como resultado, en esta investigación es importante reconocer los elementos vinculados al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en paciente de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, con la finalidad de planear intervenciones más efectivas que permitan mejorar óptimamente el control de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones, aportando así un mayor bienestar y la reducción de la carga en servicios de salud.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, el problema de investigación se plantea de la siguiente manera:

¿Existe factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II “Carlos Tupia García Godos” EsSalud de Ayacucho en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026?

Frente a ello, se planteó el desarrollo del presente estudio considerando los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II “Carlos Tupia García Godos” EsSalud Huamanga en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026.

Objetivo Específico:

- Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- Determinar la asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- Determinar la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- Determinar la asociación entre el factor relacionado con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- Determinar la asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Huamanga, 2025.

CAPÍTULO II. DESARROLLO DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1. Marco Referencia

2.1.1 Antecedentes Internacionales

González *et al.*, (2022), en la investigación titulada “Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento”. Tuvieron como propósito describir a los pacientes con hipertensión arterial no controlada, en relación con el cumplimiento del tratamiento, dentro de un consultorio médico de la familia en Puerto, Las Tunas. La metodología que emplearon se fundamentó en un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal en el área de salud del municipio Puerto Padre; su población estaba conformada por 232 personas con hipertensión, mientras que la muestra quedó conformada por 86 personas con presión arterial no controlada. Sus principales resultados evidenciaron la falta de adherencia; predominó en el sexo femenino 62,8% y los mayores de 50 años 67,4%, el nivel de escolaridad superior o técnico medio 39,5%; y el 30,2% fueron trabajadores y el 24,4% eran jubilados. Los factores asociados fueron problemas psicosociales como el estrés con 70,9%. Llegaron a la conclusión de que la falta de adherencia prevaleció en las mujeres mayores de 50 años y los elementos psicosociales como el agotamiento emocional, la angustia y la depresión, y el diagnóstico y tratamiento de más de 5 años.

Formentín-Zayas *et al.*, (2021), realizaron la investigación titulada “Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario Joaquín de Agüero y Agüero”. Tuvieron como objetivo analizar la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial del consultorio médico de familia. La metodología que emplearon fue el enfoque cuantitativo de nivel descriptivo-transversal y observacional; su población estaba constituida por 98 pacientes mayores de 20 años de edad. Sus principales resultados evidenciaron que los pacientes hipertensos tuvieron una adherencia parcial terapéutica del 68,3% según su instrumento de medición Morisky-Green-Levine; los elementos que predominaron fueron la dificultad de obtención de los medicamentos 86,7% y el 77,5% con la dieta. Llegaron a concluir que cuando los pacientes hipertensos no cumplen

adecuadamente su tratamiento, aumenta el riesgo de complicaciones a nivel cardiovascular.

Burgal-Cintra *et al.*, (2021), realizaron una investigación titulada “Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos”. Sus objetivos se centraron en establecer el nivel de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes de edad avanzada y los factores vinculados. La metodología que emplearon se fundamentó en un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo longitudinal; la población estaba conformada por pacientes hipertensos de 60 años y más. En los resultados se evidenciaron que en el 62% de pacientes predominó la no adherencia al tratamiento antihipertensivo; los factores que prevalecieron de una adherencia inadecuada fueron el olvido con un 48,4%, la carencia de acceso a los medicamentos con un 25,8% y el alivio de los síntomas; entre otras causas que prevalecieron, fue el escaso conocimiento sobre la enfermedad y la existencia de comorbilidades. Llegaron a la conclusión de que la causa de mala adherencia terapéutica fue el olvido de ingerir el medicamento, la no disponibilidad de medicamentos, la carencia de conocimiento sobre la enfermedad y la presencia de comorbilidades.

Ramírez Pérez *et al.*, (2020), realizaron la investigación titulada “Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019”. Sus objetivos de la investigación se centraron en determinar el cumplimiento del tratamiento antihipertensiva y los elementos vinculados a su cumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos. La metodología que emplearon es de enfoque cuantitativo de nivel descriptivo transversal; la población estaba construida por 289 hipertensos de 15 a 89 años de edad de primer nivel de atención de salud del municipio Cienfuegos. En sus principales resultados demostraron que el 73,8% de los pacientes presentó un adecuado cumplimiento del tratamiento, siendo las mujeres y quienes tenían entre 40 y 59 años los grupos con mayor adherencia, y los que no son adherentes al tratamiento fue 26,2%, dentro de los cuales prevaleció el olvido y abando del tratamiento, polifarmacia por prescripciones médicas, si sientes bien y abonando de tratamiento. Llegaron a la conclusión de que los factores asociados a la falta de adherencia fueron la polimedicación y el esquema de tratamiento combinado para la hipertensión con enfermedades asociadas y la calidad de prescripción.

López Vázquez & Chávez Vega, (2016), realizaron la investigación titulada “Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años”. Sus objetivos de la investigación se centraron en describir el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes mayores de 60 años del consultorio 16, policlínico 26 de julio, municipio Playa, La Habana. La metodología que emplearon es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal; la población estaba conformada por 245 hipertensos mayores de 60 años con tratamientos farmacológicos. Entre sus hallazgos afirma que la adherencia al tratamiento fue de 58,3%, entre los cuales, pacientes con nivel universitario tuvieron 74%, y un esquema terapéutico diario con un único medicamento tuvo mayor adherencia con 73,8%; los factores de no adherencia al tratamiento con mayor frecuencia fue olvidar las dosis 40% y sentirse bien el 38,2%. Llegaron a concluir que la adherencia a la terapéutica de los pacientes mayores es baja; los factores principales del incumplimiento de tratamiento fueron el olvido de la toma de medicamentos, la polifarmacia y una limitada percepción del riesgo para su salud.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Burga Delgado & Segura Vázquez, (2025), desarrollaron una investigación titulada “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del centro de salud Conchan, Chota 2024”. Tuvieron como objetivo establecer la vinculación entre determinados factores y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del centro de salud Conchan. La metodología que emplearon es de enfoque cuantitativo transversal; la población estaba compuesta por 100 adultos mayores hipertensos. Evidenciaron en sus resultados que el 78% de los adultos mayores no tuvieron cumplimiento al tratamiento; en cuanto a la dificultad para lograr la adherencia, esta se relacionó con los factores socioeconómicos con un 86%, seguido por los factores asociados al tratamiento con un 74% y los factores relacionados con la institución de la salud 47%. Por su parte, el factor relacionado con el paciente mostró que un 73% de adultos mayores contaba con condiciones favorables para cumplir su tratamiento. Como conclusión, determinaron mediante la prueba de Chi Cuadrado que existe asociación entre los factores estudiados y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Sahuanay-Siu, (2024), desarrollaron una investigación titulada “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en el consultorio externo de cardiología en un hospital de Lima, Perú”, tuvieron como objetivo de investigación determinar qué factores se asocian con el

incumplimiento del tratamiento; la metodología que emplearon es un estudio analítico, observacional de tipo transversal. La población estuvo conformada por 335 pacientes del consultorio ambulatorio de cardiología del Hospital Nacional PNP. En sus resultados reportaron que el 61,5% de pacientes presentaron falta de adherencia al tratamiento; de este grupo, el 56,3% tenía menos de 69 años, el 56,8% correspondía a mujeres y el 48,1% contaban con un nivel de instrucción técnico o superior, el 68,4% tuvieron un tiempo de enfermedad menor a 10 años y el 51,9% tenían prescrito un solo fármaco. Llegaron a concluir que la menor de edad, el sexo femenino, la monoterapia antihipertensiva y un menor tiempo de diagnóstico se relacionaron con un deficiente cumplimiento terapéutico.

Uscamayta Uscamayta, (2024), desarrollaron una investigación titulada “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en un centro de salud Lima”, cuyo objetivo de estudio se centró en evaluar los elementos vinculados al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Max Arias Schreiber. La metodología que empleó es de enfoque cuantitativo, de diseño observacional, transversal, analítico y retrospectivo; su población estaba constituida por 82 pacientes diagnósticos con hipertensión arterial (HTA) en dicho establecimiento. En su resultado evidenció que el 51,22% de los pacientes hipertensos fueron no adheridos y solo el 39,02% de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial (HTA) tuvo conocimiento de su enfermedad. Entre los factores se asoció la adherencia con la actividad física, la alteración de peso, el consumo y número de medicamentos y el conocimiento sobre la hipertensión arterial (HTA). Llegó a concluir que los factores vinculados a la adherencia al tratamiento fueron la actividad física, alteración de peso, el número de medicamentos indicados para el control de hipertensión arterial (HTA) y los conocimientos de la enfermedad.

Huachani Martinez, (2024), en su investigación titulada “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Microred 15 de agosto, Arequipa 2024”, su objetivo de investigación se centró en establecer los elementos relacionados con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes de dicha Microred. Su estudio se desarrolló bajo un diseño observacional, descriptivo y transversal; su población estaba conformada por 161 pacientes hipertensos que acudieron a las postas y centros de salud pertenecientes a la Microred. En su resultado reportó que el 46% de los pacientes presentó un nivel alto adherencia terapéutica, el

8,7% mostró una adherencia moderada y el 45,3% registró una adherencia baja. Asimismo, se identificó que el 70,20% de los pacientes correspondía a mayores de 60 años, y el mismo con un 70,20% pertenecía al sexo femenino. Llegó a la conclusión, que el sexo femenino, la falta de asistencia a la consulta médica mensual, el tiempo de enfermedad inferior a 1 año y la insatisfacción respecto al tipo de atención recibida fueron los elementos que se relacionaron con un bajo nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Velásquez Montenegro *et al.*, (2022), desarrollaron una investigación titulada “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del seguro social de salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19”. Sus objetivos de investigación se enfocaron en establecer los elementos vinculados a la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en dicho hospital durante el periodo correspondiente al año 2020. La metodología que emplearon es de cuantitativo y transversal analítico, la población estaba conformada por 234 pacientes hipertensos. En sus hallazgos se evidenciaron que el 52,7% de los pacientes no presentó una adecuada adherencia al tratamiento, de los cuales el 68,7% correspondía a mujeres. Entre los aspectos vinculados a la falta de adherencia se identificó el tiempo de enfermedad, así como los factores socioeconómicos y aquellos relacionados con el proveedor de salud, la terapia y el propio paciente, los cuales se asociaron a una menor frecuencia de incumplimiento terapéutico. Llegaron a concluir que, de cada 10 pacientes hipertensos, 5 a 6 resultaron no adherentes a su tratamiento antihipertensivo, y que los factores socioeconómicos, los relacionados con el proveedor y los relacionados con el paciente se asociaron a una menor probabilidad de presentar conductas de no adherencia a su tratamiento.

2.1.3 Antecedentes Locales

Santiago Chavez, (2024), en su investigación titulado “Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho 2022”, dicho estudio buscó reconocer qué elementos se vinculan con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, entre noviembre de 2022 y marzo de 2023, para lo cual empleó un enfoque cuantitativo, correlacional, descriptivo, analítico y transversal, con una población de 50 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y sin otras patologías asociadas. Los hallazgos de esta investigación mostraron que solo el 18% de los pacientes hipertensos lograba una adherencia adecuada, frente a un 82%

que no cumplía correctamente con su tratamiento antihipertensivo. Respecto a los factores estudiados, tanto el socioeconómico como los relacionados con el proveedor de salud y con la terapia mostraron relación con el cumplimiento del tratamiento; en cambio, el factor vinculado al paciente no evidenció relación con el control de la presión arterial elevada. Llegó a concluir que un alto porcentaje de los pacientes que reciben medicamentos antihipertensivos no logra adherirse adecuadamente a su tratamiento; asimismo, encontró vinculación entre factores como la disponibilidad económica, el acceso a la atención de salud, la ocupación y el nivel educativo del paciente, entre otros, con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, exceptuando el factor relacionado específicamente con el paciente.

Ircañupa Rupay & Yauri De La Cruz, (2024), desarrollaron una investigación titulada “Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al centro de salud Carmen Alto, Ayacucho 2024”; tuvieron como objetivo analizar cómo se vinculan los patrones de autocuidado con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en dicho centro de salud, la metodología que emplearon es de un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 50 pacientes. En sus resultados, se observó que un 42% de los participantes presentaba un patrón de autocuidado inadecuado, mientras que un 38% mostró una deficiente adherencia al tratamiento. Llegaron a concluir que no se encontró asociación entre los patrones de autocuidado y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) en los pacientes atendidos en el centro de salud Carmen Alto.

Huaman Chavez & Yanet, (2018), realizaron la investigación titulada “Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud Ayacucho”, tuvieron como propósito establecer el nivel de cumplimiento terapéutico en pacientes hipertenso de dicho hospital. La metodología que emplearon es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; durante el periodo de mayo a setiembre del 2018, la población estaba conformada por 82 pacientes hipertensos, de entre 30 a 60 años, atendidos en el servicio de cardiología. En sus resultados identificaron la adherencia terapéutica; el 64,6% tenían adherencia parcial. El desempleado y el empleado tuvieron mayor porcentaje de desarrollar adherencia parcial; los de instrucción secundaria muestran un elevado porcentaje de adherencia y los casados muestran un elevado porcentaje de adherencia. Llegaron a concluir que la

adherencia terapéutica resultó parcial en los pacientes atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga.

Martínez Cajamarca, (2012), en su investigación titulada “Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el centro de atención primaria III Metropolitano EsSalud. Ayacucho 2011”, tuvo como objetivo determinar los elementos vinculados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en dicho establecimiento. La metodología empleada por el autor es de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional; la población estaba conformada por 300, y la muestra por 169 adultos mayores del programa de control de hipertensión arterial del establecimiento de salud mencionado. En su resultado, se evidenció que el 8,3% de los pacientes presentaron una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo, mientras que el 91,7% no mostraron cumplimiento terapéutico. Respecto a los factores sociodemográficos vinculados a la falta de adherencia, se identificó un mayor riesgo en los varones en comparación con las mujeres, que son menores. Los pacientes de politerapia también presentaron un alto porcentaje de riesgo a falta de adherencia en comparación con paciente de monoterapia. Llegó a la conclusión de que el sexo y el esquema terapéutico mostraron los principales elementos vinculados a la adherencia al tratamiento farmacológico.

Echevarría Quispe & Chavez Huamani, (2012), realizaron una investigación titulada “Factores asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del hospital EsSalud Huamanga-Ayacucho, 2011”, tuvieron como propósito establecer los elementos relacionados con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en dicho hospital. La metodología que consignaron es de enfoque cuantitativo aplicada, de nivel correlacional, transversal y observacional; la población estaba constituida por 300 adultos, con una muestra de 169 mayores pertenecientes al programa de control de hipertensión arterial del hospital II EsSalud. En sus principales resultados hallaron que el 69,8% de los adultos mayores no presentaron adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que el 30,2% sí logró un cumplimiento terapéutico adecuado. Los factores vinculados a la falta de adherencia en este grupo fueron de tipo sociodemográfico, como edad de 60 a 69 años, nivel de instrucción primaria y esquema terapéutico como politerapia, presencia de alguna comorbilidad cardiovascular, RAMS y tiempo de tratamiento mayor a 9 años. Llegaron a concluir que tanto los factores sociodemográficos como el esquema terapéutico se

encuentran entre los principales elementos que dificultan la adherencia terapéutica en los pacientes mayores.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Hipertensión Arterial

2.2.1.1. Definición

Constituye una patología crónica de origen vascular y sistémico, de naturaleza inflamatoria, cuya causa no logra identificarse en la mayoría de los pacientes. Su rasgo clínico fundamental consiste en el incremento sostenido y fuera de los parámetros normales de la presión arterial, ya sea en su componente sistólico (PAS) o diastólico (PAD)(Ministerio de salud, 2015).

De acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (2019), la hipertensión arterial se define como aquella condición en la cual la presión sistólica alcanza o supera los 140 mmHg, o la presión diastólica alcanza o supera los 90 mmHg. Esta condición representa uno de los elementos más relevantes de riesgo cardiovascular a nivel global, asociándose no solo con enfermedades del corazón, sino también con el deterioro progresivo de la función renal y el daño a otros órganos vitales. Su origen es multicausal, pues intervienen distintos elementos a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Entre los más relevantes se encuentran las condiciones nutricionales durante el embarazo y la primera infancia, el índice de masa corporal (IMC), y los patrones alimentarios, especialmente en lo relacionado con el consumo de sodio y potasio. Se añaden a ello ciertos comportamientos, como la ingesta de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y el grado de actividad física que la persona sostiene con el paso del tiempo(Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.2.1.2. Etiología

Hipertensión Primaria (esencial)

Este tipo de hipertensión se caracteriza por no tener una causa específica que pueda identificarse claramente. Si bien la investigación ha señalado diversos factores que podrían estar relacionados con su desarrollo, hasta la fecha no ha sido posible establecer una relación causal directa entre estos y la enfermedad. Se ha observado, sin embargo, que existe una tendencia a presentarse en varios integrantes de una misma familia, lo cual sugiere la presencia de un componente genético; no obstante, aún no se ha logrado identificar un gen específico responsable de esta condición. Se estima que este tipo corresponde a cerca del 95% de todos los casos diagnosticados(Ministerio de salud, 2015).

Hipertensión Secundaria

A diferencia de la anterior, esta forma de hipertensión sí presenta una causa concreta que puede ser detectada. Cuando dicha causa es tratada o corregida adecuadamente, es posible lograr un manejo más eficaz de la presión arterial, e incluso, en varios casos, revertir por completo la condición. Este tipo representa una proporción minoritaria del total de casos, situándose por debajo del 5%(Ministerio de salud, 2015).

Entre ellas destacaron por su prevalencia:

- **Enfermedad renal:** ya sea de origen parenquimatoso o renovascular (incluyendo glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).
- **Enfermedad endocrina:** entre las que se encuentran el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la hiperalдостеронismo primaria, la feocromocitoma y el síndrome de Cushing, entre otras.
- **Causas misceláneas:** tales como tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otras.
- **Uso de medicamentos:** entre ellos, anticonceptivos hormonales, glucocorticoides y mineralocorticoides, agentes vasoconstrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ciclosporina, eritropoyetina, entre otros.

2.2.1.3. Epidemiología de la Hipertensión Arterial

Constituye actualmente la principal causa de mortalidad en el mundo, afectando aproximadamente a uno de cada tres adultos en el ámbito mundial. Su impacto en la salud es considerable, ya que se encuentra estrechamente relacionada con el desarrollo de accidentes cerebrovasculares, así como con otras patologías cardiovasculares graves, entre ellas el infarto agudo de miocardio(IAM), la disfunción cardíaca y el daño en la función renal (Organización Mundial de Salud, 2023). En los últimos años se ha observado un incremento significativo en la prevalencia de esta enfermedad, favorecido en buena parte por el aumento de condiciones de riesgo como adiposidad excesiva y la diabetes mellitus. A pesar de que actualmente se dispone de tratamientos antihipertensivos que han demostrado eficacia, únicamente una proporción reducida de los pacientes logra un adecuado cumplimiento terapéutico y alcanza valores óptimos de presión arterial. Esta situación pone en evidencia la necesidad urgente de desarrollar e

implementar nuevas estrategias de tratamiento, orientadas de forma específica hacia el manejo de la hipertensión resistente o con control insuficiente.

En el continente americano, las enfermedades cardiovasculares se posicionan como la principal causa de muerte, y dentro de estas, la hipertensión arterial (HTA) está vinculada a más de la mitad de dichos casos. Los datos disponibles indican que esta condición afecta a más del 25% de las mujeres adultas y en aproximadamente el 40% del total de adultos de la región, lo cual pone de manifiesto importantes limitaciones tanto en su detección oportuna como en su tratamiento y seguimiento clínico adecuado (Campbell *et al.*, 2022).

En la investigación realizada por Josefa, se identificó que el rango etario con mayor frecuencia de hipertensión arterial corresponde a las personas entre 70 y 79 años, representando un 32,8% de los casos, con un predominio del sexo masculino. Asimismo, la autora señala que, durante el año en estudio, los factores que predominan con mayor frecuencia son la edad, los antecedentes familiares, el hábito de fumar y el aumento del índice de masa corporal, mientras que las enfermedades cardiovasculares figuran como las complicaciones asociadas más representativas en orden de frecuencia (Enrique Aragón, 2025).

2.2.1.4. Fisiopatología

La tensión arterial (TA) surge de la relación entre el gasto cardíaco (GC) y la resistencia vascular sistémica (RVS). El gasto cardíaco, por su parte, se obtiene multiplicando la frecuencia cardíaca por el volumen sistólico, mientras que la resistencia vascular puede determinarse mediante la fórmula: $80 \times (TA \text{ media} - \text{presión venosa central}) / GC$ (Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

En cuanto a la regulación renal de la presión arterial, esta ocurre a través del mecanismo de natriuresis por presión, en el cual un aumento de la tensión arterial (TA) producido por la expansión del volumen extravascular genera una mayor excreción de sodio por parte del riñón. Este proceso depende, a su vez, de la acción de ciertos factores paracrinos, entre ellos el óxido nítrico (NO), que reduce la respuesta miogénica de las arteriolas y con ello favorece un mayor flujo sanguíneo renal y una mayor presión intersticial; así como el trifosfato de adenosina, que ejerce su acción inhibiendo la reabsorción de sodio a nivel de la nefrona (Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

La hipertensión arterial (HTA) tiene su origen en una alteración del equilibrio hídrico y de sodio dentro del organismo. En este proceso de regulación deficiente pueden estar implicados diversos mecanismos, entre ellos el sistema renina-

angiotensina-aldosterona (SRAA), el sistema nervioso simpático (SNS), procesos inflamatorios, alteraciones en la función del endotelio, así como otros factores adicionales que contribuyen a este desequilibrio(Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

La fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA) resulta un proceso complejo, en el que participan numerosos factores que, en su mayor parte, tienen un origen genético. No obstante, dentro de estos elementos, resalta el papel protagónico del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), ya que este regula el funcionamiento de otros factores, tanto de tipo humoral como neuronal. Entre ellos se incluyen la generación de endotelina; la supresión del óxido nítrico (NO) y de las prostaciclinas (PGI₂); la intervención de las catecolaminas y de la vasopresina (AVP); el efecto del factor ouabaína-sensible; la implicancia del tromboxano A₂ (TxA₂); así como diversas sustancias vasopresoras de origen endógeno(Wagner Grau, 2018). De igual manera, este proceso involucra interacciones complejas entre factores ambientales y conductuales, componentes genéticos, hormonales, así como la participación de distintos sistemas del organismo, entre ellos el renal, el cardiovascular y el nervioso central. Las alteraciones que se producen en estos procesos derivan en el desarrollo de hipertensión arterial, condición que, de no ser controlada adecuadamente, puede ocasionar eventos adversos graves y daños significativos a nivel de diversos órganos(McEvoy *et al.*, 2024).

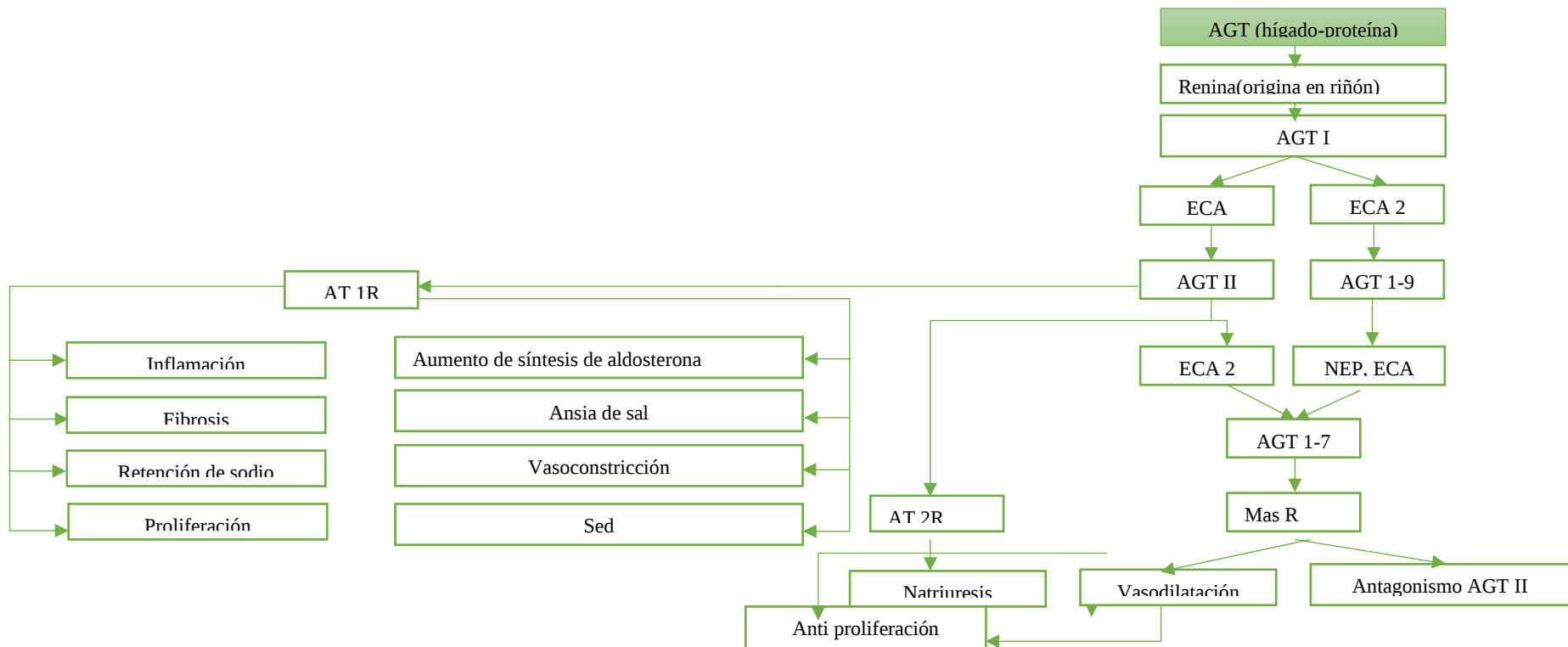
El sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) desempeña una función esencial en la regulación de la presión arterial, y actúa además como un elemento mediador determinante tanto en el daño a órganos diana como en la aparición de eventos cardiovasculares y en el avance de enfermedades a nivel renal. Este sistema ejerce una influencia directa sobre la resistencia vascular periférica, principalmente a través de los efectos que genera la angiotensina II (AII), mientras que su efecto sobre el volumen intravascular se produce de forma indirecta, a través del efecto combinado de la angiotensina II y la aldosterona(García Vargas *et al.*, 2020).

Estudios recientes han evidenciado que, ante concentraciones elevadas de adenosina trifosfato (ATP) en el intersticio renal, la activación de los receptores purinérgicos representa una vía clave tanto en el origen como en el mantenimiento de la hipertensión arterial (HTA). Estas concentraciones elevadas de ATP afectan procesos fundamentales, tales como el mecanismo de natriuresis por presión, la autorregulación del flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular, además de incrementar la sensibilidad del mecanismo de retroalimentación túbulo-glomerular. Como

consecuencia de estas alteraciones, se produce una reducción en la excreción urinaria de sodio, así como cambios en la expresión de los receptores de ATP(Bautista-Pérez *et al.*, 2024).

Figura 1

Mecanismo de renina angiotensina aldosterona.



Nota. El grafico representa la cascada de mecanismo de acción del sistema renina angiotensina aldosterona; AGT: angiotensinógeno; AGTI: angiotensina I; AGTII: angiotensina II; Ang 1-7: angiotensina 1-7; AT1R: receptor de angiotensina tipo 1; AT2R: receptor de angiotensina tipo 2; ECA: enzima conversora de angiotensina; ECA2: enzima conversora de angiotensina 2; Mas R: receptor Mas; NEP: neprilisina(Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

Tabla 1

Papel del sistema renina angiotensina aldosterona en la fisiopatología de la hipertensión arterial

Componente/proceso	Mecanismo fisiopatológico	Efecto sobre la presión arterial	Consecuencias clínicas o fisiopatológicas
Exceso de sodio dietético	Incrementa la retención de sodio y agua, produciendo expansión del volumen intraarterial	Aumento de la volemia y elevación de la presión arterial	Sobrecarga circulatoria y desarrollo de hipertensión dependiente del volumen
Estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)	Regula presión arterial mediante retención de sodio, vasoconstricción y control de la natriuresis	Incremento sostenido de la presión arterial	Participa en la patogenia y mantenimiento de la hipertensión
Aumento de la resistencia vascular sistémica (RVS)	Contracción tónica del músculo liso vascular como respuesta al exceso de volumen	Incremento de la resistencia periférica	Hipertrofia vascular y perpetuación de la hipertensión
Vasoconstricción renal	Reduce la perfusión renal y altera la eliminación de sodio	Favorece la retención hidrosalina	Arteriopatía preglomerular, isquemia tubular y deterioro renal
Liberación de renina/prorrenina	Ocurre ante disminución de perfusión renal o reducción del sodio filtrado	Inicia la cascada del SRAA	Activación neurohormonal mantenida
Conversión de angiotensinógeno → angiotensina I	La renina transforma el angiotensinógeno hepático en AGTI	Precursor para la formación de AGTII	Activación del eje hormonal hipertensivo
Conversión de AGTI → AGTII por ECA	Formación de angiotensina II mediante la enzima convertidora de angiotensina	Incremento de la constricción de vasos sanguíneos	Mayor resistencia vascular y daño vascular
Efecto de la angiotensina II sobre receptor AT1R	Produce vasoconstricción, retención de sodio y activación inflamatoria	Elevación sostenida de la presión arterial	Disfunción endotelial, remodelado vascular y daño orgánico
Secreción de aldosterona	Estimula reabsorción renal de sodio mediante activación del receptor mineralocorticoide y ENaC	Incremento del volumen intravascular	Fibrosis, estrés oxidativo y remodelado vascular
Activación del receptor AT2R	Favorece vasodilatación y natriuresis mediadas por óxido nítrico	Disminución de la presión arterial	Efectos anti proliferativos y protectores vasculares
Bloqueo farmacológico del AT1	Impide los efectos deletéreos de la AGTII	Reduce presión arterial y resistencia vascular	Protección cardiovascular y renal

Nota: la tabla muestra la fisiopatología de la renina angiotensina aldosterona en la presión arterial; SRAA: sistema renina angiotensina aldosterona; AT2R y AT1R: receptor de angiotensina tipo 2 y 1; AGTII: angiotensina II. Adaptado de (Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

Tabla 2

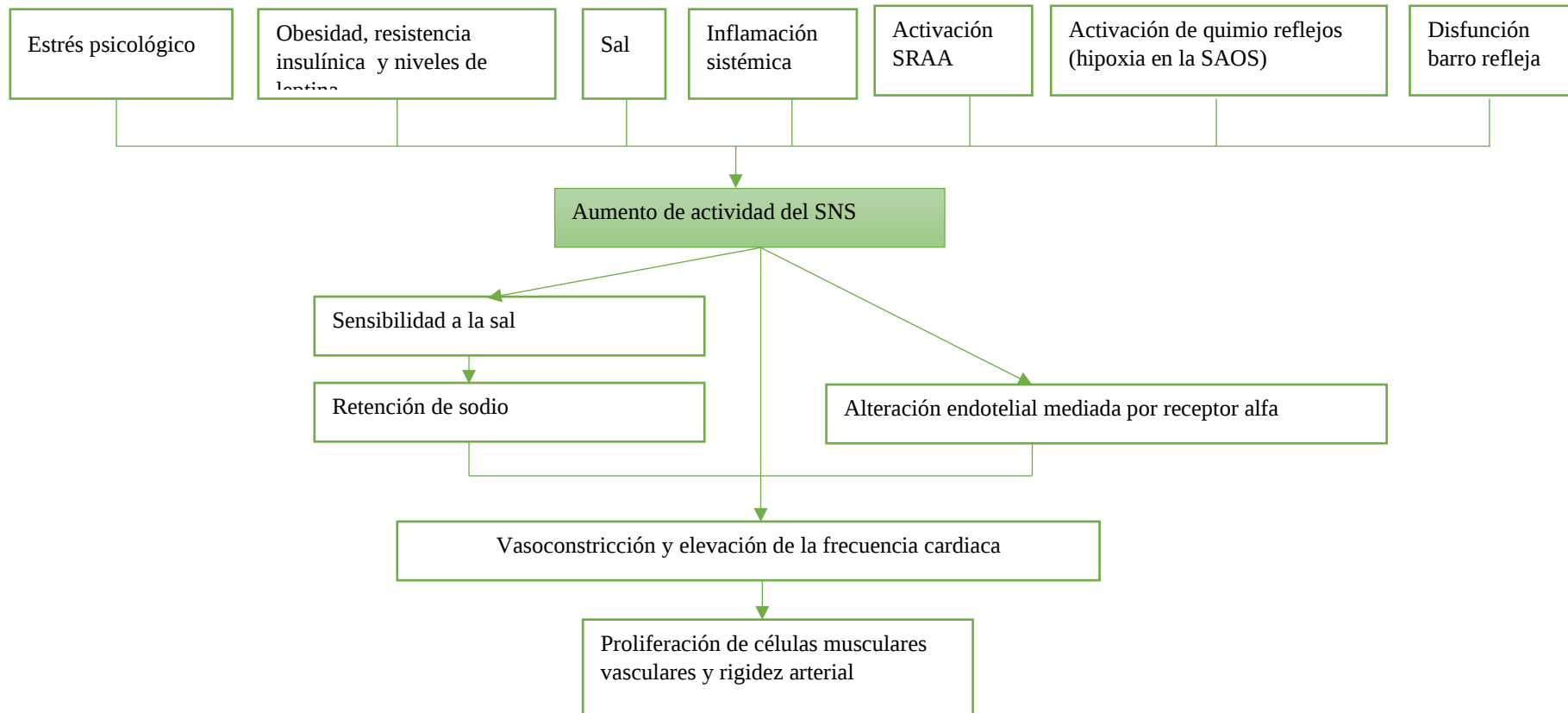
Participación del sistema nervioso simpático en la fisiopatología de la hipertensión arterial.

Aspecto	Descripción	Efecto sobre la hipertensión arterial (HTA)
Papel de sistema nervioso central (SNC)	El sistema nervioso central participa en la regulación cardiovascular y renal	Su activación excesiva favorece el desarrollo y mantenimiento de la HTA
Vasoconstricción	Incrementa el tono vascular periférica	Aumenta la resistencia vascular y eleva la presión arterial (PA)
Frecuencia cardíaca	Estimula el aumento de la actividad cardíaca	Incrementa el gasto cardíaco (GC) y la presión arterial
Retención de sodio	Incrementa la reabsorción renal de sodio	Favorece expansión del volumen sanguíneo y aumento sostenido de la presión arterial.
Desequilibrio autonómico	Aumenta la actividad simpática y disminución parasimpática	Contribuye a la aparición temprana y persistencia de la HTA.
Obesidad y sistema nervioso simpático	La adiposidad incrementa la actividad simpática renal	Aumenta la avidéz por sodio y perpetua la hipertensión arterial (HTA)
Catecolamina y daño renal	La hiperactividad inducida por catecolaminas produce lesión renal intersticial	Favorece sensibilidad a la sal y empeora la hipertensión arterial (HTA)
Dieta alta en sal	Mayor sensibilidad salina debido al daño renal	Incrementa la elevación de la presión arterial.
Disfunción endotelial	Activación mediada por receptores alfa 1	Produce vasoconstricción y deterioro vascular
Remodelado vascular	Multiplicación del músculo liso vascular acompañada de endurecimiento arterial	Incrementa resistencia vascular y favorece HTA crónica
Mecanismo molecular (WNK4)	Provoca una menor actividad de la proteína cinasa WNK4	Incrementa la reabsorción de sodio mediante el cotransportador Na/Cl sensible a tiazidas, aumentando la sensibilidad a la sal

Nota: la tabla muestra la participación de sistema nervioso simpático en la presión arterial AAS: sistema renina-angiotensina-aldosterona; HTA: hipertensión arterial; Tomada de (Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025).

Figura 2

Origen y efectos de la activación del sistema nervioso del simpático en el desarrollo de la hipertensión.



Nota: el gráfico representa las causas y consecuencias de la activación sistema nervioso central simpático; SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño. Elaborado a partir de(Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025) .

Tabla 3*Fisiopatología de péptidos natriuréticos*

Componentes	Estímulos para liberación	Mecanismo de acción	Efectos fisiológicos	Resultado sobre la presión arterial
Péptido natriurético auricular (ANP)	Estiramiento de las aurículas por alta carga de sodio o aumento de volumen	Vasodilatación sistémica, aumenta la tasa de filtración glomerular (TFG), inhibe reabsorción de sodio	Disminuye el volumen plasmático y aumenta excreción de sodio y agua	Reduce presión arterial
Péptido natriurético cerebral (BNP)	Estiramiento de los ventrículos por sobrecarga de volumen o alta carga de sodio	Vasodilatación, incremento del tono arteriolar eferente y coeficiente de filtración, inhibe reabsorción de sodio	Favorece natriuresis y diuresis	Reduce la presión arterial
Urodilatina	Producción renal local	Acción natriurética renal	Incrementa eliminación renal de sodio	Contribuye al control de la presión arterial
Acción tubular directa	Activación de ANP y BNP	Inhibición de Na^+/K^+ -ATPasa, cotransportador sodio-glucosa en el túbulo proximal y ENaC en nefrona distal	Menor reabsorción tubular se sodio	Disminuye retención hídrica y tensión arterial (TA)
Acción hormonal indirecta	Acción de péptidos natriuréticos	Reducción de liberación de renina y aldosterona	Potencia natriurética	Mayor reducción de la presión arterial

Nota: resumen de la fisiopatología de péptido natriuréticos en la presión arterial; ENaC: canal epitelial de sodio. Tomado de (Ruiz-Saavedra *et al.*, 2025) .

2.2.1.5. Clasificación de la Hipertensión Arterial

Tabla 4

Clasificación de la hipertensión arterial por Journal of the American Collage of Cardiology (JACC).

Categoría de presión arterial	Presión arterial sistólica (PAS)	Presión arterial diastólica (PAD)
Normal	< 120mmHg	<80mmHg
Elevado	120-129mmHg	< 80mmHg
Hipertensión		
Etapa 1	130-139mmHg	80-89mmHg
Etapa 2	≥140mmHg	≥90mmHg

Nota: la tabla muestra los valores normales de la presión arterial. Adaptado de Jones *et al.*, (2025).

Tabla 5

Recomendaciones de Eighth Joint National Committee (JNC-8) orientadas al manejo de la hipertensión arterial.

Pacientes	Tratamiento Farmacológico Antihipertensiva	Meta de Presión Arterial	Recomendación
Población general, > 60 años	PA $\geq$ 150/90mmHg	<150/90mmHg	Fuerte. Grado A
Población general, < 60 años	PAD $\geq$ 90mmHg	PAD < 90mmHg	Para edades de 30 a 59 años fuerte, grado A y para edades entre 18 y 29 años grado E
Población general, <60 años	PAS > 140mmHg	PAS < 140mmHg	Opinión de expertos, grado E
Población general >18 años, con enfermedad renal crónica	PA > 140/90 mmHg	< 149/90 mmHg	Opinión de expertos, grado E
Población general > 18 años, con diabetes	PA > 140/90mmHg	<140/90mmHg	Opinión de expertos, grado E

Nota: la tabla muestra las pautas de manejo para la hipertensión arterial y otras enfermedades asociadas con respectivos metas. Adaptado de James *et al.*, 2014.

Tabla 6

Recomendaciones de Eighth Joint National Committee (JNC-8) sobre el medicamento para el manejo de hipertensión arterial.

Grupo de Población			Tratamiento Farmacológico Antihipertensiva Inicial	Grado de Recomendación
Población general, negros, incluidos diabéticos	no	los	Diuréticos de tiazidas, BCC, IECA o ARA	Moderada, grado B
Población general, negros, incluidos diabéticos	de	los	Se debe incluir diuréticos tipo tiazida o un BCC	Para la población negro, moderada grado B, para población negra con diabetes, débil grado C.
Población ≥ 18 años con enfermedad renal crónica e hipertensión			Se debe incluir IECA o un ARA para mejorar los eventos renales	Moderada, grado B

Nota: la tabla muestra recomendaciones de medicamentos para el manejo de hipertensión arterial y otras enfermedades asociadas; BBC: bloqueador de canales de calcio; IECA: Inhibidor del enzima convertidora angiotensina; ARA: antagonista del receptor de angiotensina. Tomado de James *et al.*, 2014.

2.2.1.6. Clasificación de los Fármacos Antihipertensivos

A continuación, se listan los antihipertensivos utilizados en la farmacoterapia:

Tabla 7

Antihipertensivos vasodilatadores, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.

Clase farmacológica	Grupo farmacológico	Código. ATC	Fármacos	Farmacodinamia	Efecto fisiopatológico principal	Indicaciones clínicas	D.B(mg /día)	D.A(mg /día)	Frecuencia de la administración
IECA		C09AA07	Benazepril(profármaco)	En activo(benazeprilato) inhiben de forma competitiva la ECA y produce una ↓de la AGT II plasmática, lo cual conlleva una reducción de la actividad vasopresora y una disminución de la secreción de aldosterona. ↓ el metabolismo de la bradiginina	Dilatan arterias y venas, promueve la excreción de sodio y agua, también promueve elevación de potasio. Son renoprotectores a través de la vasodilatación	Hipertensión, nefropatía no diabética, IR, IC.	10	40	1 o 2
	Inhibidores de ECA	C09AA01	Captopril	Previene la conversión de AGT I en AGT II (un potente vasoconstrictor) mediante la inhibición de la ECA. Inhibe la síntesis de aldosterona mediada por AGT II y ↓ retención de Na+, agua, y pérdida de potasio. Inhibe degradación de bradiquinina y activando la biodisponibilidad de las prostaciclina y del factor relajante del endotelio	Disminuye vasoconstricción	HTA, IC, DVI, ND, crisis hipertensiva	12,5	150	2 o 3
		C09AA02	Enalapril-enalaprilato	Profármaco(inactivo); activo da lugar a concentraciones reducidas de AGT II	Vasodilatación y menor retención de sodio		5	40	1 o 2
		C09AA09	Fosinopril	En activo (Fosinoprilato) inhiben de forma competitiva la ECA y produce una ↓ de la AGT II plasmática, lo cual conlleva a una reducción de la actividad vasopresora y una disminución de la secreción de aldosterona. ↓ el metabolismo de la bradiginina	Dilatan arterias y venas, promueve la excreción de sodio y H2O, también promueve ↑de K++. Son renoprotectores a través de la vasodilatación	Hipertensión, nefropatía no diabética, IR, IC.	10	40	1
		C09AA03	Lisinopril	Inhibe competitiva de la ECA (bradinasina, cininasa II) y ↓ secreción de aldosterona	Dilatan las arterias y venas	HTA, IC, ND	10	40	1
		C09AA13	Moexipril			HTA	7,5	30	1 o 2
		C09AA04	Perindopril(profármaco)	En activo inhibe competitivamente ECA y ↓ secreción de aldosterona, ↓ actividad vasopresora		HTA, EAC, IC, ND	4	16	1
		C09AA06	Quinapril(quinalaprilato)			HTA, IC, ND	10	80	1 o 2
		C09AA05	Ramipril (profármaco)			HTA, IC después de IAM, IC	2.5	20	1 o 2
		C09AA10	Trandolapril	Activo (trandolaprilato) inhiben de forma competitiva la ECA y produce una disminución de la angiotensina II plasmática	Dilatan arterias y venas, promueve la excreción de sodio y H2O, también promueve ↑de K++. Son renoprotectores a través de la vasodilatación	HTA,IC o DVI, ND	1	4	1
ARA	Antagonista del receptor de angiotensina	C09CA09	Azilsartán (profármaco)	Inhibe selectivamente el receptor de AGT II de tipo 1, alta afinidad Inhibe la unión de AGT II al su receptor tipo AT1	Bloquea los efectos de vasoconstricción y secreción de aldosterona de la AGT II A diferencia de los supresores de la ECA, no inhibe la degradación de la bradiginina.	HTA	40	80	1
		C09CA06	Candesartán			HTA, ICC, IR, IH	8	32	1
			Eprosartán				600	800	1 o 2
		C09CA04	Irbersartán	Inhibidor competitivo específico del receptor de AGT II (tipo AT 1)		HTA, ND tipo 2, SCA,	150	300	1

Tabla 7 Continuación

Clase farmacológica	Grupo farmacológico	Código. ATC	Fármacos	Farmacodinamia	Efecto fisiopatológico principal	Indicaciones clínicas	D.B(mg /día)	D.A(mg /día)	Frecuencia de la administración
ARA		C09CA01	Losartán(pr ofármaco)	Inhibidor reversible y no competitivo del receptor de AGT II (tipo AT1)	Bloquea los efectos de vasoconstricción y secreción de aldosterona de la AGT II A diferencia de los inhibidores de la ECA, no inhibe la degradación de la bradicinina. liberación de catecolaminas, la liberación de arginina vasopresina, la absorción de agua y las respuestas hipertróficas.	HTA, reducción de riesgo de ACV en la HVI, ND,IC,	50	100	1 o 2
		C09CA08	Olmesartán	Bloquea la unión de la AGT II a los receptores de AGT II de tipo 1		HTA, nefropatía, SCA	20	40	1
		C09CA07	Telmisartán	Bloquea la unión de la AGT II a los receptores de AGT II de tipo 1		HTA, riesgo cardiovascular	20	80	1
		C09CA03	Valsartán			HTA, IC, después de IAM	80	320	1
BCC	Dihidropiridinas	C08CA01	Amlodipino	Inhibe la entrada transmembrana de iones de calcio extracelulares a través de las membranas de las células miocárdicas y las células del músculo liso vascular sin alterar las concentraciones séricas de calcio	Vasodilatador arterial sistémica y coronaria, ↓RVP, hipotensora	HTA, angina de pecho, EAC, HAP, cardiopatía isquémica	2,5	10	1
		C08CA02	Felodipino		Mayor selectividad hacia el músculo liso vascular que hacia el músculo cardíaco. ↓ resistencia vascular periférica	HTA, Angina de pecho estable, IH	2,5	10	1
			Isradipino				5	10	2
		C08CA05	Nifedipino			Angina de pecho crónica estable, HTA, emergencia hipertensiva, HAP, fenómeno Raynaud	30	90	1
		C08CA07	Nisoldipina			HTA	17	34	1
	No dihidropiridinas	C08DB01	Diltiazem	Inhibe la entrada de iones de calcio extracelular a través de los canales lentos de calcio del musculo liso vascular y de las fibras musculares miocárdicas de un modo voltaje dependiente, lo que resulta en la inhibición de la contracción del músculo liso cardíaco y vascular	Efectos inhibitorios sustanciales sobre el sistema de conducción cardíaca, actuando principalmente en el nodo AV, con algunos efectos en el nodo sinusal	Angina de pecho, HTA, arritmias supraventriculares, HAP, espasmos de la arterial radial, tirotoxicosis, SAA	120	360	1
		C08DA01	Verapamilo	Bloquea los canales lentos de calcio responsable de la despolarización del nódulo sinusal y AV	Dilata arterias coronarias, arterias y arteriolas periféricas	Arritmias supraventriculares, angina de pecho, HTA, miocardiopatía hipertrófica, espasmos de arterial radial, SAA, Tirotoxicosis	120	360	3
Vasodiladores directos	Arterial	C02DB02	Hidralazina	Actúa en las arterias, causando relajación directa del musculo liso arteriola. Altera el metabolismo del calcio, interfiriendo con los movimientos del mismo	Efecto vasodilatador de acción directa en las arteriolas sistémicas	HTA, HTA grave y crisis hipertensiva, IC,	100	200	2 o 3
		C02DC01	Minoxidil	Disminuye la resistencia sistémica	Vasodilatador directo y poco en venas	HTA grave o refractaria	5	40	1 o 2
Antagonista dual de receptor de endotelina	Endotelina	C02KN01	Aprocitentan	Antagonista del receptor de endotelina (ARE); previene la unión de la endotelina (ET-1) a los receptores ET-A y ET-B. Ya que la endotelina-1 provoca vasoconstricción, fibrosis, proliferación celular e inflamación a través de los receptores ET-A y ET-B	Vasodilatación vascular (pulmones, riñones, cerebro)	HTA, insuficiencia renal, insuficiencia hepática,	12,5	0	1

Tabla 8

Antihipertensivos delatadores de sodio, agua e inhibidor directo de renina, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.

Clase farmacológica	Grupo farmacológico	Código. ATC	Fármacos	Farmacodinamia	Efecto fisiopatológico principal	Indicaciones clínicas	D.B(mg /día)	D.A(mg /día)	Frecuencia de la administración
Diuréticos	Tiazídicos y similares	C03BA04	Clortalidona	Inhibe el sistema de transporte Na ⁺ , Cl ⁻ , en el túbulo contorneado distal, ↓ reabsorción de Na ⁺ y aumenta su excreción de agua, K ⁺ , H ⁺	Mejora la excreción de Na ⁺ , Cl ⁻ , y agua	Edema, edema en IC, edema secundario al síndrome nefrótico, diabetes insípida, acidosis tubular renal HTA	12,5	25	1
		C03AA03	Hidroclorotiazida				12,5	50	1
		C03BA11	Indapamida	↑ la excreción de Na ⁺ , Cl ⁻ y agua al interferir con el transporte de iones Na ⁺ a través del epitelio tubular distal.	↑ excreción de Na ⁺ , Cl ⁻ y en menor grado K ⁺ , Mg ⁺⁺		1,25	2,5	1
	Ahorradore s de potasio	03DB01	Amilorida	Inhibe la Na/K-ATPasa, disminuye la excreción de Ca ⁺⁺ , Mg ⁺⁺ e hidrógeno.	↑ la excreción urinaria de sodio, calcio y bicarbonato	ICC, HTA, hipopotasemias inducidas por tiazidas, IR, edema, hiperaldosteronismo, acidosis metabólica por diuréticos	5	10	1 o 2
		C03EB01	Triamtereno		En túbulo distal ↓ reabsorción de Na ⁺	Edema, HTA, IC, insuficiencia renal, insuficiencia hepática	50	100	1 o 2
	Antagonista s de aldosterona	C03DA04	Esplerenona	Inhibición de la retroalimentación negativa de la aldosterona sobre la secreción de renina	↓ inflamación vascular coronaria, fibrosis miocárdica intersticial, hipertrofia cardíaca	IC después de IAM, IC crónica, HTA,	50	100	1 o 2
		C03DA01	Espironolactona	Antagonista específico de la aldosterona que compite en la unión a los receptores de la zona de intercambio Na ⁺ /K ⁺ dependiente de aldosterona ubicado en TCD.	↑ excreción de Na ⁺ y agua, mantiene K ⁺ y Mg ⁺⁺ (propiedad de ahorrador de K ⁺ y Mg ⁺⁺)	Edema, HTA, IC, hiperaldosteronismo primaria	25	100	1
	Diurético ASA	C03CA02	Bumetanida	Bloquea el sistema de transporte Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ en la parte ascendente de asa de Henle	↑ excreción de Na ⁺ , K ⁺ , Ca ⁻ , Mg ⁺⁺ , Cl ⁻ y H ⁺ . dilatación vascular renal	Edema, HTA	0,5	2	2
		C03CA01	Furosemida			Edema, hipertensión resistente, edema pulmonar aguda, hipercalcemia, hipomagnesemia	20	80	2
		C03CA04	Torseמידa			Edema asociado a ICC, enfermedad renal, HTA	5	10	1
Inhibidor directo de renina		C09XA02	Aliskiren	Inhibidor de la renina que inhibe la conversión de angiotensinógeno en AGT I y reduce efecto de la renina plasmática (ARP) y las concentraciones de AGT I, AGT II y aldosterona	Suprime la inhibición por retroalimentación de la secreción de renina	HTA en adultos, HTA en pediátricos	150	300	1

Tabla 9

Antihipertensivos de inhibidores de actividad simpática, mecanismo de acción según Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y características clínicas utilizados en el manejo de la hipertensión arterial.

Clase farmacológica	Grupo farmacológico	Código . ATC	Fármacos	Farmacodinamia	Efecto fisiopatológico principal	Indicaciones clínicas	D.B(mg /día)	D.A(mg /día)	Frecuencia de la administración
BB	1° generación o bloqueador b1 y b2 no selectivos	C07A A12	Nadolol	Inhibe la respuesta a los estímulos adrenérgicos bloqueando de forma competitiva los receptores β 1- adrenérgicos del miocardio y los receptores β 2- adrenérgicos del músculo liso bronquial y vascular. Puede reducir la presión portal a través del receptor beta2, lo que reduce el flujo sanguíneo portal	↓ la frecuencia cardíaca en reposo, inhibe ↑ de la frecuencia cardíaca inducido por ejercicio	HTA, angina estable crónica, taquiarritmias supraventriculares, dolor de cabeza vascular	40	120	1
		C07A A05	Propranolol	Antagonista competitivo de receptor beta 1 y beta 2 adrenérgicos. ↓ frecuencia cardíaca en reposo, contracción cardíaca, demanda de oxígeno miocárdico y PA	↓ el flujo sanguíneo renal, la tasa de filtración glomerular y el flujo sanguíneo hepático	HTA, angina estable crónica, arritmias supraventriculares, arritmias ventriculares, estenosis subaortica hipertrófica, dolor de cabeza vascular,	80	160	2
	1° generación con actividad simpaticomimética intrínseca	C07AB 04	Acebutolol	Inhibe la respuesta a los estímulos adrenérgicos bloqueando de forma competitiva los receptores β - adrenérgicos en el miocardio (receptores β 1 , y en el músculo liso bronquial y vascular (receptores β 2).	↓ la presión arterial sistólica y diastólica en reposo, y durante el ejercicio. Presenta actividad antiarrítmica de clase II	HTA, arritmias cardíacas, angina de pecho, IAM	200	800	2
		C07A A03	Pindolol		↓ frecuencia cardíaca estimulada por el estrés y el ejercicio. Así mismo participa en ralentización de la conducción en el nodo AV, y gasto cardíaco	HTA, angina estable crónica	10	60	2
	2° generación o bloqueador cardio selectivo B1		Betaxolol	Inhibe la respuesta a los estímulos adrenérgicos bloqueando de forma competitiva los receptores β 1- adrenérgicos en el miocardio. Bloquea los receptores β 2- adrenérgicos en el músculo liso bronquial y vascular solo en dosis altas	↓gasto cardíaco, contractibilidad miocárdica y presión arterial inducidas por catecolaminas	HTA	5	20	1
		C07AB 03	Atenolol			HTA, angina estable crónica, IAM, arritmias supraventriculares.	25	100	2
		C07AB 02	Metoprolol		↓GC, disminuir la actividad simpática del SNC, suprimir la liberación de renina y/o reducir la resistencia periférica.	HTA, IAM, ICC, angina estable crónica, taquiarritmia aguda,	50	200	1
		C07AB 07	Bisoprolol			HTA, IC, IR,	2,5	10	1
		C07AB 12	Nebivolol	Antagonista competitivo y selectivo del receptor beta1; tiene poco o ningún efecto sobre los receptores beta2 a dosis <10 mg; posee propiedades vasodilatadoras leves; reduce la resistencia vascular sistémica. Bloquea los receptores adrenérgicos β 1 y β 2 en metabolizadores deficientes de CYP2D6 y a dosis superiores a 10 mg.	Ligera acción vasodilatadora suave	HTA	5	40	1
	3° generación o bloqueadores alfa y beta no selectivo	C07A G01	Labetalol	Bloquea competitivamente la estimulación adrenérgica de los receptores B en el miocardio(B1) y en el músculo liso bronquial y vascular(B2) y así como de los receptores alfa 1 en el músculo liso vascular	Produce ↓ eficaz de la presión arterial en posición de pie o supina	HTA, HTA grave o crisis hipertensiva, Feocromocitoma, angina estable crónica,	200	1200	2
		C07A G02	Carvedilol		Efecto hipotensor	ICC, HTA, angina de pecho, disfunción ventricular izquierda tras IAM,	12,5	50	2

Tabla 9

Continuación

Clase farmacológica	Grupo farmacológico	Código. ATC	Fármacos	Farmacodinamia	Efecto fisiopatológico principal	Indicaciones clínicas	D.B(mg /día)	D.A(mg /día)	Frecuencia de la administración
Alfa bloqueadores	Alfa 1	C02CA04	Doxazosina	Bloquea los receptores alfa 1 postsinápticos; el bloqueo alfa provoca dilatación arterial, arteriolar y venosa; disminuye la resistencia periférica total y la presión arterial.	↓RVP y PA como resultado de sus efectos vasodilatadoras, ↓cLDL, y de los triglicéridos y ↑ de cHDL.	HTA, hiperplasia prostática benigna	1	16	1
		C02CA01	Prazosina				2	20	2 o 3
		G04CA03	Terazosin				1	20	1 o 2
Agonista de alfa de acción central	Agonista de alfa 2 centrales y otros de acción central	C02AC01	Clonidina	Estimula receptores alfa 2 adrenérgicos en el SNC. Produce analgesia por receptores adrenérgicos alfa-2 presinápticos y postsinápticos al impedir la transmisión de la señal de dolor al cerebro.	↓ la actividad de SNS periférico, RVP y renovascular, FC, PA y resistencia vascular renal	HTA, dolor oncológicos síntomas vasomotores(menopausia)	0,1	0,8	2
		C02AB02	Metildopa	Estimula los receptores α2-adrenérgicos periféricos, la que provoca una ↓ en la liberación de norepinefrina y una reducción del tono simpático		HTA, crisis hipertensiva, IR	250	1000	2
		C02AC02	Guanfacina	Agonista selectivo del receptor alfa 2-adrenérgico que provoca ↓ de la actividad simpática y consecuentemente una ↓ del tono vasomotor y de la frecuencia cardiaca; puede unirse preferentemente a los receptores adrenérgicos alfa 2ª postsináptico en la corteza prefrontal.	↓ liberación de noradrenalina, que conlleva a la ↓ de frecuencia cardiaca, resistencia vascular periférico y la presión arterial	HTA	0,5	2	1

Nota: DVI: disfunción ventricular izquierda; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; IR: insuficiencia renal; IH: insuficiencia hepática; IAM: infarto agudo de miocardio; EAC: enfermedad de las arterias coronarias; SCA: síndrome coronario agudo; ND: nefropatía diabética; RVP: resistencia vascular periférica; HAP: hipertensión arterial pulmonar; SAA: síndrome aórtico agudo; CD: túbulo contorneado distal; GC: gasto cardiaco. La categorización de los fármacos se sustenta en el sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), tomado de Jones *et al.*, (2025).

Combinación de Fármacos para la Hipertensión Arterial

La coadministración de beta bloqueadores y diuréticos se asocia a un mayor riesgo de desarrollar nuevos casos de diabetes mellitus y/o dislipidemia, por lo que su uso no es recomendable en pacientes con síndrome metabólico o con predisposición a la diabetes. En situaciones donde su indicación sea necesaria, se sugiere optar por bloqueadores con propiedades vasodilatadoras y combinarlos con fármacos considerados protectores, como los inhibidores del sistema renina-angiotensina (Bryce-Moncloa, 2011).

Tabla 10

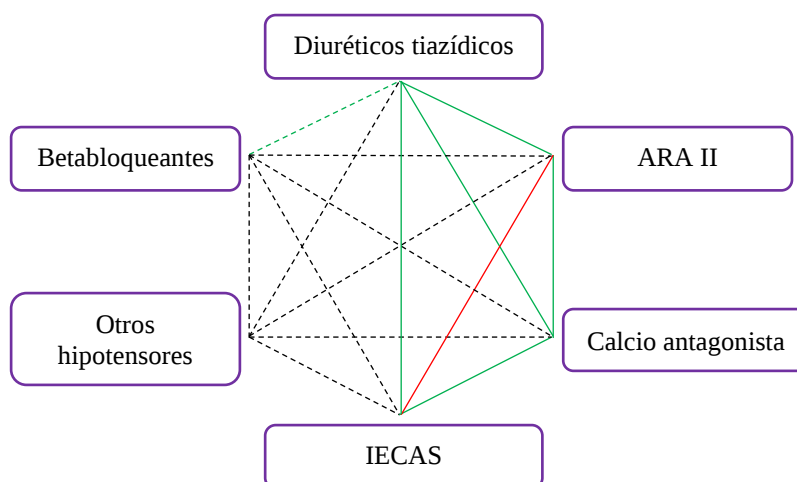
Combinaciones farmacológicas a dosis fija utilizadas en el manejo de la hipertensión arterial.

Tipos de Combinación	Combinación a Dosis Fija/Mg
IECAs y BCCs	Amlodipina-benazepril clorhidrato (2,5/10, 5/10, 5/20, 10/20)
	Enalapril-felodipina (5/5)
	Trandolapril-verapamilo (2/180, 1/240, 2/240, 4/240)
IECAs y diuréticos	Benazepril-hidroclorotiazida (5/6,25, 10/12,5, 20/12,5, 20/25)
	Captopril-hidroclorotiazida (25/15, 25/25, 50/15, 50/25)
	Enalapril-hidroclorotiazida (5/12,5, 10/25)
	Fosinopril-hidroclorotiazida (10/12,5, 20/12,5)
	Lisinopril-hidroclorotiazida (10/12,5, 20/12,5, 20/25)
	Moexipril-hidroclorotiazida (7,5/12,5, 15/25)
	Quinapril-hidroclorotiazida (10/12,5, 20/12,5, 20/25)
ARA II y diuréticos	Candesartán-hidroclorotiazida (16/12,5, 32/12,5)
	Eprosartán-hidroclorotiazida (600/12,5, 600/25)
	Irbesartán-hidroclorotiazida (150/12,5, 300/12,5)
	Losartán-hidroclorotiazida (50/12,5, 100/25)
	Olmesartán medoxomilo-hidroclorotiazida (20/12,5, 40/12,5, 40/25)
	Telmisartán-hidroclorotiazida (40/12,5, 80/12,5)
	Valsartán-hidroclorotiazida (80/12,5, 160/12,5, 160/25)
BBs y diuréticos	Atenolol-clortalidona (50/25, 100/25)
	Bisoprolol-hidroclorotiazida (2,5/6,25, 5/6,25, 10/6,25)
	Metoprolol-hidroclorotiazida (50/25, 100/25)
	Nadolol-bendroflumetiazida (40/5, 80/5)
	Propranolol LA-hidroclorotiazida (40/25, 80/25)
	Timolol-hidroclorotiazida (10/25)
Drogas de acción central y diuréticos	Metildopa-hidroclorotiazida (250/15, 250/25, 500/30, 500/50)
	Reserpina-clortalidona (0,125/25, 0,25/50)
	Reserpina-clorotiazida (0,125/250, 0,25/500)
	Reserpina-hidroclorotiazida (0,125/25, 0,125/50)
Diuréticos y diuréticos	Amilorida-hidroclorotiazida (5/50)
	Espironolactona-hidroclorotiazida (25/25, 50/50)
	Triamtereno-hidroclorotiazida (37,5/25, 75/50)

Nota: la tabla muestra combinación de fármacos para tratar la hipertensión arterial; IECAS: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; BCC: betabloqueantes de los canales de calcio; ARA II: antagonista del receptor de angiotensina II. Tomada de Programa Nacional de Educación sobre la Hipertensión Arterial, 2004.

Figura 3

Representación gráfica de las terapias combinadas más empleadas en la HTA.



Línea verde continua: combinación óptima

Línea verde discontinua: combinación usada con algunas restricciones

Línea negra discontinua: posible, pero con escasa experiencia

Línea roja: utilizada en ocasiones muy específicas (patología glomerular).

Nota. El gráfico representa la terapia combinada entre los siguientes grupos farmacológicos: Los diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de AGT II (IECA), antagonista de los receptores de angiotensina (ARA), antagonistas de calcio, betabloqueante e inhibidor directo de renina. Tomado de (Beltrán Marentes, 2020).

Tabla 11

Modificación en los estilos de vida recomendados para el manejo la hipertensión arterial.

Modificación	Manteniendo cifras exactas	Reducción Aproximada en las PAS (rango)
Reducir del peso corporal	Mantener un peso corporal normal (IMC 18,5–24,9 kg/m ²)	5–20 mmHg/10 kg de pérdida de peso
Adoptar un plan de dieta tipo Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)	Adoptar una alimentación con abundantes frutas y verduras, lácteos con bajo contenido graso, y una reducción tanto de grasas saturadas como del total de grasas consumidas.	8–14 mmHg
Reducir el consumo de sal de la dieta	Limitar la ingesta de sodio a un máximo de 100 mmol diarios (equivalente a 2,4 g de sodio o 6 g de cloruro de sodio)	2–8 mmHg
Actividad física	Realizar de forma habitual ejercicio aeróbico, como caminatas, durante al menos 30 minutos diarios, la mayoría de los días de la semana.	4–9 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Restringir la ingesta de alcohol a un máximo de 2 bebidas estándar al día en los hombres y 1 en las mujeres o personas de menor peso corporal, considerando las equivalencias habituales (por ejemplo, 24 oz de cerveza, 10 oz de vino o 3 oz de whisky)	2–4 mmHg

Nota: la tabla muestra modificaciones en el estilo de vida orientadas a combatir la enfermedad de presión arterial. Adaptado de Programa Nacional de Educación sobre la Hipertensión Arterial, 2004.

Entre las principales recomendaciones no farmacológicas recomendadas(Ramón Soto, 2018):

- Adoptar una alimentación saludable siguiendo el patrón de la dieta mediterránea, incrementando el consumo de vegetales, legumbres y frutas, mientras se disminuye la ingesta de carnes rojas y alimentos con alto contenido graso.
- Disminuir la cantidad de sal utilizada en la preparación de los alimentos.
- Mantener el consumo de alcohol dentro de límites moderados, no superando las 14 unidades semanales en hombres ni las 8 unidades semanales en mujeres.
- Abandonar el hábito tabáquico y moderar el consumo de bebidas con cafeína, como el café y el té.
- Realizar de forma constante actividad física aeróbica de intensidad moderada, con una estructura y adaptación adecuadas a cada persona.
- Evitar el sobrepeso corporal y fomentar la pérdida de peso en pacientes obesos, prestando especial atención al perímetro abdominal.

- Evitar el uso de sustancias, drogas o medicamentos que puedan elevar la presión arterial.
- Considerar, según algunas guías clínicas, el consumo de suplementos de potasio o alimentos ricos en este mineral, salvo en pacientes con insuficiencia renal aguda.
- No recurrir a la automedicación con remedios caseros como forma de tratar la hipertensión arterial (HTA).

Tabla 12

Indicaciones imperativas, fármacos recomendados y ensayos clínicos y guías que las respaldan.

Indicaciones Imperativas	Fármacos Recomendados					
	D	BB	IECA	ARA II	BCC	AA
Insuficiencia cardíaca	X	X	X	X		X
Post infarto del miocardio		X	X			X
Alto riesgo de enfermedad coronaria	X	X	X		X	
Diabetes	X	X	X	X	X	
Enfermedad renal crónica			X	X		
Prevención de la recurrencia de ICTUS	X		X			

Nota: la tabla muestra las elecciones de fármacos para tratar enfermedades, uno de ellos la hipertensión arterial; D: diuréticos; BB: betabloqueantes; ARA II: antagonistas de receptor de angiotensina II; BCC: bloqueadores de canales de calcio; AA: antagonistas de aldosterona. Tomado de Programa Nacional de Educación sobre la Hipertensión Arterial, 2004.

2.2.2. Adherencia Terapéutica

Definición

Se define como el nivel en que el comportamiento del paciente ya sea en la toma de sus medicamentos, el seguimiento de un régimen alimentario particular o las modificaciones en sus hábitos de vida se ajusta a las pautas acordadas junto con el profesional sanitario (Dilla *et al.*, 2009).

Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica una serie de comportamientos vinculados a la adherencia terapéutica, entre los que se incluyen la búsqueda oportuna de atención médica, la obtención del medicamento prescrito, la correcta toma de la medicación, la aplicación de vacunas, la asistencia a las consultas de control, así como la implementación de cambios en conductas relacionadas con la higiene personal, el manejo del asma o la diabetes, el hábito de fumar, el uso de métodos anticonceptivos, las prácticas sexuales de riesgo, los hábitos alimentarios inadecuados y la falta de actividad física (P. A. H. Organization & Salud, 2004). En lo que respecta

al manejo de la hipertensión arterial, el mayor obstáculo radica en lograr un adecuado control de la presión arterial, así como en disminuir las complicaciones crónicas derivadas de esta condición fisiológica(Aid Kunert, 2015).

2.2.3. Factores Asociados con la Adherencia Terapéutica

a. Características sociodemográficas

Son aquellos factores que caracterizan a las personas tal como edad, grado de instrucción, ocupación, clase social, tamaño de una familia.

- **Edad:** este factor resulta determinante para el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas en personas con hipertensión arterial. En el caso de los pacientes de mayor edad, la adherencia terapéutica puede verse favorecida cuando existe una mayor conciencia del riesgo cardiovascular y un contacto más constante con los servicios de salud; no obstante, también puede verse afectada negativamente por situaciones como el uso simultáneo de múltiples medicamentos, la pérdida de independencia funcional, el deterioro de las capacidades cognitivas y la presencia de otras enfermedades concomitantes. Por su parte, en la población más joven suele observarse un menor cumplimiento terapéutico, principalmente porque no logran percibir la gravedad real de una enfermedad que, en la mayoría de los casos, no presenta síntomas evidentes(W. H. Organization, 2003).
- **Sexo:** este factor sociodemográfico puede repercutir en el grado de cumplimiento del tratamiento en personas con hipertensión arterial. Diversas investigaciones han explorado si existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al grado de cumplimiento de sus respectivos tratamientos terapéuticos(Biffi et al., 2020).
- **Estado civil:** Este factor sociodemográfico está vinculado con el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Aquellas personas que cuentan con una pareja o con el respaldo de un familiar cercano suelen contar con un mayor acompañamiento y contención emocional, lo que favorece tanto el cumplimiento del tratamiento farmacológico como la adopción de medidas no farmacológicas. Por el contrario, la ausencia de una red de apoyo social puede representar un obstáculo para la continuidad del tratamiento y dificultar un control adecuado de la presión arterial(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

- **Grado de instrucción:** Hace referencia al nivel educativo formal más alto alcanzado por el paciente hipertenso, y representa otro elemento sociodemográfico asociado al cumplimiento terapéutico. Contar con un mayor nivel de instrucción favorece que los pacientes con hipertensión arterial comprendan mejor su condición de salud, las indicaciones terapéuticas y las recomendaciones no farmacológicas, lo cual puede traducirse en un seguimiento más adecuado del tratamiento(W. H. Organization, 2003).
- **Ocupación:** Se refiere a la actividad laboral que realiza el paciente hipertenso como medio de sustento económico. Este factor puede repercutir de manera desfavorable en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, ya que aspectos como la disponibilidad de tiempo, los horarios de trabajo, el nivel de ingresos y el acceso a los servicios de salud pueden convertirse en barreras para el cumplimiento adecuado del tratamiento(Organización Mundial de la Salud, 2025).
- **Procedencia:** Este es otro elemento relacionado con el cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial. Quienes provienen de zonas rurales suelen enfrentar mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, adquirir los medicamentos necesarios y asistir a los controles médicos periódicos, lo que puede repercutir negativamente en el seguimiento de su tratamiento. En contraste, los pacientes que residen en zonas urbanas generalmente cuentan con mayor disponibilidad de recursos y servicios sanitarios para el manejo de su enfermedad, lo cual constituye una ventaja en términos de adherencia terapéutica(Cerda et al., 2018).

b. Factores Socioeconómicos

Dentro de esta categoría se incluyen aspectos como la situación de pobreza, las limitaciones de acceso tanto a la atención médica como a los medicamentos, el analfabetismo, la disponibilidad de una red de apoyo social eficaz, así como la existencia de mecanismos de prestación de servicios de salud que consideren las creencias culturales del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento; todos estos elementos pueden representar barreras para la adherencia terapéutica(Cerda *et al.*, 2018). De forma complementaria, se ha señalado que el costo del tratamiento, la carencia de cobertura sanitaria, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o enfrentar dificultades económicas constituyen, en términos generales, factores que afectan

desfavorablemente en la continuidad del tratamiento(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

c. Factores Relacionados con Sistema Sanitario

La disponibilidad del personal de salud constituye un elemento decisivo para favorecer la adherencia al tratamiento. No obstante, aspectos como una comunicación inadecuada, la escasa confianza en el profesional sanitario o el descontento con la atención recibida pueden repercutir de manera negativa en dicha adherencia. De igual forma, la falta de orientación e información suficiente sobre el tratamiento y la enfermedad puede afectar negativamente al paciente, al igual que otros obstáculos vinculados al propio sistema de salud, tales como la restricción en el acceso a la atención, los tiempos de espera prolongados, los horarios restringidos, el desabastecimiento de medicamentos o la ausencia de privacidad durante la consulta médica(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

Entre otros efectos negativos que influyen en este ámbito se encuentran los siguientes(Cerda et al., 2018):

- Centros de atención de salud que presentan una infraestructura deficiente y recursos limitados.
- Trabajadores de la salud con remuneración baja y sobrecarga laboral, situación que deriva a consultas cortas, poco cuidadosas y sin la calidez requerida.
- Equipo de salud con formación insuficiente, sumado a una reducida capacidad institucional para brindar educación a los pacientes y realizar un monitoreo adecuado de las enfermedades crónicas.
- Escasa comprensión sobre la adherencia al tratamiento y sobre las intervenciones que han probado ser eficaces para mejorarla.

d. Factores Relacionados con el Tratamiento

Existen diversos elementos ligados de forma directa al tratamiento que ejercen un peso significativo sobre el cumplimiento terapéutico. Entre ellos se encuentran: lo complicado que puede resultar el esquema médico indicado, duración de dicho tratamiento, casos anteriores de tratamiento no exitoso, cambios recurrentes en el tratamiento, la aparición de efectos secundarios, así como el respaldo médico disponible para su manejo, factores que en conjunto inciden de manera notoria(Cerda *et al.*, 2018).

Factores resaltantes:

- La administración del medicamento en una sola toma diaria, en comparación con esquemas de dosis múltiples, favorece un mejor cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, cuando se requieren condiciones específicas para su administración como tomarlo en ayunas, junto con alimentos con alto contenido de grasa o de manera independiente respecto a otros medicamentos, esto puede dificultar el cumplimiento terapéutico (AT). Asimismo, dicha adherencia tiende a disminuir en contextos de polimedicación(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).
- Otros aspectos que pueden repercutir negativamente en la adherencia al tratamiento están relacionados con las características farmacéuticas y la forma de administración de los medicamentos, tales como las dimensiones de los comprimidos, el gusto de la formulación, la necesidad de administración por vía parenteral o la dificultad para abrir el envase. A esto se suma un factor de especial relevancia: la duración del tratamiento(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

e. Factor Relacionados con el Paciente

Existen diversos elementos que resultan fundamentales para que el paciente con una enfermedad crónica logre una adecuada adherencia a su tratamiento. No obstante, factores como la escasez de recursos económicos, las convicciones religiosas, la edad, el grado de escolaridad (en cuanto a lectura y escritura), los temores del paciente, la percepción limitada de mejoría respecto a su padecimiento, la confianza que tiene en su médico tratante, el deseo de mantener el control sobre su condición, la autoeficacia y su estado de bienestar mental, incrementan el riesgo de un incumplimiento terapéutico(Cerda *et al.*, 2018). Estas suelen ser limitantes para una adecuada adherencia terapéutica y cuando se ven limitadas estas condiciones es improbable que el paciente sea constante en el uso racional de su medicación.

La personalidad del paciente representa otro factor que puede modificar el nivel de adherencia:

- Las personas con un perfil optimista, con esperanza y satisfacción respecto a su vida, así como con capacidad de autocontrol y de afrontamiento ante el diagnóstico, tienden a mostrar una mejor continuidad en su tratamiento(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).
- Por el contrario, la baja autoestima, una perspectiva pesimista, así como actitudes hostiles, cínicas o autodestructivas, pueden repercutir negativamente en la

adherencia terapéutica. De igual manera, el consumo problemático de drogas, tabaco o la dependencia al alcohol han sido reconocidos ampliamente como obstáculos para lograr un cumplimiento adecuado del tratamiento(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

- Tanto el entorno cultural y social del paciente como su personalidad influyen en los resultados del tratamiento; asimismo, la presencia de depresión o de trastornos cognitivos, como el Alzheimer, se consideran entre las principales causas del incumplimiento o la falta de adherencia terapéutica(Dilla *et al.*, 2009).

Métodos de Medición

La medición del cumplimiento del tratamiento terapéutico se llevó a cabo a través de diversos instrumentos, los cuales suelen clasificarse en dos tipos: subjetivos y objetivos

Para efectos de esta investigación, se empleó un instrumento de tipo subjetivo: el Test de Morisky-Green-Levine, reconocido por su amplia validez y aceptación en el campo de estudio. Este instrumento está compuesto por 4 ítems y permite evaluar la falta de adherencia terapéutica a partir de las propias respuestas del paciente, identificando aspectos como olvidos en la toma de medicamentos, dificultades relacionadas con su administración y la persistencia en el tratamiento (Awwad et al., 2022).

Con el propósito de identificar los factores asociados, se utilizó el instrumento elaborado por Consuelo Ortiz (2010), el cual está conformado por 24 ítem y cuatro dimensiones que son factores socioeconómicos, factores relacionados con el proveedor (sistema y equipo de salud), factores relacionados con la terapia y el factor relacionado con el paciente. Este instrumento fue objeto de modificación y adaptación en el presente estudio, en función de los objetivos planteados, y se aplicó con la finalidad de establecer el grado de asociación existente entre dichos factores y el cumplimiento del tratamiento terapéutico(Consuelo Ortiz, 2010).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Características Sociodemográficas

Corresponde al conjunto de rasgos sociales y demográficos propios del paciente hipertenso tales como la edad, el sexo, el estado conyugal, el nivel educativo y la actividad laboral que pueden ejercer influencia tanto en su estado de salud como en su nivel de adherencia al tratamiento terapéutico.

2.3.2. Factor Socioeconómico

Se refiere a la capacidad y disponibilidad de recursos financieros con que cuentan los pacientes hipertensos para acceder a los medicamentos, así como a aspectos como la cobertura de seguro médico, la cercanía a los servicios de salud y el respaldo brindado por la comunidad o el entorno social. Entre los elementos que forman parte de este factor se encuentran el gasto del tratamiento, la ausencia de cobertura médica, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo o enfrentar dificultades económicas (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

2.3.3. Factor Relacionado con el Proveedor: Sistema y Equipo de Salud

Este factor abarca la calidad de la interacción entre el médico y el paciente hipertenso, así como la claridad y suficiencia de la información proporcionada respecto a su condición de salud y tratamiento. Incluye, además, la capacidad del profesional médico para involucrar activamente al paciente dentro de su propio proceso de atención.

La ausencia de una orientación adecuada respecto al tratamiento y/o a la enfermedad, sumada a la limitada accesibilidad a los servicios sanitarios, la extensión de los tiempos de espera, los horarios poco flexibles, el desabastecimiento de medicamentos o la carencia de privacidad en la consulta médica, son elementos que pueden favorecer la no adherencia terapéutica en el paciente (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

2.3.4. Factor Relacionado con la Terapia Farmacológica

Este factor comprende aspectos como la complejidad del esquema de tratamiento (incluyendo la polifarmacia y los horarios de administración), la duración prolongada o indefinida de la terapia, la aparición de reacciones adversas no deseadas o experiencias negativas previas con el tratamiento, así como los posibles ajustes o cambios frecuentes en los medicamentos prescritos a los pacientes hipertensos.

2.3.5. Factor Relacionado con el Paciente

Involucra el grado de comprensión y la percepción que el paciente tiene respecto a su enfermedad, las creencias de índole familiar, así como el olvido en la toma de los

medicamentos en personas que padecen hipertensión arterial(Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

2.3.6. Adherencia Terapéutica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este término alude al nivel en que la conducta de una persona respecto a la ingesta de medicamentos, el cumplimiento de un plan alimentario y la adopción de modificaciones en su estilo de vida se ajusta a las pautas acordadas junto con un proveedor de servicios sanitarios(P. A. H. Organization & Salud, 2004).

Por lo tanto, es la medida en que el paciente sigue con las indicaciones del médico, tales como la ingesta de medicamentos, el mantenimiento de un plan de alimentación y el cambio de estilo de vida.

2.3.7. Hipertensión Arterial

Es aquella situación en la que la presión sistólica llega o excede los 140 mmHg, o bien la presión diastólica llega o excede los 90 mmHg, representando uno de los elementos de riesgo más relevantes tanto para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como para otras enfermedades crónicas en general(Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.4. Marco Ético y Legal

2.4.1. Ley y N°26842: Ley General de Salud

El presente estudio toma como sustento legal la Ley N°26842, la cual establece los principios y disposiciones fundamentales que rigen el sistema de salud peruano, delimitando los derechos, deberes y obligaciones tanto de los pacientes como de los profesionales e instituciones del sector sanitario. Asimismo, esta norma señala que los establecimientos de salud se encuentran facultados para desarrollar actividades de investigación orientadas a mejorar la calidad de la atención brindada, así como para llevar a cabo labores de orientación y capacitación en materia de cuidado de la salud (Congreso de la República del Perú, 1997).

2.4.2. Ley N°29459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

El presente estudio se fundamenta también en la Ley N°29459, norma que establece los principios, criterios y requisitos esenciales relacionados con los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios destinados al uso de la población, garantizando su calidad, seguridad, efectividad y un uso racional de

medicamentos. Esta ley promueve, asimismo, aspectos fundamentales que contribuyen a favorecer cumplimiento del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en las instituciones de salud (Congreso de la República del Perú, 2009).

2.4.3. Ley N°29733: Ley de Protección de Datos Personales

Esta investigación se sustenta, asimismo, en la Ley N°29733, norma que garantiza el derecho fundamental a la protección de los datos personales. En este sentido, la información recolectada de los pacientes hipertensos será empleada exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos y el respeto a la privacidad de los participantes (Congreso de la República del Perú, 2011).

2.4.4. Política Nacional de Medicamentos (RM N°1240-204-MINSA)

Presente investigación se fundamenta también en RM-N°1240-2004, norma que establece lineamientos orientados a regular, garantizar y optimizar la disponibilidad, calidad, acceso equitativo y uso racional de los medicamentos a nivel nacional. Estos principios favorecen un manejo adecuado del tratamiento en los pacientes, contribuyendo a una adherencia óptima y a la mejora general de la salud de la población (Ministerio de Salud del Perú, 2004).

2.4.5. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (DS N°008-2017-SA y Modificaciones)

La presente investigación se sustenta, además, en el DS-N°008-2017, norma que establece las competencias vinculadas a la regulación, control y supervisión de los productos farmacéuticos, así como en materia de investigación y gestión en salud. Este marco normativo respalda el desarrollo de investigaciones orientadas a generar evidencia científica que contribuya a optimizar la atención y el control de las enfermedades (Ministerio de Salud del Perú, 2017).

2.4.6. Consideraciones Éticas para la Investigación (RM N°233-2020-MINSA)

El presente estudio se desarrolló siguiendo los lineamientos éticos establecidos en la RM N°233-2020 MINSA, la cual señala que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el ámbito de la salud, particularmente aquella realizada en seres humanos, asegurando que dicho proceso se lleve a cabo bajo criterios éticos adecuados. En concordancia con esta normativa, la participación de los pacientes en la presente investigación tendrá carácter voluntario (Ministerio de Salud del Perú, 2020).

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Alcance de Investigación

3.1.1. Enfoque: Cuantitativo(Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

3.1.2. Tipo: Básica(Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018)

3.1.3. Nivel: Correlacional (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

3.2. Diseño de Investigación

Diseño no experimental, transversal (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

3.3. Unidad de Análisis

Un paciente

3.4. Población de Estudio

La población estuvo constituida por 944 pacientes con diagnósticos médicos de hipertensión arterial esencial, atendidas en la farmacia de consulta externa y con prescripción de antihipertensivos en el Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud durante los meses de noviembre de 2025 a abril del 2026.

3.5. Muestra

- **Tipo de muestra:** se llevó a cabo mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple, aplicable a una población previamente conocida.
- **Tamaño de muestra.** Quedó conformada por 274 pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial esencial, de ambos sexos, atendidos en la farmacia de consulta externa y con prescripción de antihipertensivos derivados del servicio de cardiología del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud. El cual fue calculado mediante la muestra finita; se consideró a los pacientes hipertensos y se aplicó la fórmula respectiva, tomando en cuenta el tamaño de la población(N=944), un nivel de confianza del 95%(Z=1,96), proporción esperada del 50%(p=q=0,5) y el margen de error aceptable del 5% (0,05).

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Los cálculos

$$n = \frac{944 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (944 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 906,6176 / 3,3179 \rightarrow 274$$

3.6. Criterio de Selección

3.6.1 Criterio de Inclusión

- Pacientes con hipertensión arterial esencial definitivo mayor o igual a 18 años de ambos sexos atendidos en el servicio de cardiología, que recibieron medicamentos antihipertensivos en el Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud.
- Pacientes que acepten participar en la encuesta.

3.6.2 Criterio de Exclusión

- Paciente menor de 18 años
- Pacientes con hipertensión arterial (HTA) presuntivo.
- Pacientes gestantes con hipertensión arterial (HTA).
- Pacientes con hipertensión arterial (HTA) secundaria.
- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impidan responder los instrumentos
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes que carecen de historia clínica disponible o actualizada
- Pacientes que no aceptan participar en la encuesta.

3.7. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica de la encuesta, empleándose como instrumento una guía de encuesta.

3.7.1 Técnica

Se utilizaron dos técnicas

- **Para medir los factores asociados:** la técnica que se empleó en la presente investigación fue la encuesta modificada y adaptada de Ortiz Consuelo, 2010.
- **Para medir la adherencia:** la técnica que se empleó en la presente investigación fue la encuesta, aplicando específicamente el Test de Morisky-Green-Levine.

3.7.2 Instrumento

Se emplearon dos instrumentos.

- **Para medir los factores asociados:** el instrumento fue la guía de encuesta.

El instrumento de Ortiz Consuelo fue adaptado y modificado para adecuarlo a los objetivos y características de la presente investigación. Las modificaciones incluyeron ajustes en la redacción de algunos ítems y eliminación de preguntas que no se entendían(Consuelo Ortiz, 2010).

El instrumento evalúa través de cinco dimensiones y que consta de 28 ítems (anexo 4).

El rango de puntuación será de 0-72 puntos y a los sujetos se clasificará en las siguientes calificaciones de acuerdo a los siguientes puntos de corte por cada dimensión:

- a. Dimensión 1, el factor sociodemográfico.
- b. Dimensión 2, factor socioeconómico:
 - Ventaja para adherencia al tratamiento 13-18 puntos.
 - En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 7-12 puntos.
 - No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento 0-6 puntos.
- c. Dimensión 3, factor relacionado con el proveedor; sistema y equipo de salud:
 - Ventaja para adherencia al tratamiento 17-24 puntos.
 - En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 9-16 puntos.
 - No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento 0-8 puntos.
- d. Dimensión 4, factor relacionado con la terapia:
 - Ventaja para adherencia al tratamiento 13-18 puntos.
 - En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 7-12 puntos.
 - No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento 0-6 puntos.
- e. Dimensión 5, factor relacionado con el paciente:

- Ventaja para adherencia al tratamiento 9- 12puntos.
- En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento 5-8 puntos.
- No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento 0-4puntos.
- **Para medir adherencia terapéutica:** Se realizó empleando la guía de encuesta, elaborada a partir del test de Morisky Green Levine validado en su versión validada al español (anexo 5).

Dicho instrumento está conformada por 4 preguntas con opciones de respuestas dicotómicas (“sí” o “no”) relacionadas con las actitudes de los pacientes hacia la medición, las cuales se plantean de forma intercalada durante la encuesta clínica (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018).

La interpretación de los resultados se realizará de la siguiente manera:

- En caso de que el paciente conteste "No" en las cuatro preguntas del cuestionario (puntaje ≥ 8), esto indica que cumple adecuadamente con el tratamiento indicado para su hipertensión arterial (HTA).
- Si el paciente marca "Sí" en alguna de estas preguntas (puntaje 1-7), esto indica que no logra un cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito para su hipertensión arterial (HTA).

Validez y confiabilidad

- **Validez**

Para medir factores asociados: se realizó por juicio de expertos y la fórmula de V de Aiken.

La validez de contenido del instrumento fue determinada mediante la evaluación de tres especialistas, seleccionados en función de su experiencia y competencia en el área. A partir de dicha evaluación, se realizó el análisis cuantitativo correspondiente utilizando el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor global de 0,92, cifra que se ubica dentro del rango considerado como de "buena validez". Este resultado respalda que el instrumento cuenta con una validez de contenido adecuada, siendo apto para su aplicación en la población objeto de estudio (anexo 9).

Para medir adherencia: Se empleó el instrumento validado por Morisky-Green-Levine.

- **Confiabilidad**

Para medir factores asociados: se realizó por prueba de piloto y formula de alfa de Cronbach.

Con el fin de verificar la consistencia interna de los ítems, se realizó una prueba de piloto y se calculó a través de alfa de Cronbach, cuyo resultado fue 0,74, lo cual demuestra confiabilidad aceptable (anexo 10).

Para medir adherencia: se empleó el test Morisky-Green-Levine.

3.7.3 Procesamiento de Recolección de Datos

Para la recolección de datos de presente investigación se realizó lo siguiente:

1. Solicitud de Autorización

- Se solicitó los permisos correspondientes al director del Hospital II Carlos Tupia García Godos-EsSalud para ejecutar el presente estudio.
- Se estableció coordinación con la jefatura de los servicios de consulta externa y cardiología, informándoles sobre las metas de la investigación y solicitando su colaboración para el desarrollo de la misma.

2. Obtención de Datos

Se realizó a través de encuesta en el área de farmacia de consultorio externo, específicamente que fueron atendidos los pacientes en el servicio de cardiología y, que acuden a la farmacia para recoger sus medicamentos del mes.

La farmacia de consulta externa tiene áreas de entrega y dispensación de recetas.

- Primero, en el área de entrega de las recetas, se observó características de las recetas que indica que el paciente cumpla con los criterios para el estudio y que el diagnóstico tenga CIE-10 I10, edad, servicio de procedencia, que es cardiología.
- Segundo, después de identificar al paciente, se le informó acerca del estudio y, una vez dado su consentimiento informado, participó en la investigación.
- Tercero, se procedió a medir los factores asociados en los pacientes hipertensos, y para evaluar se utilizó la encuesta validada por expertos que consta de 30 afirmaciones que miden los factores asociados a la adherencia terapéutica.
- Cuarto, se procedió la medición del cumplimiento terapéutico respecto al tratamiento antihipertensivo, mediante la aplicación del test de Morisky-Green-Levine.

- Concluidas las entrevistas, se procedió a dar orientaciones farmacéuticas acerca de los medicamentos que estaba tomando para su tratamiento de hipertensión arterial (HTA), entre otros.

3.8. Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron organizados con método baremo y codificados en Microsoft Excel.

El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS statistics 27, mediante el cual se procesaron los resultados considerados en las variables del estudio.

a. Análisis descriptivo: se empleó la estadística descriptiva para conocer las características de los pacientes.

- Características sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia), se presentaron mediante figuras porcentuales.
- Distribución porcentual de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivos se expresaron en tablas.
- Distribución porcentual de la adherencia al tratamiento antihipertensivo se expresaron en figuras

b. Análisis inferencial: se aplicó la estadística inferencial, empleando una prueba no paramétrica para determinar la relación existente entre los factores estudiados y el cumplimiento terapéutico. Para ello, se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson (X^2), considerando un nivel de significancia de 0,05 para la aceptación o el rechazo de la hipótesis.

Los resultados se observaron en tablas y gráficos para facilitar la interpretación.

3.9. Consideraciones Éticas

El estudio de investigación fue aprobado por la Facultad de Ciencias de la Salud con resolución decanal N°902-2025 -UNSCH-FCSA-D. Asimismo, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en la Investigación de la Red Asistencial Ayacucho “Hospital II EsSalud Huamanga” con la carta N°000145-DIREC-ESSALUD-2026.

Asimismo, la presente investigación se desarrolló conforme a los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000). Tomando en cuenta las normas y estándares éticos, legales y jurídicos, tal como se establece en el código ético y de conducta profesional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Solis Sánchez et al., 2023; Universidad Autónoma del Perú, 2020). Al ser prospectivo de tipo

transversal, solo se realizó encuestas, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes.

Finalmente se solicitó el consentimiento informado a los pacientes hipertensos que acudieron al servicio de la farmacia de consulta externa.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

Figura 4

Características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

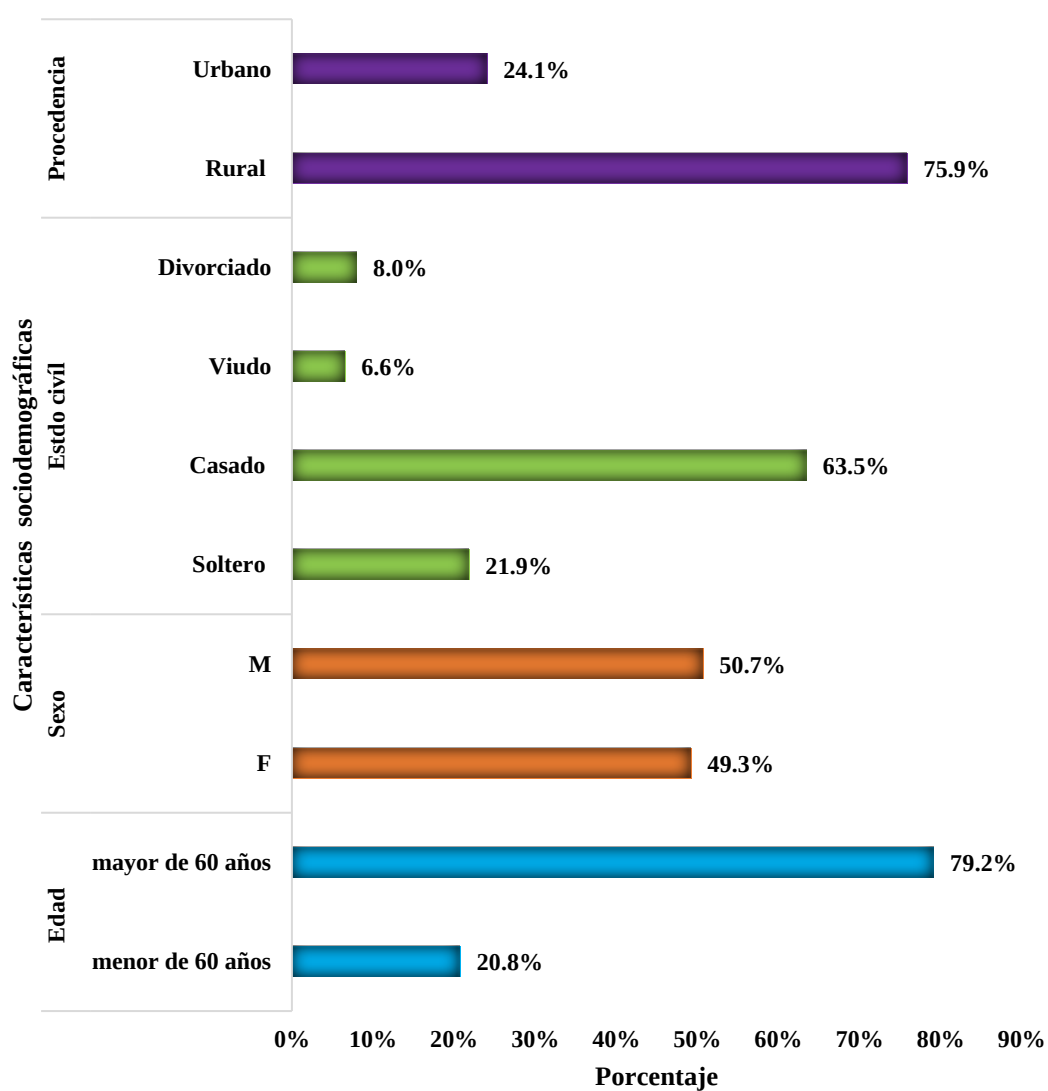


Tabla 13

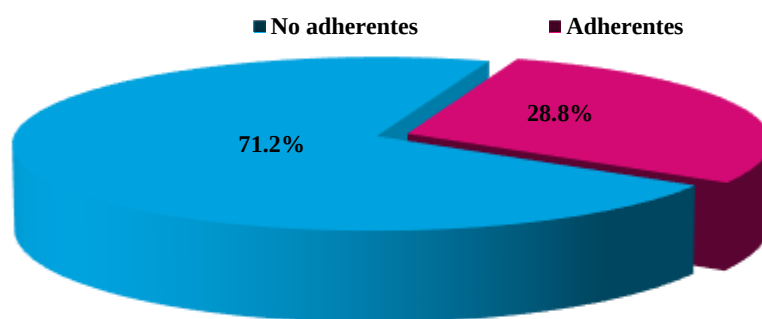
Factores asociados al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factores influyentes	Nunca n (%)	A Veces n (%)	Siempre n (%)	Total
B. Factor socioeconómico				
1. Acceso económico a los medicamentos prescritos	23(8,4)	91(33,2)	160(58,4)	274(100,0)
2. Cobertura del servicio de salud	73(26,6)	113(41,2)	88(32,1)	274(100,0)
3. Acceso a información en salud	53(19,3)	66(24,1)	155(56,6)	274(100,0)
4. Apoyo social y familiar	13(4,7)	54(19,7)	207(75,5)	274(100,0)
5. Accesibilidad a servicio de salud	50(18,2)	96(35,0)	128(46,7)	274(100,0)
6. Capacidad económica para cumplir recomendaciones nutricionales.	138(50,4)	83(30,3)	53(19,3)	274(100,0)
C. Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud				
7. Capacidad de respuesta del personal de salud	5(1,8)	110(40,1)	159(58,0)	274(100,0)
8. Seguimiento y monitoreo del tratamiento	75(27,4)	109(39,8)	90(32,8)	274(100,0)
9. Información sobre la enfermedad	13(4,7)	67(24,5)	194(70,8)	274(100,0)
10. Educación sobre beneficios del tratamiento	46(16,8)	133(48,5)	95(34,7)	274(100,0)
11. Orientación para la adherencia al tratamiento	84(30,7)	95(34,7)	95(34,7)	274(100,0)
12. Empatía y comprensión del personal de salud	40(14,6)	124(45,3)	110(40,1)	274(100,0)
13. Comunicación efectiva	10(3,6)	61(22,3)	203(74,1)	274(100,0)
14. Información sobre resultados esperados del tratamiento	42(15,3)	97(35,4)	135(49,3)	274(100,0)
D. Factor relacionado con la terapia farmacológica				
15. Compatibilidad del tratamiento con las actividades diarias	94(34,3)	100(36,5)	80(29,2)	274(100,0)
16. Accesibilidad geográfica al tratamiento	75(27,4)	87(31,8)	112(40,9)	274(100,0)
17. Compresión del régimen terapéutico	97(35,4)	81(29,6)	96(35,0)	274(100,0)
18. Persistencia de tratamiento ante mejoría	211(77,0)	47(17,2)	16(5,8)	274(100,0)
19. Antecedentes de dificultades en la adherencia	114(41,6)	58(21,2)	102(37,2)	274(100,0)
20. Influencia de hábitos y costumbres en la dieta.	136(49,6)	99(36,1)	39(14,2)	274(100,0)
E. Factor relacionado con el paciente				
21. Creencia en la eficiencia del tratamiento	0(0,0)	64(23,4)	210(76,6)	274(100,0)
22. Interés por el autocuidado	1(0,4)	31(11,3)	242(88,3)	274(100,0)
23. Precepción de importancia en el tratamiento	0(0,0)	21(7,7)	253(92,3)	274(100,0)
24. Responsabilidad en el cuidado de la salud.	1(0,4)	26(9,5)	247(90,1)	274(100,0)

Nota: distribución porcentual de las respuestas brindadas por los pacientes atendidos en la farmacia de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.

Figura 5

Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico representa la distribución porcentual de cumplimiento del tratamiento antihipertensivo atendidos en la farmacia de consulta externa con diagnostico CIE-10 I10.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 14

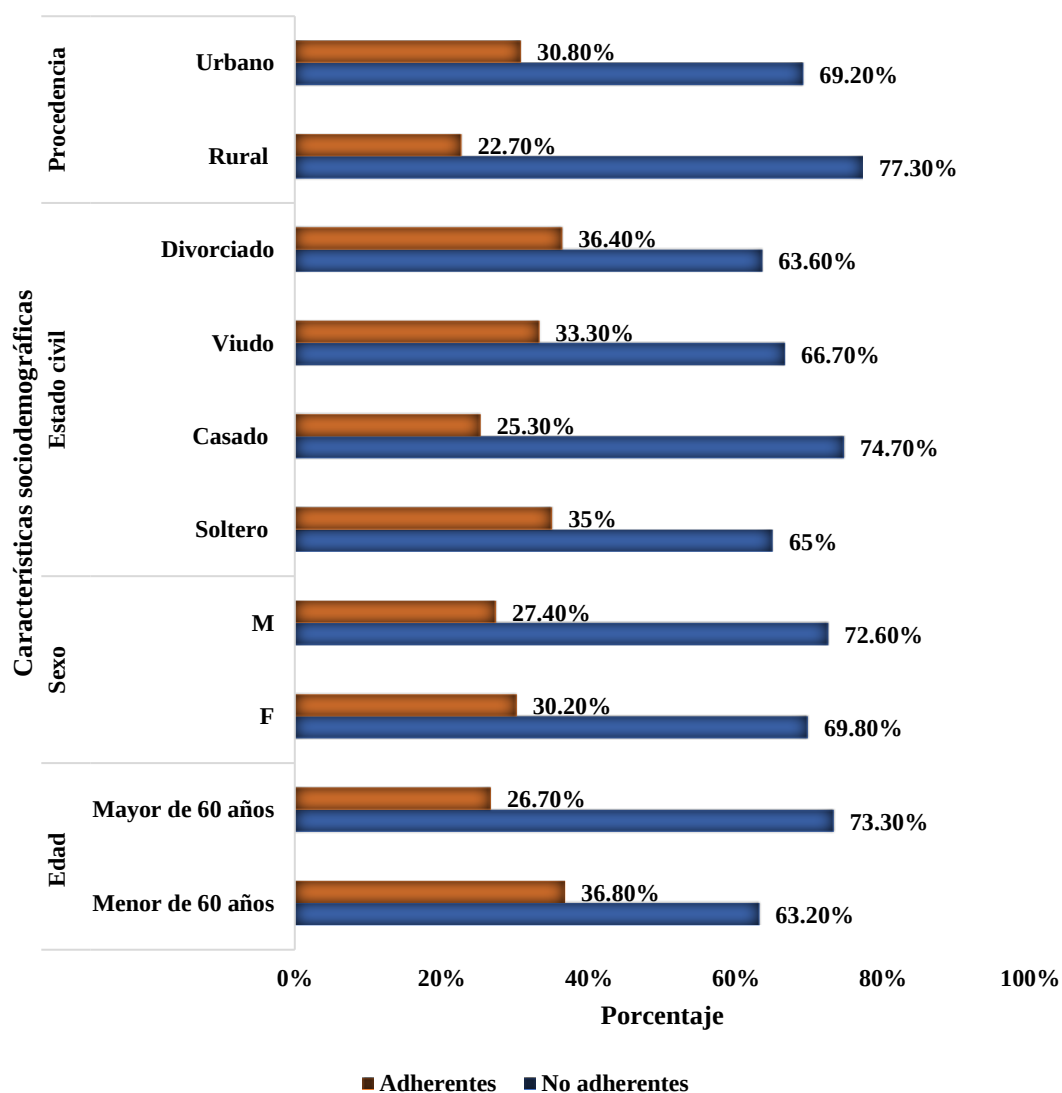
Asociación de los factores estudiados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025

Factores asociados	Chi Cuadrado	Significación asintótica (bilateral)	Asociación significativa
Características sociodemográficas	2,250	0,134	No
Factor socioeconómico	14,602	0,001	Si
Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	12,582	0,002	Si
Factor relacionado con la terapia	43,547	0,001	Si
Factor relacionado con el paciente	0,442	0,506	No

Nota: la tabla muestra la asociación de los factores con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo y la prueba estadístico de Chi-Cuadrado.

Figura 6

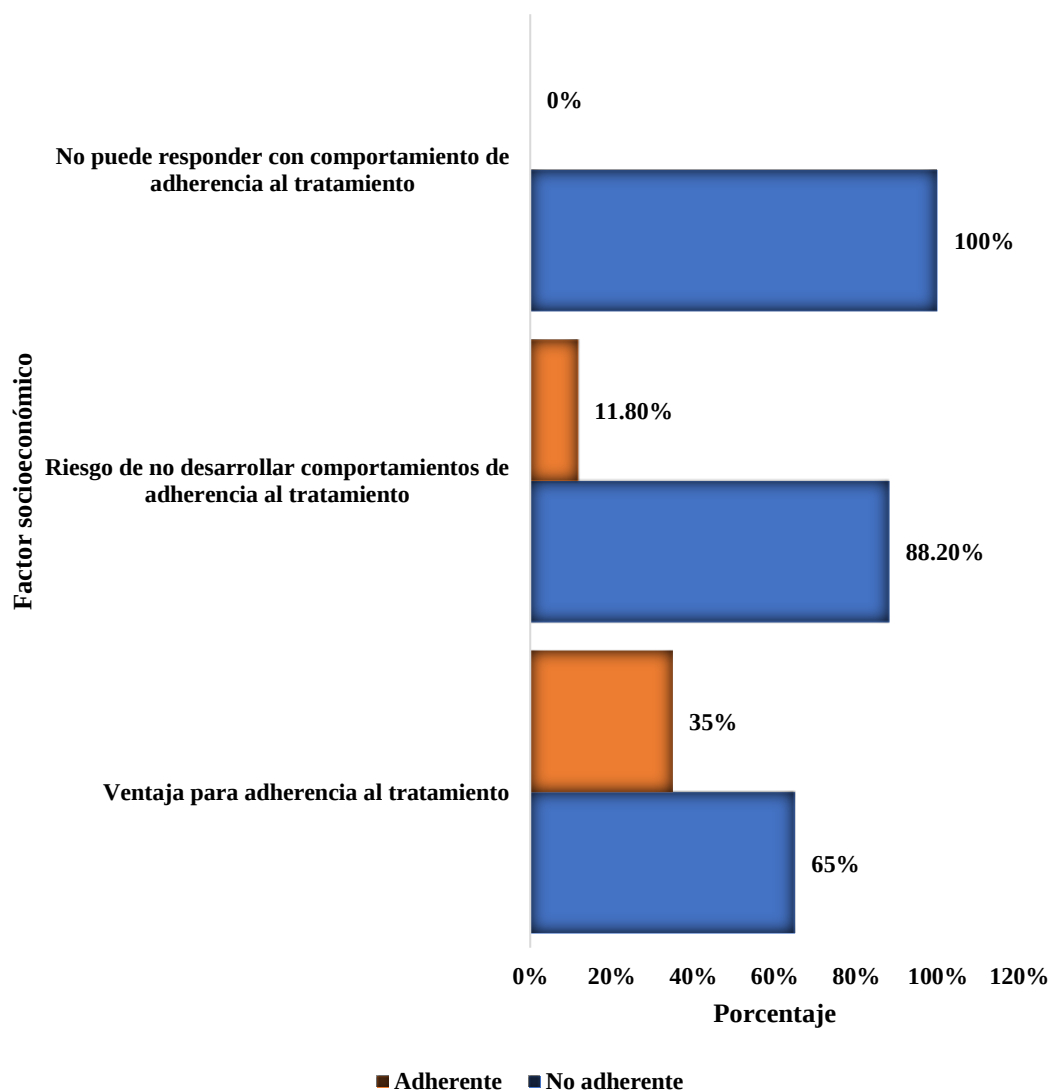
Asociación entre características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico muestra la independencia de características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo: edad ($X^2=2,250$; $p\text{-valor} = 0,134 > 0,05$); sexo ($X^2=0,263$; $p\text{-valor} = 0,608 > 0,05$); estado civil ($X^2=2,964$; $p\text{-valor} = 0,397 > 0,05$); procedencia ($X^2=1,579$; $p\text{-valor} = 0,209 > 0,05$).

Figura 7

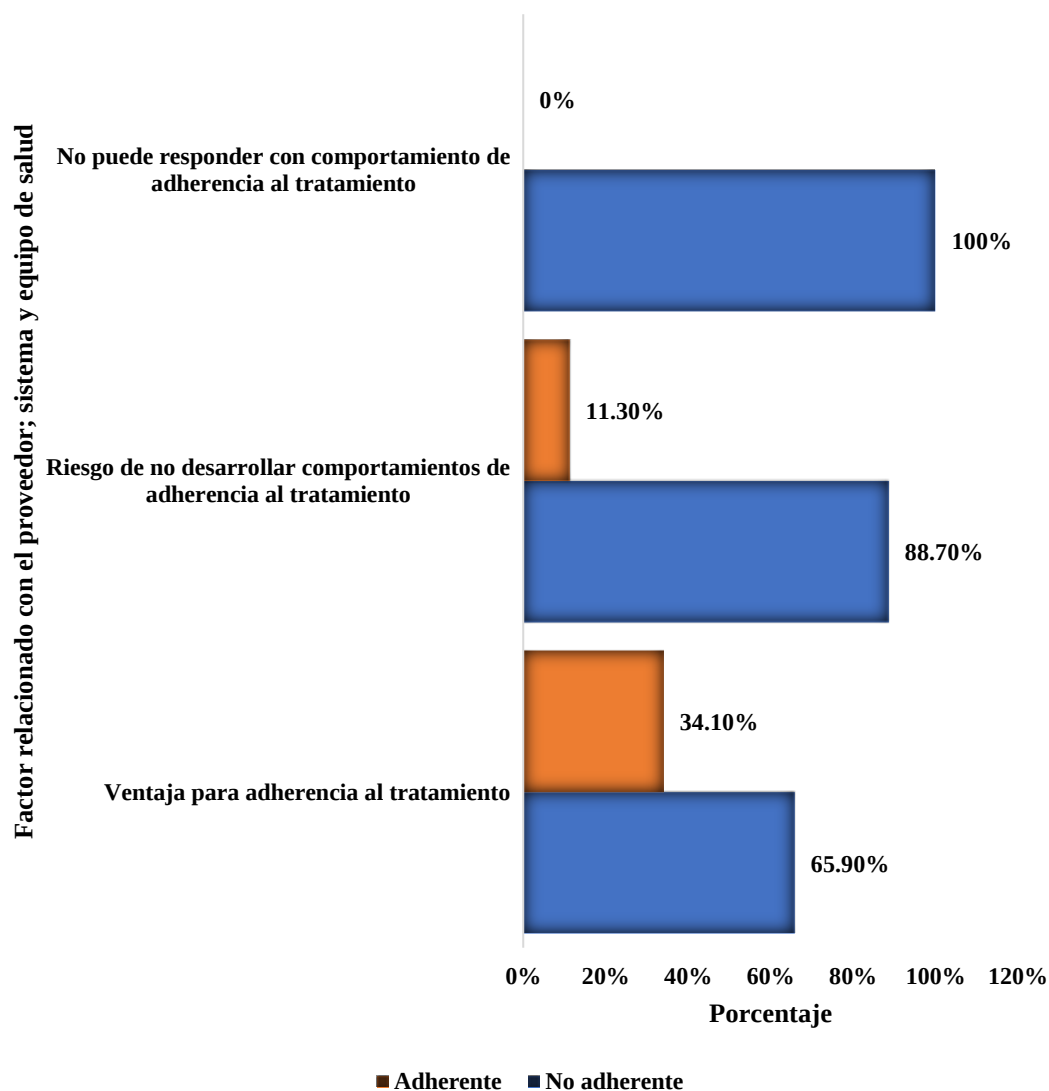
Asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico muestra la dependencia del factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo, donde: $X^2=14,602$; $p\text{-valor}=0,001<0,05$.

Figura 8

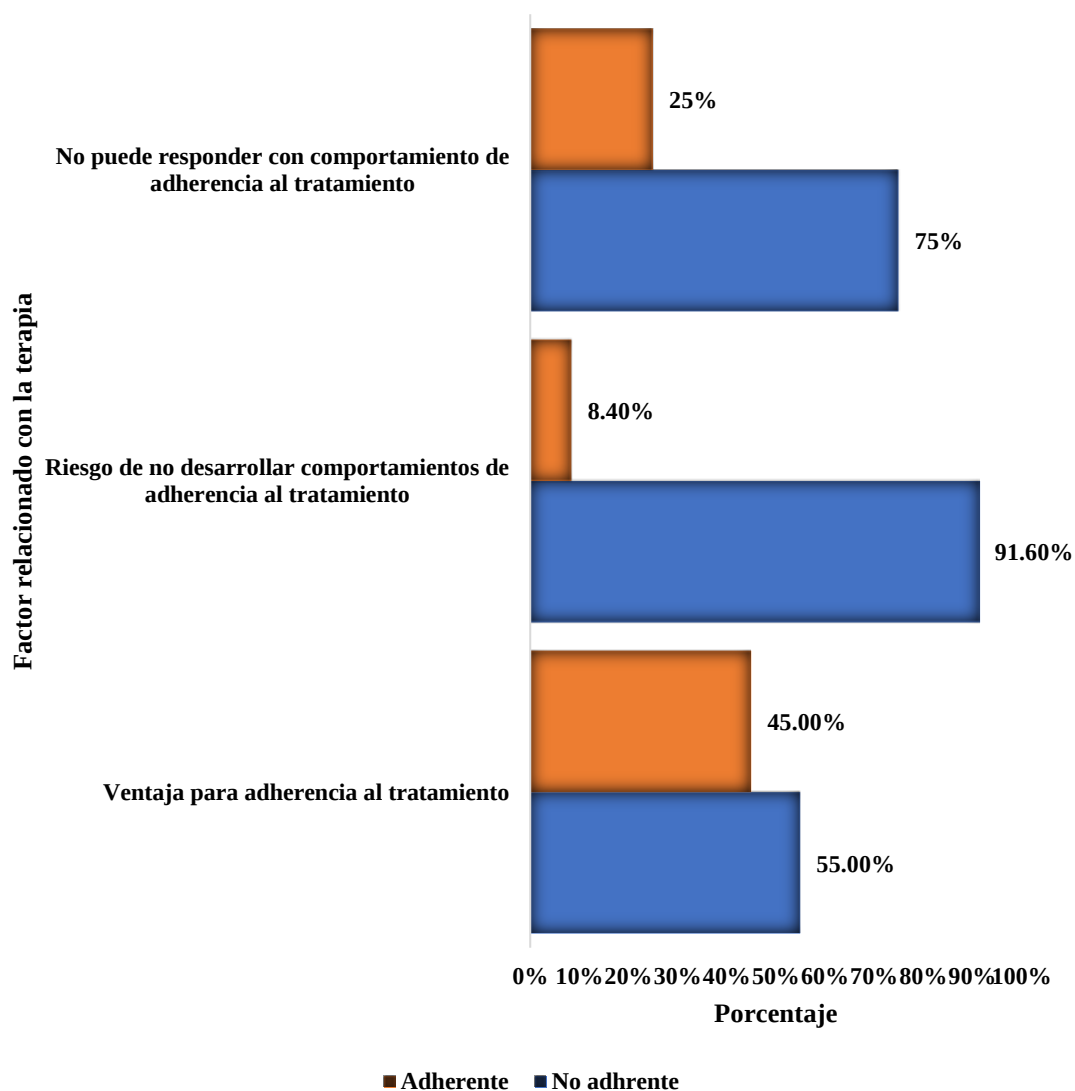
Asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico muestra la dependencia del factor vinculado al proveedor: sistema y equipo de salud y el cumplimiento terapéutico del tratamiento antihipertensivo, donde: $X^2=12,582$; $p\text{-valor}=0,002<0,05$.

Figura 9

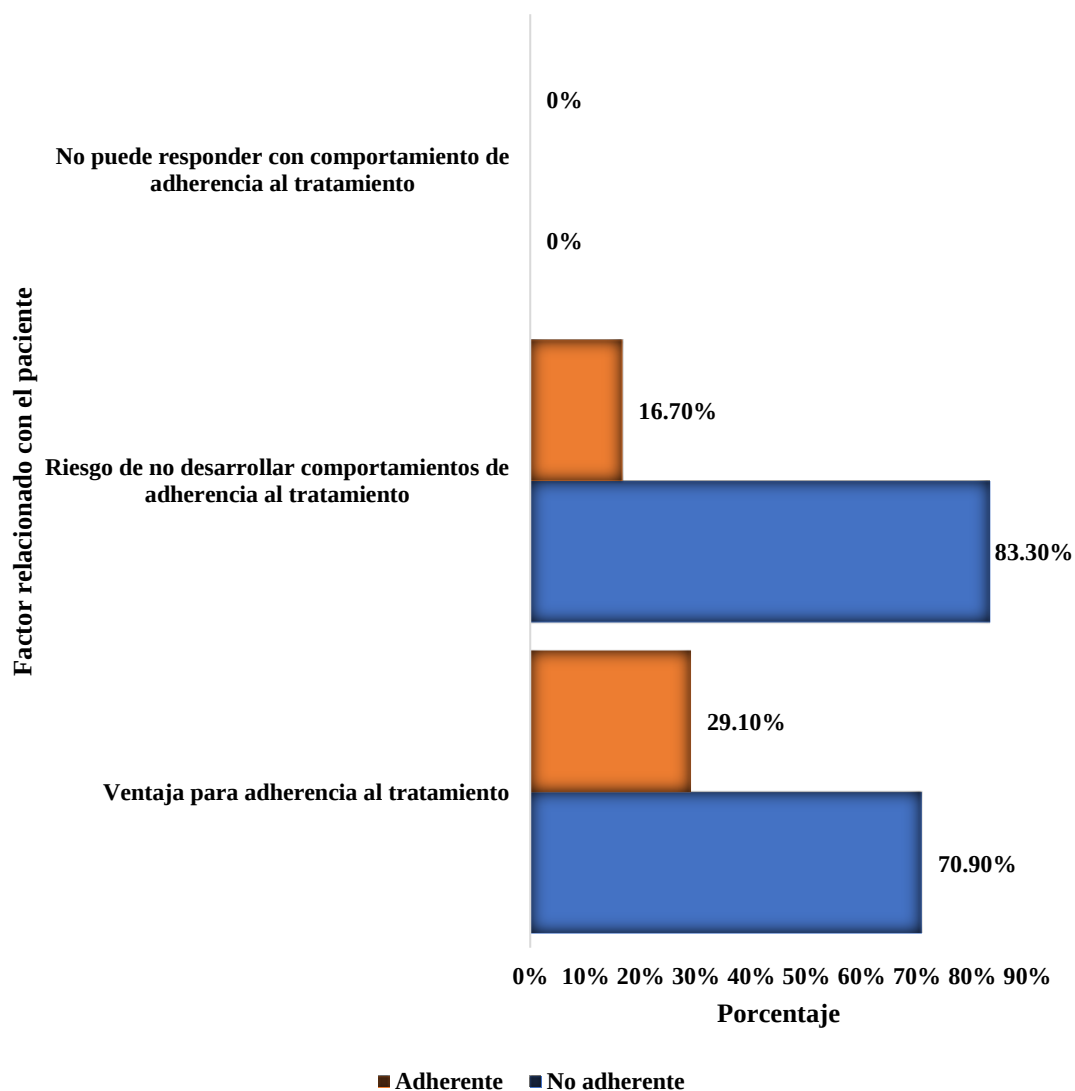
Asociación entre el factor relacionado con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico muestra la dependencia del factor vinculado con la terapia y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, donde: $X^2=43,547$; $p\text{-valor}=0,001<0,05$.

Figura 10

Asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Nota: el gráfico muestra la independencia del factor vinculado con el paciente y el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo, donde: $X^2=0,442$; $p\text{-valor}=0,506>0,05$.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció la existencia de diversos factores que se relacionan de manera significativa con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.

En relación al objetivo general que menciona sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo que como indicador se utilizó Test de Morisky como instrumento, para así tener resultados subjetivos en los pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga. Los resultados en la tabla 14, se evidenciaron con el Chi cuadrado, en donde los factores socioeconómicos($p=0,001<0,05$), el equipo y sistema de salud($p=0,002<0,05$), y la terapia farmacológica ($p=0,001<0,05$) se asociaron significativamente con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Este resultado determina que los factores mencionados son determinantes en la adherencia terapéutica. Estos hallazgos concuerdan parcialmente con lo que reportó Burga Delgado & Segura Vásquez, (2025), quienes determinaron una correlación con significancia estadística entre el factor socioeconómico, el equipo de salud y el tratamiento farmacológico en el Centro de Salud Conchán, Chota, confirmando factores vinculados de manera significativa a la adherencia en el control de la hipertensión arterial (HTA). En contraste Prieto Villanueva & Dolores Huamán, (2019), en sus resultados difiere indicando que no existe una asociación significativa con la adherencia al tratamiento entre el factor socioeconómico($p=0,140>0,05$), factor vinculado con la terapia farmacológica ($p=0,394>0,05$), y el factor vinculado con el paciente($p=0,434>0,05$), pero, sin embargo, evidencia que entre el factor relacionado con el proveedor de salud y la adherencia existe una asociación significativa($p=0,000<0,05$). Asimismo, encontró que el 75,1% de los pacientes hipertensos no logra un cumplimiento adecuado del tratamiento, mientras el 24,9% si presentan adherencia. En el ámbito nacional, Sahuanay-Siu, (2024), encontró un porcentaje elevado de pacientes hipertensos no adherentes en el Hospital de Lima, Perú, lo que contrasta con los resultados del presente estudio donde se identificaron factores específicos que se asocian a la adherencia terapéutica. Esta

diferencia sugiere que la identificación de factores asociados permite una comprensión más profunda de las causas del incumplimiento. Pero sin embargo, Huamán (2018) reportó un 64,6% de los pacientes con adherencia parcial en el mismo Hospital EsSalud Huamanga, evidenciando que las edades de 30 a 60 presentan una mayor adherencia.

En relación al objetivo específico 1, al establecer la asociación entre el factor y la adherencia al tratamiento evaluado a través del instrumento Test de Morisky, se logró identificar de manera subjetiva a los pacientes que cumplían adecuadamente con su tratamiento, según lo indicado en el cuestionario. En la figura 6, los resultados se evidenciaron con prueba de estadístico Chi cuadrado, en donde las características sociodemográficas evaluadas, como edad ($p=0,134 >0,05$), sexo ($p=0,608 >0,05$), estado civil ($p=0,397 >0,05$), procedencia($p=0,209 >0,05$), no presentaron una relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Dando entender que estas características son independientes a la adherencia terapéutica. Aunque se detectó una proporción más alta de falta de adherencia entre los pacientes mayores de 60 años (73,3%), en el sexo masculino (72,60%), en los pacientes casados (74,7%) y en los pacientes de procedencia rural (77,3%), estas diferencias no fueron significativas. Los resultados concuerdan con Huachani Martinez, (2024) donde también ha evidenciado que las características demográficas (edad, nivel educativo, el estado civil, situación laboral, presencia de comorbilidades, existencia de RAM) no fueron estadísticamente significativas($p>0,05$). De manera similar, Tello Roca, (2026) afirma que las características sociodemográficas como la edad ($p=0,136$) y la condición laboral($p=0,275$) no son estadísticamente significativamente($p>0,05$). Esto sugiere que la adherencia terapéutica está influenciada por otros factores distintos a las características sociodemográficas. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por López Vázquez y Chávez Vega, (2016), quienes señalaron que los pacientes hipertensos mayores de 60 años muestran niveles reducidos de cumplimiento terapéutico, asimismo Burga Delgado y Segura Vásquez, (2025) reportaron que el 49,0% de los adultos mayores han presentado un riesgo elevado de falta de adherencia. Pero sin embargo Sahuanay-Siu, (2024) reporta que las edades menores de 69 años no fueron adherentes en un 56,3% y el 56,8% eran mujeres. Según los reportes de los autores, estas diferencias podrían estar relacionadas con las características propias de la población, el contexto sociocultural y las condiciones de acceso y seguimiento del tratamiento.

Estos resultados son confirmados por Martínez Cajamarca, (2012), donde evidencia que los adultos mayores de sexo masculino con 52,1% y de sexo femenino con 39,6% no presentaron adherencia al tratamiento antihipertensivo y que presentan 4,82 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento que las adultas mayores, el sexo masculino presentó una independencia a una tasa no adherente al tratamiento ($p=3,84>0,05$).

En consecuencia, lo hallado en este estudio evidencia que las características sociodemográficas, así como edad, sexo, estado civil y procedencia no guardan asociación con el cumplimiento terapéutico de los pacientes adultos mayores hipertensos.

Respecto al objetivo específico 2, al determinar la asociación entre factor y la adherencia en la figura 7, el estudio se reportó con prueba de Chi cuadrado que existe una asociación significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo ($p=0,001<0,05$). Se evidenció que los pacientes que presentan riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia tuvieron una mayor proporción de no adherencia al tratamiento con 88,2% en comparación con aquellos que contaban ventajas para la adherencia con 65,0%. Estos hallazgos son parcialmente concordantes con Burga Delgado & Segura Vásquez, (2025) quienes reportaron que el 86% de pacientes asociados al factor socioeconómico presentaron una mayor prevalencia en la dificultad de adherencia. En el ámbito local Santiago Chavez, (2024) en Ayacucho reportó una asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento terapéutico al tratamiento antihipertensivo ($p=0,019<0,05$). El 50,0% de los pacientes con nivel socioeconómico regular no fueron adherentes al tratamiento, pero sin embargo el 18,8% del total presentó adherencia terapéutica. De manera similar, en la presente investigación se evidenció una asociación significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento terapéutico ($p=0,001$), donde el 88,2% de los pacientes con riesgo socioeconómico presentó no adherencia alta al tratamiento como un factor determinante en el cumplimiento terapéutico de pacientes con hipertensión arterial (HTA). En contraste Gutiérrez et al., (2017), en su estudio reporta que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo ($p=0,435>0,05$), pero sin embargo evidencia que, de los 150 pacientes hipertensos evaluados, 125 no fueron adherentes al tratamiento, identificándose mayor frecuencia de no adherencia en aquellos con riesgo de no desarrollar comportamiento de no adherencia por factores

socioeconómicos con 44,8% y en quienes no pudieron responder respecto a dicho comportamientos fue el 47,2%.

Estos resultados indican que las limitaciones socioeconómicas constituyen un factor importante de reduce la adherencia terapéutica, posiblemente por dificultades relacionadas con el acceso a medicamentos, costos de tratamiento, apoyo familiar. Por ello, la adherencia no depende únicamente de la voluntad del paciente, sino también del entorno socioeconómico que económico que favorece o dificulta el seguimiento.

En relación al objetivo específico 3, al determinar la asociación entre el factor y el cumplimiento terapéutico, en la figura 8, referida a la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento, se comprobó, mediante la prueba de Chi cuadrado, una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,002>0,05$). Se observó que de los pacientes que percibieron ventaja para la adherencia al tratamiento, el 34,1% presento adherencia al tratamiento antihipertensivo y el 65,9% no mostró adherencia. Por otro lado, los pacientes con riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, solo el 11,3% presentó adherencia, mientras que el 88,7% no fue adherente al tratamiento. Estos hallazgos coinciden parcialmente con Velásquez Montenegro et al., (2022), quienes encontraron una asociación estadísticamente significativamente de ambos factores ($p=0,001>0,05$), pero sin embargo difiere en que los pacientes que percibían ventajas para la adherencia presentaron un mayor porcentaje de adherencia al tratamiento con 68,6%, mientras en aquellos con riesgo con riesgo de no adherencia mostraron mayor porcentaje de incumplimiento terapéutico con 52,8%. De manera similar la presente investigación coincide en señalar que los factores relacionados con el sistema y equipo de salud influyen significativamente en la adherencia terapéutica, evidenciando que una inadecuada orientación, apoyo y empatía contribuyen al incumplimiento en el tratamiento antihipertensivo. Estos resultados son confirmados con Santiago Chavez, (2024), reportó una asociación estadísticamente significativa entre ambos factores al tratamiento antihipertensivo($p=0,002<0,05$), en donde se observó que los pacientes que calificaron el factor proveedor como optimo presentaron mayores porcentajes de adherencia al tratamiento con 16,0%, en comparación con aquellos que percibieron un nivel bajo fue 2,0% o regular con 0,0%. Asimismo, la falta de adherencia fue más frecuente en los pacientes que consideraron regular el factor proveedor, representando el 48,0%, seguido del nivel óptimo con 22,0% y bajo con 12,0%. En contraste Gutiérrez et al., (2017) difiere en sus resultados, que no existe una asociación significativa entre

el factor relacionado con el profesional de salud y la adherencia terapéutica, debido a que se obtuvo un valor $p=0,355>0,05$. Estos hallazgos indican que la calidad de la atención brindada por el profesional de salud, así como la orientación y apoyo del equipo sanitario, influyen significativamente en el cumplimiento terapéutica de los pacientes adultos mayores hipertensos. Por lo tanto, una adecuada relación entre el personal de salud y el paciente contribuyen al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

En relación al objetivo específico 4, al establecer la asociación entre el factor y el cumplimiento terapéutico, en la figura 9 se comprobó, mediante la prueba de Chi cuadrado, una asociación significativa entre los factores vinculados a la terapia farmacológica y el cumplimiento al tratamiento antihipertensivo en los pacientes evaluados ($p=0,001<0,05$). Esto afirma que los factores terapéuticos vinculados influyen de manera significativa en el cumplimiento de tratamiento. Se reportó que 55,0% de pacientes presentaron dificultades en adherencia terapéutica, mientras el 45,0% si presentaron adherencia. Asimismo, se observó que el 91,6% de los pacientes percibían riesgo de no desarrollar comportamientos adecuados de adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que solo el 8,4% si cumplía con el tratamiento. En contraste entre los pacientes que no pudieron responder sobre este comportamiento, el 75,0% no presentaba adherencia y el 25,0% si era adherente. De manera general, del total de pacientes estudiados, el 71,2% no mostró cumplimiento al tratamiento antihipertensivo y únicamente el 28,8% sí presentó adherencia. Estos hallazgos concuerdan parcialmente con Velásquez Montenegro et al., (2022), quienes identificaron el 68,6% de los pacientes que percibían ventajas para la adherencia, no cumplían adecuadamente el tratamiento, mientras que el 31,4% si presentaba adherencia. Asimismo, en los pacientes con riesgo de no adherencia, el 52,8% no eran adherentes y el 47,2% sí lo era. Estas diferencias podrían deberse a factores como el contexto hospitalario, nivel de conocimiento, nivel de educación en salud, diversas ocupaciones. Asimismo, los resultados son consistentes con Laqui Quispe, (2020), donde demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores relacionado al tratamiento antihipertensivo y la adherencia por el valor $p=0,0018<0,05$. Se identificó que el 92,0% de los pacientes hipertensos no logró un adecuado cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, mientras que solo el 8,0% sí fue adherente, reflejando un bajo nivel de cumplimiento terapéutico. Asimismo, entre los pacientes con riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al

tratamiento, el 66,7% no era adherente y el 33,3% sí mantenía adherencia. A nivel nacional, de manera similar Gutiérrez et al., (2017), reportó que existe una asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con la terapia y la adherencia terapéutica, debido a que se obtuvo un valor $p=0,05<0,05$. Estos hallazgos consistentes con Santiago Chávez, (2024), donde evidenció que existe una asociación significativa entre los factores ($p=0,000<0,05$). Se observa que el 46% de los pacientes hipertensos no logra un cumplimiento adecuado del tratamiento, y que existe un factor moderado vinculado con la terapia; asimismo, se determinó que un 4% si presentaban adherencia adecuada. Estos hallazgos indican que los pacientes presentan dificultades asociadas a sus tratamientos, así como la complejidad del esquema terapéutico, la cantidad de medicamentos prescritos, los efectos secundarios o la duración del tratamiento, estos influyen dependientemente en el cumplimiento terapéutica de los pacientes adultos mayores hipertensos.

Finalmente, respecto al objetivo específico 5, al establecer la asociación entre el factor y el cumplimiento terapéutico, en la figura 10 se obtuvo, mediante la prueba de Chi cuadrado, que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el factor vinculado al paciente y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en la población estudiada ($p=0,506>0,05$). Esto afirma que el factor con el paciente independientes en el cumplimiento de tratamiento. Los resultados indican que entre los pacientes que percibieron ventaja para adherencia al tratamiento, el 70,9% no fueron adherentes y el 29,1% sí fueron adherentes. Asimismo, los pacientes en riesgo de no desarrollar comportamiento de adherencia al tratamiento, el 83,3% no presentaron adherencia y el 16,7% sí presentaron adherencia terapéutica. Estos hallazgos son similares con de Gutiérrez et al., (2017), quien reportó también el valor de $p=0,567$ indicando el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento no son significativos. Asimismo, Laqui Quispe, (2020), identificó que el 92,0% de los pacientes lo lograban un cumplimiento adecuado del tratamiento y solo 8,0% mostraron adherencia al tratamiento. Además, entre los pacientes hipertensos que percibían ventaja para la adherencia al tratamiento, el 91,0% no eran adherentes y solo el 9,0% sí mostraron adherencia. De igual manera, la prueba estadística reportó un valor de $p=0,278(p>0,05)$, evidenciando que no existe una asociación significativa entre los factores relacionado con el paciente y la adherencia. De manera similar Santiago Chavez, (2024), demostró que el factor relacionado con el paciente no guarda asociación con el cumplimiento terapéutico ($p=0,118>0,05$); en sus resultados se

observó que el 54% de los pacientes hipertensos encuestados no lograron un cumplimiento adecuado del tratamiento antihipertensivo, y que ninguno de los encuestados presentó un nivel óptimo en el factor relacionado con el paciente. Además, se identificó que ningún participante mostró adherencia al tratamiento en las categorías de nivel bajo y regular. En contraste con Quispe Ramos, (2024), difiere en su resultado, donde identificó que el factor relacionado con el paciente y la adherencia presenta una asociación estadísticamente significativa ($p=0,027<0,05$), se observó en el indicador de ventaja para la adherencia al tratamiento 23,3% no es adherentes al tratamiento y el 21,7% es adherente, mientras el indicador de riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento solo el 5% no es adherente al tratamiento y que el 18,3% es adherente. El presente estudio aporta al demostrar que los factores relacionados con el paciente no determinan significativamente la adherencia al tratamiento antihipertensivos, evidenciado por $p\text{-valor}=0,506>0,05$.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

1. Se identificó los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital “Carlos Tupia García Godos” EsSalud Huamanga. Encontrándose una asociación estadísticamente alta en el factor socioeconómico con $p=0,001$, factor relacionado con el proveedor; sistema y equipo de salud con $p=0,002$ y factor relacionado con la terapia farmacológico con $p=0,001$ y, las características sociodemográficas con $p=0,134$ y el factor relacionado con el paciente con $p=0,506$ no se encontró asociación significativa con la adherencia al tratamiento antihipertensivo.
2. No se halló la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémico atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga donde el p-valor de edad, sexo, estado civil y procedencia fue mayor a 0,05.
3. Se halló alta asociación significativa entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémico atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, con un p-valor=0,001.
4. Se encontró la asociación entre el factor relacionado con el proveedor y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémico atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, con un p-valor=0,002.
5. Se encontró la asociación entre el factor relacionado con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémico atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, con un p-valor=0,001.
6. No se halló la asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémico atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, con un p-valor=0,506.

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

- Implementar programas de educación sanitaria dirigidos a los pacientes hipertensos y familiares, orientados a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad que padecen, la importancia del cumplimiento y las consecuencias de abandonar el tratamiento.
- Se recomienda que el hospital establezca evaluación periódica al personal de salud.
- Desarrollar campañas de promoción del autocuidado y estilo de vida saludable, incentivando hábitos como la alimentación balanceada, actividad física regular y control periódico de la presión.
- Se recomienda realizar investigaciones referentes a satisfacción de usuarios del Hospital II EsSalud Huamanga en pacientes hipertensos para identificar más factores que condicionan a mala adherencia al tratamiento.
- Promover estrategias institucionales que faciliten el acceso económico y geográfico al tratamiento antihipertensivo, garantizando la disponibilidad oportuna de medicamentos y una adecuada cobertura de atención para los pacientes.
- Se recomienda al Hospital integrar un Químico Farmacéutico al equipo para la atención farmacéutica en el servicio de farmacia de consultorio externo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aid Kunert, J. (2015). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 2(2), 43-51. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02\(02\)43-051](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051)
- Awwad, O., AlMuhaissen, S., Al-Nashwan, A., & AbuRuz, S. (2022). Translation and validation of the Arabic version of the Morisky, Green and Levine (MGL) adherence scale. *PLoS ONE*, 17(10), e0275778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275778>
- Bautista-Pérez, R., Pérez-Méndez, Ó., & Franco, M. (2024). Nuevos conceptos en la fisiopatología de la hipertensión arterial. Receptores purinérgicos. *Archivos de Cardiología de México*, 94(4), 14114. <https://doi.org/10.24875/ACM.23000245>
- Beltrán Marentes, O. (2020). Nivel de conocimientos y control en pacientes con hipertensión arterial sistémica. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/11375>
- Biffi, A., Rea, F., Iannaccone, T., Filippelli, A., Mancia, G., & Corrao, G. (2020). Sex differences in the adherence of antihypertensive drugs: A systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*, 10(7), e036418. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036418>
- Bryce-Moncloa, A. (2011). Actualización y raciocinio del mejor tratamiento antihipertensivo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(4), 251. <https://doi.org/10.15381/anales.v71i4.104>
- Burga Delgado, D., & Segura Vásquez, L. D. (2025). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del centro de salud Conchán, Chota 2024. Universidad Nacional Autónoma de Chota. <https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/66da6961-a255-44be-81c6-29b99a27f90b/content>
- Burgal-Cintra, C. J., Pérez-Bichor, A., & Ortega-López, I. L. (2021). Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Electrónica*, 43(6), 1-11. <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4435>
- Burnier, M., Brede, Y., & Lowy, A. (2011). Impact of prolonged antihypertensive duration of action on predicted clinical outcomes in imperfectly adherent patients: Comparison of aliskiren, irbesartan and ramipril. *International Journal of Clinical Practice*, 65(2), 127-133. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02616.x>

- Campbell, N. R. C., Paccot Burnens, M., Whelton, P. K., Angell, S. Y., Jaffe, M. G., Cohn, J., Espinosa Brito, A., Irazola, V., Brettler, J. W., Roccella, E. J., Maldonado Figueredo, J. I., Rosende, A., & Ordunez, P. (2022). Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: Implicaciones de política para la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.54>
- Cerda, J. J. O., Herrera, D. S., Miranda, Ó. A. R., & Legaspi, J. M. O. (2018). Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica. (3). <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>
- Congreso de la República del Perú. (1997). Ley N° 26842, Ley General de Salud - Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su reglamento D.S. N° 009-97-SA. Seminario internacional: Modernización de la seguridad social en salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/320980-ley-n-26842-ley-general-de-salud-ley-n-26790-ley-de-modernizacion-de-la-seguridad-social-en-salud-y-su-reglamento-d-s-n-009-97-sa-seminario-internacional-modernizacion-de-la-seguridad-social-en-salud>
- Congreso de la República del Perú. (2009). Ley N.º 29459. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/2813441-29459>
- Congreso de la República del Perú. (2011). Ley N.º 29733. Ley de protección de datos personales. *El Peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
- Consuelo Ortiz, S. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, (15). <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07.pdf>
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., Toro, J., Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., & Toro, J. (2020). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de la OFIL*, 30(4), 313-323. <https://doi.org/10.4321/s1699-714x2020000400011>

- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Echevarría Quispe, E. M. E., & Chavez Huamani, S. (2012). Factores relacionados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores del hospital Essalud Huamanga-Ayacucho, 2011. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
<https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/20d5ee09-1bea-4c9f-958c-ddc24ebc25ff/content>
- Endes. (2024). Encuesta demográfica y de salud familiar: Enfermedades no Transmisibles-hipertensión arterial.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2017/libro.pdf
- Enrique Aragón, A. J. (2025, mayo 16). Incidencia de la hipertension arterial consultorio 17 Policlínico Universitario Cristóbal Labra , enero 2024 enero 2025. JORCIENCIAPDCL2025. JORCIENCIAPDCL2025.
<https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/JORCIENCIAPDCL2025/2025/paper/viewFile/1048/1568>
- Farrar, J., & Frieden, T. (2025). WHO global report on hypertension 2025. *The Lancet*, 406(10517), 2318-2319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)02208-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)02208-1)
- Formentin-Zayas, M., Carbajales-León, E. B., Medina-Fuentes, G., Formentin-Zayas, D. M., & Formentin-Zayas, M. (2021). Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario “Joaquín de Agüero y Agüero”. *Revista Información Científica*, 100(4), e3444-e3444. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3444>
- García Vargas, A. G., Gamboa Diaz, Y. G., Lugo Valdes, M. L., Pérez Salgado, I. P., & Triana Rodríguez, J. A. T. (2020). Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Primer congreso virtual de ciencias básicas biomédicas en Granna, Manzanillo.
<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/436/234>
- González, Y. O., García, Y. P., & Vega, J. M. (2022). Caracterización de pacientes con hipertensión arterial no controlada en relación con la adherencia al tratamiento
Characterization of Patients with Uncontrolled Arterial Hypertension in Relation

- to Adherence to Treatment. <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2022/fi223e.pdf>
- Gutierrez, M., Morales, R., Castillo, V., & Esther, J. (2017a). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un Hospital General, Octubre 2016. 2017, 57. <https://repositorio.upch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/82385e57-bbdf-42ee-b81a-927f5d1f7a50/content>
- Gutierrez, M., Morales, R., Castillo, V., & Esther, J. (2017b). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, octubre 2026. 2017, 57. <https://repositorio.upch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/82385e57-bbdf-42ee-b81a-927f5d1f7a50/content>
- Hernández-Sampieri, D. R., & Mendoza Torres, Dra. C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 753. <https://bellasartes.upn.edu.co/wp-content/uploads/2024/11/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-Sampieri-Mendoza-2018.pdf>
- Huachani Martinez, H. H. (2024). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la microrred 15 de agosto, Arequipa—2024. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <https://hdl.handle.net/20.500.12773/17489>
- Huaman Chavez, B. H., & Yanet, R. (2018). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tupia García GodosEsSalud. Ayacucho -2018. Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga. <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/66582fe1-ef62-4f5b-98e1-5900312123d1/content>
- Ircañaupa Rupay, J. J., & Yauri De La Cruz, M. V. (2024). Patrones de autocuidado y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial de pacientes que acuden al Centro de Salud Carmen Alto, Ayacucho 2024. <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/20.500.14612/7348>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 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*, 311(5), 507. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Jones, D. W., Ferdinand, K. C., Taler, S. J., Johnson, H. M., Shimbo, D., Abdalla, M., Altieri, M. M., Miembros del Comité de Revisión por Pares, Bansal, N., Bello, A., Bress, P., Carter, J., Cohen, B., Collins, J., -Mensah, C., Davis, L., Egan, , Khan, S., ... Williamson, J. D. (2025). 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA /SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JACC*, 86(18), 1567-1678. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.007>
- Laqui Quispe, Y. X. (2020). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo 2018. 2020, 66. <https://repositorio-api.ujcm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ab79a6a4-25b0-42dc-81f4-27a6553d69d9/content>
- Londoño, E., Gupta, R., Stuyft, P. V. D., Heine, M., Giraldo, G., Ku, G. M., Brettler, J., Rosende, A., Irazola, V., Toelsie, J., Neira, C., Aumala, T., Valdés, Y., Zúñiga, E., Rodríguez, L., Villatoro, M., Escobar, M. C., Pérez, V., Bencomo, A., ... Ordunez, P. (2026). HEARTS quality: A policy framework to strengthen hypertension and cardiovascular risk management in primary healthcare—insights from HEARTS in the Americas. *The Lancet Regional Health - Americas*, 53, 101311. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101311>
- López Vázquez, S. A. L., & Chávez Vega, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n1/rhcm06116.pdf>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humano. *Acta bioethica*, 6(2). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Martínez Cajamarca, C. (2012). Factores asociados con la adhesión al tratamiento farmacológico en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el Centro de Atención Primaria 111 Metropolitano-EsSalud. Ayacucho, 2011. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/156f9afc-0036-48bf-81cc-d31e5ef45fa6/content>

- McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., Christodorescu, R. M., Daskalopoulou, S. S., Ferro, C. J., Gerds, E., Hanssen, H., Harris, J., Lauder, L., McManus, R. J., Molloy, G. J., Rahimi, K., Regitz-Zagrosek, V., Rossi, G. P., Sandset, E. C., ... Khamidullaeva, G. A. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912-4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- Ministerio de salud. (2015). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Resolución Ministerial N.º 031-2015-MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195692-031-2015-minsa>
- Ministerio de Salud del Perú. (2004). Política Nacional de Medicamentos. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352896-politica-nacional-de-medicamentos>
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (Decreto Supremo N° 008-2017-SA). <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1068319-reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-decreto-supremo-n-008-2017-sa>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos. Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541139-233-2020-minsa>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Determinantes sociales de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Organización Mundial de Salud. (2023, septiembre 19). La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2023-oms-detalla-primer-informe-sobre-hipertension-arterial-devastadores-efectos-esta>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2019). Hipertensión. <https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>
- Organization, P. A. H., & Salud, O. M. de la. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

- Organization, W. H. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: Factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica* (Internet), 59(4), 251-258. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Prieto Villanueva, B. S., & Dolores Huaman, M. I. (2019). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de cardiología del Hospital Militar Central, 2018. Repositorio Institucional - UMA. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/194>
- Programa Nacional de Educación sobre la Hipertensión Arterial. (2004). Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (EE. UU.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9630/>
- Quispe Ramos, E. G. (2024). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial en el Puesto de Salud 03 de Octubre_Chimbote, 2023. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/36938>
- Ramírez Pérez, A. del R., Ramírez Pérez, J. F., & Borrell Zayas, J. C. (2020). Adherencia terapéutica antihipertensiva y factores asociados al incumplimiento en el primer nivel de atención en Cienfuegos, 2019. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubfar/rcf-2020/rcf201f.pdf>
- Ramón Soto, J. (2018). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.01.001>
- Regino-Ruenes, Y. M., Quintero-Velásquez, M. A., & Saldarriaga-Franco, J. F. (2022). La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28(6), 7813. <https://doi.org/10.24875/RCCAR.M21000108>
- Ruiz-Saavedra, A., García-Pérez-Velasco, J., Serpa-Morán, J. A., Tejada-González, C., Leandro-Barros, A., & García-Lledó, A. (2025). Hipertensión arterial: Etiopatogenia, clínica, historia natural, complicaciones y tratamiento. Hipertensión arterial en el anciano y en el embarazo. *Medicine - Programa de*

- Formación Médica Continuada Acreditado, 14(39), 2385-2399.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2025.08.013>
- Sahuanay-Siu, A. K. (2024). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos en el consultorio externo de cardiología en un hospital de Lima, Perú. *Revista interamericana de cardiología*, 1(2), 13929. <https://doi.org/10.24875/RIAC.24000002>
- Santiago Chavez, D. (2024). Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho 2022. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e99146ba-6898-4e11-987f-449695895196/content>
- Solis Sánchez, G., Alcalde Bezhold, G., & Alfonso Farnós, I. (2023). Ética en investigación: De los principios a los aspectos prácticos. *Anales de Pediatría*, 99(3), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.005>
- Tello Roca, A. V. (2026). Los principales factores asociados al nivel de adherencia antihipertensiva en el centro de salud Villa Victoria Porvenir – Surquillo, 2024. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/15585>
- Universidad Autónoma del Perú. (2020). Código de ética en la investigación. Universidad Autónoma del Perú. <https://www.autonoma.pe/wp-content/uploads/2023/07/REGLAMENTOS-DE-CODIGO-DE-ETICA-EN-LA-INVESTIGACION.pdf>
- Uscamayta Uscamayta, D. J. (2024). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en un Centro de Salud de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_7781439086f52115a9732c57aeeda97/Details.
- Velásquez Montenegro, Á., Dávila Uriarte, M., & Valladares-Garrido, M. J. (2022). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. *Revista del cuerpo médico hospital nacional Almanzor Aguinaga, Chiclayo, Perú*. 15. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa>
- Wagner Grau, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial: Nuevos conceptos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 175-184. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2075>

- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). Guía de 2017 de la ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA para la prevención, detección, evaluación y manejo de la hipertensión arterial en adultos: Informe del Grupo de Trabajo del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sobre Guías de Práctica Clínica. *Hypertension*, 71(6). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- World Health Organization. (2025). Global report on hypertension 2025. High Stakes. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93b8e571-00a2-4de3-bb34-30f99b384816/content>
- World Health Organization. (2026). Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>
- Zheng, Y., Gao, X., Jia, H.-Y., Li, F.-R., & Ye, H. (2022). Influence of hypertension duration and blood pressure levels on cardiovascular disease and all-cause mortality: A large prospective cohort study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 948707. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.948707>

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de consistencia de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en paciente de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
Problema General ¿Existe factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II “Carlos Tupia García Godos” EsSalud de Ayacucho en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026?	Objetivo General Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II “Carlos Tupia García Godos” EsSalud de Ayacucho en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026.	H1: Existe asociación significativa entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.	Variables 1: Factores asociados a la adherencia a la adherencia Variable 2: Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Alcance de investigación: enfoque cuantitativo de tipo básico y de nivel correlacional Diseño de Investigación: No experimental-transversal y prospectivo Población: 944 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en la farmacia de consulta externa del Hospital EsSalud Huamanga Muestra: 274 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en la farmacia de consulta externa del Hospital EsSalud, teniendo en cuenta criterio de inclusión y exclusión. Unidad de análisis: Un paciente Técnica e instrumentos: Técnica: la encuesta Instrumento: Guía de encuesta Prueba de Validez y Confiabilidad: Juicio de expertos, prueba de piloto (alfa de Cronbach). Test Morisky-Green-Levine. Análisis de datos: Prueba de Chi-cuadrado
Problema Específico: 1. ¿Existe la asociación entre características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivos en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025? 2. ¿Existe la asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025? 3. ¿Existe la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: equipo de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025? 4. ¿Existe la asociación entre los factores relacionados con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025? 5. ¿Existe es la asociación entre los factores relacionados con el paciente de consulta y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025?	Objetivo Específico 1. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025 2. Determinar la asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025. 3. Determinar la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025. 4. Determinar la asociación ente el factor relacionado con la terapia farmacológica y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025. 5. Determinar la asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica atendidos en el Hospital II EsSalud de Ayacucho, 2025.	Ho: No existe asociación significativa entre los factores y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.		

Nota: elaboración propia

Anexo 2

Operacionalización de variables de factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Variable 1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valoración	Escala de Medición	Ítem del Instrumento
Factores asociados a la adherencia	Son las circunstancias, características o condiciones que afectan en la conducta de la persona hacia el cumplimiento del tratamiento y de las recomendaciones proporcionadas por el personal de salud (Gutiérrez <i>et al.</i> , 2017).	Se evaluó a través de una encuesta sobre los factores asociados a la adherencia antihipertensivo en pacientes de consulta externa de EsSalud Huamanga	Características sociodemográficas	Edad	Años	Cuantitativa ordinal	1
				Sexo	1= Masculino 2= Femenino	Cualitativo nominal	2
				Estado civil	1= Soltero (a) 2= Casado (a) 3= Viudo (a) 4= Divorciado(a)	Cualitativa nominal	3
				Procedencia	1=Urbano 2= Rural	Cualitativo nominal	4
			Factor socioeconómico	• Acceso económico a los medicamentos prescritos • Cobertura del servicio de salud • Acceso a información en salud • Apoyo social y familiar • Accesibilidad a servicio de salud • Capacidad económica para cumplir recomendaciones nutricionales.	1= Nunca 2= A veces 3= Siempre	Cualitativo ordinal	Pregunta 5 a 10
			Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	• Capacidad de respuesta del personal de salud • Seguimiento y monitoreo del tratamiento • Información sobre la enfermedad • Educación sobre beneficios del tratamiento • Orientación para la adherencia al tratamiento • Empatía y comprensión del personal de salud • Comunicación efectiva • Información sobre resultados esperados del tratamiento	1= Nunca 2= A veces 3= Siempre	Cualitativo ordinal	Pregunta 11 a 18
			Factor relacionado con la terapia farmacológica	• Compatibilidad del tratamiento con las actividades diarias • Accesibilidad geográfica al tratamiento • Compresión del régimen terapéutico • Persistencia de tratamiento ante mejoría • Antecedentes de dificultades en la adherencia • Influencia de hábitos y costumbres en la dieta.	1= Siempre 2= A veces 3= Nunca	Cualitativo ordinal	Pregunta 19 a 24
			Factor relacionado con el paciente	• Creencia en la eficiencia del tratamiento • Interés por el autocuidado • Precepción de importancia en el tratamiento • Responsabilidad en el cuidado de la salud.	1= Nunca 2= A veces 3= Siempre	Cualitativo ordinal	Pregunta 25 a 28

Anexo 2

Continuación

Variable 2	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valoración	Escala de Medición	Ítem del Instrumento
Adherencia al tratamiento antihipertensivo	Es el grado en que el comportamiento de un paciente, en relación con la toma de medicamento, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario(W. H. Organization, 2003).	Se evaluó la adherencia terapéutica mediante una encuesta de Test de Morisky-Green Levine	Adherencia al tratamiento	• ¿Olvidó alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? • ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada? • Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? • Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	0= no adherente (puntaje 1-7) 1= adherente (puntaje ≥8)	Cualitativo ordinal	Pregunta 1 a 4 del Test de Morisky-Green Levine
				Puntuación del factor socioeconómico asociados a la adherencia según la respuesta • Ventaja para la adherencia al tratamiento • Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento • No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida 1=13-18 puntos 2=7-12 puntos 3=0-6 puntos		
				Puntuación del factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud asociados a la adherencia según la respuesta • Ventaja para la adherencia al tratamiento • Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento • No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida 1=17-24puntos 2=9-16 puntos 3=0-8 puntos		
				Puntuación del factor relacionado con la terapia farmacológica asociados a la adherencia según la respuesta • Ventaja para la adherencia al tratamiento • Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento • No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida 1=13-18 puntos 2=7-12 puntos 3=0-6 puntos		
				Puntuación del factor relacionado con el paciente asociados a la adherencia según la respuesta • Ventaja para la adherencia al tratamiento según la respuesta • Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento • No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	Puntuación obtenida 1=9-12 puntos 2=5-8 puntos 3=0-4 puntos		

Nota: elaboración propia

Anexo 3

Consentimiento informado

Investigador: Muñoz Chávez, Miguel Ángel

Título de la Investigación: Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

- **Objetivo del estudio:**

Identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa atendidos en el Hospital II “Carlos Tupia García Godos” EsSalud de Ayacucho en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026.

- **De los procesos:**

Se realizará la encuesta durante su tiempo. No se realizará ningún procedimiento adicional de la encuesta estructurado.

- **De los beneficios:**

Los resultados permitirán proponer mejoras en la adherencia terapéutico para futuros pacientes.

- **De la confidencialidad:**

La información será anónima y utilizada solo con fines académicos y científicos.

- **De los derechos del participante:**

- ✓ La participación es voluntaria.
- ✓ Puede retirarse en cualquier momento, sin afectar su atención.
- ✓ Puede solicitar información sobre el estudio

- **Consentimiento**

Declaro que he leído y comprendido la información anterior. Acepto participar de forma libre y voluntaria en el estudio.

Firma del participante:.....

Nombre completo:.....

Fecha:.....

Anexo 4

Instrumentos para evaluar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II Carlos Tupia García Godos Huamanga.

Instrucciones:

A continuación, se le presenta una serie de ítems que expone aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le prescribe el médico para su condición de salud actual y que usted siga con las recomendaciones del personal de salud que hace sobre sus cambios en su práctica de vida cotidiana para evita consecuencia y posteriores complicaciones. Por favor marque cada ítem con una sola aspa (X) en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

Factores asociados			
A. Características sociodemográficas			
1. Edad:			
2. Sexo: Masculino () Femenino: ()			
3. Procedencia: Urbano () Rural ()			
4. Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()			
B. Factor socioeconómico	Nunca	A Veces	Siempre
5. ¿El hospital le brinda su tratamiento completo?			
6. ¿En caso que el hospital no le brinde su tratamiento completo puede comprar sus medicamentos sin dificultad?			
7. ¿Puede leer y entender la información sobre el manejo de su enfermedad?			
8. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas cercanas para cumplir su tratamiento?			
9. ¿Acude usted con regularidad al hospital para que se controle y/o continúe su tratamiento?			
10. ¿Le resulta difícil seguir la dieta recomendada por el costo de los alimentos?			

Anexo 4

Continuación

C. Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	Nunca	A Veces	Siempre
11. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
12. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?			
13. ¿Recibe información de su enfermedad por parte del médico que lo atiende?			
14. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
15. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?			
16. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?			
17. ¿El personal de salud le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
18. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
D. Factor relacionado con la terapia farmacológica	Nunca	A Veces	Siempre
19. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
20. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
21. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
22. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
23. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
24. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos difíciles de cambiar?			
E. Factor relacionado con el paciente	Nunca	A Veces	Siempre
25. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
26. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
27. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
28. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

Nota: adaptado de Ortiz

Anexo 5

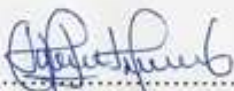
Cuestionario de Morisky, Green-Levine para evaluar la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II Carlos Tupia García Godos Huamanga.

Preguntas	Si	No
1. ¿Olvidó alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Nota: adaptado del instrumento de Morisky-Green-Levine

Anexo 6

Resultados de la validación del instrumento (experto 1).

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR						
CRITERIO DE JUECES						
1. DATOS GENERALES						
1.1. Apellidos y nombres del juez	HUAZACA CARDENAS, Osmar Héctor					
1.2. Grado académico/mención	MAESTRO					
1.3. DNI/Teléfono/o celular	28299444 / 999126238					
1.4. Cargo e institución donde labora	DOCENTE / UNSCH					
2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN						
Indicadores	Criterios	Deficiencia	Baja	Regular	Buena	Muy buena
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables					X
3. Vigencia	Responde a las necesidades actuales					X
4. Organización	Presentación ordenada y lógica					X
5. Suficiencia	Los aspectos conceptuales de los variables son apropiados y están correctamente formuladas				X	
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Organiza apropiadamente las variables, dimensiones e indicadores					X
8. Congruencia	Existe coherencia entre variables, dimensiones, indicadores o ítems					X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación				X	
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X
CONTEO TOATAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E
					3	7
CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez =		$\frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = 0,94$				
3. OPINIÓN DE CALIFICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en le intervalo respectivo y marque con un aspa.						
CATEGORIA		INTERVALO				
No válido, reformular		[0,20 – 0,40]				
No válido, modificar		<0,41 – 0,60]				
Válido, mejorar		<0,61 – 0,80]				
Válido, aplicar		X <0,81 – 1,00]				
4. RECOMENDACIONES:						
INSTRUMENTO APLICABLE						
 FIRMA DEL JUEZ						

Anexo 7

Resultados de la validación del instrumento (experto 2).

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR
CRITERIO DE JUECES**

1. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez : *Urban Yali Gloria Elizabeth*

1.2. Grado académico/mención : *Medicina intensivista*

1.3. DNI/Teléfono/o celular : *46422537*

1.4. Cargo e institución donde labora : *Medico en UCI Lucan*

2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiencia	Baja	Regular	Buena	Muy buena
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables				X	
3. Vigencia	Responde a las necesidades actuales				X	
4. Organización	Presentación ordenada y lógica					X
5. Suficiencia	Los aspectos conceptuales de los variables son apropiados y están correctamente formuladas				X	
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Organiza apropiadamente las variables, dimensiones e indicadores				X	
8. Congruencia	Existe coherencia entre variables, dimensiones, indicadores o ítems				X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X

CONTEO TOATAL DE MARCAS
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)

A	B	C	D	E
			5	5

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = 0,9$

3. OPINIÓN DE CALIFICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en le intervalo respectivo y marque con un aspa.

CATEGORIA	INTERVALO
No válido, reformular	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	X <0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

Colocar la puntuación de los valores en la escala, a veces, siempre en la del.

de operatividad de variables.


 Gloria Elizabeth Urbina Yali
 MEDICINA INTENSIVA
 CARI 075383 - RAE 1706075
FIRMA DEL JUEZ

Anexo 8

Resultados de la validación del instrumento (experto 3).

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN POR
CRITERIO DE JUECES**

1. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del juez : Bautista Flores Yaneth Miriam
 1.2. Grado académico/mención : Química Farmacéutica / Farmacia clínica
 1.3. DNI/Teléfono/o celular : 40545429 / 993037761
 1.4. Cargo e institución donde labora : Química Farmacéutica - ESSALUD

2. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiencia	Baja	Regular	Buena	Muy buena
		1	2	3	4	5
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables					X
3. Vigencia	Responde a las necesidades actuales				X	
4. Organización	Presentación ordenada y lógica					X
5. Suficiencia	Los aspectos conceptuales de los variables son apropiados y están correctamente formuladas					X
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. Consistencia	Organiza apropiadamente las variables, dimensiones e indicadores				X	
8. Congruencia	Existe coherencia entre variables, dimensiones, indicadores o ítems					X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					X
10. Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente					X

CONTEO TOATAL DE MARCAS
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)

A	B	C	D	E
			2	8

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1xA+2xB+3xC+4xD+5xE}{50} = \frac{0,96}{1} = 0,96$

3. OPINIÓN DE CALIFICABILIDAD: Ubique el coeficiente de validez obtenido en le intervalo respectivo y marque con un aspa.

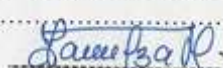
CATEGORIA	INTERVALO
No válido, reformular	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	X <0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....


 Q.F. YANETH BAUTISTA FLORES
 C.O.F.P. # 11619
 Hospital II ES Salud Huamanga
 Red Asistencial Apurc
FIRMA DEL JUEZ

Anexo 9

Validación de expertos por V Aiken

Nº	CRITERIO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	SUMATORIA(S)	N	C	$V = \frac{S}{n(c-1)}$
1	Claridad	4	5	5	11	3	5	0,92
2	Objetividad	5	4	5	11	3	5	0,92
3	Vigencia	5	4	4	10	3	5	0,83
4	Organización	5	5	5	12	3	5	1,00
5	Suficiencia	4	4	5	10	3	5	0,83
6	Pertinencia	5	5	5	12	3	5	1,00
7	Consistencia	5	4	4	10	3	5	0,83
8	Congruencia	5	4	5	11	3	5	0,92
9	Metodología	4	5	5	11	3	5	0,92
10	Aplicación	5	5	5	12	3	5	1,00
Validez Total								0,92

$$V = \frac{S}{n(c-1)} = 0,92$$

Donde:

V= Coeficiente de validez de V de Aiken

S= la sumatoria de los Si

N= Número de jueces

C= Número de valores de la escala de valoración

Intervalo	Significancia
0,00 - 0,49	Validez nula
0,50 - 0,59	Validez muy baja
0,60 - 0,69	Validez baja
0,70 - 0,79	Validez aceptable
0,80 - 0,89	Validez buena
0,90 - 1,00	Validez muy buena

Conclusión: el instrumento demuestra buena validez de contenido(V=0,92), siendo considerado apto para su aplicación

Anexo 10

Confiabilidad del instrumento para evaluar factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Encuestados	Ítems																								Suma
	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p12	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30	
E.1	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	60
E.2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	3	3	55
E.3	2	2	3	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	56
E.4	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3	3	3	61
E.5	3	3	2	2	3	1	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	59
E.6	3	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	3	62
E.7	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	60
E.8	2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	3	2	1	1	3	1	3	3	3	3	3	60
E.9	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	59
E.10	2	3	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	48
E.11	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	3	3	3	3	56
E.12	3	3	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	3	3	43
E.13	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	1	2	3	2	3	49
E.14	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	55
E.15	3	3	3	2	3	1	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	55
Varianza	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3	0,6	0,6	0,4	0,5	0,3	0,5	0,5	0,0	0,2	0,5	0,3	0,2	0,4	0,2	0	0,0	0,0	
	4	5	6		6	9	8			6	6		2	1	6	5		6		6		6	6	6	

α =alfa de Cronbach

K =número de ítems del instrumento (24)

$\sum S_i^2$ =sumatoria de las variables de los ítems (7,8311)

S^2 =Varianza total del instrumento (27,4488)

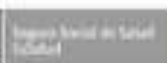
$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

$\alpha=0,746$

Rango de α	Magnitud
>0,90	Excelente
0,80 – 0,89	Bueno
0,70 – 0,79	Aceptable
0,60 – 0,69	Cuestionable
0,50 – 0,59	Pobre
<0,50	Inaceptable

Anexo 11

Carta de aceptación de para ejecución del trabajo de investigación.

					Firmado digitalmente por: MARIBEL JONISLLA PILLACA DNI: 72418275 Correo: jay.es@esalud.gob.pe Fecha: 17/03/2026 11:45:45 AM
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"					
CARTA N° 000145-DIREC-ESSALUD-2026					
San Juan Bautista, 17 de Marzo del 2026					
Señor					
MIGUEL ANGEL MUÑOZ CHAVEZ					
DNI N° 72418275					
Presente. –					
Asunto: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.					
Expediente: 0255620250005393.					
Referencia: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN					
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención los documentos de la referencia comunico que el Comité Institucional de Ética en la Investigación de la Red Asistencial Ayacucho, determina que el Proyecto de Investigación cumple con las condiciones para la aprobación para ser ejecutado.					
En ese sentido, la Dirección de la Red Asistencial Ayacucho AUTORIZA la ejecución del protocolo de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2025".					
Condiciones de la aprobación:					
El investigador principal se compromete a cumplir con las disposiciones, normativas y procedimientos establecidos por Essalud y el CIEI.					
Se deberá presentar informes de avance y un informe final al CIEI.					
Es preciso señalar, que el periodo de vigencia de la presente autorización será de 01 año; a partir del 13 de febrero 2026, en caso expire el plazo establecido para la culminación de su investigación debe solicitar una prórroga al Comité de Ética en Investigación.					
Sin otro particular, me despido de usted.					
Atentamente,					
<i>Firmado digitalmente por</i> MARIBEL JONISLLA PILLACA Directora de Red Asistencial Ayacucho ESSALUD					
MJP					
Este es una copia autografiada impresa de un documento electrónico archivado en el Legajo Social de Salud, según lo dispuesto por el Art. 25 de D.L. 375-2014-F.F. y la Norma Disposición Complementaria Final del D.L. 019-2014-PCM. La autenticidad e integridad pueden ser corroboradas a través de la siguiente dirección web: https://gob.pe/verificalibrosocial o a través de la siguiente clave: 37W58Q.					
www.gob.pe/essalud		Jr. Domingo Cueto N.º 120 Jeová María Lima 11 - Perú Tel.: 265 - 8000 / 265 - 7000			

Anexo 12

Prueba de normalidad para aplicar las pruebas paramétricas o no paramétricas

Aspectos	Kolmogorov-Smirnov				Shapiro-Wilk		
	Adherencia al tratamiento	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	No	0,498	195	0,000	0,472	195	0,000
	Si	0,459	79	0,000	0,551	79	0,000
Sexo	No	0,342	195	0,000	0,636	195	0,000
	Si	0,356	79	0,000	0,635	79	0,000
Estado civil	No	0,369	195	0,000	0,728	195	0,000
	Si	0,329	79	0,000	0,784	79	0,000
Procedencia	No	0,462	195	0,000	0,548	195	0,000
	Si	0,495	79	0,000	0,478	79	0,000
Factor socioeconómico	No	0,425	195	0,000	0,622	195	0,000
	Si	0,529	79	0,000	0,345	79	0,000
Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	No	0,447	195	0,000	0,583	195	0,000
	Si	0,533	79	0,000	0,320	79	0,000
Factor relacionado con la terapia	No	0,358	195	0,000	0,681	195	0,000
	Si	0,510	79	0,000	0,423	79	0,000
Factor relacionado con el pacientes	No	0,539	195	0,000	0,143	195	0,000
	Si	0,532	79	0,000	0,090	79	0,000

Nota: la imagen se muestra que los datos no siguen una distribución normal, entonces las pruebas son no paramétricas ($p=\text{valor}<0,05$).

Anexo 13

Prueba de hipótesis.

Tabla 15

Prueba de Chi cuadrado de factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026

Factores asociados	Chi Cuadrado	Significación asintótica (bilateral)	Asociación significativa
Características sociodemográficas	2,250	0,134	No
Factor socioeconómico	14,602	0,001	Si
Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	12,582	0,002	Si
Factor relacionado con la terapia	43,547	0,001	Si
Factor relacionado con el paciente	0,442	0,506	No

Hipótesis del problema

- **H1(alterna):** si el valor “p” es menor a 0,05, esto indica que existe asociación estadísticamente significativa entre los factores estudiados y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, esto señala que no existe asociación estadísticamente significativa entre los factores estudiados y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga en el periodo de noviembre de 2025 a abril del 2026.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

Se encontró que el factor socioeconómico, así como los factores vinculados al proveedor y a la terapia, presentan una relación estadísticamente significativa con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, con un valor de $p<0,05$. En cambio, tanto las características sociodemográficas como el factor relacionado con el paciente no mostraron una asociación significativa con la adherencia terapéutica

Tabla 16

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre la edad y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Edad	Chi-cuadrado de Pearson	2,250	1	0,134
	Razón de verosimilitud	2,175	1	0,140

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Si el valor “p” es menor a 0,05, esto señala que existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,134$, superior al nivel de significancia establecido ($p>0,05$), por lo que se acepta la hipótesis nula. En consecuencia, no se evidencia una relación estadísticamente significativa entre la edad y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Tabla 17

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	0,263	1	0,608
	Razón de verosimilitud	0,263	1	0,608

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Si el valor “p” es menor a 0,05, esto indica que existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,608$, superior al nivel de significancia establecido ($p>0,05$), por lo que se aprueba la hipótesis nula. En consecuencia, no se evidencia una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Tabla 18

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Estado civil	Chi-cuadrado de Pearson	2,964	3	0,397
	Razón de verosimilitud	2,919	3	0,404

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Si el valor “p” es menor a 0,05, esto indica que existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,397$, superior al nivel de significancia establecido ($p>0,05$), por lo que se aprueba la hipótesis nula. Por consiguiente, no se identifica una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Tabla 19

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el sexo y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Procedencia	Chi-cuadrado de Pearson	1,579	1	0,209
	Razón de verosimilitud	1,632	1	0,201

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Si el valor “p” es menor a 0,05, indica que existe asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

El análisis arrojó un valor de significancia $p=0,209$, cifra que supera el nivel de significancia fijado ($p>0,05$); por ello, se aprueba la hipótesis nula. Esto significa que no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Tabla 20

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Factor socioeconómico	Chi-cuadrado de Pearson	14,602	2	0,001
	Razón de verosimilitud	17,090	2	0,001

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Un valor “p” menor a 0,05, indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** Un valor “p” mayor a 0,05, concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1)

Decisión de resultados:

El análisis arrojó un valor de significancia $p=0,001$, cifra inferior al nivel de significancia establecido ($p<0,05$); por lo tanto, se aprueba la hipótesis alterna. Esto permite identificar una relación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Tabla 21

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	Chi-cuadrado de Pearson	12,582	2	0,002
	Razón de verosimilitud	14,576	2	0,001

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** si el valor “p” resulta menor a 0,05, se evidencia la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” resulta mayor a 0,05, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con el proveedor (sistema y equipo de salud) y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1).

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,002$, cifra inferior al nivel de significancia establecido ($p<0,05$); en consecuencia, se aprueba la hipótesis alterna. Con ello se confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el factor vinculado al proveedor de salud (sistema y equipo de salud) y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, en los pacientes hipertensos.

Tabla 22

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con la terapia y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Factor relacionado con la terapia	Chi-cuadrado de Pearson	43,547	2	0,001
	Razón de verosimilitud	48,149	2	0,001

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** si el valor “p” resulta menor a 0,05, se evidencia la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con la terapia y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” es mayor a 0,05, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con la terapia y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1).

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,001$, cifra inferior al nivel de significancia establecido ($p<0,05$); en consecuencia, se aprueba la hipótesis alterna. Con ello se confirma la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con la terapia y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, en los pacientes hipertensos.

Tabla 23

Prueba de Chi cuadrado de la asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

		Valor	dl	Significación asintótica (bilateral)
Factor relacionado con el paciente	Chi-cuadrado de Pearson	0,442	1	0,506
	Razón de verosimilitud	0,492	1	0,483

Hipótesis específica planteada

- **H1(alterna):** Si el valor “p” resulta menor a 0,05, se evidencia la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con el paciente y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.
- **H0(nula):** si el valor “p” resulta mayor a 0,05, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con el paciente y el cumplimiento o la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Pasos para la decisión

1. Se define el nivel de significancia $\alpha=0,05$.
2. Se contrasta el valor de significancia(p) frente a $\alpha=0,05$.
3. Si $p<0,05$, se acepta la hipótesis alterna (H1)
4. Si $p>0,05$, se acepta la hipótesis nula (H1).

Decisión de resultados:

Se obtuvo un valor de significancia $p=0,506$, cifra superior al nivel de significancia establecido ($p>0,05$); por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula. En consecuencia, no se identifica una relación estadísticamente significativa entre el factor relacionado con el paciente y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes hipertensos.

Anexo 14

Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Tabla 24

Frecuencia de las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

A. Características sociodemográficas	n (%)
Edad	
≤ 60 años	57(20,8)
> 60 años	217(79,2)
Total	274(100,0)
Sexo	
Masculino	135(49,2)
Femenino	139(50,7)
Total	274(100,0)
Estado civil	
Soltero (a)	60(21,9)
Casado (a)	174(63,5)
Viudo (a)	18(6,6)
Divorciado (a)	22(8,0)
Total	274(100,0)
Procedencia	
Urbano	208(75,9)
Rural	66(24,1)
Total	274(100,0)

Nota: elaboración propia

Tabla 25

Distribución de los factores asociados a la adherencia en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factores influyentes				
B. Factor socioeconómico	Nunca n (%)	A Veces n (%)	Siempre n (%)	Total
1. ¿El hospital le brinda su tratamiento completo?	23(8,4)	91(33,2)	160(58,4)	274(100,0)
2. ¿En caso que el hospital no le brinde su tratamiento completo puede comprar sus medicamentos sin dificultad?	73(26,6)	113(41,2)	88(32,1)	274(100,0)
3. ¿Puede leer y entender la información sobre el manejo de su enfermedad?	53(19,3)	66(24,1)	155(56,6)	274(100,0)
4. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas cercanas para cumplir su tratamiento?	13(4,7)	54(19,7)	207(75,5)	274(100,0)
5. ¿Acude usted con regularidad al hospital para que se controle y/o continúe su tratamiento?	50(18,2)	96(35,0)	128(46,7)	274(100,0)
6. ¿Le resulta difícil seguir la dieta recomendada por el costo de los alimentos?	138(50,4)	83(30,3)	53(19,3)	274(100,0)
C. Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	Nunca n (%)	A Veces n (%)	Siempre n (%)	Total
7. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?	5(1,8)	110(40,1)	159(58,0)	274(100,0)
8. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?	75(27,4)	109(39,8)	90(32,8)	274(100,0)
9. ¿Recibe información de su enfermedad por parte del médico que lo atiende?	13(4,7)	67(24,5)	194(70,8)	274(100,0)
10. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?	46(16,8)	133(48,5)	95(34,7)	274(100,0)
11. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?	84(30,7)	95(34,7)	95(34,7)	274(100,0)
12. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?	40(14,6)	124(45,3)	110(40,1)	274(100,0)
13. ¿El personal de salud le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?	10(3,6)	61(22,3)	203(74,1)	274(100,0)
14. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?	42(15,3)	97(35,4)	135(49,3)	274(100,0)

Tabla 25

Continuación

D. Factor relacionado con la terapia	Nunca n (%)	A Veces n (%)	Siempre n (%)	Total
15. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?	94(34,3)	100(36,5)	80(29,2)	274(100,0)
16. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?	75(27,4)	87(31,8)	112(40,9)	274(100,0)
17. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?	97(35,4)	81(29,6)	96(35,0)	274(100,0)
18. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?	211(77,0)	47(17,2)	16(5,8)	274(100,0)
19. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?	114(41,6)	58(21,2)	102(37,2)	274(100,0)
20. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos difíciles de cambiar?	136(49,6)	99(36,1)	39(14,2)	274(100,0)
E. Factor relacionado con el paciente	Nunca n (%)	A Veces n (%)	Siempre n (%)	Total
21. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?	0(0,0)	64(23,4)	210(76,6)	274(100,0)
22. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?	1(0,4)	31(11,3)	242(88,3)	274(100,0)
23. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?	0(0,0)	21(7,7)	253(92,3)	274(100,0)
24. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?	1(0,4)	26(9,5)	247(90,1)	274(100,0)

Nota: distribución porcentual de las preguntas respondidas por los pacientes que acuden a la farmacia de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.

Tabla 26

Categorización de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Categorización del paciente para el factor socioeconómico	n (%)
Ventaja para adherencia al tratamiento	203(74,1)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	68(24,8)
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	3(1,1)
Total	274(100,0)
Categorización del paciente para el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	n (%)
Ventaja para adherencia al tratamiento	211(77,0)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	62(22,6)
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	1(0,4)
Total	274(100,0)
Categorización del paciente para el factor relacionado con la terapia	n (%)
Ventaja para adherencia al tratamiento	151(55,1)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	119(43,4)
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	4(1,5)
Total	274(100,0)
Categorización del paciente para el factor relacionado con el paciente	n (%)
Ventaja para adherencia al tratamiento	268(97,8)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	6(2,2)
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	0(0,0)
Total	274(100,0)

Nota: distribución porcentual de los elementos que inciden en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo (HTA)

Tabla 27

Distribución de la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Adherencia al tratamiento	n (%)
No	195(71,2)
Si	79(28,8)
Total	274(100,0)

Nota: distribución del cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en los pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga.

Tabla 28

Asociación entre características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Edad	Adherencia al tratamiento			Chi Cuadrado (P-valor)
	No (%)	Si (%)	Total (%)	
≤60 años	36 (63,2)	21 (36,8)	57 (100,0)	2,250 (p=0,134 >0,05)
>60 años	159 (73,3)	58 (26,7)	217 (100,0)	
Total	195 (71,2)	79 (28,8)	274 (100,0)	
Sexo	No (%)	Si (%)	Total (%)	0,263 (p=0,608 >0,05)
Masculino	98 (72,6)	37 (27,4)	135 (100,0)	
Femenino	97 (69,8)	42 (30,2)	139 (100,0)	
Total	195 (71,2)	79 (28,8)	274 (100,0)	
Estado civil	No (%)	Si (%)	Total (%)	2,964 (p=0,397 >0,05)
Soltero (a)	39 (65,0)	21 (35,0)	60 (100,0)	
Casado (a)	130 (74,7)	44 (25,3)	174 (100,0)	
Viudo (a)	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (100,0)	
Divorciado (a)	14 (63,6)	8 (36,4)	22 (100,0)	
Total	195 (71,2)	79 (28,8)	274 (100,0)	
Procedencia	No (%)	Si (%)	Total (%)	1,579 (p=0,209 >0,05)
Urbano	144 (69,2)	64 (30,8)	208 (100,0)	
Rural	51 (77,3)	15 (22,7)	66 (100,0)	
Total	195 (71,2)	79 (28,8)	274 (100,0)	

Nota: elaboración propia

Tabla 29

Asociación entre el factor socioeconómico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factor socioeconómico	Adherencia al tratamiento			Chi Cuadrado (P-valor)
	No (%)	Si (%)	Total (%)	
Ventaja para adherencia al tratamiento	132(65,0)	71(35,0)	203(100,0)	14,602 (p=0,001<0,05)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	60(88,2)	8(11,8)	68(100,0)	
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	3(100,0)	0(0,0)	3(100,0)	
Total	195(71,2)	79(28,8)	274(100,0)	

Nota. elaboración propia

Tabla 30

Asociación entre el factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factor relacionado con el proveedor: sistema y equipo de salud	Adherencia al tratamiento			Chi Cuadrado (P-valor)
	No (%)	Si (%)	Total (%)	
Ventaja para adherencia al tratamiento	139(65,9)	72(34,1)	211(100,0)	12,582 (p=0,002<0,05)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	55(88,7)	7(11,3)	62(100,0)	
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)	
Total	195(71,2)	79(28,8)	274(100,0)	

Nota: elaboración propia

Tabla 31

Asociación entre el factor relacionado con la terapia y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertenso de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factor relacionado con la terapia	Adherencia al tratamiento			Chi Cuadrado (P-valor)
	No (%)	Si (%)	Total (%)	
Ventaja para adherencia al tratamiento	83(55,0)	68(45,0)	151(100,0)	43,547 (p=0,001<0,05)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	109(91,6)	10(8,4)	119(100,0)	
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	3(75,0)	1(25,0)	4(100,0)	
Total	195(71,2)	79(28,8)	274(100,0)	

Nota: elaboración propia

Tabla 32

Asociación entre el factor relacionado con el paciente y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos de consulta externa, atendidos en el Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

Factor relacionado con el paciente	Adherencia al tratamiento			Chi Cuadrado (P-valor)
	No (%)	Si (%)	Total (%)	
Ventaja para adherencia al tratamiento	190(70,9)	78(29,1)	268(100,0)	0,442 (p=0,506>0,05)
Riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento	5(83,3)	1(16,7)	6(100,0)	
No puede responder con comportamiento de adherencia al tratamiento	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Total	195(71,2)	79(28,8)	274(100,0)	

Nota: elaboracion propia

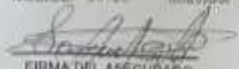
Anexo 15

Evidencia fotográfica del proceso de recolección de datos sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos, atendidos en la farmacia del servicio de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.



Anexo 16

Recetas con el diagnostico I10 (Cie-10) derivados del servicio de cardiología.

No. DE ORDEN: 1778183		FECHA EMISION: 18/04/2026		No. DE ORDEN: 1778183		FECHA EMISION: 18/04/2026			
CEXT CARDIOLOGIA ASEGURADO: PATOLINO PEREZ INOCENCIO AUTOG.: 4012241POPEI007 ACT.MED.: 2822006 DOC: D.N.I.: 28209609 VIGENCIA: 18/05/28				CEXT CARDIOLOGIA ASEGURADO: PATOLINO PEREZ INOCENCIO AUTOG.: 4012241POPEI007 ACT.MED.: 2822006 DOC: D.N.I.: 28209609 VIGENCIA: 18/05/28					
FARMACIA CONSULTA EXTERNA EDAD: 65 años Ines 21 dias ACT.MED.: H/C: 14571				FARMACIA CONSULTA EXTERNA EDAD: 65 años Ines 21 dias ACT.MED.: H/C: 14571					
No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS UMFF CANT.		No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS UMFF CANT.	
1	010400001	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG	30	TB 30,00	1	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG	30	TB 30,00	
		Via Admin. ORAL			Via Admin. ORAL				
		Diagn: I10			Ind: 1TB ALMOERNO				
2	010400009	CAPTAPRIL 25 MG	30	TB 30,00	2	CAPTAPRIL 25 MG	30	TB 30,00	
		Via Admin. ORAL			Via Admin. ORAL				
		Diagn: I10			Ind: 1TB 22 PMA 160/100 MMHG VIA ORAL				
3	010400092	LOSARTAN 50 MG	30	TB 60,00	3	LOSARTAN 50 MG	30	TB 60,00	
		Via Admin. ORAL			Via Admin. ORAL				
		Diagn: I10			Ind: 1TB CADA 12HS				
MEDICO: 28720 GUSVANA DOMINGUEZ RAMIRO ALBERTO FIRMA DEL ASEGURADO:  FIRMA Y FOTOCOPIA DEL MEDICO:  TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA 14 NOV, DIA MUNDIAL PREVENCIÓN DE DIABETES				MEDICO: 28720 GUSVANA DOMINGUEZ RAMIRO ALBERTO FIRMA Y FOTOCOPIA DEL MEDICO:  TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA 14 NOV, DIA MUNDIAL PREVENCIÓN DE DIABETES					
USUARIO: 21488296 FEC.IMP: 18/04/26 HORA: 11:07:27				USUARIO: 21488296 FEC.IMP: 18/04/26 HORA: 11:07:27					

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 559-2026-UNSCH-FCSA-D

BACHILLER: Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ

En la ciudad de Ayacucho, siendo las once de la mañana del día siete de agosto del dos mil veintiséis, se reunieron en el Aula J-201 de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, los docentes miembros del jurado evaluador de sustentación, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.** Presentado por el bachiller Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ para optar el título profesional de Químico Farmacéutico.

El Jurado evaluador de sustentación está conformado por:

Presidente (delegado por el Decano)	: Prof. Johnny Aldo Tinco Jayo
Miembros	: Prof. Johnny Aldo Tinco Jayo
	: Prof. Nancy Victoria Castilla Torres
4to jurado	: Prof. Daniel Santiago Chávez
asesor	: Prof. Luisa Noa Yarasca
secretaria Docente	: Prof. Priscila Licas Conde

Con el quorum de reglamento se dio por inicio la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por la recurrente, y da algunas indicaciones a la sustentante.

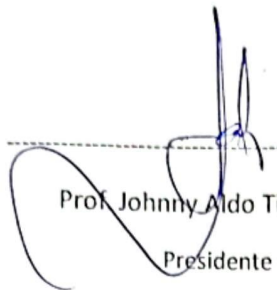
Da inicio la exposición el Bachiller: **Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ**, y una vez concluida la exposición, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas. Acto seguido, después de realizar algunas observaciones, da pase al asesor de tesis profesora Luisa Noa Yarasca para que pueda realizar algunas aclaraciones y comentarios.

Concluida la ronda de preguntas, el presidente invita al sustentante para abandonar el auditorio y se pueda proceder con la calificación.

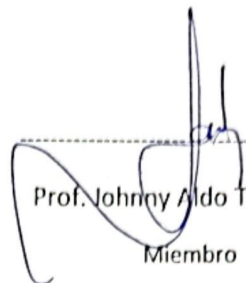
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P.FINAL
Prof. Johnny Aldo Tinco Jayo	17	17	18	17
Prof. Nancy Victoria Castilla Torres	17	17	17	17
Prof. Daniel Santiago Chávez	17	16	17	17
PROMEDIO FINAL:			17	

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar al Bachiller Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ, quien obtuvo la nota final de Diecisiete (17) para la cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente. Siendo las 13:00 horas del día, se da por concluido el presente acto académico.



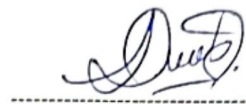
Prof. Johnny Aldo Tinco Jayo
Presidente



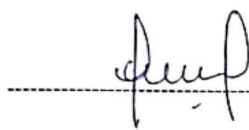
Prof. Johnny Aldo Tinco Jayo
Miembro



Prof. Nancy Victoria Castilla Torres
Miembro



Prof. Daniel Santiago Chávez
Miembro



Prof. Luisa Noa Yarasca
Asesora



Prof. Priscila Licas Conde
Secretaria Docente

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL DE
FARMACIA Y BIOQUÍMICA

El Instructor en Segunda Instancia, en virtud de la RCU N° 039 – 2021 – UNSCH – CU, y en calidad de Director de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, emite la presente

CONSTANCIA

DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A Miguel Angel Muñoz Chavez, Bachiller de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Salud, en mérito a que la tesis titulada: Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.; ha alcanzado un índice de similitud de 23 % (veintitrés por ciento); cumpliendo satisfactoriamente lo establecido en el Art. 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga mediante el uso del SOFTWARE TURNITIN.

En tal sentido, se emite la presente constancia en señal de conformidad.

Ayacucho, 19 de julio de 2026

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

Dr. Enrique Javier Aguilar Felices
Director

Firmado
digitalmente por
Enrique Javier
Aguilar Felices
Fecha: 2026.07.19
22:21:37 -05'00'

CONTANCIA N° 019 - 2026

Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

por Miguel Angel MUÑOZ CHAVEZ

Fecha de entrega: 14-jul-2026 08:18a. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2994833677

Nombre del archivo: 2026_10_julio_borrador_de_tesis_Mu_oz_Miguel.pdf (1.23M)

Total de palabras: 32567

Total de caracteres: 182037

Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de consulta externa del Hospital II EsSalud Huamanga, 2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

13%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

18%

★ hdl.handle.net

Fuente de Internet

Excluir citas

Excluir bibliografía

Activo

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words