

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ENTRE 30-65
AÑOS DE LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA EREGUAYQUIN ENTRE
JUNIO-JULIO 2025**

Presentado Por:

Daisy Gabriela González Lazo
Mayra Steffany Guevara Gavidia

**Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA**

Asesor:

Dra. Helga Elena Langlois de González

Ciudad Universitaria, “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, septiembre, 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios Todo Poderoso, por la fortaleza y salud que nos permitieron culminar este proceso de formación profesional, así como a nuestras familias, cuyo apoyo y motivación fueron fundamentales en la finalización de este trabajo de investigación.

De igual manera, manifestamos nuestro reconocimiento a nuestra asesora, Dra. Helga Elena Langlois de González, quien con su orientación, exigencia académica y compromiso, contribuyó al enriquecimiento de nuestros conocimientos y al cumplimiento de los objetivos de esta investigación.

Extendemos nuestra gratitud al personal y a los pacientes de la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín, cuya colaboración hizo posible la realización de este estudio.

Finalmente, agradecemos a todas las personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, aportaron al desarrollo y culminación de esta tesis.

CONTENIDO

I- RESUMEN	vii
II- INTRODUCCIÓN	viii
III- OBJETIVOS	1
3.1 Objetivo general:.....	1
3.2 Objetivos específicos:.....	1
IV- MARCO TEÓRICO	2
4.1 GENERALIDADES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	2
4.1.1 Definición y fisiopatología.....	2
4.1.2 Clasificación de la hipertensión arterial (HTA).....	2
4.1.2.1 Según los valores de presión arterial.....	2
4.1.2.2 Según la etiología.....	3
4.1.2.3 Según el daño a órgano blanco.....	3
4.1.3 Diagnóstico.....	4
4.1.4 Etiología.....	6
4.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	7
4.2.1 Tratamiento.....	7
4.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	9
4.3.1 Vía Clínica.....	10
4.3.2 Adherencia terapéutica.....	11
4.3.3 Incumplimiento terapéutico.....	11
4.3.4 Factores que influyen en la falta de adherencia.....	12
4.3.4.1 Características del paciente.....	12
4.3.4.3 Relación profesional sanitario-paciente y organización sanitaria.....	12
4.3.4.4 Comunidad, familia y medio laboral.....	13
4.3.5 Cómo mejorar la adherencia farmacológica.....	13
4.3.6 Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos.....	13
4.3.7 Factores que Influyen en la Adherencia.....	13
4.3.8 Métodos para Medir la Adherencia Terapéutica.....	14
V- DISEÑO METODOLÓGICO	17
5.1- TIPO DE ESTUDIO.....	17
5.2- PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	17
5.3- ÁREA DE ESTUDIO.....	17
5.4- DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA.....	17
5.4.1- Universo.....	17
5.7- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	18
5.7.1- Criterios de inclusión.....	18
5.8- VARIABLES.....	19
5.9- CRUCE DE VARIABLES.....	21
5.10- FUENTES DE INFORMACIÓN.....	21
5.11- TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	21

5.11.1- Instrumento.....	21
5.12- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	23
5.13- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	24
VI- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
VII- RESULTADOS.....	27
VIII- DISCUSIÓN.....	37
IX- CONCLUSIONES.....	40
X- RECOMENDACIONES.....	42
XI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
XII- ANEXOS.....	47
ANEXO 1- Consentimiento Informado.....	47
ANEXO 2- Instrumento de Investigación.....	49
ANEXO 3- Tabla 1: Características socio demográficas y clínicas.....	51
ANEXO 4- Tabla 2: Relación entre edad y sexo.....	52
ANEXO 5- Tabla 3: Relación entre edad y grado de Hipertensión	52
ANEXO 6- Tabla 4: Relación entre sexo y grado de hipertensión.....	52
ANEXO 7- Tabla 5: Nivel de adherencia terapéutica.....	53
ANEXO 8- Tabla 6: Relación entre edad y nivel de adherencia.....	53
ANEXO 9- Tabla 7: Relación entre sexo y nivel de adherencia.....	53
ANEXO 10- Tabla 8: Relación entre grado de hipertensión y nivel de adherencia.....	54
ANEXO 11- Tabla 9: Relación entre tiempo de diagnóstico y nivel de adherencia.....	54
ANEXO 12- Tabla 10: Relación entre grado de hipertensión, nivel de adherencia e IMC.....	54
ANEXO 13- Operacionalización de variables.....	55

I- RESUMEN

La adherencia terapéutica constituye un desafío importante para los sistemas de salud, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de adherencia a la medicación en este tipo de patologías continúan siendo bajas.

La investigación abordó el problema de la baja adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, una condición que representa un reto importante para el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones cardiovasculares. En la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín se observó que, a pesar de la disponibilidad de tratamiento, muchos pacientes no siguen adecuadamente las indicaciones médicas, lo que genera consecuencias negativas en su estado de salud y en el sistema sanitario.

El objetivo general fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos de 30 a 65 años, con el fin de identificar el grado de cumplimiento y los factores relacionados. Entre los objetivos específicos se incluyó describir las características sociodemográficas de los pacientes, aplicar la Escala de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) para medir la adherencia, analizar la relación entre la adherencia y el control de la presión arterial, así como reconocer los factores asociados a la falta de cumplimiento.

La metodología utilizada fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal. Se aplicó la encuesta MMAS-8, complementada con preguntas adicionales, a 96 pacientes hipertensos que consultaron en la unidad durante el período de junio a julio de 2025.

Los principales resultados mostraron que el 43.8% de los pacientes presentó baja adherencia, el 41.7% adherencia media y solo el 14.6% alta. Esto evidencia que más del 85% de la población estudiada no mantiene una adherencia completa al tratamiento, situación que podría impactar negativamente en el control de la hipertensión arterial y en la prevención de complicaciones. Entre los factores identificados que influyen en la falta de adherencia destacan: la polifarmacia (32.3%), el desabastecimiento de medicamentos (75%), los efectos adversos (53.1%), el costo económico (37.5%) y la dificultad para seguir una dieta saludable (64.6%) influyeron negativamente en la adherencia.

En conclusión, la falta de adherencia terapéutica es un problema prevalente en esta población. Se recomienda reforzar la educación en salud, garantizar el acceso continuo a medicamentos y promover estrategias personalizadas de seguimiento para mejorar el control de la hipertensión arterial.

Palabras clave: adherencia terapéutica, hipertensión arterial, medicación antihipertensiva, pacientes adultos, escala de Morisky, factores asociados, cumplimiento del tratamiento, atención primaria.

II- INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica multifactorial, caracterizada por el aumento sostenido de la presión arterial, con valores iguales o superiores a 140/90 mmHg (1). Es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal crónica (1, 2). Se estima que a nivel global existen más de 1,280 millones de personas entre 30 y 79 años que padecen hipertensión, de las cuales cerca del 46% desconocen su diagnóstico, y apenas el 21% logran mantener su presión arterial bajo control (2).

El control adecuado de la hipertensión arterial no depende únicamente del acceso a servicios médicos o a fármacos eficaces, sino también —y de forma crucial— del grado de adherencia terapéutica que los pacientes mantienen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como "el grado en que el comportamiento del paciente —en términos de toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y ejecución de cambios en el estilo de vida— se ajusta a las recomendaciones acordadas con un proveedor de atención sanitaria" (6). Este concepto, más amplio que el de cumplimiento, pone énfasis en la responsabilidad compartida entre paciente y sistema de salud para lograr resultados clínicos positivos.

En este sentido, la adherencia terapéutica implica no solo tomar los medicamentos prescritos en las dosis correctas y con la frecuencia adecuada, sino también hacerlo de forma continua a lo largo del tiempo. La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) puntualiza que los beneficios clínicos de los tratamientos antihipertensivos dependen tanto del modo de uso como de la duración del tratamiento (7).

Sin embargo, en la práctica, los niveles de adherencia terapéutica son subóptimos. Se estima que en países desarrollados, solo el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas cumplen adecuadamente su tratamiento, mientras que en países en desarrollo, como El Salvador, estas cifras tienden a ser incluso más bajas (8). En el caso específico de la hipertensión arterial, esta baja adherencia representa una barrera significativa para el

control de la enfermedad, traduciéndose en una alta carga de complicaciones prevenibles, como infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y muerte prematura (1, 8).

En El Salvador, la hipertensión arterial es reconocida como un problema prioritario de salud pública. Según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENECA-ELS) 2015, la prevalencia de hipertensión en adultos mayores de 20 años alcanzó el 37% (4). Si bien existe acceso a diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención, persiste una brecha crítica en la adherencia, con tasas estimadas de cumplimiento terapéutico entre el 50% y el 70% (5).

De acuerdo con el informe de la OMS "Global Report on Hypertension" (2023), en la región de las Américas la prevalencia de hipertensión arterial se sitúa en 35%, con una cobertura de diagnóstico del 70% y de tratamiento del 60%. No obstante, solo el 36% de los pacientes tratados logran mantener su presión arterial controlada (3). Estos datos reflejan que, a pesar del progreso en el acceso, el control efectivo sigue siendo insuficiente, y que la adherencia es un factor clave para lograr mejores resultados en salud.

Entre los múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica se encuentran la polifarmacia, los efectos adversos, la accesibilidad económica y geográfica a los medicamentos, la percepción de la enfermedad, la calidad de la relación médico-paciente, y aspectos del entorno social y cultural del paciente, como el apoyo familiar y los hábitos alimentarios (8, 9).

En contextos rurales, como el municipio de Ereguayquín, en el departamento de Usulután Este, estos factores se manifiestan de manera más marcada. La Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín atiende a una población considerable de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, pero carece de estudios previos que aborden la adherencia terapéutica desde una perspectiva local. Esta carencia limita la capacidad del equipo de salud para tomar decisiones informadas sobre intervenciones específicas y adaptadas a la realidad del territorio.

Frente a este vacío, el presente estudio se propone describir el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de 30 a 65 años atendidos en dicha unidad, durante el período de junio a julio de 2025. Para ello, se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8), una herramienta validada internacionalmente que permite clasificar a los pacientes en niveles alto, medio o bajo de adherencia (2).

Además, se incorporaron preguntas complementarias que permiten profundizar en los factores asociados a la no adherencia, tales como la polifarmacia, dificultades para conseguir medicamentos, efectos secundarios, abandono del tratamiento, relación con el personal de salud y aspectos de la dieta. Aunque estas preguntas no forman parte del puntaje oficial del MMAS-8, su inclusión es pertinente para comprender con mayor precisión las causas que afectan el comportamiento terapéutico de los pacientes (2, 8).

El estudio también se basa en evidencia de investigaciones similares realizadas en la región. Por ejemplo, un estudio transversal llevado a cabo en el Hospital Universitario "Calixto García" de La Habana, Cuba (2018), evidenció una alta proporción de no adherencia farmacológica en pacientes hipertensos con incremento matutino de la presión arterial, lo cual se asoció directamente con un mayor riesgo cardiovascular (10).

En conclusión, la hipertensión arterial sigue siendo una de las enfermedades crónicas más frecuentes y peligrosas a nivel global, y su adecuado control depende en gran medida de la adherencia al tratamiento. En la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín, donde se brinda atención a 230 pacientes hipertensos, se identifica la ausencia de información sistematizada sobre esta problemática como una oportunidad crítica para intervenir. Generar evidencia local es esencial para diseñar estrategias efectivas, fortalecer la educación terapéutica y mejorar los resultados clínicos en esta población. Por tanto, el presente estudio se justifica plenamente como un insumo fundamental para la planificación sanitaria y la mejora continua de la calidad en la atención de enfermedades crónicas.

III- OBJETIVOS

3.1- Objetivo general:

Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos entre 30 y 65 años atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín durante el periodo de junio-julio de 2025.

3.2- Objetivos específicos:

1. Caracterizar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con hipertensión arterial crónica de la población en estudio.
2. Cuantificar el nivel de adherencia terapéutica mediante la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8).
3. Clasificar a los pacientes según el grado de control de la presión arterial durante el período de estudio.
4. Identificar los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.

IV- MARCO TEÓRICO

4.1- GENERALIDADES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.1.1- Definición y fisiopatología

La hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible de etiología múltiple, caracterizada por la 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. (11)

4.1.2- Clasificación de la hipertensión arterial (HTA)

Se puede clasificar según diferentes parámetros:

4.1.2.1- Según los valores de presión arterial

PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Clasificación
< 120	< 80	Óptima
120 - 130	80 - 84	Normal
131 - 139	85 - 89	Normal Alta
140 - 159	140 - 159	HTA Grado I
160 - 179	101 - 109	HTA Grado II
≥ 180	≥ 110	HTA Grado III
≥ 140	< 90	HTA Sistólica aislada

Nota: La clasificación se define según los valores de presión arterial medidos en consulta con el paciente sentado y tomando el promedio de las últimas dos mediciones. (11)

4.1.2.2- Según la etiología

Etiología	Características
HTA primaria (90% de los casos)	Origen genético. - Factores contribuyentes: obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, entre otros.
HTA secundaria (10% de los casos)	Asociada a malformaciones arteriales renales, arteria aorta, problemas hormonales, entre otros. - Más frecuente en niños y jóvenes. - Puede ser curable si se trata la causa subyacente. - Sospechar en pacientes con: • Inicio antes de los 20 años o después de los 50 años. • PA > 180/110 mmHg. • Daño a órganos: retinopatía grado II, enfermedad renal crónica (ERC), cardiomegalia, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), entre otros.

4.1.2.3- Según el daño a órgano blanco

Estadio	Daño a órgano blanco
I	Asintomático, sin signos aparentes de daño orgánico.
II	Presencia de al menos uno de los siguientes signos: - Hipertrofia ventricular izquierda. - Insuficiencia cardíaca o coronaria. - Encefalopatía, accidente cerebrovascular. - Retinopatía grado II. -

	Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática.
III	Presencia de signos/síntomas de daño orgánico severo: - Hemorragia retiniana. - Papiledema. - Insuficiencia renal manifiesta.

4.1.3- Diagnóstico

4.1.3.1- Procedimiento para el Diagnóstico:

- **Condiciones Adecuadas para la Medición:**

- El paciente debe estar en reposo, sentado cómodamente durante al menos 5 minutos, con la espalda apoyada y el brazo descubierto y apoyado a la altura del corazón.
- Evitar la ingesta de cafeína, el ejercicio y el consumo de tabaco al menos 30 minutos antes de la medición.

4.1.3.2- Técnica de Medición:

Deben seguirse las siguientes recomendaciones para la medición de la presión arterial:

- a. Usar el brazalete del tamaño apropiado, y asegurarse que se coloque correctamente en el brazo.
- b. En la evaluación inicial es preferible medir la presión arterial en ambos brazos para identificar diferencias entre ambas presiones arteriales, no debe ser > 10 mmHg
- c. Medir la presión arterial en el brazo de referencia o dominante apoyado más o menos a la altura del corazón, mano relajada.

d. La persona debe estar sentada con la espalda apoyada, sin cruzar las piernas, con la vejiga urinaria vacía, y permanecer relajado y sin hablar durante 5 minutos.

La presión arterial puede medirse con un esfigmomanómetro convencional y un estetoscopio, o bien con un dispositivo electrónico automático, calibrado y certificado.

4.1.3.3- Confirmación del Diagnóstico:

- El diagnóstico de HTA no debe basarse en una sola medición. Es recomendable obtener lecturas en al menos dos o más visitas separadas, a menos que las cifras sean extremadamente altas o el paciente presente daño orgánico asociado.

4.1.3.4- Monitorización Ambulatoria y Domiciliaria:

- La Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) y la Automedida de la Presión Arterial en el Domicilio (AMPA) pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico, especialmente en casos de hipertensión de bata blanca o hipertensión enmascarada.

4.1.3.5- Consideraciones Adicionales:

- Es fundamental descartar factores que puedan elevar transitoriamente la presión arterial, como el estrés agudo o el dolor.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovascular adicionales y posibles daños en órganos diana.

La medición correcta de la presión arterial es la única manera de diagnosticar la HTA, debido a que la mayoría de las personas son asintomáticas. Se debe medir la presión arterial:

Durante las consultas de rutina en el establecimiento de salud.

La medición y el control de la presión arterial son de especial importancia en los adultos que tienen los factores de riesgo antes mencionados para su tamizaje.

4.1.4- Etiología

La hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial con interacciones complejas entre factores genéticos, ambientales, hormonales y del sistema nervioso.

1. **Mecanismos renales:** El riñón regula la presión arterial (PA) a través del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) y la excreción de sodio. La activación crónica del RAAS causa retención de sodio y aumento de la PA.
2. **Mecanismos vasculares:** La disfunción endotelial y la rigidez arterial contribuyen a la hipertensión y al daño de órganos. Factores como el estrés oxidativo y la inflamación aceleran el envejecimiento arterial.
3. **Mecanismos neuronales:** La activación del sistema nervioso simpático aumenta la PA mediante vasoconstricción, aumento de la contractilidad cardíaca y retención de sodio. Esto es más pronunciado en hipertensión relacionada con obesidad, insuficiencia renal y apnea del sueño.
4. **Mecanismos hormonales:** Hormonas como los péptidos natriuréticos, la endotelina-1 y las hormonas sexuales influyen en la PA. La caída de estrógenos en la menopausia está relacionada con la hipertensión.
5. **Factores ambientales:** La contaminación del aire y el ruido contribuyen al aumento de la PA. Enfermedades como el VIH y la COVID-19 han sido vinculadas con la hipertensión.
6. **Factores socioeconómicos y psicosociales:** El estrés, la discriminación y la baja condición socioeconómica aumentan el riesgo de hipertensión, especialmente en mujeres y migrantes.
7. **Factores conductuales:**
 - **Dieta:** Exceso de sal y deficiencia de potasio elevan la PA. Dietas como la DASH y mediterránea ayudan a reducirla.
 - **Obesidad e inactividad física:** La obesidad aumenta la PA por activación del sistema simpático y el RAAS. La actividad física reduce el riesgo de hipertensión.
 - **Alcohol y tabaco:** El consumo crónico de alcohol eleva la PA. El tabaquismo causa daño vascular, aunque su relación directa con la PA es menos clara.

- **Sueño:** La falta de sueño y la apnea del sueño favorecen la hipertensión.

4.2- EPIDEMIOLOGÍA

La HTA es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial, afectando a más de mil millones de personas y siendo responsable de aproximadamente 9.4 millones de muertes anuales. Esta condición duplica el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, incluyendo cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica, insuficiencia renal y arteriopatía periférica. A menudo, la HTA coexiste con otros factores de riesgo cardiovascular, incrementando la carga total de riesgo. El tratamiento antihipertensivo ha demostrado reducir significativamente los riesgos asociados a enfermedades cardiovasculares y renales; sin embargo, amplios segmentos de la población hipertensa no reciben tratamiento o son tratados de manera inadecuada. (12)

En los grandes centros urbanos de América Latina y el Caribe, la prevalencia de la HTA es comparable a la observada a nivel mundial. El número de individuos con HTA continúa aumentando de manera desmesurada, convirtiéndose en un problema significativo de salud pública en la región.

En El Salvador, la HTA representa una verdadera epidemia. Para los años 2011 y 2012, el Ministerio de Salud estimaba que más de un millón de salvadoreños padecían de hipertensión arterial, con un total de 73,919 nuevos casos diagnosticados en ese período. Esta situación plantea un desafío considerable para el sistema de salud del país. (13)

Además, según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas El Salvador (ENECA-ELS) 2015, se investigó la prevalencia, distribución espacial y características sociodemográficas de enfermedades como la HTA, evidenciando una alta carga de esta condición en la población adulta salvadoreña. (14)

4.2.1- Tratamiento

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) tiene como objetivo principal reducir la presión arterial para prevenir complicaciones cardiovasculares y renales. Según “Harrison.

Principios de Medicina Interna”, el abordaje terapéutico incluye modificaciones en el estilo de vida y, cuando es necesario, el uso de fármacos antihipertensivos.

4.2.1.1- Modificaciones en el Estilo de Vida:

- **Dieta Saludable:** Adoptar una alimentación rica en frutas, verduras, granos integrales y productos lácteos bajos en grasa.
- **Reducción de Sodio:** Limitar la ingesta de sal a menos de 2 gramos por día.
- **Actividad Física Regular:** Realizar al menos 30 minutos de ejercicio aeróbico moderado la mayoría de los días de la semana.
- **Control del Peso:** Mantener un índice de masa corporal (IMC) dentro de los rangos saludables.
- **Limitación del Alcohol y Abstinencia de Tabaco:** Reducir el consumo de bebidas alcohólicas y evitar fumar.

4.2.1.2- Tratamiento Farmacológico:

Cuando las modificaciones en el estilo de vida no son suficientes para controlar la presión arterial, se recurre a medicamentos antihipertensivos. La elección del fármaco depende de factores como la edad, comorbilidades y posibles efectos secundarios. Las principales clases de antihipertensivos incluyen:

- **Diuréticos Tiazídicos:** Ayudan a eliminar el exceso de sodio y agua, reduciendo el volumen sanguíneo.
- **Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA):** Relajan los vasos sanguíneos al bloquear la formación de angiotensina II.
- **Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA-II):** Bloquean la acción de la angiotensina II, relajando los vasos sanguíneos.
- **Beta-Bloqueadores:** Disminuyen la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción del corazón.
- **Antagonistas de los Canales de Calcio:** Impiden que el calcio ingrese a las células del músculo cardíaco y de los vasos sanguíneos, relajándolos.

Es esencial individualizar el tratamiento y, en muchos casos, se requiere una combinación de dos o más medicamentos para lograr un control óptimo de la presión arterial.

Como se ha mencionado previamente, todas las enfermedades crónicas, incluida la Hipertensión Arterial, requieren un tratamiento continuo y de por vida. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que muchos pacientes hipertensos enfrentan dificultades para mantener una adecuada adherencia al tratamiento. En este contexto, el cumplimiento del tratamiento farmacológico adquiere un papel fundamental, ya que su incumplimiento se considera la principal barrera para un control efectivo de la hipertensión arterial (15).

4.3- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La efectividad del tratamiento antihipertensivo depende en gran medida de la adherencia del paciente. Estudios recientes han demostrado que la hora del día en que se toma la medicación no influye significativamente en la incidencia de eventos cardiovasculares graves, por lo que se recomienda elegir el momento que facilite una mayor adherencia al tratamiento.

Además, una alternativa terapéutica ampliamente adoptada en América es la estrategia HEARTS, un modelo integral de atención para la hipertensión arterial. Esta iniciativa, promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), busca optimizar el control de la HTA mediante la estandarización del tratamiento, la accesibilidad a medicamentos esenciales y la implementación de una vía clínica basada en la mejor evidencia disponible. Su enfoque estructurado permite mejorar la calidad de la atención en el primer nivel de salud, asegurando un manejo efectivo, equitativo y sostenible de la enfermedad.

4.3.1- Vía Clínica

1. Enalapril 10mg c/12hrs + Amlodipina 5mg c/día por un mes
2. Paciente fuera de meta luego de repetir medición: Enalapril 20mg c/12hrs + Amlodipina 10mg c/día por un mes
3. Paciente fuera de meta luego de repetir medición: Enalapril 20mg c/12hrs + Amlodipina 10mg c/día + HCTZ 25mg c/día por un mes
4. Paciente fuera de meta luego de repetir medición: Enalapril 20mg c/12hrs + Amlodipina 10mg c/día + HCTZ 50mg c/día por un mes

5. Paciente fuera de meta luego de repetir medición: referir a segundo nivel de atención. (16)

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con HTA:

- Sexo masculino.
- Edad > 60 años.
- Fumador actual o pasado.
- Dislipidemia (colesterol total y HDL bajo).
- Hiperuricemia.
- Diabetes mellitus.
- Sobrepeso u obesidad.
- Antecedente familiar de ECV prematura (hombres < 55 años, mujeres < 65 años).
- Aparición temprana de la menopausia (< 40 años).
- Sedentarismo.
- Factores psicológicos y socioeconómicos.

Daño orgánico asintomático:

- Rigidez arterial.
- Hipertrofia ventricular izquierda en electrocardiograma.
- Albuminuria (A2) con índice albúmina/creatinina de 30-300 mg/g.
- ERC estadio 3 con tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) de 30-59 ml/min/1.73 m².
- Retinopatía avanzada con hemorragias o exudados.

Enfermedad cardiovascular o renal establecida:

- ERC estadio 4 o 5 (TFGe < 30 ml/min/1.73 m²).
- Historia personal de ictus, hemorragia cerebral o accidente isquémico transitorio.
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
- Enfermedad arterial periférica.
- Fibrilación auricular en electrocardiograma.

4.3.2- Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. (17)

La adherencia a la medicación es un fenómeno complejo y multifactorial en el que influyen distintos factores como las características del tratamiento farmacológico, los efectos adversos, la duración del tratamiento o la complejidad de la pauta, entre otros.” (18)

Aunque la mayor parte de las investigaciones se han centrado en la adherencia al medicamento, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud, que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas.

Sin embargo, muchos pacientes con enfermedades crónicas abandonan el tratamiento o hacen un mal seguimiento del mismo, lo que disminuye la eficacia del tratamiento, empeora los resultados en salud y ocasiona un impacto negativo en el gasto sanitario, con la consiguiente insatisfacción del paciente y de los sanitarios.

4.3.3- Incumplimiento terapéutico

La falta de adherencia puede ser voluntaria o intencionada, cuando el paciente, conscientemente, no quiere tomar los fármacos prescritos o involuntaria o no intencionada, por pérdida de memoria o autonomía del paciente, tratamientos complejos, con múltiples fármacos y/o falta de establecimiento de rutinas y hábitos diarios que favorezcan la toma correcta de los mismos.

El incumplimiento puede ser total, cuando se abandona por completo o parcial, cuando:

- Se olvidan tomas o se toman dosis menores por miedo a efectos adversos, no percibir beneficios de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento y/o creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva (incumplimiento esporádico).
- Se abandona en las etapas de estabilidad de la enfermedad y se reinicia cuando aparecen síntomas(incumplimiento secuencial).

- Se toma cuando está próxima la cita médica o de la enfermera, muy frecuente en pacientes con presión arterial alta y colesterol elevado(cumplimiento de bata blanca).

4.3.4- Factores que influyen en la falta de adherencia

4.3.4.1- Características del paciente

Un punto importante a resaltar es que existen asociaciones entre la adherencia y el estado civil de los pacientes, así como con la edad, sexo, escolaridad, actividad física, el vivir acompañado o no, gravedad de la hipertensión, asistencia regular a consultas y el costo de la medicación. (19) La situación laboral, factores psicológicos como la ansiedad o depresión, las creencias, vivencias, percepciones, circunstancias personales pueden influir positiva o negativamente en la adherencia.

4.3.4.2- La enfermedad

La adherencia a los tratamientos es menor si las enfermedades son asintomáticas y mayor cuando son sintomáticas. La mayor gravedad de la enfermedad se asocia a mayor cumplimiento y la pluripatología a menor adherencia debido a la polimedicación.

4.3.4.3- Relación profesional sanitario-paciente y organización sanitaria

Una buena comunicación con el médico y la enfermera y la toma de decisiones compartidas basadas en la confianza, van a mejorar la adherencia a los tratamientos.

La accesibilidad a las consultas, los tiempos de espera no prolongados y los tiempos suficientes de consulta favorecen la relación del paciente con los profesionales sanitarios.

4.3.4.4- Comunidad, familia y medio laboral

El apoyo familiar con el que cuenta el paciente, los aspectos sociolaborales que le afectan y cuestiones culturales relacionadas con su comunidad influyen directamente en la adherencia terapéutica.

4.3.5- Cómo mejorar la adherencia farmacológica

- Establecer un calendario con horarios y días y el nombre del medicamento, la hora en la que se debe tomar, el color del envase y la dosis.
- Asociar la toma de un fármaco con una tarea diaria específica y utilizarse un reloj de pulsera con alarma como recordatorio.
- Pedir a un familiar o cuidador que le ayude en el control de cada medicamento.
- Ordenar los medicamentos por sector de hora mañana, tarde y noche y mantenerlos en un lugar visible.
- Utilizar organizadores de fármacos que disponen de múltiples compartimentos, para cada día de la semana y/o para diferentes momentos del día.
- Anotar los efectos positivos y negativos del tratamiento y hablarlos con su médico y/o enfermera.
- No abandonar nunca el tratamiento sin indicación explícita de su médico y/o enfermera.

4.3.6- Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos

La adherencia al tratamiento antihipertensivo es fundamental para lograr un control adecuado de la presión arterial. Sin embargo, diversos estudios han mostrado que las tasas de adherencia son subóptimas. Por ejemplo, una investigación realizada en el Hospital Nacional Saldaña en El Salvador encontró que la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es un problema prevalente, influenciado por factores como la dinámica familiar y el apoyo social. (20)

4.3.7- Factores que Influyen en la Adherencia

Los factores que afectan la adherencia terapéutica pueden agruparse en:

- **Factores Socioeconómicos:** El nivel educativo, el empleo y el acceso a recursos económicos pueden influir en la capacidad del paciente para seguir el tratamiento. Un estudio en la Unidad de Salud La Laguna, Chalatenango, identificó que el desempleo y el bajo nivel educativo son barreras significativas para la adherencia.(18)
- **Factores Relacionados con el Paciente:** Incluyen el conocimiento sobre la enfermedad, las creencias personales y la percepción de la necesidad del tratamiento.

Una investigación en Cuba evidenció que un nivel adecuado de conocimientos sobre la HTA se asocia positivamente con una mayor adherencia terapéutica. (19)

- **Factores Relacionados con el Sistema de Salud:** La accesibilidad a los servicios de salud, la relación médico-paciente y la disponibilidad de medicamentos son determinantes clave. La falta de abastecimiento de medicamentos y la limitada educación proporcionada por el personal de salud fueron identificados como obstáculos en el estudio de la Unidad de Salud La Laguna. (21)

4.3.8- Métodos para Medir la Adherencia Terapéutica

La evaluación de la adherencia terapéutica constituye un componente esencial en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, ya que permite identificar tempranamente posibles fallos en la continuidad del tratamiento y orientar intervenciones oportunas. Existen diversos métodos para su medición, los cuales se clasifican generalmente en métodos directos e indirectos, cada uno con sus ventajas y limitaciones. (22)

- **Métodos Directos:**

Estos métodos se basan en la verificación objetiva de la ingestión del medicamento. Incluyen la medición de los niveles del fármaco o sus metabolitos en fluidos corporales (como sangre u orina) y la observación directa de la toma del medicamento por parte del paciente. Aunque ofrecen una elevada precisión, su aplicación en contextos clínicos habituales es limitada debido a su alto costo, invasividad, y requerimientos técnicos y logísticos. Son más frecuentes en estudios clínicos controlados o en situaciones especiales como el tratamiento de enfermedades infecciosas graves o trasplantes. (23)

- **Métodos Indirectos:**

Son los más empleados en la práctica clínica por su mayor accesibilidad y facilidad de implementación. Estos comprenden desde entrevistas clínicas y autorreportes hasta cuestionarios estructurados, análisis de registros de dispensación farmacéutica, recuento de medicación sobrante y el uso de dispositivos electrónicos que registran la apertura de los envases de medicación. Aunque estos métodos pueden estar sujetos a sesgos (como el

deseable social en los autorreportes), proporcionan información útil y suficiente para el seguimiento rutinario de la adherencia.(24)

Dentro de los métodos indirectos, uno de los instrumentos más reconocidos y validados internacionalmente es el Test de Morisky-Green de 8 ítems (MMAS-8), diseñado específicamente para evaluar el grado de cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente hipertensión arterial. El cuestionario consta de 8 preguntas que evalúan el comportamiento del paciente respecto a la toma de medicamentos. Las primeras 7 preguntas son de tipo sí/no, y la última se responde con una escala tipo Likert. (25)

Su simplicidad, bajo costo, rápida aplicación y capacidad para detectar adherencia subóptima lo han convertido en una herramienta ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos y en contextos de atención primaria de salud. Además, su uso permite clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes, facilitando la toma de decisiones clínicas y la implementación de estrategias educativas o conductuales para mejorar el seguimiento del tratamiento. (26,27)

La revisión bibliográfica muestra claramente que no hay ningún instrumento de medida que por sí mismo permita valorar todos los aspectos de la adherencia terapéutica; según López-Romero et al. (2016), *“no existe un instrumento que por sí solo valore todos los aspectos de la adherencia terapéutica”*.(28) La recomendación general en la literatura científica es usar una combinación de métodos o estrategias complementarias para evaluar la adherencia, según el contexto clínico y los recursos disponibles.

En el presente estudio se optó por incorporar preguntas complementarias al cuestionario de Morisky-Green de 8 ítems, con el propósito de profundizar en factores específicos que pueden influir en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, tales como la polifarmacia, el abandono del tratamiento, el costo de los medicamentos, la accesibilidad a los mismos, la alimentación no adecuada y la relación médico-paciente.

La inclusión de estas preguntas adicionales resulta válida y pertinente, ya que permite ampliar el análisis más allá del puntaje cuantitativo del test, ofreciendo una visión contextualizada de las barreras individuales, sociales y del sistema de salud que

condicionan el comportamiento terapéutico del paciente. Si bien estas preguntas no forman parte del puntaje oficial del MMAS-8, su incorporación en el instrumento de recolección de datos no compromete la integridad ni la validez del test, siempre que se presenten claramente diferenciadas.

Este enfoque combinado en la recolección de datos fortalece la interpretación de los resultados y facilita la identificación de factores modificables sobre los que se puedan diseñar intervenciones personalizadas o comunitarias, dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica en poblaciones con alta carga de hipertensión arterial.

V- DISEÑO METODOLÓGICO

5.1- TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

5.2- PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El período de investigación en el que se llevó a cabo el presente estudio, incluyendo la defensa del mismo, está comprendido de Marzo-Octubre de 2025. El período de obtención y recolección de datos se realizó de junio-julio de 2025.

5.3- ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Ereaguayquín, Usulután Este, durante los meses de junio-julio de 2025.

5.4- DEFINICIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA

5.4.1- Universo

El Universo estuvo conformado por los 230 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentran registrados y en seguimiento en la Unidad de Salud Intermedia de Ereaguayquín, ubicada en el departamento de Usulután.

5.4.2-Muestra

La muestra se definió con todos los pacientes hipertensos entre 30 y 65 años de edad, que cumplían con los criterios de inclusión y consultaron activamente en dicho establecimiento durante el período de recolección de datos, comprendido entre los meses de junio y julio de 2025. Durante este período, 96 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, por lo que fueron seleccionados como muestra del estudio mediante un **muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, no se seleccionaron aleatoriamente**, sino que se tomó a quienes estuvieron disponibles y accesibles en el

momento y aceptaron participar voluntariamente, ya que la presente investigación presentó limitaciones de tiempo y acceso.

Se tomó como marco muestral el censo diario de consultas de la Unidad de Salud, identificando un promedio de 2 a 3 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultaron diariamente. La recolección de datos se realizó durante 44 días laborales, correspondientes a los meses de junio y julio de 2025, excluyendo fines de semana. Con base en este flujo de atención, se logró incluir a un total de 96 pacientes hipertensos, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, conformando así la muestra final del estudio.

5.7- CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.7.1- Criterios de inclusión

Definición: características que deben tener los participantes de una investigación para ser incluidos en ella.

- Usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín Este.
- Usuarios entre las edades de 30-65 años
- Usuarios que asistan exclusivamente a su control mensual de hipertensión arterial.
- Usuarios que deseen colaborar con la investigación.

5.7.2- Criterios de exclusión

Definición: características que impiden que un elemento o dato sea incluido en un estudio o análisis.

- Pacientes con enfermedades psiquiátricas o cognitivas que impidan responder los cuestionarios.
- Pacientes con hipertensión secundaria.
- Mujeres embarazadas diagnosticadas con hipertensión gestacional.
- Usuarios que no pertenezcan al área geográfica.

5.8- VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Descripción/Escala
Adherencia terapéutica	Ordinal	Adherencia alta Adherencia moderada Adherencia baja
Edad	Ordinal	30-39, 40-49, 50-59, etc.
Sexo	Nominal	Mujer/Hombre
Nivel de Escolaridad	Ordinal	Sin escolaridad, Primaria, Secundaria, Preuniversitario, Universitario, Técnico, etc
Estado Civil	Ordinal	Soltero, Casado, Acompañado, Divorciado, Viudo/a
Ocupación	Ordinal	Ama de casa, Agricultor, Comerciante, etc.
Tiempo de Diagnóstico	Ordinal	Menor de un año/Mayor de un año

Índice de Masa Corporal (IMC)	Ordinal	Bajo peso (<18.5 Kg/mt ²) Normal (18.5-24.9) Sobrepeso (25-29.9) Obesidad (≥30)
Hipertensión Arterial	Ordinal	Hipertensión grado I, II y II

5.9- CRUCE DE VARIABLES

- Edad según sexo
- Grado de hipertensión arterial según edad
- Grado de hipertensión arterial según sexo
- Adherencia terapéutica según sexo
- Adherencia terapéutica según edad
- Adherencia terapéutica según Grado de hipertensión arterial
- Adherencia terapéutica según tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial
- Adherencia terapéutica según Índice de Masa Corporal (IMC)

5.10- FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente primaria: Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica entre 30 a 65 años que consultan en Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín, quienes brindarán directamente la información principal.

Fuente secundaria: libros de texto médicos, artículos científicos publicados en revistas académicas y guías clínicas oficiales emitidas por organismos de salud nacionales e internacionales, como el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

5.11- TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Se usó como técnica para la obtención de información la entrevista. La entrevista consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos en cada una de las consultas de manera personal que son brindadas como control hacia pacientes hipertensos y que no presentan alguna otra comorbilidad. Se utilizó el test de Morisky 8 ítems, y seis preguntas complementarias para profundizar en la identificación de los factores más frecuentes que contribuyen a la no adherencia al tratamiento.

5.11.1- Instrumento

Consta de las siguientes partes:

- A. Datos generales:** se incluyen los datos generales de los pacientes (edad, sexo, nivel educativo, ocupación, peso, talla, IMC, etc.)
- B. Escala de adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8):** Preguntas de la 1 a la 8.

C. Cuestionario complementario sobre los factores más frecuentes que contribuyen a la no adherencia al tratamiento. Preguntas de la 9 a la 14.

Para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos, se utilizará la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8). Este cuestionario es un instrumento validado ampliamente utilizado en investigaciones sobre adherencia terapéutica.

El MMAS-8 consta de ocho preguntas cerradas que permiten clasificar a los pacientes según su nivel de cumplimiento con la medicación. Las primeras siete preguntas tienen respuestas de "Sí" o "No", mientras que la última se responde eligiendo entre cinco opciones que van desde "Nunca" hasta "Siempre".

La puntuación total del cuestionario varía entre 0 y 8 puntos, donde:

- **Alta adherencia:** 8 puntos.
- **Adherencia media:** 6-7 puntos.
- **Baja adherencia:** ≤ 5 puntos.

Además del análisis del Test de Morisky-Green de 8 ítems, se incluyeron preguntas complementarias que permitieron explorar con mayor profundidad los factores que influyen en la adherencia terapéutica. Las respuestas obtenidas de estas preguntas fueron procesadas de forma descriptiva y presentadas en gráficos individuales, con el objetivo de visualizar claramente la frecuencia y distribución de aspectos como la polifarmacia, el abandono del tratamiento, los costos asociados, la accesibilidad a medicamentos, la adherencia a la dieta recomendada y la calidad de la relación médico-paciente.

Estos resultados se presentan de forma paralela al análisis del test principal, permitiendo una interpretación más completa del fenómeno de adherencia en la población estudiada.

5.12- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el procesamiento de los datos, se empleó como instrumento principal una encuesta estructurada, que incluyó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems

(MMAS-8), además de preguntas relacionadas con características sociodemográficas de los pacientes. Durante la aplicación de la encuesta, se registraron directamente los signos vitales, así como la talla y el peso de los participantes, con el fin de complementar la información clínica y obtener el índice de masa corporal como variable de interés. La totalidad de los datos fue recolectada en la Unidad de Salud Intermedia de Ereduayquín entre junio y julio de 2025, en pacientes hipertensos de 30 a 65 años que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

5.13- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La población en estudio comprende a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica que consultan en la Unidad de Salud de Ereduayquín en el periodo comprendido entre junio-julio 2025. La investigación se realizará en base a los datos obtenidos del instrumento, los cuales serán manejados de manera confidencial. El procesamiento de los datos que se obtuvieron de la entrevista y el test serán procesados en Microsoft Excel, lo que permitió la elaboración de tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje, facilitando una descripción clara de las variables analizadas. El análisis se orientó a caracterizar la situación de adherencia terapéutica en la población estudiada, sin realizar inferencias estadísticas. Se enfatizó en identificar patrones comunes y posibles factores asociados, con el fin de generar una comprensión general del fenómeno en su contexto local.

5.14- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

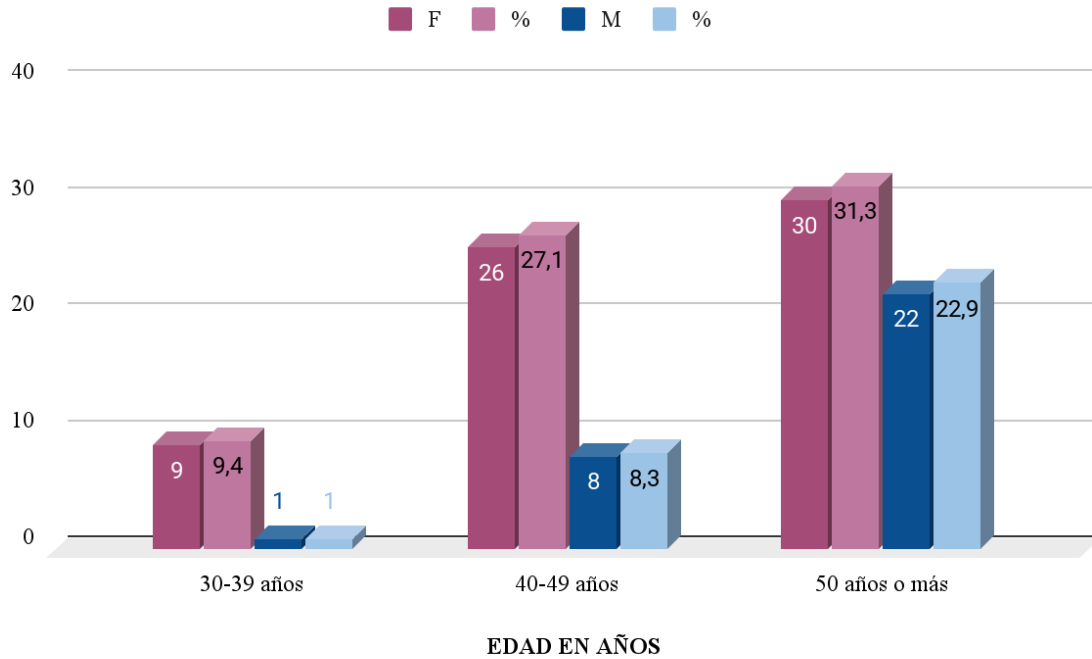
ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Orientación para ejecución del proceso																																								
Elaboración de antecedentes, justificación y objetivos																																								
Elaboración de marco teórico																																								
Elaboración de diseño metodológico																																								
Revisión del protocolo																																								
Entrega de protocolo a dirección de escuela																																								
Evaluación de protocolo por jurado evaluado																																								
Evaluación de observaciones al protocolo																																								

VI- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos fueron obtenidos mediante la consulta diaria de la unidad de salud en estudio a través de un instrumento de recolección de datos y con la autorización de los pacientes, manteniendo la confidencialidad de información del paciente, solo el personal que conforma la investigación tendrá acceso a la información.

VII- RESULTADOS

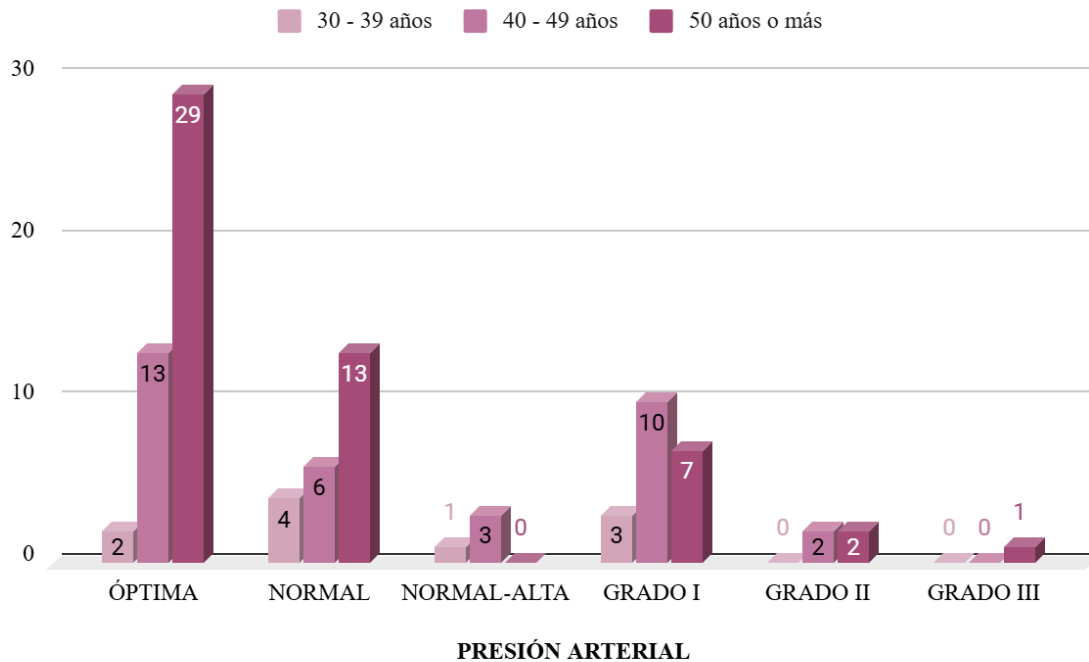
Gráfica 1: Distribución por edad y sexo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín



El Gráfico 1 muestra que el 67.8% de la población participante que consultó en la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín corresponde al sexo femenino, mientras que el 32.2% pertenece al sexo masculino, evidenciando que la mayoría de la población consultante es de mujeres.

En relación con los rangos de edad, se observó que 10 participantes se encontraban en el grupo de 30-39 años, 34 participantes en el rango de 40-49 años, y 52 participantes tenían 50 años o más. Estos resultados reflejan una mayor prevalencia de casos en los grupos de mayor edad, lo que sugiere una asociación positiva entre el incremento de la edad y la presencia de hipertensión arterial.

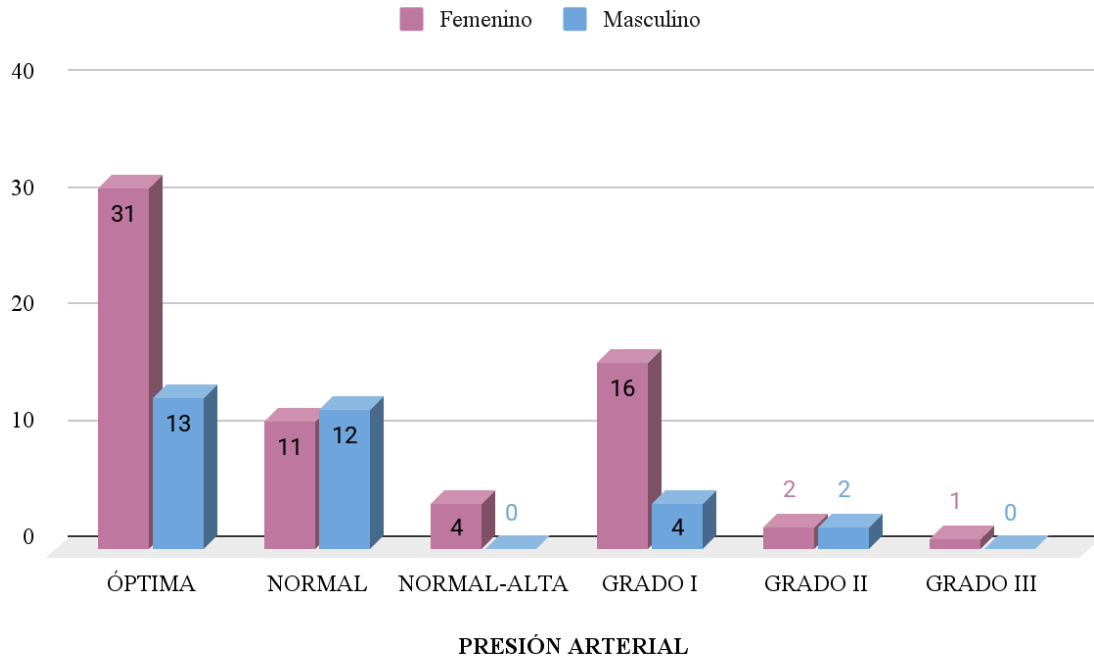
Gráfica 2. Distribución por edad y grado de hipertensión en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



La Gráfica 2 presenta la clasificación de la presión arterial de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial crónica, distribuidos por rangos de edad. En el grupo de 30 a 39 años, se identificaron 2 pacientes con presión arterial óptima, 4 con presión normal, 1 con presión normal-alta, 3 con hipertensión grado I, y ninguno con hipertensión grado II o III. En el rango de 40 a 49 años, 13 pacientes presentaron presión arterial óptima, 6 presión normal, 3 presión normal-alta, 10 hipertensión grado I, 2 hipertensión grado II, y ninguno con grado III. Finalmente, en el grupo de 50 años y más, 29 pacientes tuvieron presión arterial óptima, 13 presión normal, ninguno con presión normal-alta, 7 pacientes con hipertensión grado I, 2 hipertensión grado II y 1 hipertensión grado III.

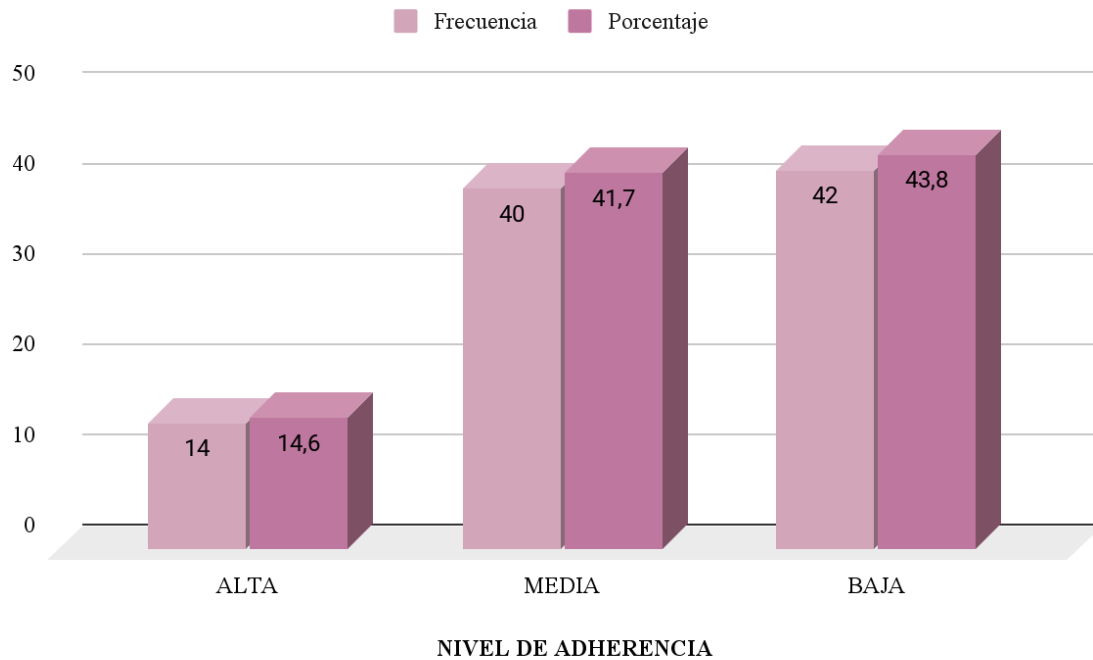
En términos generales, los datos muestran que los casos de hipertensión en grados más avanzados (II y III) aumentan con la edad, mientras que en los grupos más jóvenes predominan las categorías de presión arterial óptima y normal.

Gráfica 3. Distribución por sexo y grado de hipertensión en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



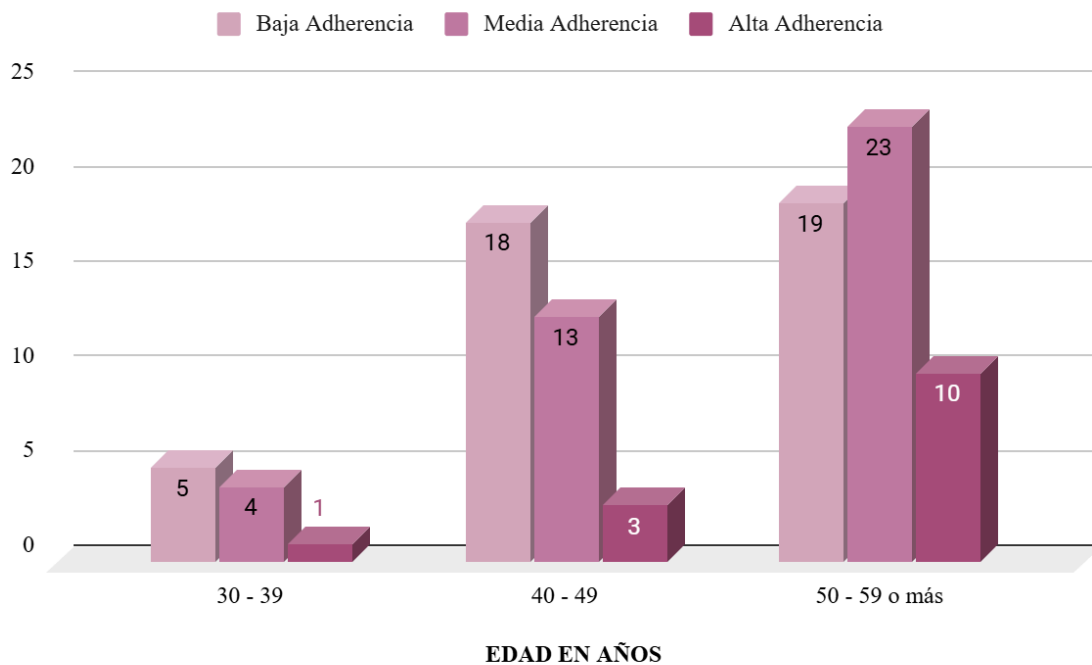
La Gráfica 3 muestra los datos de la distribución de los pacientes con hipertensión arterial según su sexo y los diferentes niveles de presión arterial. De todos los pacientes hipertensos del sexo femenino, 31 se encontraron con una presión arterial óptima, 11 con una presión arterial normal, 4 con una presión arterial normal-alta, 16 en grado I, 2 en grado II, 1 en grado III. Del sexo masculino, 13 pacientes se encontraron con una presión arterial óptima, 12 con una presión normal, 0 con una presión normal-alta, 4 en grado I, 2 en grado II, 0 en grado III.

Gráfica 4. Adherencia terapéutica según el Test de Morisky-Green-Levine en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



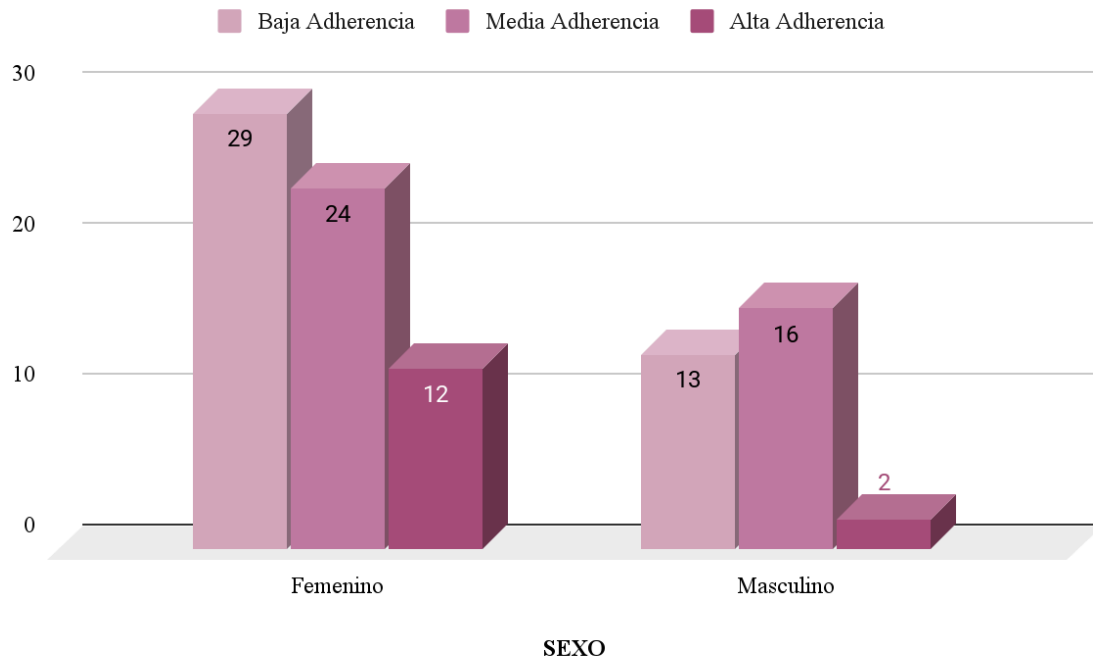
De acuerdo al test de Morisky-Green-Levine, 14 pacientes se encontraron con un nivel de adherencia alta, que corresponden a 14.6%, 40 se encontraron con una adherencia media, que corresponden al 41.7%, 42 poseen un nivel de adherencia baja, que corresponden al 43.8%.

Gráfica 5. Distribución por edad y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



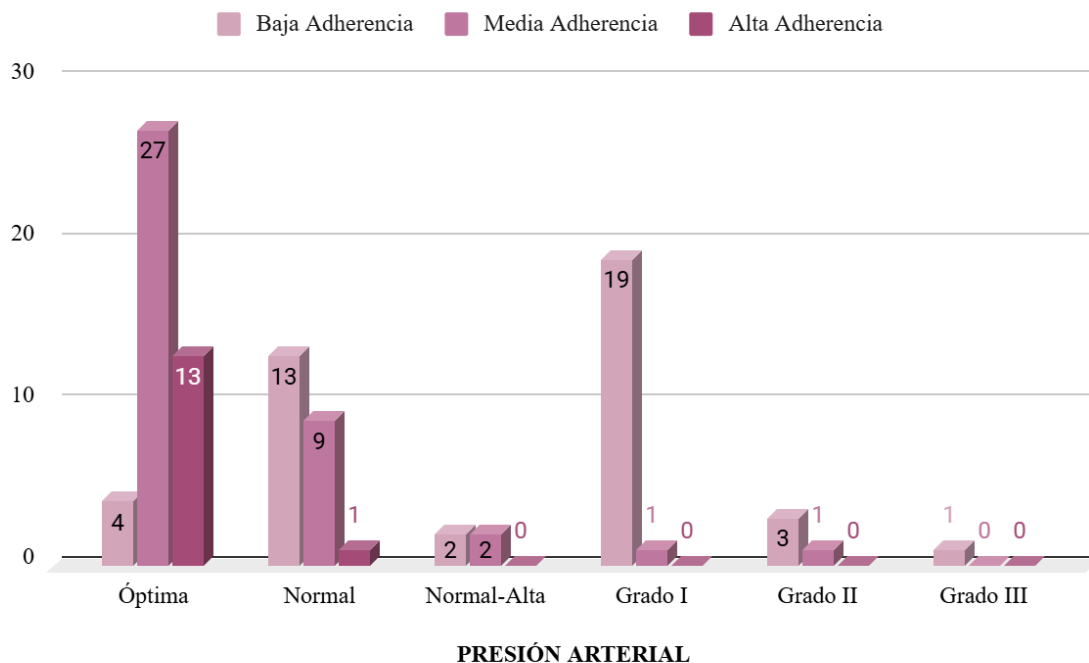
Según el test de Morisky-Green-Levine muestran los resultados de los pacientes hipertensos de entre 30 a 39 años predominando la baja adherencia con 5 pacientes, seguido de 4 pacientes con adherencia media, y 1 con alta adherencia. En el rango de 40 a 49 años, también se observa una mayor proporción de baja adherencia con 18 pacientes, en comparación con 13 pacientes con adherencia media y 3 con alta adherencia. En el rango de 50 años en adelante, la mayoría presenta adherencia media 23 pacientes, aunque la baja adherencia sigue siendo alta con 19 pacientes, y se registra el mayor número de pacientes con alta adherencia que son 10.

Gráfica 6. Distribución por sexo y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



De acuerdo al test de Morisky-Green-Levine, de los pacientes hipertensos del sexo femenino, 29 se encontraron con adherencia baja, 24 con adherencia media, 12 con adherencia alta. Del sexo masculino, 13 se encontraron con adherencia baja, 16 con adherencia media, 2 con adherencia alta.

Gráfica 7. Relación entre nivel de adherencia terapéutica y grado de hipertensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



El Gráfico 7 muestra los datos al relacionar los niveles de adherencia al tratamiento con los niveles de presión arterial, donde se observa que:

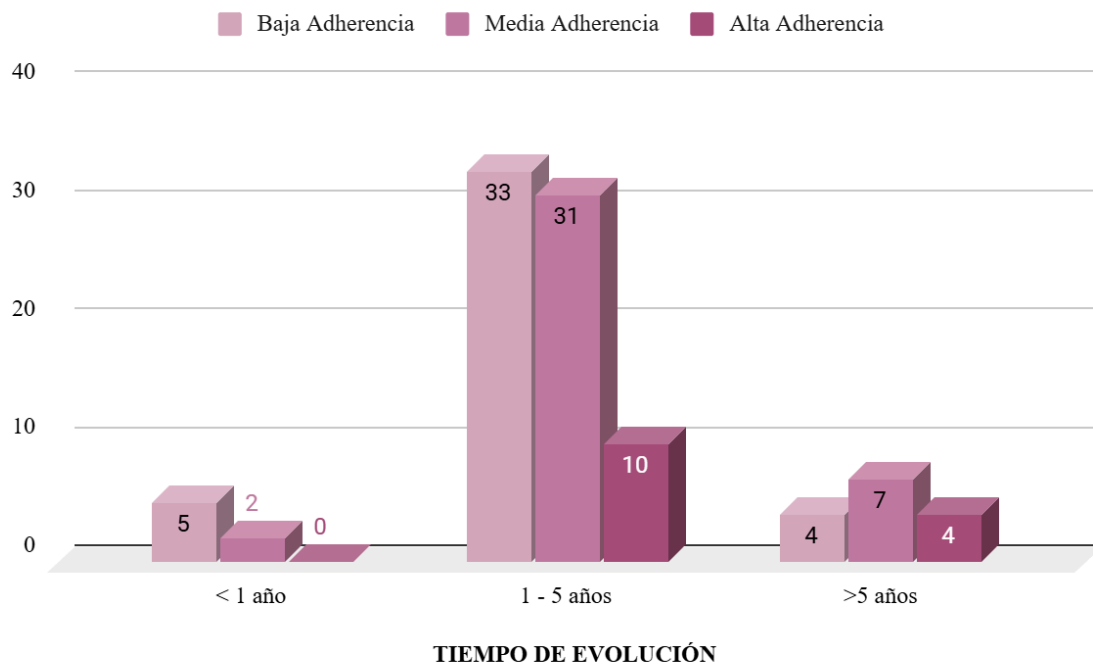
Entre los pacientes con baja adherencia, predominan los casos de hipertensión grado I con 19 pacientes, además de 13 con presión normal, 4 con óptima, 2 con normal-alta, 3 con grado II y 1 con grado III.

En los pacientes con adherencia media, la mayoría 27 pacientes presentan presión arterial óptima, seguida de 9 con presión normal, 2 con presión normal-alta, y pocos casos en grado I y II (un paciente en cada uno) y ninguno en el grado III.

En el grupo con alta adherencia, 13 pacientes, casi todos tienen presión óptima, y solo 1 presenta presión normal, sin reportar ningún caso en las demás categorías de hipertensión.

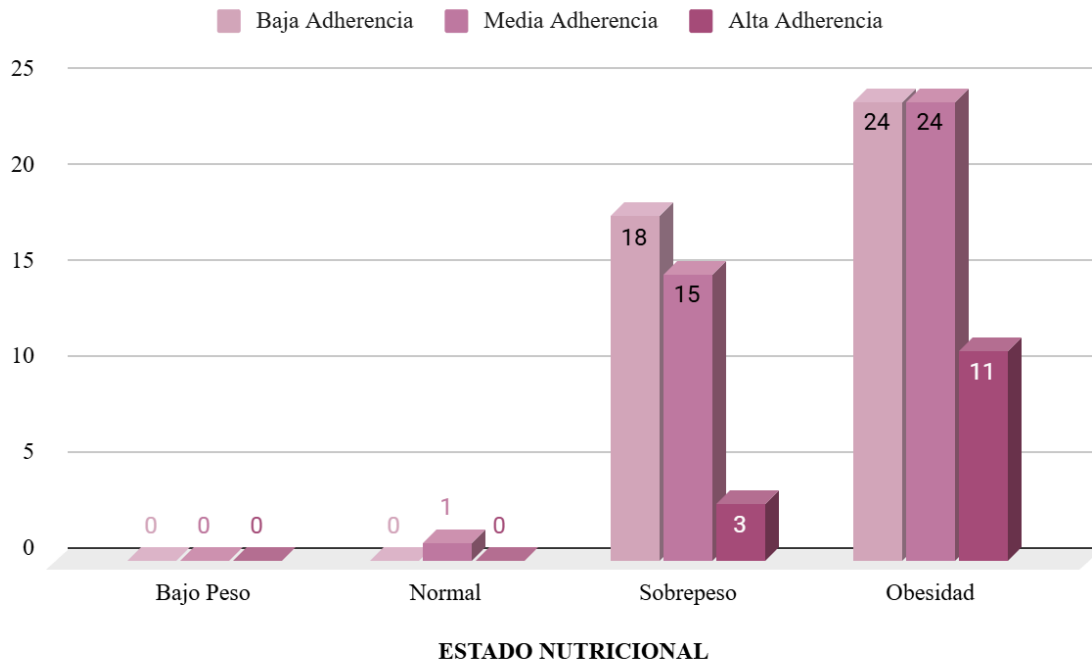
En general, los resultados reflejan una relación positiva entre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial: a mayor adherencia, mayor proporción de pacientes con presión óptima y menor frecuencia de hipertensión en grados avanzados.

Gráfica 8. Relación entre tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



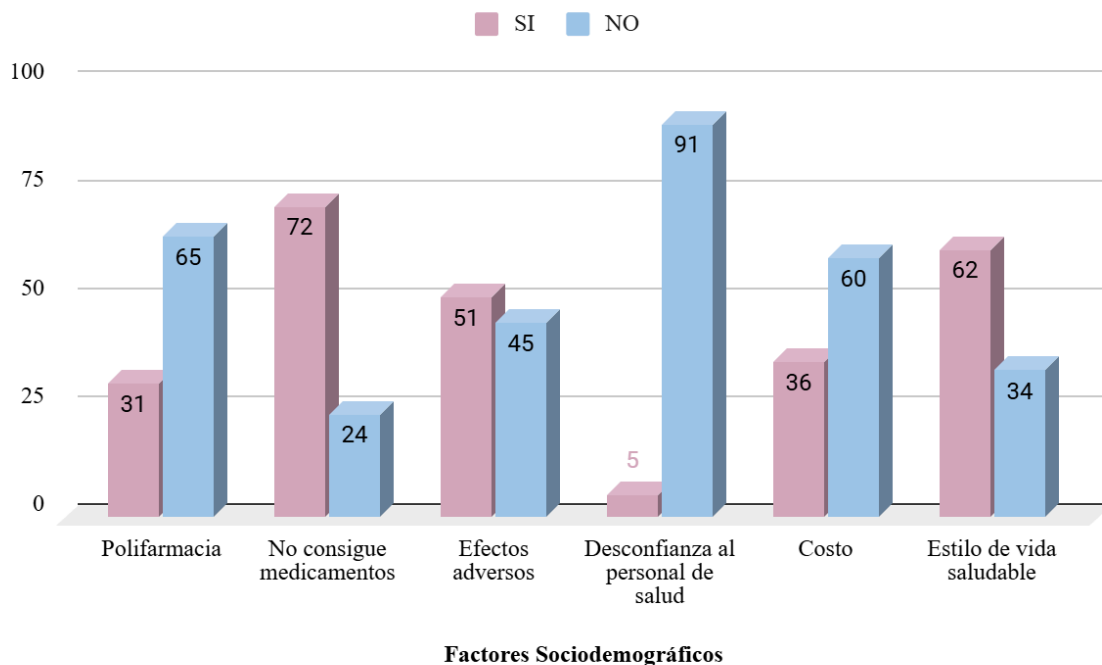
El Gráfico 8 muestra los datos sobre la adherencia al tratamiento según el tiempo de diagnóstico, en donde se observa que los pacientes con un tiempo de diagnóstico menor a 1 año, 5 poseen baja adherencia, 2 adherencia media y 0 adherencia alta; de los pacientes entre 1 a 5 años de tiempo de diagnóstico, 33 poseen baja adherencia, 31 adherencia media y 10 adherencia alta; de los pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor a 5 años, 4 poseen baja adherencia, 7 adherencia media y 4 alta adherencia. A medida que los pacientes llevan más tiempo diagnosticados, tienden a mejorar su adherencia al tratamiento, disminuyendo la baja adherencia y aumentando la media y alta adherencia.

Gráfica 9. Relación nivel de adherencia terapéutica y estado nutricional por el índice de masa corporal en pacientes con hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



Respecto al estado nutricional de los pacientes hipertensos, no se encontraron pacientes con bajo peso. De los pacientes con peso normal, 1 posee adherencia media; de los pacientes con sobrepeso, 18 poseen baja adherencia, 15 adherencia media y 3 alta adherencia; de los pacientes con obesidad, 24 poseen baja adherencia, 24 adherencia media y 11 adherencia alta. Los pacientes con mayor peso tienden a mantener la baja y media adherencia como predominante, pero en la obesidad se observa un aumento de la alta adherencia.

Gráfica 10. Factores de la adherencia parcial a la terapéutica antihipertensiva de pacientes con hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.



El Gráfico 10 muestra los datos sobre los factores asociados a la adherencia parcial que demuestran los pacientes con hipertensión arterial crónica, en relación a, la polifarmacia la cual afecta a 31 pacientes para cumplir con una completa adherencia terapéutica mientras que 65 dijeron que no se ven afectados. Referente a la obtención de medicamentos, 72 pacientes refieren que si consiguen sus medicamentos con cada consulta mientras que 24 no logran conseguirlos. Respecto a los efectos adversos, 51 pacientes refieren que sí presentaron efectos adversos que dificulta la adherencia y 45 no los presentaron. Solamente 5 de los pacientes refieren desconfianza del personal de salud para una completa adherencia y 91 pacientes refieren que no presentan desconfianza hacia el personal de salud. El costo de los medicamentos representa un factor que afecta la adherencia en 36 pacientes, mientras que 60 pacientes no se ven afectados por los costos. El seguimiento del plan dietético representa un factor que afecta la adherencia completa en 62 participantes, mientras que 34 refieren no tener dificultades con la dieta.

VIII- DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron las características sociodemográficas y clínicas de la población en investigación. Se determinó que la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino y contaban con educación básica únicamente, en su mayoría de primer ciclo. Asimismo, se identificó que 29 de ellas (30.6%) presentaban baja adherencia (Anexo 9). Las variables sociodemográficas y los datos de seguimiento de hipertensión arterial se resumen en la Tabla 1 (Anexo 3).

La muestra del estudio estuvo conformada por 96 personas, con edades comprendidas entre los 30 y 65 años, todas con diagnóstico de hipertensión arterial crónica y en control en la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín. Del total de participantes, el 67.8% correspondía al sexo femenino y el 32.2% al masculino, lo que indica una mayor participación de mujeres dentro de la población consultante.

En relación con la distribución etaria, se identificó que 86 pacientes (89.6%) pertenecían al grupo de 40 años en adelante. Este hallazgo muestra una mayor frecuencia de hipertensión arterial en los grupos de mayor edad, lo que coincide con la evidencia científica que identifica la edad como un factor de riesgo no modificable.

De manera general, los resultados son consistentes con lo reportado en otros estudios, en los que el sexo se considera un factor de riesgo no modificable asociado a la hipertensión arterial. Los cambios metabólicos vinculados a la menopausia hacen que las mujeres sean más propensas a desarrollar hipertensión después de los 40 años, lo cual coincide con los resultados de este estudio, que muestran una mayor prevalencia de casos en grupos de mayor edad y respaldan la relación entre el envejecimiento y el riesgo de hipertensión arterial.

Se observó que las mujeres representan la mayoría de los casos de hipertensión en todos los grados, lo que coincide con la distribución poblacional de la unidad de salud, donde la mayor parte de los pacientes consultantes son del sexo femenino. Asimismo, se identificó que los grados más avanzados de hipertensión (II y III) se presentaron en ambos sexos, aunque la única paciente con hipertensión arterial grado III fue mujer. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y control de la hipertensión arterial, especialmente en poblaciones femeninas de mayor edad.

En relación con la clasificación de la adherencia terapéutica según el Test de Morisky-Green-Levine, los resultados muestran que la mayoría de los pacientes presentaron adherencia terapéutica baja y media (43.8% y 41.7% respectivamente), siendo el grupo de las mujeres el que concentra el mayor número de casos con adherencia baja, lo que puede influir negativamente en el control de la hipertensión arterial y aumentar el riesgo de complicaciones asociadas.

Según el grado de hipertensión arterial, la enfermedad puede ser asintomática o generar repercusiones en la salud del paciente. En este estudio, más de la mitad de los participantes (73.9%) presentó niveles de presión arterial dentro de rangos normales. Diversos estudios han demostrado que la ausencia de síntomas puede reducir la adherencia terapéutica; la revista *Adherence in Hypertension* de la American Heart Association (2019) destaca que la naturaleza crónica y asintomática de la hipertensión contribuye a la baja adherencia y persistencia, mientras que en etapas más avanzadas se observa una mayor adherencia. En el presente estudio, el 40% de los participantes refirió olvidar la toma de sus medicamentos, lo que representa una proporción considerable dentro de la muestra.

Al comparar los datos del nivel de adherencia con el grado de hipertensión arterial, se observó que los pacientes con adherencia alta no presentaron hipertensión arterial en ningún grado. En cambio, en el grupo de baja adherencia predominaron los casos de hipertensión grado I con 19 (19.7%) pacientes, además de 13 (13.5%) con presión normal, 4 (4.1%) con presión óptima, 2 (2%) con presión normal-alta, 3 (3.1%) con grado II y 1 (1%) con grado III. Esto indica que los pacientes con niveles elevados de adherencia presentan mejores valores de presión arterial, evidenciando el impacto positivo del cumplimiento terapéutico.

Los resultados del estudio muestran que, a medida que aumenta el tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, los pacientes tienden a presentar una mayor adherencia al tratamiento, evidenciada por la disminución en los niveles de baja adherencia y el incremento en los niveles de adherencia media y alta.

Entre los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo, se identificó que las causas son diversas, tanto intencionadas como por omisión. De acuerdo con los resultados del instrumento de investigación, aproximadamente una tercera parte de los encuestados (32.3%) señaló la polifarmacia como una de las principales razones para su baja adherencia. Cabe destacar que la hipertensión arterial crónica, para lograr un adecuado control y mejores resultados en salud, suele requerir el uso combinado de fármacos con distintos mecanismos de acción. Sin embargo, en la práctica clínica, estos resultados no siempre se alcanzan cuando el tratamiento se limita a un único medicamento.

El 75% (72) de los encuestados manifestó dificultad para adquirir sus medicamentos, lo que responde a diversas causas, entre ellas el desabastecimiento en los centros de salud. Parte de los encuestados indicó que, ante la falta de medicamentos, prefieren adquirirlos de forma particular, mientras que el 37.5% (36) mencionó que el costo representa una limitante para su adherencia. Estudios previos han señalado que la falta de disponibilidad de medicamentos disminuye la adherencia terapéutica, debido a que la mayoría de los fármacos antihipertensivos requieren un consumo diario continuo, lo que puede generar un impacto económico considerable en los hogares. Un estudio publicado en el *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* (OPS/PAHO, 2024) con datos de 22 países de América Latina y el Caribe identificó inconsistencias en las listas nacionales de medicamentos

esenciales, limitada disponibilidad de combinaciones de dosis fijas y prácticas de adquisición ineficientes, lo cual afecta el acceso y la asequibilidad de los antihipertensivos en la región.

Los efectos adversos también se identificaron como un factor que puede dificultar la adherencia. En este estudio, el 53.1% (51) de los encuestados reportó la aparición de efectos secundarios, desde leves hasta moderados, que interferían con la continuidad del tratamiento.

La relación entre el personal de salud y el paciente representa un componente importante para el éxito terapéutico. En este estudio, la mayoría de los pacientes (94.8%, n=91) manifestó no tener desconfianza hacia las indicaciones del personal de salud, lo que refleja una buena interacción en el proceso de atención.

El sobrepeso y la obesidad son factores que influyen tanto en el grado de hipertensión arterial como en sus complicaciones, incluyendo síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y renales. En este estudio, el 99% de los encuestados presentó sobrepeso u obesidad, de los cuales el 43.8% (42) mostró una adherencia terapéutica baja y el 64.6% (62) reportó dificultades para seguir un plan dietético.

Se observó que casi la mitad de los encuestados presentó una adherencia terapéutica baja. La modificación de estilos de vida, especialmente en la alimentación, constituye una estrategia fundamental para mejorar el estado de salud de la población hipertensa. Este proceso no solo depende del paciente y del personal de salud, sino también del apoyo familiar. La literatura respalda que la participación del núcleo familiar contribuye de manera positiva al cumplimiento del tratamiento y al mejor control de la presión arterial.

IX- CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos, se concluye que:

- El estudio contó con un total de 96 participantes, predominando el sexo femenino con 65 mujeres, quienes representaron la mayoría en todos los grados de hipertensión (19 en los grados I, II y III). Asimismo, el grupo femenino presentó mayores niveles de adherencia terapéutica, alcanzando 11 casos con cumplimiento adecuado del tratamiento.
- El análisis de la adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos que asisten a control en la UCSFI Ereguayquín, evaluada mediante la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8), evidenció que el 43.8% presenta adherencia baja, el 41.7% adherencia media y únicamente el 14.6% alcanza una adherencia alta. Estos resultados reflejan que más del 85% de los pacientes no mantiene una adherencia completa al tratamiento antihipertensivo, lo que constituye un factor de riesgo importante para el inadecuado control de la presión arterial y el incremento de complicaciones asociadas a la hipertensión.
- La relación entre el grado de adherencia terapéutica y el control de la presión arterial en los pacientes con hipertensión arterial crónica atendidos en la UCSFI Ereguayquín evidencia una asociación directa entre una mayor adherencia al tratamiento y un mejor control de la presión arterial. Entre los pacientes con adherencia baja (43.8%), solo el 17.7% alcanzó niveles adecuados de presión arterial, concentrándose en este grupo la mayoría de los casos con algún grado de hipertensión, incluido el único caso de hipertensión grado III. En contraste, el 95% de los pacientes con adherencia media (41.7%) presentó presión arterial controlada, mientras que el 100% de los pacientes con adherencia alta (14.6%) logró mantener valores óptimos, sin registrar casos de hipertensión. Estos resultados destacan que una mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo es determinante para alcanzar el control efectivo de la enfermedad y prevenir complicaciones asociadas.

- Los principales factores que influyen en la adherencia parcial a la terapéutica antihipertensiva están relacionados, en su mayoría, con aspectos logísticos y personales, destacando el desabastecimiento de medicamentos (75%), la aparición de efectos adversos (53.1%), el costo económico (37.5%) y la polifarmacia (32.3%). Asimismo, se evidencia que las dificultades en la adopción de estilos de vida saludables, como el seguimiento de planes dietéticos, también inciden en la adherencia. Sin embargo, la relación entre el personal de salud y los pacientes en la Unidad de Salud de Ereguayquín no representa un factor determinante, dado que el 95% de los encuestados manifiesta confianza en el equipo de salud. Estos hallazgos sugieren que los principales retos para mejorar la adherencia terapéutica radican en el fortalecimiento del acceso a medicamentos, la educación en autocuidado y el acompañamiento en la modificación de hábitos de vida.

X- RECOMENDACIONES

- **Al Ministerio de Salud:** se recomienda realizar supervisiones de forma regular del abastecimiento de medicamentos antihipertensivos, con el objetivo de identificar tanto los fármacos disponibles como aquellos de mayor demanda, y así implementar estrategias que aseguren la cobertura de las necesidades farmacológicas de los pacientes.
- **A la Unidad de Salud:** se recomienda implementar estrategias de educación, información y comunicación dirigidas a fomentar la adherencia terapéutica y el autocuidado, proporcionando a la población herramientas que faciliten el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- **A los profesionales de salud:** se recomienda reforzar la gestión de transferencia de medicamentos según la demanda específica de cada unidad de salud. Asimismo, se sugiere enfatizar la consejería durante las atenciones, destacando estrategias de autocuidado como la práctica de ejercicios físicos y la adopción de una alimentación saludable. Identificar la baja adherencia terapéutica como un problema de salud pública, haciendo uso de diversos sistemas de vigilancia con el objetivo de mejorar la notificación oportuna, buscar las diversas causas que afectan la baja adherencia y personalizar el abordaje de dichas causas para cada caso.
- **A la familia:** incluir acciones que fomenten el cumplimiento del esquema terapéutico, participación activa en los cambios de estilos de vida en conjunto con el paciente, apoyo para la toma diaria sus medicamentos realizando un horario para el cumplimiento estricto de su medicamento antihipertensivo y anotando los posibles efectos adversos que pueden presentarse y notificarlos de forma oportuna al personal de salud en su próximo control.
- **A los pacientes:** se recomienda que la población asista de manera regular a sus controles de presión arterial y a la realización de los exámenes pertinentes, así como participar activamente y prestar atención a las charlas educativas ofrecidas en los establecimientos de salud.

XI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **World Health Organization.** Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2021.[citado 2025 febrero 7] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. **Rodríguez-Artalejo F, Gómez-Cabrera E, Martín-Moreno JM, et al.** Determinantes sociales y ambientales de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73(10):820–30.
3. **World Health Organization.** Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: WHO; 2023.
4. **Ministerio de Salud de El Salvador.** Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en población adulta de El Salvador (ENECA-ELS) 2015. San Salvador: MINSAL; 2015.
5. **Pan American Health Organization.** Hypertension in the Americas: regional situation, challenges, and opportunities. Washington, DC: PAHO; 2021.
6. **World Health Organization.** Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
7. **International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).** Medication Compliance and Persistence. ISPOR; 2011.
8. **Sabate E.** Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
9. **Brown MT, Bussell JK.** Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304–14.
10. **Rodríguez Valdés EP, Pérez Capote JM, Leal Pérez LA.** Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos con incremento matutino de la presión arterial. *Rev Cubana Med.* 2018;57(4):e1334.
11. **Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J,** editores. Harrison. Manual de Medicina, 20ª edición. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2019. Sección: Hipertensión. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2943§ionid=251890033>

12. **Kotchen TA.** Vasculopatía hipertensiva. En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2018. p. 1892-1905.
13. **Gómez Rivas IL, Menjívar Valdez DM, Santamaría Vásquez RO.** Prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial que consultan en UCSF Azacualpa y San Miguel de Mercedes de marzo a agosto de 2015 [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina; 2015 ago 21 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/875b9f88-923d-4ca6-aa45-cb3ac0fcef33/content>
14. **Flores Canjura FJ, Álvarez Alvarado GA.** Evaluación de criterios diagnósticos de hipertensión arterial por primera vez en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Chalatenango, La Palma y Dulce Nombre de María de Fondo Solidario para la Salud, enero a junio 2019 [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina; 2019 [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://docs.bvysalud.org/biblioref/2020/12/1140672/288-11106298.pdf>
15. Pla García A, Elizalde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardinas BN. Utilización de medicamentos antihipertensivos en el municipio de Jovellanos, provincia Matanzas. Rev Méd Electron [Internet]. 2016 Ago [citado 7 Mar 2021]; 38(4):517-529. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1621>
16. **Organización Panamericana de la Salud.** HEARTS en las Américas: innovaciones para mejorar el manejo de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en la atención primaria [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado 2025 may 15]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e197/>
17. **Organización Mundial de la Salud.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004 [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

18. Revuelta-López E, et al. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados a la falta de adherencia. *Farm Hosp*. 2024;48(1):1–11. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.10>
19. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espritu LC, Barajas-Gmez TJ, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Aten Fam*. 2017;24(3):116-120.
20. **Álvarez Recinos FA, Chavarría Oviedo LC.** Dinámica familiar y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la consulta externa del Hospital Nacional Saldaña de febrero – abril 2018 [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina; 2019 abril [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ues.edu.sv/items/588be096-338d-49ca-8136-26d7067f91b4>
21. **Acevedo Flores GA, Azucena Meléndez BN, Campos Alberto DE.** Adherencia terapéutica de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus tipo II de la Unidad de Salud La Laguna, municipio La Laguna, departamento de Chalatenango, periodo de julio-agosto 2022 [Internet]. San Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina; 2022 [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ues.edu.sv/items/ed472bb9-fcc3-41fb-b172-360f7a0c44e9>
22. **Rodríguez-Venegas EC, Denis-Piedra DA, Ávila-Cabreja JA,** Hernández-García OL. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos [Internet]. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2021 [citado 15 de mayo de 2025];37(4). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1477>
23. **Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI.** Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–172. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942018000300163&script=sci_arttext
24. **Morisky DE, Green LW, Levine DM.** Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67–74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007

- 25. Osterberg L, Blaschke T.** Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487–497. doi:10.1056/NEJMra050100
- 26. Gutiérrez-Ibarluzea I, Sánchez J, Asua J.** Evaluación de la adherencia terapéutica: revisión de métodos. *Gac Sanit.* 2004;18(Supl 2):81–87. doi:10.1157/13069967
- 27. Márquez Contreras E, Martell-Claros N, Gil Guillén V, et al.** Adherencia terapéutica en la hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2014;31(5):205–212. doi:10.1016/j.hipert.2014.06.002
- 28. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ.** Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2016 Ene–Jun;21(1):117–137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10

XII- ANEXOS

ANEXO 1- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en proyecto de investigación dirigido a pacientes de 30 a 65 años con Hipertensión arterial crónica que consultan en la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín.



Por medio del presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado:

“ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ENTRE 30-65 AÑOS DE LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA EREGUAYQUIN ENTRE JUNIO-JULIO 2025”

Objetivo: Determinar el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica que consultan en la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquin, Usulután Este, El Salvador.

Declaración de voluntariedad y derecho a retiro: declaro haber sido informado(a) de que mi participación en esta investigación es completamente voluntaria. El investigador principal me ha explicado que en ningún momento he sido obligado(a) ni presionado(a) para formar parte del estudio. Asimismo, entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo considere pertinente, sin que ello afecte de ninguna manera la atención médica que recibo en esta institución.

Forma de participación: se me ha informado que mi participación en el estudio consistirá en responder un cuestionario de medición, el cual será administrado por una persona debidamente identificada como Estudiante en Año Social de la carrera de Doctorado en Medicina, quien forma parte del equipo investigador del presente proyecto.

Duración de la participación: el investigador me ha informado de manera clara que el tiempo estimado para responder el instrumento es de aproximadamente 30 minutos.

Riesgos y beneficios: he sido debidamente informado(a) acerca de los posibles riesgos, incomodidades, molestias y beneficios que pueden derivarse de mi participación en esta investigación. Entre los beneficios se incluye la posibilidad de identificar si este fenómeno pudiera estar influyendo en mi vida personal, familiar, laboral u otros ámbitos.

El investigador principal me ha garantizado que no seré identificado(a) en las presentaciones o publicaciones que resulten de este estudio, y que toda la información relacionada con mi privacidad será tratada de forma estrictamente confidencial. Asimismo, se ha comprometido a proporcionarme cualquier información relevante que se genere durante el desarrollo del estudio, aun cuando esta pudiera influir en mi decisión de continuar participando.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____



ANEXO 2

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ENCUESTA SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

Objetivo: Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos entre 30 y 65 años atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín durante el periodo de junio-julio de 2025.

Instrucciones: Explicar brevemente al paciente que esta encuesta es confidencial y que tiene como objetivo mejorar su tratamiento. Señale la opción que mejor refleje su grado de acuerdo y/o desacuerdo con cada afirmación.

A. Datos personales:

Edad: _____ Peso: _____
Sexo: _____ Talla: _____
Escolaridad: _____ IMC: _____
Estado Civil: _____ Presión arterial: _____
Ocupación: _____
Tiempo de diagnóstico: _____

B. Escala de adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8):

1. ¿Se le olvida tomar alguna vez la medicina para su hipertensión arterial?
Si _____ No _____
2. En las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar su medicina?
Si _____ No _____
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina?
Si _____ No _____
4. Cuando viaja o está fuera de casa, ¿se le olvida llevar su medicina?
Si _____ No _____

5. ¿Tomó su medicina el día de ayer?
Si _____ No _____
6. Cuando siente que su enfermedad está controlada, ¿deja a veces de tomar su medicina?
Si _____ No _____
7. ¿Se siente alguna vez presionado para seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?
Si _____ No _____
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?
Nunca _____ Rara vez _____ Algunas veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

C. Cuestionario Complementario sobre factores más frecuentes que contribuyen a la no adherencia al tratamiento.

9. ¿Me resulta difícil seguir el tratamiento porque debo tomar muchos medicamentos?
Si _____ No _____
10. ¿A menudo tengo problemas para conseguir mis medicamentos antihipertensivos?
Si _____ No _____
11. ¿He dejado de tomar mis medicamentos debido a los efectos secundarios que me causan?
Si _____ No _____
12. ¿Desconfío de las indicaciones del médico respecto a mi tratamiento para la hipertensión?
Si _____ No _____
13. ¿El costo de los medicamentos me impide seguir adecuadamente el tratamiento?
Si _____ No _____
14. ¿Me cuesta seguir la dieta recomendada para controlar la hipertensión?
Si _____ No _____

ANEXO 3

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial entre 30 a 65 años en la Unidad de Salud Intermedia de Ereguayquín.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Masculino	31	32,3
	Femenino	65	67,7
Escolaridad	Sin escolaridad	13	13,5
	Basica	54	56,3
	Bachillerato	25	26
	Universitaria	4	4,2
Estado civil	Soltero/a	41	42,7
	Casado/a	53	55,2
	Viudo/a	2	2,1
Ocupación	Ama de casa	41	42,7
	Trabajo formal	0	0
	Trabajo informal	43	44,8
	Desempleado	12	12,5
Tiempo de diagnóstico	< 1 año	7	7,3
	1-5 años	74	77,1
	> 5 años	15	15,6
Estado nutricional	Bajo peso	0	0
	Normal	1	1
	Sobrepeso	37	38,5
	Obesidad	58	60,4
Presión arterial	Óptima	44	45,8
	Normal	23	24
	Normal-Alta	4	4,2
	HTA grado I	20	20,8
	HTA grado II	4	4,2
	HTA grado III	1	1

ANEXO 4

Tabla 2. Relación entre edad y sexo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

RANGO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
30-39 años	9	9,4	1	1	10	10,4
40-49 años	26	27,1	8	8,3	34	35,4
50 años o más	30	31,3	22	22,9	52	54,2
TOTAL	65	67,8	31	32,2	96	100

ANEXO 5

Tabla 3. Relación entre edad y grado de hipertensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

EDAD	ÓPTIMA	NORMAL	NORMAL- ALTA	GRADO I	GRADO II	GRADO III	TOTAL
30 - 39 años	2	4	1	3	0	0	10
40 - 49 años	13	6	3	10	2	0	34
50 años o más	29	13	0	7	2	1	52
TOTAL	44	23	4	20	4	1	96

ANEXO 6

Tabla 4. Relación entre sexo y grado de hipertensión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

SEXO	ÓPTIMA	NORMAL	NORMAL- ALTA	GRADO I	GRADO II	GRADO III	TOTAL
Femenino	31	11	4	16	2	1	65
Masculino	13	12	0	4	2	0	31
TOTAL	44	23	4	20	4	1	96

ANEXO 7

Tabla 5. Nivel de adherencia terapéutica a través del Test de Morisky-Green-Levine en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
ALTA	14	14,6
MEDIA	40	41,7
BAJA	42	43,8
TOTAL	96	100

ANEXO 8

Tabla 6. Relación entre edad y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

EDAD	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	TOTAL
30 - 39 años	5	4	1	10
40 - 49 años	18	13	3	34
50 años o más	19	23	10	52
TOTAL	42	40	14	96

ANEXO 9

Tabla 7. Relación entre sexo y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

SEXO	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	TOTAL
Femenino	29	24	12	65
Masculino	13	16	2	31
TOTAL	42	40	14	96

ANEXO 10

Tabla 8. Relación entre grado de hipertensión arterial y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

Presión Arterial	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	TOTAL
Óptima	4	27	13	44
Normal	13	9	1	23
Normal-Alta	2	2	0	4
Grado I	19	1	0	20
Grado II	3	1	0	4
Grado III	1	0	0	1
TOTAL	42	40	14	96

ANEXO 11

Tabla 9. Relación entre tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

Tiempo con HTA	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	Total
< 1 año	5	2	0	7
1 - 5 años	33	31	10	74
>5 años	4	7	4	15
TOTAL	42	40	14	96

ANEXO 12

Tabla 10. Relación entre grado de hipertensión arterial, nivel de adherencia terapéutica e índice de masa corporal en pacientes con hipertensión arterial crónica, entre 30 a 65 años, que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín.

Estado Nutricional	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	Total
Bajo Peso	0	0	0	0
Normal	0	1	0	1
Sobrepeso	18	15	3	36
Obesidad	24	24	11	59
TOTAL	42	40	14	96

ANEXO 13 - OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TEMA: Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos entre 30-65 años de la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín entre junio-julio 2025.							
Objetivo general: Determinar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos entre 30 y 65 años atendidos en la Unidad de Salud Intermedia Ereguayquín durante el periodo de junio-julio de 2025.							
Objetivos específicos	VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valor	Técnica utilizada	Instrumento
1- Caracterizar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con hipertensión arterial crónica de la población en estudio.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta la fecha del estudio.	Se medirá en años cumplidos	Rango de edad	30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-65 años	Entrevista	Cuestionario
	Sexo	Característica biológica que distingue a los individuos en masculino o femenino.	Se registrará según la respuesta del paciente.	Masculino/Femenino	Hombre/Mujer	Entrevista	Cuestionario

	Nivel de escolaridad	Grado de educación formal alcanzado por el paciente.	Se categorizará según el último nivel educativo aprobado.	Nivel de estudios alcanzado	Sin escolaridad Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario Técnico Otros	Entrevista	Cuestionario
	Estado civil	Situación conyugal del paciente en el momento del estudio.	Se registrará de acuerdo con la respuesta del paciente.	Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo/a	Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo/a	Entrevista	Cuestionario
	Ocupación	Actividad laboral desempeñada por el paciente.	Se clasificará según el tipo de empleo o falta de este.	Con empleo/Desempleado	Desempleado Ama de casa Agricultor Comerciante Empleo formal	Entrevista	Cuestionario
	Tiempo de diagnóstico	Periodo transcurrido desde que el paciente fue diagnosticado con hipertensión.	Se medirá en años según la declaración del paciente.	Años desde el diagnóstico.	Menor de un año Mayor de un año	Entrevista	Cuestionario

	IMC	Relación entre el peso y la talla del paciente, utilizada como indicador del estado nutricional.	Se calculará mediante la fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}$.	Peso en Kg/ Estatura en metros al cuadrado	Bajo peso (<18.5 Kg/m ²) Normal (18.5-24.9) Sobrepeso (25-29.9) Obesidad (≥30)	Medición directa	Báscula y tallímetro.
2- Cuantificar el nivel de adherencia terapéutica mediante la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8).	Hipertensión arterial	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		Hipertensión grado I	Presión arterial sistólica entre 140-159 mmHg o diastólica entre 90-99 mmHg.	Medición directa	Esfigmomanómetro
				Hipertensión grado II	Presión arterial sistólica entre 160-179 mmHg o diastólica entre 100-109 mmHg.	Medición directa	Esfigmomanómetro

				Hipertensión grado III	Presión arterial sistólica ≥ 180 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg.	Medición directa	Esfigmomanómetro
3- Clasificar a los pacientes según el grado de control de la presión arterial durante el período de estudio.	Adherencia	Es el grado en el cual una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado.	Adherencia alta	Número de Preguntas contestadas buenas del test	8 puntos	Entrevista	Test MMAS-8
			Adherencia moderada		6-7 puntos		
			Adherencia baja		<6 puntos		
4- Identificar los principales factores que influyen en la	Adherencia parcial	Es cuando el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos	Muchos fármacos	Cantidad percibida de medicamentos	Sí/No	Entrevista	Cuestionario

adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos.			Dificultad con la obtención del medicamento	Facilidad de obtención del medicamento	Fácil/Difícil	Entrevista	Cuestionario
			Presencia de efectos indeseables	Presencia de efectos secundarios	Sí/No	Entrevista	Cuestionario
			Desconfianza con la indicación del médico	Nivel de confianza en el médico	Confía/No confía	Entrevista	Cuestionario
			Por razones económicas	Impacto económico en el tratamiento	Sí afecta/No afecta	Entrevista	Cuestionario

			Dificultad con realización de la dieta	Dificultad para seguir dieta	Sí/No	Cuestionario	Cuestionario
--	--	--	--	------------------------------	-------	--------------	--------------