

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



**ADHERENCIA AL MANEJO EN PACIENTES DE 30 A 60 AÑOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA, EN BASE A LA ESCALA
HILL-BONE EN LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA ING ORLANDO
RECINOS TAQUILLO, PERIODO DE DICIEMBRE 2025 - ENERO 2026**

Autores:

MULATO RODRIGUEZ, SARA ABIGAIL
PEÑA MEJIA, VICTOR ALEXANDER

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor

DR. CÉSAR DAVID NAVARRO PALACIOS

Ciudad universitaria, "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El salvador, marzo 2026

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN FARFAN MATA
VICERECTOR ACADEMICO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DR. SAUL DIAZ PEÑA

DECANO

DR FRANKLIN ARNULFO MENDEZ DURAN

VICEDECANO

DR. ROBERTO CARLOS HERNANDEZ

SECRETARIO

DR. GEOVANNI ALEXANDER POLANCO

DIRECTOR DE ESCUELA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por permitirme alcanzar este importante logro en nuestra vida profesional, brindándome fortaleza, sabiduría y la oportunidad de culminar esta etapa.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Dr. César David Navarro, tutor de la presente investigación, por su acompañamiento constante, orientación académica y valiosos aportes durante el desarrollo de este trabajo.

A nuestras familias, por sus oraciones, comprensión y por ser nuestro principal apoyo a lo largo de este proceso.

A mi alma mater, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, y así como a los docentes que contribuyeron con sus conocimientos y experiencia a mi crecimiento como profesional.

A la directora de USI Ing. Orlando Recinos Taquillo por brindarnos es espacio para realizar nuestra investigación dentro del establecimiento.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ingeniero Orlando Recinos, Taquillo, durante el período de diciembre de 2025 a enero de 2026. Se realizó una investigación con enfoque mixto, de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de la información se aplicó la Escala Hill-Bone, instrumento que evalúa el cumplimiento farmacológico, la reducción del consumo de sodio y la asistencia a citas médicas.

En las características sociodemográficas predominó el grupo etario de 55 a 60 años con 30.49%, el sexo femenino con 51.22% y el nivel educativo básico con 82.93%. Los resultados evidenciaron que el nivel global de adherencia predominante fue moderado en 56% de los participantes, mientras que 22% presentó alta adherencia y 22% baja adherencia. En la subescala farmacológica se identificaron conductas intermitentes en la toma de medicamentos. En la reducción del consumo de sal, 92.68% mostró adherencia moderada, reflejando hábitos dietéticos inconsistentes. En la asistencia a citas médicas predominó una adherencia entre moderada y buena. El análisis de Pearson mostró una correlación positiva débil entre el puntaje total de la escala y la presión arterial sistólica ($r=0.28$) y una correlación mínima con la presión diastólica ($r=0.07$). Se concluye que predomina una adherencia moderada, por lo que se requiere fortalecer educación, nutrición y seguimiento clínico.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial, Hill Bone, Ingeniero Orlando Recinos, Adherencia al tratamiento, Sodio.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. CAPÍTULO 1: OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICO.....	13
III. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	14
3.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	14
3.1.1 DEFINICIÓN.....	14
3.1.2 CATEGORÍAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	14
3.1.3 DIAGNÓSTICO.....	15
3.1.4. ETIOLOGÍA.....	15
3.1.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	16
3.1.6 EPIDEMIOLOGÍA EN CENTROAMÉRICA Y EL SALVADOR. 17	
3.1.7 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	17
3.2 MANEJO.....	18
3.2.1INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS.....	19
3.2.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	19
3.2.3. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ESTRATEGIA HEARTS EN LAS AMÉRICAS.....	19
3.2.4. PRINCIPIOS CLAVE DEL ENFOQUE HEARTS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA.	20
3.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	21
3.3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.	22
3.3.4.2. FACTORES QUE REDUCEN LA ADHERENCIA.	23
3.3.5 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA.....	24
3.4. ESCALA DE HILL BONE.	25
IV. CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
4.2. LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO.....	29
4.3 UNIVERSO.....	29
4.4. MUESTRA.....	29
4.5. DISEÑO MUESTRAL.....	30
4.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
4.7 VARIABLES.....	31
4.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
4.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y	

PRESENTACIÓN DE DATOS	36
4.9.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	36
V. CAPÍTULO 4: RESULTADOS	41
VI. CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN	54
VII. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	58
VIII. CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES	60
IX. CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFÍA	61
X. CAPÍTULO 9: ANEXOS	64
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	64
ANEXO 2. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESCALA DE ADHERENCIA AL MANEJO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL HILL-BONE	66
ANEXO 3. TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	71

REFERENCIAS DE FIGURAS.

REFERENCIAS DE CUADROS

Cuadro 1: complicaciones de hipertensión arterial.....	18
--	----

Cuadro 2: Escala de adherencia a la medicación antihipertensiva Hill-bone.....	26
---	----

REFERENCIAS DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según grupo de edad	71
---	----

Tabla 2. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según sexo.....	72
---	----

Tabla 3. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	72
---	----

Tabla 4. Indicadores de adherencia a la medicación en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	73
--	----

Tabla 5. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	74
---	----

Tabla 6. Indicadores de adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	74
--	----

Tabla 7. Adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	75
---	----

Tabla 8. Indicadores de adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	75
Tabla 9. Adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	76
Tabla 10. Nivel de adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026.....	76
Tabla 11. Correlación entre valores de presión arterial sistólica y diastólica con el puntaje obtenido en escala hill bone, en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026 por índice de Pearson.....	77

REFERENCIAS DE GRAFICAS.

Grafica 1. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según grupo de edad	41
Grafica 2. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según sexo.....	42
Grafica 3. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	43
Grafica 4. Indicadores de adherencia a la medicación en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	44

Grafica 5. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	45
Grafica 6. Indicadores de adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.....	46
Grafica 7. Adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	47
Grafica 8. Indicadores de adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	48
Grafica 9. Adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.....	49
Grafica 10. Nivel de adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026.....	50
Tabla 11.1 y 11.2. Correlación entre valores de presión arterial sistólica y diastólica con el puntaje obtenido en escala hill bone, en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026 por índice de Pearson.....	52

I.INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, uno de los desafíos más apremiantes para la salud pública global es la persistencia de estilos de vida sedentarios y patrones de consumo orientados hacia alimentos procesados con altos contenidos de sodio. Esta realidad, impulsada en gran medida por la influencia de la publicidad y las tendencias del mercado, ha consolidado a la hipertensión arterial (HTA) como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes. En El Salvador, la HTA no solo representa una de las principales causas de consulta ambulatoria, sino que constituye un factor de riesgo determinante para complicaciones graves de naturaleza cardiovascular, renal y neurológica(1)

A pesar de la existencia de marcos de acción integral, como la Estrategia HEARTS impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el éxito en el control de esta patología no depende exclusivamente de la disponibilidad de fármacos, sino fundamentalmente de la adherencia terapéutica. La adherencia se define como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, abarcando tanto la toma regular de medicamentos como la asistencia a controles y la adopción de hábitos alimenticios saludables. (2) No obstante, la evidencia internacional y local sugiere que la falta de cumplimiento es una barrera crítica que incrementa los costos del sistema de salud y eleva la morbilidad y mortalidad de la población.

A nivel mundial, se estima que más de 1,280 millones de adultos padecen hipertensión de los cuales una proporción significativa reside en países de bajos y medianos ingresos donde el control adecuado es inferior al 20%.(3) Investigaciones previas en la región latinoamericana, incluyendo estudios en Colombia y El Salvador, han demostrado que factores como el olvido, la complejidad del régimen farmacológico, los efectos secundarios y las barreras socioeconómicas son los principales detonantes del abandono del tratamiento (3). En municipios como Santiago de la Frontera o en contextos rurales similares a la zona de La Libertad (4) la HTA se ha posicionado sistemáticamente como la primera causa de morbilidad, subrayando la urgencia de evaluar cómo los pacientes gestionan su enfermedad en el día a día.

Para abordar esta problemática de manera científica, la presente investigación se centra en la población atendida en la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo. El estudio se desarrolló entre diciembre de 2025 y enero de 2026, enfocándose en pacientes de entre 30 y 60 años. Este grupo etario es de vital importancia, ya que representa a la población en edad productiva donde el control efectivo de la presión arterial puede prevenir décadas de discapacidad o muerte prematura.

El eje metodológico de este informe se fundamenta en la aplicación de la Escala Hill-Bone (Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale), un instrumento validado internacionalmente que permite medir de forma multidimensional el cumplimiento farmacológico, la asistencia a citas y la reducción de sal en la dieta. La relevancia de este estudio radica en que no solo se limita a la percepción del paciente, sino que contrasta los niveles de adherencia obtenidos con los registros de presión arterial del Sistema de Información en Salud (SIS).

De esta manera, el informe busca generar evidencia local sólida que permita identificar los factores específicos que limitan el éxito de la Estrategia HEARTS en la comunidad de Taquillo. Los resultados aquí presentados pretenden servir como base para que el personal de salud realice intervenciones educativas personalizadas, fortalezca el seguimiento clínico y, en última instancia, mejore la calidad de vida de los pacientes hipertensos mediante un manejo terapéutico efectivo y sostenible.

II. CAPÍTULO 1: OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala Hill-Bone en la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo, periodo de diciembre 2025 - enero 2026

OBJETIVOS ESPECÍFICO

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio.
2. Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión arterial crónica mediante la escala de Hill-Bone en la población de estudio.
3. Determinar los hábitos relacionados con el consumo de sodio en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio utilizando la escala Hill-Bone.
4. Determinar el nivel de asistencia y cumplimiento a citas médicas en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en estudio mediante la escala de Hill-Bone.

III. CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

3.1 ASPECTOS GENERALES SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

3.1.1 DEFINICIÓN

La hipertensión arterial crónica (HTA-C) es un síndrome en el cual existe un incremento de la presión arterial a causa de desequilibrios hemodinámicos, donde participan múltiples factores y órganos lo que causa afectación a nivel sistémico y que se mantiene a través del tiempo, es incurable, pero puede mantenerse bajo control con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

En 2021, el ministerio de salud de El Salvador en sus lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención, define la hipertensión arterial como: Elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más ocasiones (3).

3.1.2 CATEGORÍAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Para 2025 la American Heart Association (AHA), clasifica la presión arterial en: normal, elevada, hipertensión etapa 1 e hipertensión etapa 2 (4).

- Normal: Presión arterial sistólica (PAS) menor a 120 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) menor a 80 mmHg.
- Elevada: PAS de 120-129 mmHg y PAD menor a 80 mmHg.
- Hipertensión Etapa 1: PAS de 130-139 mmHg o PAD de 80-89 mmHg.
- Hipertensión Etapa 2: PAS de 140 mmHg o mayor o PAD de 90 mmHg o mayor.

En El Salvador actualmente se continúa utilizando la clasificación en base a el consenso establecido en la guía ESC/ESH de 2018 sobre diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial (5):

- Óptima: PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg.
- Normal: PAS 120 a 130 y PAD 80 a 84 mmHg.
- Normal alta: PAS 131 a 139 PAD 85 a 89 mmHg.
- HTA Grado I: PAS 140 a 159 y PAD 90 a 100 mmHg.
- HTA Grado II: PAS 160 a 179 y PAD 101 a 109 mmHg.
- HTA Grado III: PAS $\geq$ 180 y PAD $\geq$ 110 mmHg.
- HTA Sistólica aislada: PAS $\geq$ 140 y PAD < 90 mmHg.

3.1.3 DIAGNÓSTICO.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y en la gran mayoría de casos asintomática, la única forma de diagnóstico en la consulta es la medición adecuada de la presión arterial. En los establecimientos de salud la presión arterial debe ser medida desde la preparación del paciente por el personal de enfermería, así como por el médico que brinda la consulta.(4)

Frente a personas con resultados anormales de presión arterial, se debe tomar por lo menos dos mediciones separadas por al menos 5 a 10 minutos, con el paciente relajado, en la posición adecuada y utilizando un dispositivo calibrado.

Se diagnostica HTA en los siguientes casos:

- Cuando la presión arterial sistólica es mayor a 140 mmHg o
- Cuando la presión arterial diastólica es mayor a 90 mmHg (4)

3.1.4. ETIOLOGÍA.

La hipertensión arterial se clasifica en hipertensión primaria o esencial (90–95% de los casos), en la cual no se identifica una causa específica, pero está asociada a factores genéticos, envejecimiento, sobrepeso, dieta rica en sodio, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol y estrés crónico (6, 7). Por otro lado, la hipertensión secundaria (5–10% de los casos) se debe a patologías subyacentes como enfermedad renal crónica, estenosis de la arteria renal, trastornos endocrinos —incluyendo hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing y feocromocitoma—, así como al uso de fármacos como corticosteroides y anticonceptivos orales (9,10).

Los mecanismos fisiopatológicos involucrados incluyen un aumento de la resistencia vascular periférica, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, disfunción endotelial y alteraciones en el manejo renal del sodio (6,7,8).

3.1.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión arterial resulta de una compleja interacción entre factores genéticos, ambientales y neurohormonales que alteran el equilibrio entre el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica.

Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): La activación excesiva del SRAA conduce a la producción de angiotensina II, un potente vasoconstrictor que incrementa la resistencia periférica y estimula la secreción de aldosterona, favoreciendo la retención de sodio y agua.(11,12,13,30)

Disfunción endotelial: La reducción de la biodisponibilidad de óxido nítrico y el aumento de factores vasoconstrictores como la endotelina-1 contribuyen a un tono vascular elevado de forma crónica.

Hiperactividad simpática: Un exceso de actividad del sistema nervioso simpático incrementa la frecuencia cardíaca y la contractilidad, así como la vasoconstricción, lo que eleva la presión arterial.

Alteración en la excreción renal de sodio: Riñones con capacidad

disminuida para excretar sodio generan un balance positivo de sodio y expansión del volumen intravascular, aumentando la presión arterial.(14)

3.1.6 EPIDEMIOLOGÍA EN CENTROAMÉRICA Y EL SALVADOR.

La hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en la región. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud la prevalencia estimada de HTA en adultos en Centroamérica oscila entre el 22% y el 30%, con variaciones por país y género (15,20)

En El Salvador la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles 2022 reportó que aproximadamente 27.5% de los adultos presentan hipertensión (22)., siendo más frecuente en personas mayores de 50 años y con predominio en el sexo femenino. Se ha observado además que un porcentaje significativo desconoce su condición y no recibe tratamiento, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares.

3.1.7 COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión no controlada es uno de los principales determinantes de morbilidad y mortalidad cardiovascular en el mundo. Entre las complicaciones más relevantes se incluyen (16,21)

Cuadro 1. complicaciones de hipertensión arterial.

Sistema / Órgano Afectado	Complicaciones Asociadas
Cardiovascular	Hipertrofia ventricular izquierda; Insuficiencia cardíaca; Cardiopatía isquémica (angina, infarto); Disección y aneurisma de aorta.
Cerebrovascular	Accidente cerebrovascular isquémico; Accidente cerebrovascular hemorrágico; Encefalopatía hipertensiva; Deterioro cognitivo; Demencia vascular.
Renal	Nefroesclerosis hipertensiva; Enfermedad renal crónica.
Ocular	Retinopatía hipertensiva; Edema de papila en casos severos.

² Fuente: organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas: Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades cardiovascular

Según la OPS, en América Latina y el Caribe, la hipertensión es responsable de más del 50% de los casos de accidente cerebrovascular y de aproximadamente un tercio de las enfermedades cardíacas isquémicas (16, 36)

3.2 MANEJO

El manejo de la hipertensión arterial se basa en estrategias no farmacológicas y farmacológicas, según la severidad y el riesgo cardiovascular global del paciente (17)

3.2.1 INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS.

- Reducción de la ingesta de sodio (<2 g/día).
- Dieta rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas (dieta DASH).
- Ejercicio aeróbico regular (150 min/semana).
- Reducción del consumo de alcohol.
- Pérdida de peso en caso de sobrepeso u obesidad.
- Manejo del estrés.

3.2.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Se inicia en pacientes con presión $\geq 140/90$ mmHg o $\geq 130/80$ mmHg en presencia de enfermedad cardiovascular, diabetes o enfermedad renal crónica (18).

Los grupos de fármacos más utilizados incluyen:

- Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona).
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (enalapril, lisinopril).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) (losartán, valsartán).
- Calcio antagonista (amlodipino, nifedipina).
- Betabloqueantes (atenolol, metoprolol)
en casos específicos como cardiopatía isquémica

3.2.3. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ESTRATEGIA HEARTS EN LAS AMÉRICAS.

La Estrategia HEARTS en las Américas, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, busca mejorar la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en

atención primaria, con un fuerte enfoque en el manejo estandarizado de la hipertensión arterial. (19, 21,37)

3.2.4. PRINCIPIOS CLAVE DEL ENFOQUE HEARTS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA.

1. Protocolos estandarizados y simplificados

Utilizar esquemas claros para el inicio y ajuste de medicamentos. Favorecer el inicio temprano de tratamiento combinado en dosis fija (dos fármacos en un solo comprimido) para mejorar la adherencia y lograr un control más rápido de la presión arterial. (23)

2. Objetivos terapéuticos claros

Mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg en todos los pacientes. En pacientes con alto riesgo cardiovascular (diabetes, enfermedad renal crónica, antecedente de enfermedad cardiovascular), el objetivo es <130/80 mmHg, siempre que sea tolerado. Medicamentos preferidos en primera línea según la OPS (2022), los grupos farmacológicos recomendados son:

- Diurético tiazídico o tiazida-like (clortalidona, indapamida).
- Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de angiotensina II (ARA-II).
- Calcio antagonista de acción prolongada (amlodipino, nifedipina de liberación prolongada).

ESQUEMA INICIAL RECOMENDADO:

- Combinación de un IECA o ARA-II + Calcio antagonista, o
- Combinación de un IECA o ARA-II + Diurético tiazídico.

3. Seguimiento frecuente: Reevaluar cada 2–4 semanas hasta alcanzar la meta de presión arterial. Luego, controles trimestrales o semestrales según la estabilidad del paciente.

4. Estrategias no farmacológicas HEARTS

Enfatiza que los cambios en el estilo de vida son esenciales y deben implementarse junto con el tratamiento farmacológico:

- Reducción de sal (<5 g/día).
- Consumo adecuado de frutas y verduras.
- Actividad física regular
- Reducción de alcohol y eliminación del tabaco.
- Control del peso corporal.
- Enfoque de equipo y acceso a medicamentos esenciales
- Capacitación del personal de salud en atención primaria.
- Uso de medicamentos asequibles y de calidad garantizada.
- Integración del manejo de la hipertensión con otros programas de salud crónica.

3.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

3.3.1. DEFINICIÓN

La adherencia tiene en cuenta la aceptación o acuerdo de las recomendaciones por parte del paciente y, por lo tanto, exige una mayor colaboración entre el prescriptor y el paciente. Por ello, actualmente, se prefiere el uso del término «adherencia» frente al de «cumplimiento» (25)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define así: «Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

La adherencia al tratamiento tradicionalmente se evaluaba de forma dicotómica: el paciente era considerado adherente o no adherente. Actualmente, este concepto se entiende como un espectro que va del 0% al

más del 100% de cumplimiento, dependiendo de diversos criterios.

Algunos autores consideran un umbral del 80% como aceptable, mientras que otros, dependiendo de la patología, exigen una adherencia superior al 95%. (25)

Esta puede medirse tanto por la cantidad de dosis tomadas como por la regularidad temporal en su administración.

3.3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Entre los más relevantes se destacan la naturaleza asintomática y crónica de la hipertensión, lo que reduce la percepción de necesidad del tratamiento. (6,16,35)

Además, diversos determinantes pueden incidir en el cumplimiento terapéutico:

- **Factores demográficos:** edad, nivel educativo, situación socioeconómica, analfabetismo y desempleo
- **Relación médico-paciente:** la calidad de la comunicación, la empatía, la disponibilidad del profesional y la interacción continua son determinantes clave de la adherencia.
- **Sistema de salud:** acceso limitado a medicamentos, costos elevados, falta de financiamiento sostenible y deficiencias en la distribución afectan significativamente la continuidad del tratamiento, especialmente en países de bajos recursos.

Por otro lado, la adherencia también se ve influenciada por el tipo de tratamiento prescrito. Aspectos como la tolerabilidad de los fármacos, la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento y el costo de los medicamentos son factores frecuentemente asociados a la interrupción de este. La adherencia terapéutica no debe considerarse exclusivamente una responsabilidad del paciente. Es un proceso compartido entre el sistema de salud, el profesional sanitario y el propio paciente.

3.3.4 . adherencia al tratamiento en hipertensión arterial se define

como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicación, seguir un plan dietético, modificar el estilo de vida) coincide con las recomendaciones acordadas con un profesional de salud. Es un componente crítico para lograr el control de la presión arterial y prevenir complicaciones cardiovasculares. (14)

La OPS y la Estrategia HEARTS en las Américas destacan que la falta de adherencia es una de las principales causas de control inadecuado de la hipertensión, incluso cuando existe disponibilidad de medicamentos.

3.3.4.1. FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA

- Educación del paciente: Comprender la naturaleza crónica de la hipertensión y las consecuencias de su mal control.
- Relación médico-paciente: Comunicación efectiva, empatía y confianza fortalecen el compromiso del paciente.
- Simplicidad del régimen terapéutico: Uso de combinaciones en dosis fija, tomas únicas diarias y esquemas claros.
- Acceso a medicamentos: Disponibilidad constante y gratuita o a bajo costo.
- Apoyo social y familiar: Redes de apoyo que promuevan la toma regular de la medicación y el seguimiento de hábitos saludables.
- Monitoreo frecuente: Controles regulares en el primer nivel de atención para reforzar el tratamiento y detectar problemas tempranos(26)

3.3.4.2. FACTORES QUE REDUCEN LA ADHERENCIA.

La OMS agrupa estos factores en cinco dimensiones (25,28,35)

1. Factores relacionados con el paciente

- Olvido o descuido.
- Escaso conocimiento sobre la enfermedad.

- Creencias erróneas (por ejemplo, suspender el tratamiento si no hay síntomas).

- Depresión o trastornos cognitivos.

2. Factores relacionados con el tratamiento

- Polifarmacia y regímenes complejos.

- Efectos adversos de los medicamentos.

- Inicio tardío del tratamiento.

3. Factores relacionados con la enfermedad:

- Ausencia de síntomas en fases tempranas (HTA como “enfermedad silenciosa”).

- Percepción baja del riesgo.

4. Factores socioeconómicos

- Bajos ingresos y dificultad para costear medicamentos.}

- Escaso apoyo social.

5. Factores relacionados con el sistema de salud

- Deficiencia en la disponibilidad de medicamentos esenciales.

- Falta de protocolos estandarizados.

- Escasa continuidad en la atención.

3.3.5 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

- Educación continua y personalizada del paciente.

- Uso de protocolos simplificados como los propuestos por HEARTS.

- Incorporación de equipos multidisciplinarios en la atención primaria.

- Recordatorios electrónicos o físicos para la toma de medicación.

- Facilitar el acceso a consultas y medicamentos.

3.4. ESCALA DE HILL BONE.

La Escala de Cumplimiento del Tratamiento de la Hipertensión Arterial de Hill-Bone (*Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale*) es un instrumento diseñado para evaluar la adherencia del paciente hipertenso a las recomendaciones terapéuticas.

Fue desarrollada por Shirley A. Hill-Bone y colaboradores, como parte de una estrategia para comprender y mejorar el comportamiento de los pacientes en relación con el manejo de su enfermedad crónica (29,31, 32) Este instrumento parte del reconocimiento de que la adherencia al tratamiento antihipertensivo no solo depende de la toma adecuada de medicamentos, sino también del cumplimiento de otras recomendaciones médicas, como la asistencia regular a controles clínicos y la adopción de medidas dietéticas, especialmente la reducción del consumo de sal, una estrategia crucial en el control de la presión arterial .

La escala original contiene 14 ítems distribuidos en tres subescalas:

- 1. Adherencia a la medicación (9 ítems):** Evalúa la frecuencia con la que el paciente toma sus medicamentos según lo prescrito, incluyendo omisión de dosis, modificación de la dosis sin indicación médica y olvido de tomas.
- 2. Asistencia a consultas médicas (2 ítems):** Mide la regularidad y puntualidad del paciente en las visitas programadas con el personal de salud.
- 3. Reducción del consumo de sal (3 ítems):** Evalúa el comportamiento dietético del paciente en relación con el uso de sal al cocinar, en la mesa y el consumo de alimentos procesados.

Cada ítem se califica mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, donde: 4= Siempre, 3= Muchas veces, 2= A veces, y 1= Nunca.

La puntuación total puede variar entre 14 y 56 puntos, siendo que una puntuación más alta indica menor adherencia al tratamiento.

3.4.1 Cuadro 2: Escala de adherencia a la medicación antihipertensiva hill-bone.

	Siempre (4)	Muchas veces (3)	A veces (2)	Nunca (1)
¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación para la HTA?				
¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación para la HTA?				
¿Con qué frecuencia se le termina la medicina para la presión?				
¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicina cuando se siente mejor?				
¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicina cuando se siente mal?				
¿Con qué frecuencia toma menos de la dosis indicada de su medicina?				
¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicación porque se le termina y no la repone a tiempo?				
¿Con qué frecuencia omite alguna dosis de su medicación?				
¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicina cuando sale de casa?				
¿Con qué frecuencia agrega sal adicional a la comida en la mesa?				

¿Con qué frecuencia come alimentos salados como embutidos, sopas instantáneas o enlatados?				
¿Con qué frecuencia utiliza sal para cocinar?				
¿Con qué frecuencia falta a sus citas programadas con el médico o enfermera?				
¿Con qué frecuencia llega tarde a sus citas médicas?				

FUENTE: ADAPTACIÓN DE LA ESCALA HILL BON

IV. CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativo y cuantitativo con enfoque descriptivo de corte transversal

4.2. LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo, ubicada en el distrito de Chiltiupan, municipio de la Libertad Costa, La libertad la cual pertenece al Ministerio de Salud de El Salvador, durante el periodo comprendido entre diciembre 2025 y enero 2026.

4.3 UNIVERSO

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, de 30 a 60 años, que asisten a consulta externa en dichas unidades de salud.

4.4. MUESTRA

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (103)}{(103 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{98.92}{1.21}$$

$$n = 81.39$$

$$n = 82 \text{ personas}$$

4.5. DISEÑO MUESTRAL

El muestreo no probabilístico por conveniencia (pacientes que acudan a consulta durante el periodo de estudio y cumplan los criterios). Con un total de 103 pacientes programados para seguimiento en el periodo a aplicar el estudio en base a datos obtenidos de la plataforma SIS en dicha Unidad de Salud en el municipio de Taquillo, por lo que se procede a la aplicación de la fórmula para estudios no probabilísticos para obtener la muestra, se representa de la siguiente manera el cálculo para la toma de la población en donde la muestra de la investigación se obtuvo a través de la fórmula estadística para población finita utilizando un margen de error del 0.05%

4.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos que consultan en la Unidad de Salud Intermedia ing. Orlando Recinos
- Adultos que comprendan las edades entre 30 a 60 años.
- Aquellos que deseen colaborar con la investigación.
- Aquellos pacientes que solamente sean tratados por Hipertensión Arterial Crónica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no consultan en la Unidad de Salud Intermedia ing. Orlando Recinos
- Adultos con edades no comprendidas dentro de la investigación.
- Aquellos que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que presentan otras comorbilidades.
- Pacientes que consulten por control de hipertensión y

comorbilidades

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adultos que hayan abandonado el tratamiento.
- Que no completen el instrumento de entrevista y/o no brinden la información completa requerida.
- Que no estén presentes durante la toma de datos y muestras de la investigación.
- Pacientes que padezcan HTA-C, pero no reciban tratamiento farmacológico.

4.7 VARIABLES

- Sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad.
- Cumplimiento del tratamiento farmacológico
- Consumo de sodio
- Asistencia a citas a médicas

4.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	VALOR	FUENTE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Identificar las características sociodemográficas de los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio.	Factores sociodemográficos.	Son características individuales y colectivas que influyen en la salud y el bienestar de las personas.	Son una combinación de variables que describen la estructura social y demográfica de una población.	Edad Género Nivel de educación	hoja de recolección de datos en Hill - Bone		Paciente	Entrevista	hoja de recolección de datos digital

Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión arterial crónica mediante la escala de Hill-Bone en la población de estudio	Cumplimiento al tratamiento farmacológico	Es el grado de cumplimiento de las instrucciones del médico en cuanto a cronología, frecuencia y dosis cuando se toma un medicamento .	Nivel de cumplimiento en forma, dosis y periodos de la medicación indicada por el médico tratante.	Olvido de medicación suspensión voluntaria o por síntomas factores externos o logísticos	ítem 1, 5 y 8 ítem 2, 3 y 4 ítem 6,7 y 9	9 a 36 puntos	Paciente	Entrevista	Escala de Hill Bone digital
---	---	--	--	--	--	---------------	----------	------------	-----------------------------

Determinar los hábitos relacionados con el consumo de sodio en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio utilizando la escala Hill-Bone.	consumo de sodio	Se refiere a la ingesta de cloruro de sodio (NaCl) a través de los alimentos y bebidas.	Frecuencia con que se ingiere alimentos con sal añadida.	Uso de sal en la mesa (post-cocción) Consumo de alimentos procesados o ricos en sodio Uso de sal durante la preparación de comidas	ítems 10, 11, 12	Puntuación de 3 a 12 puntos. Baja puntuación (3–5): Alta adherencia Moderada (6–8): Adherencia intermedia Alta puntuación (9–12): Baja adherencia	paciente	Entrevista	Escala de Hill Bone digital
--	------------------	---	--	--	-------------------------	---	----------	------------	-----------------------------

Determinar el nivel de asistencia y cumplimiento a citas médicas en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en estudio mediante la escala de Hill-Bone.	asistencia y cumplimiento a citas medicas	Se refiere a la responsabilidad del paciente de presentarse puntualmente a las consultas, procedimientos o seguimientos programados con profesionales de la salud.	cumplimiento de asistencia oportuna a los controles indicados por el médico para monitoreo y abastecimiento del medicamento	Inasistencia a citas médicas programadas Retraso en la llegada a citas médicas	ítem 13 de Escala de Hill Bone ítem 14 de Escala hill bone	2 a 8 puntos 2-3 puntos Alta adherencia 4-5 puntos Adherencia moderada 6-8 puntos baja adherencia	paciente	1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Siempre	Escala de Hill Bone digital
---	---	--	---	---	---	---	----------	---	-----------------------------

4.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

4.9.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente primaria: personas con diagnóstico de hipertensión arterial crónica entre 30 a 60 años de edad que consultan en la USI ing. Orlando Recinos Taquillo.

4.9.2 TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION

Los datos obtenidos en el presente estudio fueron recolectados mediante la aplicación de un cuestionario virtual basado en la escala Hill-Bone a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la USI ing. Orlando Recinos Taquillo que cumplen los criterios de inclusión.

4.9.3. HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La herramienta que se utilizó para desarrollar la entrevista es el cuestionario guiado.

El instrumento consta de preguntas en formato tipo Likert que sirvieron para obtener información acerca del nivel de adherencia terapéutica farmacológica en la población de interés, englobada en 3 componentes: adherencia al tratamiento farmacológico, reducción del consumo de sodio y asistencia a citas médicas.

4.9.4. PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Inicialmente se realizó una revisión detallada de los cuestionarios con el fin de verificar la integridad de las respuestas y asegurar la consistencia de la información recolectada. Una vez verificado este proceso, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel, estructurando la base de datos de manera que cada fila representa a un participante del estudio y cada columna correspondiera a una variable analizada.

En primer lugar, se registraron las variables sociodemográficas de los

participantes, entre las cuales se incluyeron la edad, el sexo y el nivel de escolaridad. El análisis de estas variables permitió caracterizar la población estudiada y dar cumplimiento al objetivo específico de identificar las características sociodemográficas de los pacientes hipertensos incluidos en la investigación.

Posteriormente se incorporaron las respuestas correspondientes a cada uno de los ítems del cuestionario Hill-Bone, instrumento utilizado para evaluar el nivel de adherencia al manejo de la hipertensión arterial. Con el fin de facilitar el análisis estadístico, las respuestas fueron codificadas numéricamente asignando los siguientes valores: 1 para “nunca”, 2 para “a veces”, 3 para “muchas veces” y 4 para “siempre”. Esta codificación permitió transformar las respuestas cualitativas en datos cuantitativos que pudieran ser analizados estadísticamente.

En el caso de la pregunta número seis del cuestionario se realizó una recodificación inversa del puntaje, debido a que este ítem presenta una orientación opuesta con respecto al resto de los componentes de la escala.

Con el objetivo de mantener la coherencia en la interpretación del instrumento, los valores fueron invertidos de la siguiente forma: el valor 1 se transformó en 4, el valor 2 en 3, el valor 3 en 2 y el valor 4 en 1. Este procedimiento permitió garantizar que, en todos los ítems de la escala, un puntaje mayor representará un menor nivel de adherencia al tratamiento.

Una vez codificadas todas las respuestas, se procedió al cálculo de las subescalas que componen la escala Hill-Bone. Este instrumento permite evaluar la adherencia al manejo de la hipertensión arterial a través de tres dimensiones principales: adherencia al tratamiento farmacológico, reducción del consumo de sodio y asistencia a citas médicas. La subescala de adherencia al tratamiento farmacológico se obtuvo mediante la suma de los valores correspondientes a los ítems relacionados con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, los cuales evalúan conductas como el olvido de la medicación, la omisión de dosis o la interrupción del tratamiento.

Posteriormente se calculó la subescala relacionada con la reducción del consumo de sodio, la cual se obtuvo sumando los valores de las preguntas asociadas a los hábitos alimentarios, tales como el consumo de alimentos con alto contenido de sal, el uso de sal durante la preparación de los alimentos y la adición de sal en la mesa. De igual manera, se calculó la subescala de asistencia a citas médicas, la cual evaluó el cumplimiento de los pacientes en relación con sus consultas médicas programadas, considerando aspectos como la asistencia y puntualidad a dichas citas.

Posteriormente se calculó el puntaje total de la escala Hill-Bone para cada participante, el cual se obtuvo mediante la suma de los valores de las tres subescalas previamente descritas. Este puntaje total permitió establecer el nivel global de adherencia al manejo de la hipertensión arterial en la población estudiada.

Para el análisis estadístico descriptivo se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. En primer lugar, se determinó la media o promedio de las variables cuantitativas, la cual representa el valor promedio de una variable dentro del grupo estudiado y se obtiene sumando todos los valores registrados y dividiéndolos entre el número total de participantes.

Este cálculo se realizó mediante la función PROMEDIO del programa Excel. Asimismo, se calculó la desviación estándar, que permite estimar el grado de variabilidad de los datos respecto al promedio. Este procedimiento se llevó a cabo mediante la función DESVEST del mismo programa.

Adicionalmente se elaboraron tablas de frecuencia y porcentajes para describir la distribución de las variables sociodemográficas y de las categorías de adherencia al tratamiento. Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados, también se elaboraron representaciones gráficas utilizando el programa Excel, entre ellas gráficos de barras para mostrar la distribución de las subescalas de adherencia al tratamiento farmacológico, reducción del consumo de sodio y asistencia a citas médicas.

Finalmente, se realizó un análisis de correlación entre los valores de presión arterial sistólica y diastólica registrados en los participantes y el puntaje total obtenido en la escala Hill-Bone. Para este análisis se compararon los valores de presión arterial con el nivel de adherencia al tratamiento de cada paciente, representando los resultados mediante gráficos de dispersión. Este procedimiento permitió observar la posible relación entre el nivel de adherencia al manejo de la hipertensión arterial y las cifras de presión arterial en la población estudiada.

Todo este proceso de organización, codificación y análisis estadístico permitió dar cumplimiento a los objetivos planteados en la investigación, incluyendo establecer el nivel de adherencia al manejo en pacientes con hipertensión arterial atendidos en la Unidad de Salud Básica Taquillo mediante la escala Hill-Bone, identificar las características sociodemográficas de la población estudiada, evaluar la consistencia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, analizar los hábitos relacionados con el consumo de sodio y determinar el nivel de asistencia y cumplimiento de las citas médicas en los pacientes incluidos en el estudio.

4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la entrevista se explicó a cada paciente el propósito del estudio, la naturaleza y objetivos de la investigación, así como el uso de la información recolectada. Asimismo, se solicitó autorización para utilizar información clínica contenida en el expediente médico, particularmente los valores de presión arterial registrados el día de la consulta, los cuales fueron incorporados a la base de datos con fines exclusivamente investigativos. La información recopilada se limitó a las variables necesarias para el desarrollo del estudio, incluyendo datos sociodemográficos, respuestas del cuestionario y valores de presión arterial.

Para la realización del estudio se contó con la autorización del médico director de la Unidad de Salud Básica Taquillo, quien permitió el acceso a la consulta externa para la aplicación del instrumento y la revisión de los expedientes clínicos correspondientes.

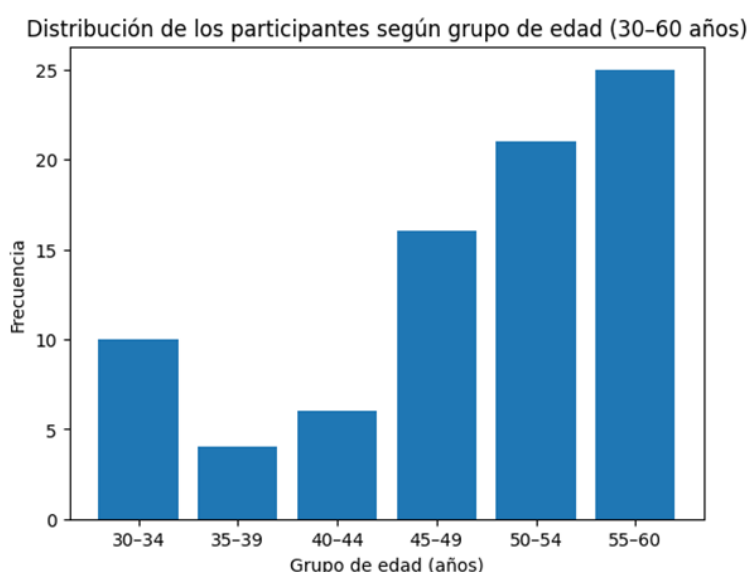
Debido a que el estudio consistió únicamente en la aplicación de un cuestionario y en la revisión de información clínica registrada en el expediente médico, se considera una investigación de riesgo mínimo para los participantes, ya que no implicó intervenciones médicas, procedimientos invasivos ni modificaciones en el manejo clínico de los pacientes. De esta manera, el estudio se desarrolló garantizando el respeto a la dignidad, privacidad y derechos de los participantes, así como el manejo responsable y ético de la información recolectada.

La investigación presenta criterios éticos en el diseño de estudio y en la recolección de datos. Los cuales están relacionados con los siguientes principios: Consentimiento informado, Confidencialidad, Manejo de riesgos, Respeto a las personas.

V. CAPÍTULO 4: RESULTADOS

OBJETIVO 1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio atendidos en la USI Taquillo.

GRÁFICA 1. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según grupo de edad (30–60 años)



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

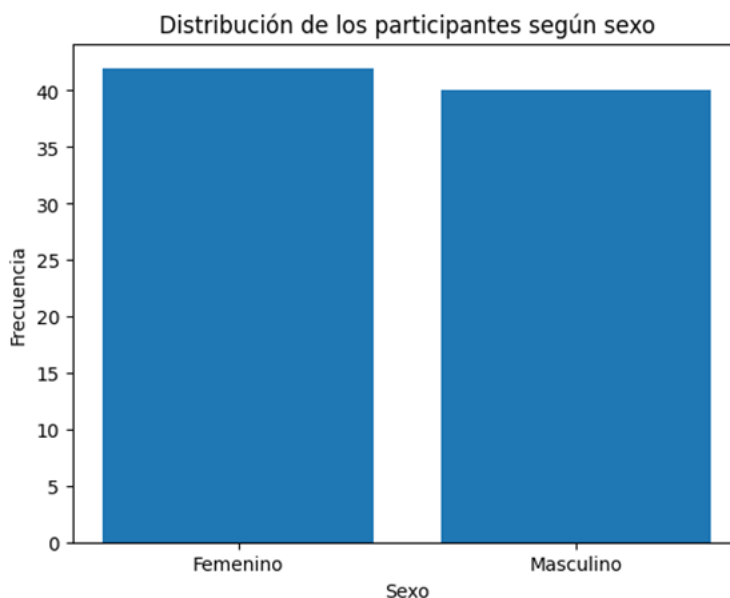
ANÁLISIS:

La gráfica 1, según los resultados demuestra que el estrato comprendido entre los 55 y 60 años registró la mayor frecuencia con 25 sujetos (30.49 %), seguido por el grupo de 50 a 54 años con el 25.61 %

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos confirman que la patología predomina en adultos en etapas avanzadas de la vida media y adultos mayores.

Esta concentración etaria es consistente con la fisiopatología del envejecimiento vascular, caracterizada por el aumento de la rigidez arterial y la resistencia periférica (7,19,40)

GRÁFICO 2. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según sexo.



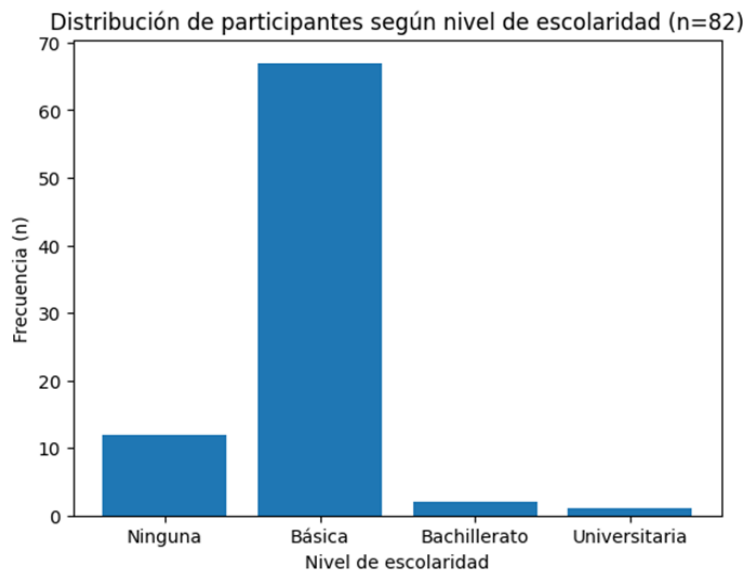
Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

ANÁLISIS:

En la gráfica 2, se observa una ligera predominancia del sexo femenino con 51.22 %, en comparación con el sexo masculino con 48.78 %. Aunque la diferencia porcentual es mínima, estos resultados reflejan una distribución relativamente equilibrada entre ambos sexos dentro de la población estudiada.

Este hallazgo coincide con lo descrito en la literatura, donde la hipertensión arterial se presenta con frecuencia similar en hombres y mujeres en edades medias y avanzadas, influenciada por factores de riesgo metabólicos y cambios fisiológicos propios del envejecimiento. (4,21,24)

GRÁFICA 3. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

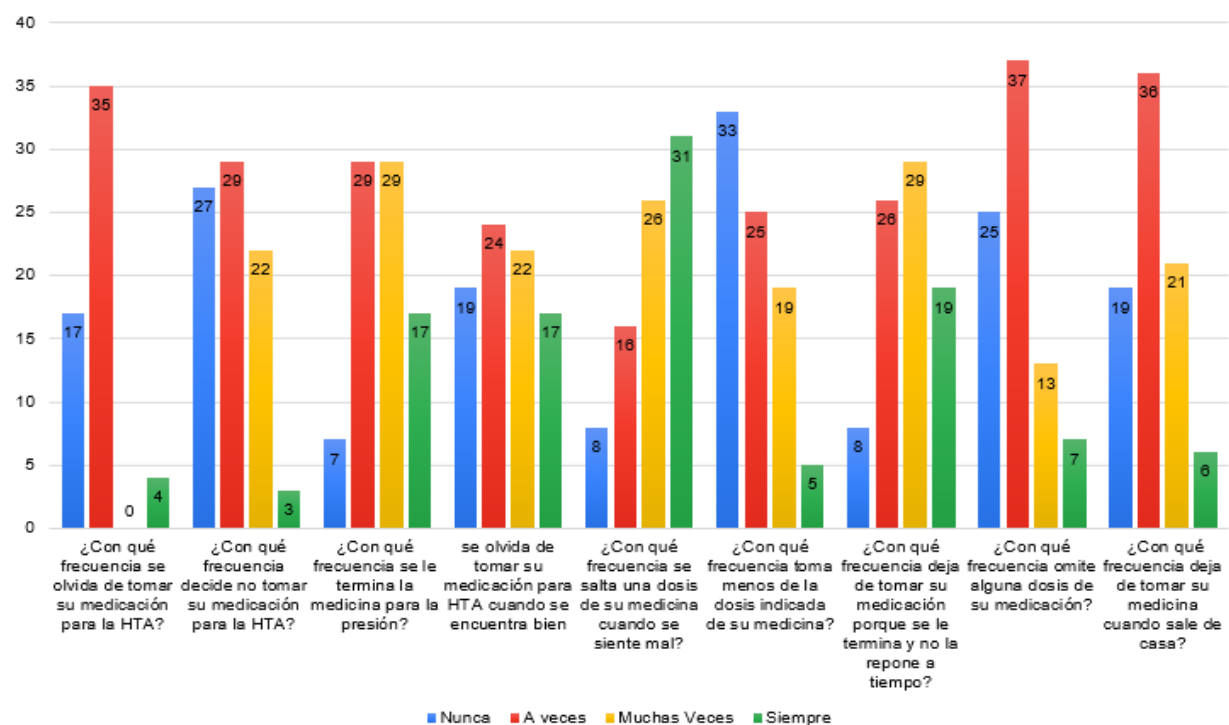
ANÁLISIS:

En la gráfica 3. El nivel educativo de los participantes mostró predominio de educación básica (81.71 %, n=67), seguido de personas sin escolaridad formal (14.63 %, n=12). Solo 2.44 % (n=2) alcanzó nivel de bachillerato y 1 participante con nivel de educación universitaria (1.22%).

Estos resultados sugieren una población con bajo nivel educativo, lo cual puede influir en la comprensión del tratamiento y en la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial.

Objetivo 2. Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes de 30 a 60 años con Hipertensión arterial crónica mediante la escala de Hill-Bone

GRÁFICA 4. Indicadores de adherencia a la medicación en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

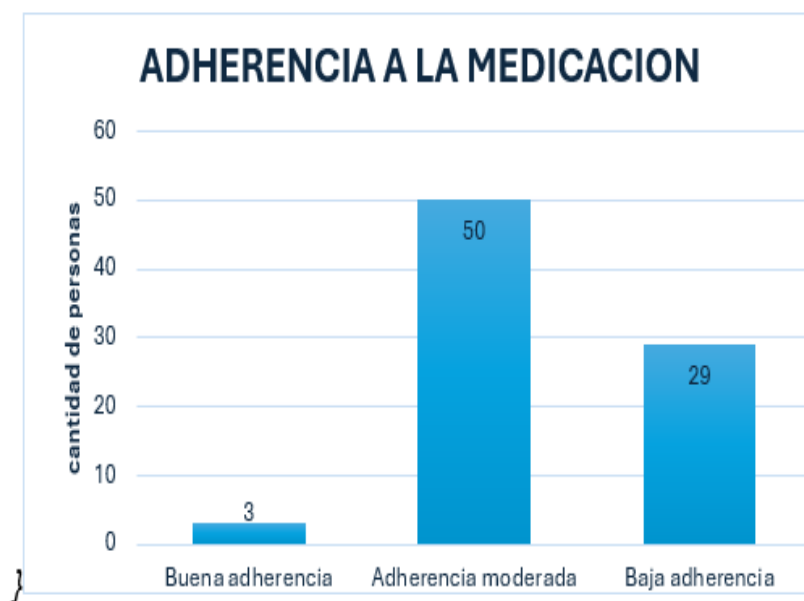


. Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 1–9 de la subescala de adherencia al tratamiento farmacológico aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS En la gráfica 4 se evidencia la subescala de adherencia al tratamiento farmacológico de la escala Hill-Bone, obtenida a partir de la suma de los nueve ítems correspondientes, se observó predominio de la respuesta “A veces” (36.28 %), seguida de “Muchas veces” (26.77 %). Mientras que la respuesta “Nunca” representó el 25.27 % y “Siempre” el 11.68 %, lo cual evidencia la presencia de olvidos u omisiones ocasionales en la toma de la medicación antihipertensiva.

Estas situaciones podrían estar relacionadas con factores como la falta de disponibilidad de medicamentos en la farmacia, la inasistencia a recogerlos en la fecha correspondiente, el incumplimiento de los controles médicos o las dificultades de acceso debido a la distancia hacia la unidad de salud

GRÁFICA 5. Adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 1–9 de la subescala de adherencia al tratamiento farmacológico aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

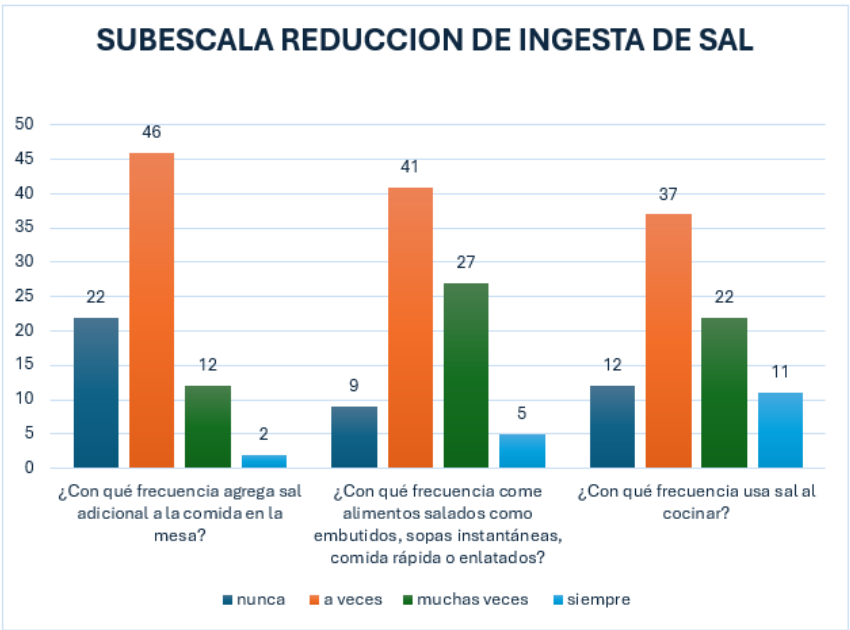
ANÁLISIS

En la gráfica 5 al agrupar los puntajes de la subescala, se identificó que 50 participantes presentaron adherencia moderada, reflejando conductas intermitentes de incumplimiento terapéutico; 29 pacientes mostraron baja adherencia, lo que indica una mayor frecuencia de omisión de dosis o suspensión del tratamiento; y solo 3 participantes evidenciaron buena adherencia, manteniendo un cumplimiento adecuado del régimen farmacológico. Desde el punto de vista clínico, esta

irregularidad en la administración del tratamiento puede generar variaciones en los niveles terapéuticos del fármaco y dificultar el control sostenido de la presión arterial, por lo que los resultados sugieren que el manejo farmacológico de la hipertensión arterial en la población estudiada constituye un reto importante, debido al predominio de conductas de adherencia intermitente que pueden aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares. (5,18,26)

OBJETIVO 3- Determinar los hábitos relacionados con el consumo de sodio en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en el estudio utilizando la escala Hill-Bone.

GRÁFICA 6. Indicadores de adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.



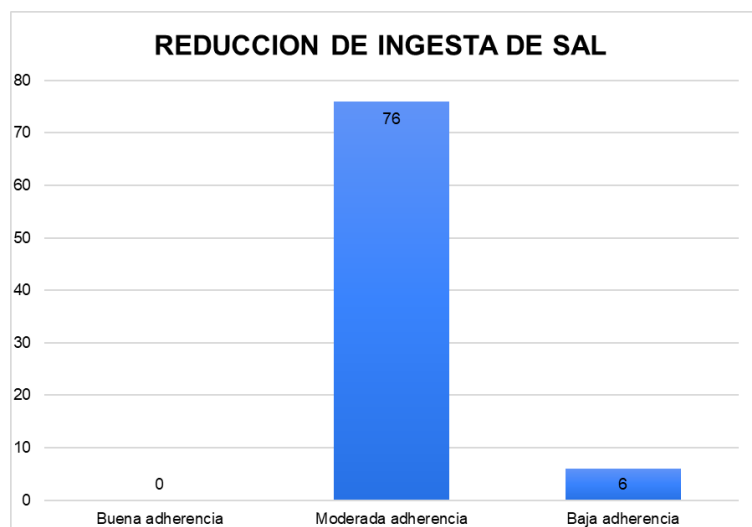
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 10-11-12 de la subescala de consumo de sal aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS:

En la gráfica 6 se muestran las tres preguntas de la subescala consumo de sal, se evidencia un predominio de la respuesta “A veces” en los tres ítems

evaluados (agregar sal en la mesa, consumo de alimentos procesados y uso de sal al cocinar), lo que indica una adherencia dietética parcial e intermitente en la población estudiada.

GRÁFICA 7. Adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 10-11-12 de la subescala de consumo de sal aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

Análisis

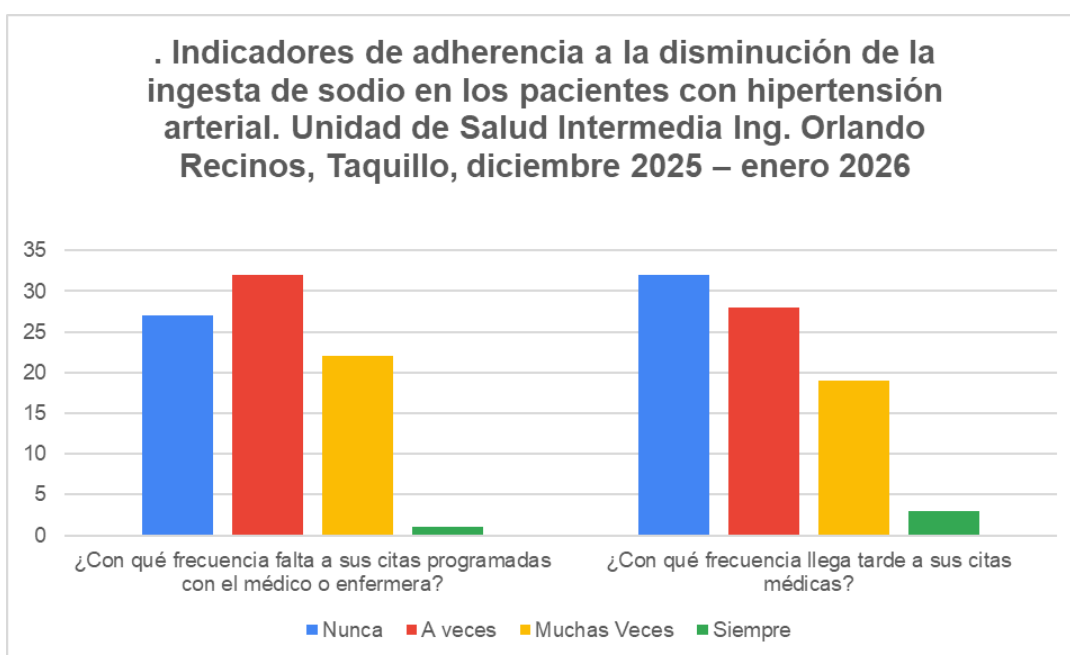
En la gráfica 7 se agrupó el puntaje total de los tres ítems y se clasificó los puntajes obtenidos, se observó que 76 pacientes (92.68%) presentaron adherencia moderada (puntaje 5-8), 6 pacientes (7.32%) baja adherencia (puntaje 9-12) ningún paciente (0%) con buena adherencia (puntaje 3-4).

Estos resultados demuestran que la mayoría de los participantes mantiene conductas ocasionales de consumo de sodio, lo que limita el cumplimiento adecuado de las recomendaciones dietéticas para el control de la hipertensión arterial.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la ingesta elevada o irregular de sodio favorece la retención de agua, aumento del volumen intravascular y elevación de la resistencia vascular periférica, mecanismos que dificultan el control de la presión arterial y pueden disminuir la efectividad del tratamiento antihipertensivo

OBJETIVO 4-Determinar el nivel de asistencia y cumplimiento a citas médicas en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica incluidos en estudio mediante la escala de Hill-Bone.

Gráfica 8. Indicadores de adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.



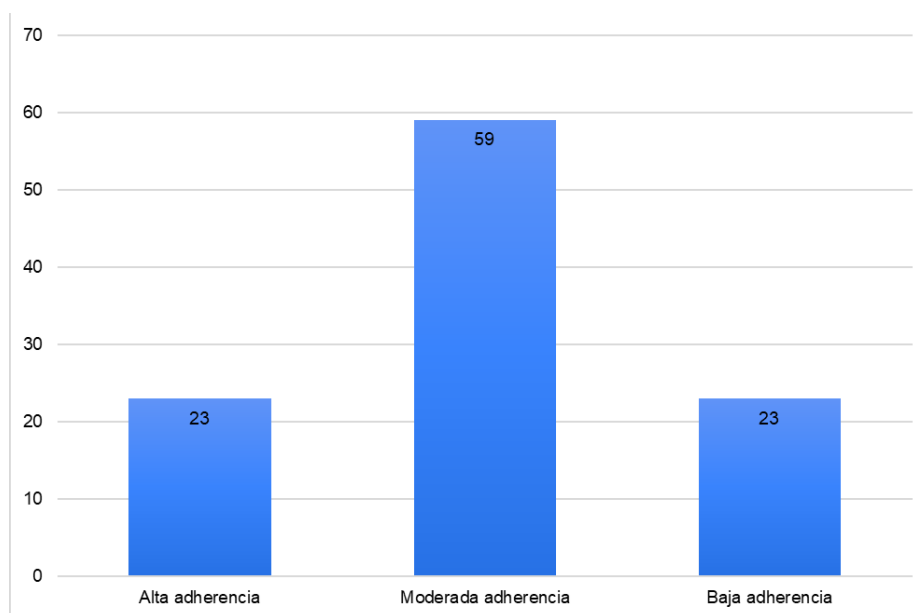
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 13-14 de la subescala de asistencia a citas médicas con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS: Según los datos de la gráfica 8. Con respecto a la asistencia de citas médicas predominante fue “A veces” (32 pacientes), seguida de “Nunca” (27

pacientes), lo que indica que la mayoría de los pacientes asiste regularmente a sus controles, aunque con ausencias ocasionales. La irregularidad a la asistencia a consulta constituye una importante inconsistencia en el tratamiento antihipertensivo.

De manera similar, en el ítem referente a llegar tarde a las consultas, predominó la respuesta “Nunca” (32 pacientes), seguida de “A veces” (28 pacientes), lo que sugiere que el retraso en la asistencia a las citas no es un comportamiento frecuente en la mayoría de los participantes.

Gráfica 9. Adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario Hill-Bone, ítems 13-14 de la subescala de asistencia a citas médicas con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS

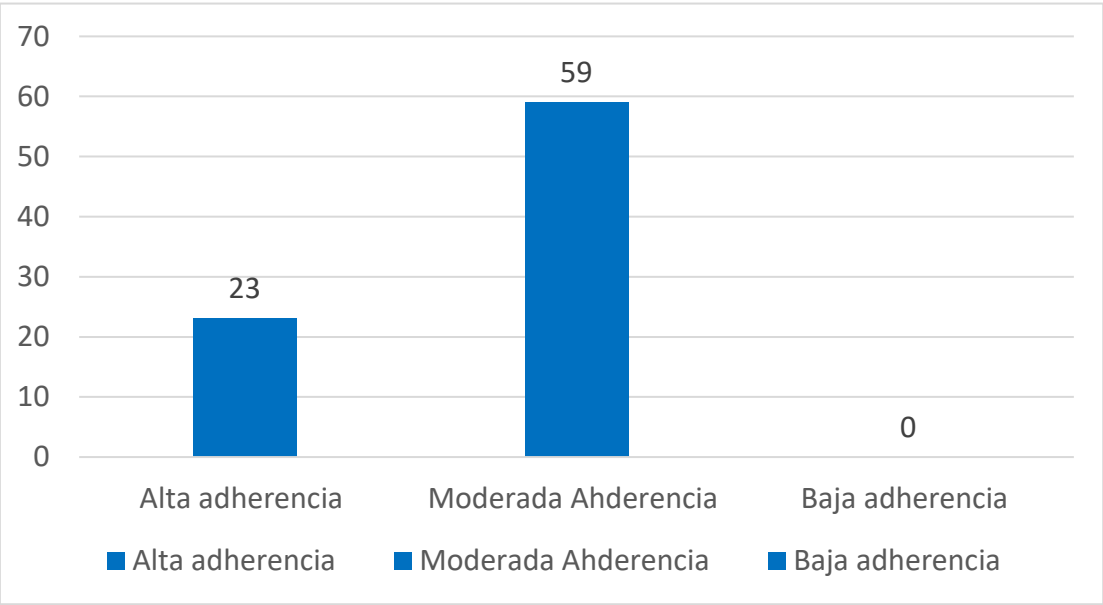
En la gráfica 9 se han agrupado el puntaje de los ítems 13 y 14 de la subescala de asistencia a citas médicas de la escala Hill-Bone, en la que se muestra que la mayoría de los pacientes presenta un nivel de adherencia moderado (47.56%), seguido de buena adherencia en el 43.9% de participantes, mientras que

sólo 7 pacientes (8.53%) evidenciaron baja adherencia. Al observar el gráfico 8 lo que sugiere que el retraso en la asistencia a las citas no es un comportamiento frecuente en la mayoría de los participantes.

En conjunto, estos hallazgos indican que, aunque la población estudiada mantiene una relativa adherencia al seguimiento médico, persisten dificultades ocasionales en la puntualidad o asistencia a las consultas, lo cual puede influir en la continuidad del control clínico y en el manejo adecuado de la hipertensión arterial.

OBJETIVO GENERAL: Establecer la adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia Ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026

GRÁFICA 10. Nivel de adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026



g.

Fuente: Datos obtenidos de las 14 preguntas del cuestionario Hill-Bone 14 aplicado en pacientes con hipertensión arterial. En la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS

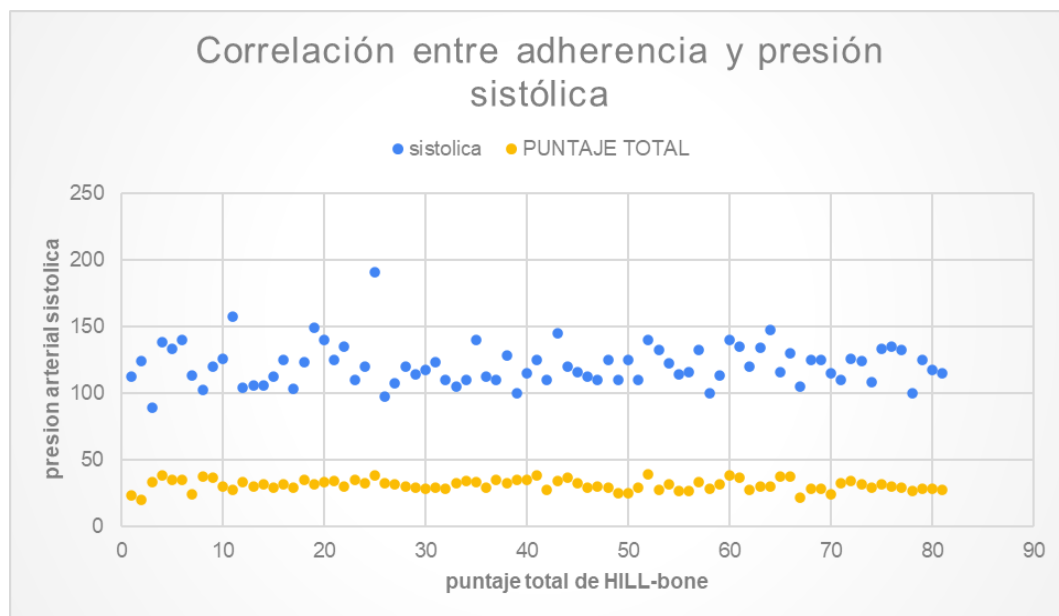
El gráfico 10 la adherencia al manejo fue evaluado mediante la escala Hill-Bone donde se demostró un predominio de adherencia moderada, presente en 59 pacientes (71.95%). Lo que demuestra que más de la mitad de los pacientes mantienen conductas parcialmente adecuadas respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico, la asistencia a controles médicos y las recomendaciones dietéticas; sin embargo, dichas conductas no son constantes, lo cual puede comprometer el control óptimo de la presión arterial a largo plazo.

Por otra parte, 23 pacientes (28.04%) presentaron alta adherencia, lo que indica un adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. Este grupo probablemente mantiene una toma regular de los medicamentos antihipertensivos, sigue recomendaciones dietéticas como la reducción del consumo de sodio y acude con mayor frecuencia a sus controles médicos, factores que contribuyen a un mejor control de la enfermedad y a la reducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

No se registraron participantes con baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. Estos resultados indican que la mayoría de los participantes mantiene un cumplimiento parcial de las recomendaciones terapéuticas.

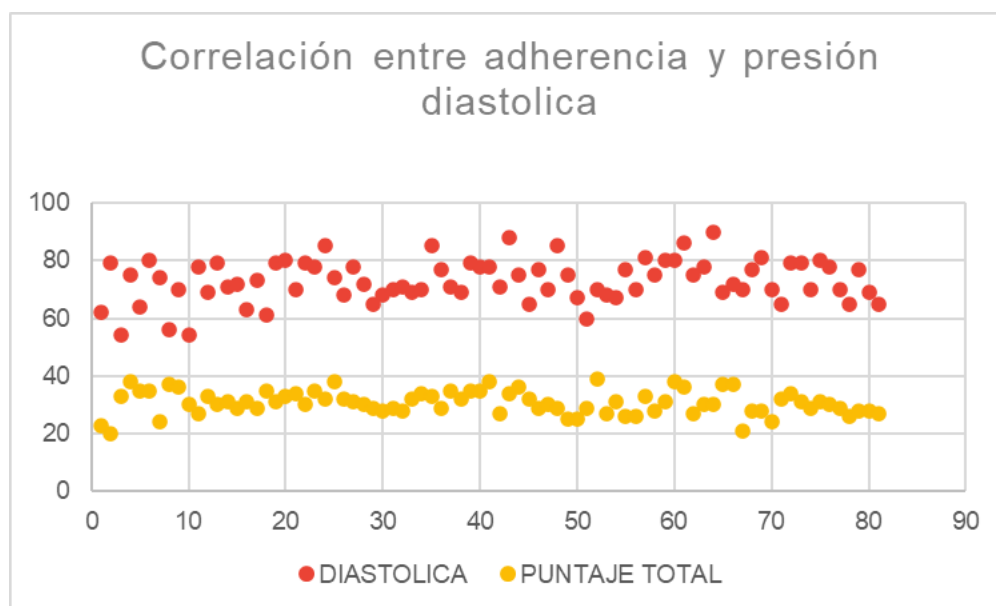
Para determinar la relación entre la conducta del paciente y su control clínico, se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de Pearson. Este análisis comparó el puntaje total obtenido en la escala Hill-Bone con los registros de Presión Arterial Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD) de los 82 participantes.

GRÁFICA 11.1 Correlación entre valores de presión arterial sistólicas y puntaje obtenido en escala hill bone, en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026 por índice de Pearson



Fuente: puntaje total de escala Hill-Bone y la presión arterial sistólica en pacientes con hipertensión arterial. En la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

GRÁFICA 11.2 Correlación entre valores de presión arterial diastólica y puntaje obtenido en escala hill bone, en **pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026 por índice de Pearson**



Fuente: puntaje total de escala Hill-Bone y la presión arterial Diastólica en pacientes con hipertensión arterial. En la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

ANÁLISIS

En la gráfica 11.1 y gráfica 11.2 se realizó una comparación del puntaje total obtenido en la escala Hill-Bone con los registros de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) de los 82 participantes incluidos en el estudio.

Según la gráfica 11 se demuestra una correlación positiva débil entre el puntaje total de la escala Hill-Bone y la presión arterial sistólica ($r = 0.28$).

En contraste con la gráfica 11.2 en la cual la relación de puntaje total y la presión arterial diastólica fue muy débil ($r = 0.07$). Estos hallazgos indican que, en la población estudiada, la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y los valores de presión arterial es limitada, lo que sugiere que el

control de la presión arterial puede estar influenciado por otros factores clínicos y conductuales además de la adherencia al tratamiento.

LIMITACIONES DE ESTUDIO

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, el **diseño transversal** de la investigación no permite establecer relaciones de causalidad entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial, sino únicamente identificar asociaciones entre las variables evaluadas en un momento específico. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que no es posible determinar si el nivel de adherencia observado influye directamente en los valores de presión arterial registrados.

En segundo lugar, la evaluación de la adherencia terapéutica se realizó mediante un **instrumento de autorreporte**, lo que puede introducir sesgos relacionados con la memoria o con la deseabilidad social por parte de los participantes, quienes podrían haber proporcionado respuestas más favorables respecto a su comportamiento real en relación con el tratamiento antihipertensivo. Asimismo, el estudio se llevó a cabo **únicamente en la USI Ing Orlando Recinos Taquillo** y en una población específica de pacientes con hipertensión arterial entre **30 y 60 años**, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos de atención en salud.

Las características sociodemográficas, culturales y organizacionales de otros establecimientos podrían influir de manera diferente en la adherencia al tratamiento. Finalmente, la medición de la presión arterial corresponde a un **registro puntual obtenido durante la evaluación**, por lo que no necesariamente refleja el control tensional sostenido a lo largo del tiempo.

VI. CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

La hipertensión arterial (HTA) continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y constituye el principal factor de riesgo

modificable para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente **1.4 mil millones de adultos entre 30 y 79 años viven con hipertensión**, y solo una proporción limitada logra un adecuado control de la presión arterial, lo que refleja la importancia de la adherencia al tratamiento en el manejo de esta enfermedad crónica. (32)

En el presente estudio, la mayor proporción de pacientes se concentró en el grupo de **50 a 60 años**, especialmente entre los **55 y 60 años**, hallazgo que coincide con lo descrito en la literatura. El envejecimiento vascular se asocia con **rigidez arterial, pérdida de elasticidad y aumento de la resistencia vascular periférica**, lo que favorece el incremento progresivo de la presión arterial, particularmente la sistólica. Asimismo, se observó una ligera predominancia del sexo femenino, lo cual puede relacionarse con los cambios hormonales asociados a la transición menopáusica y la disminución del efecto vaso protector de los estrógenos sobre el endotelio vascular. (32,33)

Otro hallazgo relevante fue el predominio de la educación **básica**, lo que puede influir en la comprensión de la enfermedad y en la adherencia terapéutica. La escala **Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale** fue diseñada precisamente para evaluar conductas relacionadas con el tratamiento antihipertensivo en poblaciones con diferentes niveles de alfabetización en salud. La validación original del instrumento demostró que esta escala presenta adecuada consistencia interna y capacidad para identificar conductas de incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos. (34)

En relación con la adherencia, el presente estudio mostró un **predominio de adherencia moderada**, con una media del puntaje total Hill-Bone de **30.70 y una mediana de 30.5**, lo que indica que la mayoría de los pacientes mantiene conductas intermitentes en el cumplimiento del tratamiento.

La literatura ha demostrado que la subescala relacionada con la **toma de medicamentos** es una de las dimensiones más relevantes para identificar problemas de adherencia, siendo el olvido de dosis y la interrupción ocasional del

tratamiento algunas de las causas más frecuentes de incumplimiento terapéutico. (35)

Asimismo, se identificó una adherencia parcial en la reducción del consumo de sodio. El exceso de sodio en la dieta favorece la **retención de líquidos, el aumento del volumen intravascular y la elevación de la resistencia vascular periférica**, mecanismos que contribuyen al incremento de la presión arterial. Por esta razón, las guías internacionales recomiendan la reducción del consumo de sal como una de las principales intervenciones no farmacológicas para el control de la hipertensión arterial. (34)

Respecto a la asistencia a citas médicas, los resultados mostraron un comportamiento relativamente favorable. Estudios realizados en pacientes hipertensos han señalado que la **asistencia regular a controles médicos y el seguimiento clínico** se asocian con mejores niveles de adherencia al tratamiento y mayor probabilidad de control de la presión arterial, especialmente cuando existe apoyo familiar y acceso adecuado a los servicios de salud. (36)

Al comparar estos hallazgos con estudios internacionales, se observan algunas diferencias. En un estudio realizado en **Jordania con 390 pacientes hipertensos**, se reportó una mejor adherencia al tratamiento y una asociación significativa con mayor nivel educativo y monitoreo regular de la presión arterial. De manera similar, investigaciones realizadas en **Namibia** han descrito niveles más altos de adherencia terapéutica, lo que sugiere que factores contextuales como el acceso a medicamentos, el nivel educativo y el apoyo social pueden influir en el comportamiento terapéutico de los pacientes. (36,37)

Desde el punto de vista estadístico, el presente estudio reportó una **media de presión arterial sistólica de 120.96 mmHg y diastólica de 73.02 mmHg**, con desviaciones estándar de **15.39 y 7.30 respectivamente**, lo que indica una variabilidad moderada entre los pacientes evaluados.

Al analizar la relación entre adherencia terapéutica y presión arterial mediante el coeficiente de Pearson, se encontró una **correlación positiva débil**

entre el puntaje Hill-Bone y la presión arterial sistólica ($r = 0.28$) y una correlación mínima con la presión diastólica ($r = 0.07$). Estos resultados sugieren que, aunque la adherencia influye en el control de la presión arterial, su efecto puede verse modulado por múltiples factores clínicos y conductuales. (34,35)

En conjunto, los resultados del estudio indican que la **adherencia moderada constituye el patrón predominante en los pacientes hipertensos atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ingeniero Orlando Recinos**, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias de educación en salud, seguimiento clínico y promoción de estilos de vida saludables.

Estas intervenciones pueden contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico, optimizar el control de la presión arterial y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares en esta población

- La población estudiada estuvo conformada por **82 pacientes con hipertensión arterial crónica**, en quienes se identificó una mayor concentración en el grupo etario de **55 a 60 años (30.49%)**, seguido del grupo de **50 a 54 años (25.61%)**, lo que confirma la mayor frecuencia de esta patología en etapas avanzadas de la vida adulta.
- En cuanto a la distribución por sexo, se observó una **ligera predominancia del sexo femenino (51.22%)** en comparación con el sexo masculino (**48.78%**), lo que evidencia una distribución relativamente equilibrada entre ambos sexos en la población estudiadas
- El nivel educativo predominante fue **educación básica (82.93%, n=68)**, seguido por **personas sin escolaridad formal (14.63%, n=12)**, mientras que solo **2.44% (n=2)** alcanzó nivel de bachillerato, lo que refleja una población con bajo nivel educativo que podría influir en la comprensión de la enfermedad y en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

VII. CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

- La población estudiada presentó mayor concentración de pacientes con hipertensión arterial crónica en el grupo etario de 55 a 60 años (30.49 %), se observó una ligera predominancia del sexo femenino 51.22 %, lo que coincide con la literatura epidemiológica que señala una distribución relativamente similar entre hombres y mujeres en edades medias y avanzadas.
- El nivel educativo predominante fue educación básica **82.93%**, lo cual puede influir en la comprensión de la enfermedad y en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, constituyendo un factor relevante en el comportamiento de adherencia al tratamiento antihipertensivo.
- En la subescala de adherencia al tratamiento farmacológico, se identificó un predominio de comportamientos intermitentes en la toma de medicamentos antihipertensivos, lo que sugiere la presencia de olvidos u omisiones ocasionales que pueden afectar el control adecuado de la presión arterial.
- En la subescala de reducción del consumo de sal, la mayoría de los pacientes presentó adherencia moderada (92.68%), lo que indica que persisten conductas dietéticas que limitan el cumplimiento adecuado de las recomendaciones nutricionales para el control de la hipertensión arterial.
- En relación con la asistencia a citas médicas, la mayoría de los participantes mostró niveles adecuados o moderados de cumplimiento (47.56%), lo que sugiere que el seguimiento clínico en la unidad de salud se mantiene de forma relativamente regular.
- Se identificó una correlación positiva débil entre el puntaje total de adherencia (escala Hill-Bone) y la presión arterial sistólica ($r = 0.28$), mientras que la relación con la presión arterial diastólica fue mínima ($r = 0.07$), lo que sugiere que el control de la presión arterial está influenciado por múltiples factores además de la adherencia terapéutica.

- En conjunto, los resultados evidencian que la adherencia moderada constituye el patrón predominante en los pacientes hipertensos atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ingeniero Orlando Recinos con un 71.95%, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de educación en salud, seguimiento clínico y promoción de estilos de vida saludables para mejorar el control de la enfermedad.

VIII. CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES

A la Unidad de Salud Intermedia Ingeniero Orlando Recinos Taquillo y su personal

1. Fortalecer los programas de **educación continúa dirigidos a pacientes con enfermedades no transmisibles**, así como los **grupos de autoayuda**, con el objetivo de mejorar la comprensión de la hipertensión arterial, la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico y la adopción permanente de hábitos saludables, considerando que los resultados del estudio evidenciaron la presencia de conductas saludables, pero **de manera intermitente** en la población evaluada.

2. Desarrollar **actividades de educación nutricional** orientadas a promover cambios en los hábitos alimentarios, especialmente dirigidas a **reducir la ingesta de alimentos con alto contenido de sodio**, lo cual contribuirá al mejor control de la presión arterial en los pacientes hipertensos.

3. Promover la **participación activa de los pacientes con hipertensión arterial en grupos educativos o de autoayuda**. Asimismo, incentivar la **asistencia puntual a las consultas médicas programadas** para realizar el monitoreo periódico de la presión arterial.

- **Para futuras investigaciones**

1. Realizar estudios con **diseños longitudinales** que permitan analizar la evolución de la adherencia al tratamiento y su relación con el control de la presión arterial a lo largo del tiempo.

2. Incluir **variables clínicas y de estilo de vida adicionales**, como índice de masa corporal, actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo y tiempo de evolución de la hipertensión, para comprender de manera más integral los factores asociados al control de la enfermedad.

IX. CAPÍTULO 8: BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de El Salvador. *Perfil de salud de El Salvador* 2022. San Salvador: MINSAL; 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/>
2. Organización Panamericana de la Salud. *Hipertensión arterial en las Américas: análisis de la situación actual y recomendaciones para mejorar el control de la hipertensión*. Washington, D.C.: OPS; 2021.
3. World Health Organization. *Hypertension* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. Ministerio de Salud de El Salvador. *Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención*. San Salvador: MINSAL; 2021.
5. Arah RI, Alawwa IA, Khateeb DQ, Hwidi BE, Albdour KM, Bani Monia OG, et al. Factors affecting the level of adherence to hypertension medications: a cross-sectional study using the Hill-Bone questionnaire. *Patient Prefer Adherence*. 2024;18:893-904.
6. Wagner Grau P. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(2):292-301.
7. Ciau-Solís N, Betancur-Ancona D. Sistema renina-angiotensina en las patologías cardiovasculares. *JONNPR*. 2021;6(1):163-176.
8. Manual MSD. *Hipertensión arterial* [Internet]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com>
9. Nefrología al Día. *Hipertensión arterial secundaria* [Internet]. Disponible en: <https://nefrologiaaldia.org>
10. Vargas Alarcón G. Fisiopatogenia de la hipertensión arterial. *Arch Cardiol Mex*. 2006.
11. Oparil S, et al. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18014.
12. Safar ME, Levy BI, Struijker-Boudier H. Arterial stiffness and pulse pressure in hypertension and cardiovascular diseases. *Circulation*. 2003;107(22):2864-2869.
13. Franklin SS. Arterial stiffness and hypertension: a two-way street? *Hypertension*. 2005;45(3):349-351.
14. Nogueira-Silva L, Sá-Sousa A, Lima MJ, Monteiro A, Dennison-Himmelfarb C, Fonseca JA. Translation and cultural adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to Portuguese. *Rev Port Cardiol*. 2016;35(2):93-97.
15. Ibarra O, Morillo R, eds. *Lo que debes saber sobre la*

adherencia al tratamiento. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2017. p. 6.

16. Lambert EV, Steyn K, Stender S, Everage N, Fourie JM, Hill M. Cross-cultural validation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale in a South African primary health-care setting. *Ethn Dis*. 2006;16(1):286-291.

17. Rusu E, Gavril R, Ababei D, Macadan R, Ciobîcă A, Nicolae M, et al. Validity and reliability of the Romanian version of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21.

18. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1303-1319.

19. American Heart Association. *2025 blood pressure classification guidelines*. Dallas, TX: AHA; 2025.

20. Chicas Cárcamo HO. *Estudio de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en la Unidad Médica de Zacatecoluca del Instituto Salvadoreño del Seguro Social* [tesis]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2017.

21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-3104.

22. Organización Panamericana de la Salud. *HEARTS en las Américas: guía para el manejo de la hipertensión en el primer nivel de atención*. Washington, D.C.: OPS; 2020.

23. Ministerio de Salud de El Salvador. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2022*. San Salvador: MINSAL; 2022.

24. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127-e248.

25. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2024 ESC/ESH update on arterial hypertension management. *Eur Heart J*. 2024;45(15):1456-1510.

26. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.

27. Universidad Autónoma de Santa Ana. *Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial* [tesis].

28. Anghel LA, et al. Translation, adaptation, and validation of the Romanian version of the Hill-Bone compliance scale. *Front Public Health*. 2024;12:1317199.

29. Gebrezgi MT, Trepka MJ, Kidane EA. Barriers to and facilitators of hypertension management in Asmara, Eritrea: patients' perspectives. *J Health Popul Nutr*. 2017;36(1):11.
30. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development of the Hill-Bone Medication Adherence Scale (HB-MAS). *J Clin Hypertens*. 2001;3(1):36-44.
31. Osei YA, Appiah PK. Reliability and validity of the Twi version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale in Ghana. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;21:210.
32. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000;15(3):90-96.
33. Lamina S, Musa DI. Adherence to antihypertensive therapy in patients with primary hypertension. *East Mediterr Health J*. 2009;15(3):559-568.
34. Pan J, Hu B, Chen H. The Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale: reliability and validity of the Chinese version. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:239-246.
35. Shrestha R, Shakya R, et al. Translation and validation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale in Nepalese hypertensive patients. *BMC Public Health*. 2022;22:1485.
36. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? *Arch Intern Med*. 2004;164(7):722-732.
37. World Health Organization. *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults* [Internet]. Geneva: WHO; 2021.
38. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia HEARTS: fortalecimiento de la atención primaria para el control de las enfermedades cardiovasculares*. Washington, D.C.: OPS; 2016.
39. Organización Mundial de la Salud. *Hipertensión arterial: datos mundiales* [Internet]. 2021.
40. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Organización Panamericana de la Salud. *Situación de la hipertensión arterial en Colombia 2013-2017*. Bogotá; 2019.

X. CAPÍTULO 9: ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título del estudio: Adherencia al manejo en pacientes con hipertensión arterial crónica de 30 a 60 años, unidad de salud intermedia taquillo base a la escala hill bone, periodo de diciembre 2025 - enero 2026

Investigador responsable:

Nombre: _____

Institución: Universidad De El Salvador.

1. Introducción

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio de investigación titulado [nombre del estudio], que tiene como propósito medir el nivel de adherencia al manejo en paciente con hipertensión arterial. Su participación es totalmente voluntaria, y antes de decidir si desea participar, es importante que lea y comprenda la siguiente información.

2. Propósito del estudio

El propósito de esta investigación es clasificar el nivel de adherencia que muestran los pacientes con hipertensión arterial al manejo que les brinda su médico en la consulta. Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con fines científicos y académicos.

3. Procedimiento de participación

Si usted acepta participar, se le solicitará llenar un formulario y responder una encuesta con preguntas relacionadas con el cumplimiento de las pautas terapéuticas que su médico le indica. La actividad tendrá una duración aproximada de 10 minutos y se realizará en un ambiente privado y seguro dentro

de la unidad de salud.

4. Riesgos y beneficios

Su participación no implica riesgos físicos ni emocionales significativos. Podría experimentar una leve incomodidad al responder algunas preguntas personales, pero puede omitir cualquier pregunta si así lo desea. Aunque no recibirá beneficios económicos, su colaboración contribuirá al conocimiento científico y a mejorar la atención de salud en nuestra comunidad.

5. Confidencialidad

Toda la información proporcionada será estrictamente confidencial. Los datos se codificarán de manera que no sea posible identificarle personalmente. Los resultados se presentarán de forma agrupada, sin incluir nombres ni información que permita su identificación.

6. Voluntariedad y derecho a retirarse

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede retirarse en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica ni los servicios que recibe.

8. Declaración de consentimiento

He leído o me han leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias negativas. Con mi firma, acepto participar libre y voluntariamente en este estudio.

Participante:

Iniciales de nombre:_____.

Firma:_____.

Fecha:_____.

ANEXO 2. INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESCALA DE ADHERENCIA AL MANEJO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL HILL-BONE.



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina Escuela de
Medicina

____/____/____

Registrador:

Paciente: _____

Expediente: _____ Edad: _____a _____m Sexo: F _____M _____

Escolaridad _____

Instrucciones para el llenado de la Escala Hill-Bone

Estimado(a) participante:

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con sus hábitos y comportamiento frente al manejo de la hipertensión arterial.

Le pedimos que lea cuidadosamente cada una y marque la respuesta que mejor describa **con qué frecuencia realiza** cada acción.

No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que responda con **honestidad** según su experiencia personal.

Use la siguiente escala de respuesta

Número	Significado
1	Nunca
2	Algunas veces
3	Muchas veces
4	Siempre

	Nunca (1)	A veces (2)	Muchas veces (3)	Siempre (4)	No aplica	No sabe
1. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación para la HTA?						
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación para la HTA?						
3. ¿Con qué frecuencia se le termina la medicina para la presión?						

4. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación para HTA cuando se encuentra bien?						
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicina cuando se siente mal?						
6. ¿Con qué frecuencia toma menos de la dosis indicada de su medicina?						
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicación porque se le termina y no la repone a tiempo?						
8. ¿Con qué frecuencia omite alguna dosis de su medicación?						

9. ¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicina cuando sale de casa?						
10. ¿Con qué frecuencia agrega sal adicional a la comida en la mesa?						
11. ¿Con qué frecuencia come alimentos salados como embutidos, sopas instantáneas, comida rápida o enlatados?						
12. ¿Con qué frecuencia usa sal al cocinar?						

13. ¿Con qué frecuencia falta a sus citas programadas con el médico o enfermera?						
14. ¿Con qué frecuencia llega tarde a sus citas médicas?						

- 14-28 puntos refleja una alta adherencia
- 29-42 puntos refleja una moderada adherencia
- 43-56 puntos refleja una baja adherencia

10.3 ANEXO 3 TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según grupo de edad (30–60 años)		
Grupo de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
30–34	10	12.20
35–39	4	4.88
40–44	6	7.32
45–49	16	19.51
50–54	21	25.61
55–60	25	30.49
Total	82	100
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>		

Tabla 2. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según sexo.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	42	51.22
Masculino	40	48.78
Total	82	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026, según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	12	14.63
Básica	67	81.71
Bachillerato	2	2.44
Universitaria	1	1.22
Total	82	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Tabla 4. Indicadores de adherencia a la medicación en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026

Indicador	nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación para la HTA?	20.73%	42.68%	31.71%	4.88%
¿Con qué frecuencia decide no tomar su medicación para la HTA?	32.93%	35.37%	26.83%	3.66%
¿Con qué frecuencia se le termina la medicina para la presión?	8.54%	35.37%	35.37%	20.73%
¿Con qué frecuencia se olvida de tomar su medicación para HTA cuando se encuentra bien?	23.17%	29.27%	26.83%	20.73%
¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicina	39.02%	31.71%	19.51%	9.76%

cuando se siente mal?				
¿Con qué frecuencia toma menos de la dosis indicada de su medicina?	40.24%	30.49%	23.17%	6.10%
¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicación porque se le termina y no la repone a tiempo?	9.76%	31.71%	35.37%	23.17%
¿Con qué frecuencia omite alguna dosis de su medicación?	30.49%	45.12%	15.85%	8.54%
¿Con qué frecuencia deja de tomar su medicina cuando sale de casa?	23.17%	43.90%	25.61%	7.32%
Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.				

Tabla 5. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.		
Categoría de adherencia	Puntaje	frecuencia

Buena adherencia	9 – 14	3.66%
Adherencia moderada	15 – 21	60.97%
Baja adherencia	22 – 36	35.36%
Total:		100%
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>		

Tabla 6. Indicadores de adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026				
Indicador	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
¿Con qué frecuencia agrega sal adicional a la comida en la mesa?	26.83%	56.10%	14.63%	2.44%
¿Con qué frecuencia come alimentos salados como embutidos, sopas instantáneas, comida rápida o enlatados?	10.98%	50.00%	32.93%	6.10%
¿Con qué frecuencia usa sal al cocinar?	14.63%	45.12%	26.83%	13.41%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Tabla 7. Adherencia a la disminución de la ingesta de sodio en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Categoría	Puntaje	Número de pacientes
Buena adherencia	3 – 4	0%
Adherencia moderada	5 – 8	92.68%
Baja adherencia	9 – 12	7.32%
Total		100%

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Tabla 8. Indicadores de adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.

Indicador	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
¿Con qué frecuencia falta a sus citas programadas con el médico o	32.93 %	39.02 %	26.83%	1.22%

enfermera?				
¿Con qué frecuencia llega tarde a sus citas médicas?	39.02 %	34.15 %	23.17%	3.66%
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>				

Tabla 9. Adherencia al seguimiento clínico en los pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.		
Categoría	Puntaje	Frecuencia
Buena adherencia	2 – 3	43.91%
Adherencia moderada	4 – 5	47.56%
Baja adherencia	6 – 8	8.53%
Total:		100%
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>		

Tabla 11. Correlación entre valores de presión arterial sistólica y diastólica con el puntaje obtenido en escala hill bone, en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026 por índice de Pearson		
Presion	Índice de Pearson	Nivel de correlacion
sistolica	0.28	Débil
Diastolica	0.07	Débil
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>		

Tabla 10. Nivel de adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala hill-bone en la unidad de salud intermedia ing. Orlando Recinos taquillo, periodo diciembre 2025 - enero 2026		
Nivel de adherencia	Puntaje	Frecuencia
Alta adherencia	14 – 28	28.04%
Adherencia moderada	29 – 42	71.95%
Baja adherencia	43 – 56	0%
Total		100%
<i>Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con hipertensión arterial. Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos, Taquillo, diciembre 2025 – enero 2026.</i>		

Anexo 4. TRAMITE DE AUTORIZACION

NOTIFICACIÓN DE TRÁMITE DE LA AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Ciudad Universitaria, La Libertad 5 de octubre 2025

Dra. Sandra Marisol Ardón

Directora

Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo

Respetable Dra. Ardón:

Nosotros Sara Abigail Mulato Rodríguez y Víctor Alexander Peña Mejía, egresados de la Carrera Doctorado en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, solicitamos se nos permita desarrollar en esta institución el proyecto de investigación titulado: "Adherencia al manejo en pacientes de 30 a 60 años con hipertensión arterial crónica, en base a escala Hill-Bone en la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo, período de diciembre 2025 – enero 2026."

El estudio estará orientado a evaluar el nivel de adherencia al manejo terapéutico en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial crónica que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ing. Orlando Recinos Taquillo, durante el período de diciembre de 2025 a enero de 2026.

Asimismo, se solicita autorización para aplicar el cuestionario basado en la escala Hill-Bone a los pacientes durante la consulta externa, con el objetivo de recolectar información necesaria para el desarrollo del estudio.

De igual forma, se solicita acceso a los expedientes clínicos en el Sistema de Información en Salud (SIS) y a los registros de presión arterial, con el fin de complementar los datos requeridos para el trabajo de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad y el uso estrictamente académico de la información obtenida.

Posteriormente se presentará el protocolo completo para que sea evaluado por las instancias correspondientes y aprobado conforme a los procedimientos establecidos.

Agradecemos de antemano su atención y apoyo para la realización de este estudio.

Atentamente

Sara Abigail Mulato Rodríguez
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 1075/2025

Mulato Rodríguez, Sara Abigai_

Victor Alexander Peña Mejía
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 1060/2025

Peña Mejía, Víctor Alexander



Firma del Director(a) de la Unidad

Dra. Sandra Marisol Ardón

Directora



SELLO

Recibido 7/ octubre /2025
10:00 am