

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2024**

Felix Angelo Fuentes Cardenas

Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

Perú, 2026

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## **INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**A** : DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**DE** : M.C.Esp. ELMER JULIO CESAR LUJAN CARPIO  
**ASUNTO** : REMITO RESULTADO DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD DE  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
**FECHA** : 12 de febrero de 2026

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor de tesis del trabajo de investigación:

**Título:**

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2024

**Autor:**

1. Felix Angelo Fuentes Cardenas, código de matrícula N° 43492843, de la EAP de MEDICINA HUMANA.

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 14 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía: SI
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores: SI  
Nº de palabras excluidas: 20
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante: SI

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

M.C.Esp. ELMER JULIO CESAR LUJAN CARPIO

-

**Dedicatoria:**

A mi mamá Susana y a mi papá Felix, quienes en base a su gran esfuerzo han logrado formarme como un hombre de bien.

A mis tres niñas: Susana, Ariana y Alanna, quienes son mi motivo para seguir adelante, y dan sus energías para vencer cada obstáculo que me impone la vida.

·

¡Lo logramos!

## **Agradecimiento**

Al Dr. Roger Antonio Sernaque Mechato, quien brindó su apoyo logístico para realizar la recolección de los datos.

Al Dr. Elmer Lujan Carpio, quien siempre estuvo dispuesto a resolver las dudas, así como su orientación durante todo el desarrollo de la asesoría.

## Declaración de conflicto de interés



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ  
INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA  
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

### ANEXO 7

#### DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTOS DE INTERESES DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

En la ciudad de Lima, distrito de los Olivos, a los 26 días del mes de Noviembre del año 2025, yo, Felix Angelo Fuentes Cardenas, identificado/a con DNI N° 43492843 e investigador/a principal del Protocolo:

Título completo del protocolo de investigación:

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2024

Declaro lo siguiente sobre la fuente de financiamiento del estudio:

(Detalle la forma en la que su investigación será financiada, ejemplo: presupuesto institucional, "grant", industria farmacéutica, otras instituciones, entre otros)

Fuente	Cantidad	Financiamiento	
		Disponible	En Proceso de Aplicación
		Si / No	Si / No
		Si / No	Si / No
		Si / No	Si / No
		Si / No	Si / No
		Si / No	Si / No

Sobre la cobertura de los fondos para el estudio, remarco lo siguiente:

¿Cubren los fondos disponibles actualmente la totalidad de los costos presupuestados?  No

(Si su respuesta fue afirmativa, Marque los ítems que incluye el presupuesto de la investigación)

- Salarios.
- Costos de administración.
- Bienes de capital.
- Pago por servicios.
- Consumo de servicios generales.
- Insumos.
- Gastos generales.

(Si su respuesta fue negativa, explique cómo conseguirá los fondos para cubrir la diferencia)

---

---

---

Sobre lo señalado declaro no tener conflictos de interés de carácter económico, profesional, familiar, afectivo o de otra índole y me comprometo a declarar oportunamente todo conflicto de interés que pudiera surgir durante la ejecución de la investigación mencionada.

Nombre: Felix Angelo Fuentes Cardenas

Firma:

## Resultado del informe de similitud

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2024.

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Integración Moodle Presencial 4.3 Trabajo del estudiante	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1%

## Índice de contenidos

Dedicatoria: .....	iv
Agradecimiento.....	v
Declaración de conflicto de interés.....	vi
Resultado del informe de similitud .....	vii
Índice de contenidos .....	viii
Índice de tablas .....	x
Índice de gráficos.....	xi
Abreviaturas .....	xii
Resumen .....	xiii
Abstract .....	xiv
Introducción .....	1
Objetivos.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
Capítulo I: Marco teórico.....	3
1.1    Antecedentes del problema .....	3
1.1.1.    Antecedentes internacionales .....	3
1.1.2.    Antecedentes nacionales.....	5
1.2.    Definición y conceptos.....	6
1.3.    Bases teóricas.....	7
1.3.1.    Hipertensión arterial.....	7
Capítulo II: Materiales y métodos .....	15
2.1    Métodos, tipo y alcance de investigación.....	15
2.1.1    Método de la investigación .....	15
2.1.2    Tipo de la investigación.....	15

2.1.3	Alcance de investigación .....	15
2.2	Diseño de la investigación.....	15
2.3	Población y muestra .....	16
2.3.1	Población .....	16
2.3.2	Muestra.....	16
2.4	Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos .....	16
2.4.1	Técnicas .....	16
2.4.2	Instrumento .....	17
2.4.3	Recopilación y manejo de datos.....	17
2.4.4	Análisis de datos.....	18
2.5	Herramientas estadísticas .....	19
2.6	Consideraciones éticas .....	19
Capítulo III. Resultados .....		20
Capítulo IV: Discusión .....		27
Conclusiones .....		30
Recomendaciones.....		31
Bibliografías bibliográficas .....		32
Anexos .....		37
Anexo 1: Matriz de consistencia .....		38
Anexo 2: Aprobación del proyecto.....		40
.....		41
Anexo 3: Instrumento y ficha de recolección de datos.....		42

## Índice de tablas

Tabla 1. Porcentaje de adherencia al tratamiento de HTA .....	20
Tabla 2. Características epidemiológicas de los pacientes con HTA.....	21
Tabla 3. Características de comorbilidades en pacientes con HTA.....	22
Tabla 4. Características de niveles de creencia del tratamiento y conocimiento de HTA .....	23
Tabla 5. Características epidemiológicas de la variable paciente que no presentan asociación a la adherencia tratamiento HTA.....	23
Tabla 6. Características epidemiológicas del paciente con asociación a la adherencia tratamiento HTA.....	24
Tabla 7. Variables que no presentan asociación con la adherencia al tratamiento HTA.....	25
Tabla 8. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Regresión logística binaria .....	26

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Clasificación de hipertensión arterial .....	9
Gráfico 2. Fisiopatología de la hipertensión arterial .....	10
Gráfico 3. Criterios para iniciar el tratamiento de Hipertensión arterial .....	13
Gráfico 4. Estrategia básica para el tratamiento farmacológico .....	14

## Abreviaturas

BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire

DM: Diabetes mellitus

DIS: Dislipidemia

ER: Enfermedad renal

HIPOTIR: Hipotiroidismo

HTA: Hipertensión arterial

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

MMAS-4: Morisky Medication Adherence Scale – 4 ítems

OB: Obesidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

RETINO: Retinopatía

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

## Resumen

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en pacientes atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Santa Rosa durante el año 2024. Se realizó una investigación cuantitativa, observacional, analítica y de corte transversal. La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y la muestra fue censal, integrada por 148 participantes que cumplieron los criterios de inclusión. La recolección de datos se efectuó mediante la escala Morisky-Green para evaluar la adherencia terapéutica, el cuestionario BMQ-Específico para la creencia del tratamiento y un cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial. Los resultados evidenciaron una prevalencia de no adherencia del 95,3 %, siendo la suspensión del medicamento al sentirse mal el comportamiento más frecuente. El análisis bivariado mostró asociación significativa entre la adherencia y el grado de instrucción, la dependencia y las comorbilidades. Sin embargo, en el análisis multivariado mediante regresión logística binaria, solo la presencia de dos o más comorbilidades se mantuvo como factor asociado independiente a la no adherencia (OR ajustado = 6,4; IC 95 %: 1,1–37,8). Las variables edad, sexo, estado civil, tiempo de enfermedad, conocimiento y creencia del tratamiento no presentaron asociación significativa. Se concluye que la no adherencia es elevada y que la pluripatología constituye el principal factor asociado, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el abordaje integral del paciente hipertenso para mejorar el cumplimiento terapéutico.

**Palabras claves:** adherencia al tratamiento, hipertensión, conocimiento, presión arterial elevada.

## Abstract

The objective of this study was to determine the factors associated with non-adherence to hypertension treatment in patients treated at the cardiology outpatient clinic of Santa Rosa Hospital in 2024. A quantitative, observational, analytical, cross-sectional study was conducted. The population consisted of patients diagnosed with arterial hypertension, and the sample was census-based, including 148 participants who met the inclusion criteria. Data were collected using the Morisky-Green scale to assess therapeutic adherence, the BMQ-Specific questionnaire to evaluate treatment beliefs, and a hypertension knowledge questionnaire. The results showed a non-adherence prevalence of 95.3%, with medication discontinuation when feeling unwell identified as the most frequent behavior. Bivariate analysis revealed a significant association between adherence and educational level, dependency status, and comorbidities. However, in the multivariate analysis using binary logistic regression, only the presence of two or more comorbidities remained independently associated with non-adherence (adjusted OR = 6.4; 95% CI: 1.1–37.8). Age, sex, marital status, duration of illness, knowledge, and treatment beliefs showed no significant association. It is concluded that non-adherence is highly prevalent and that multimorbidity constitutes the main associated factor, highlighting the need to strengthen comprehensive care for hypertensive patients to improve therapeutic adherence.

keywords: therapeutic adherence, hypertension, knowledge. elevated blood pressure

## Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, de las personas que conforman un grupo etario de 30 a 79 años, aproximadamente 1280 millones presenta hipertensión arterial (HTA), de los cuales el 46 % ignoran el padecimiento de esta enfermedad. La HTA ha causado alrededor de diez millones de muertes por año [1, 2].

En Latinoamérica, por ejemplo, Ecuador, mediante la encuesta realizada en el año 2012, evidenció la prevalencia de 9,3 % de HTA, en grupo etario de 18 a 59 años. por otro lado, Chile refiere que entre los años 2016 y 2017, la prevalencia de HTA fue de 27,3 %, donde las personas mayores de 45 años son las más afectadas por esta enfermedad. En la misma línea, Colombia presenta datos recopilados durante 5 años indicando al 2017 una prevalencia de 5,83 % de pacientes con HTA. En el caso de nuestro ámbito nacional, la HTA indica que la prevalencia en grupo etario mayor de 15 años con HTA es de 14,1 %, siendo los hombres más afectados. En la población de Lima metropolitana el 16,6 % presenta HTA, el hospital Santa Rosa indica, en el 2022, que se ha atendido a 11306 personas con patología cardíacas, así mismo la patología de HTA ha sido la quinta causa de ingreso a Emergencia en el periodo 2023 [3,4,5,6,7,8,9].

La HTA es un desencadenante de distintas patologías, en tal sentido se ha planteado diversas estrategias de tratamiento, siendo prescindible su cumplimiento. [10,11]. Por lo tanto, es importante identificar y asociar aquellos factores que producen en el paciente tomar decisiones de abandono del tratamiento, en consecuencia, el presente trabajo busca proporcionar datos con los cuales se podrá plantear soluciones sanitarias, enfocadas en generar estrategias que conlleven a minimizar los limitantes presentados a la no adherencia del tratamiento por parte de los pacientes.

La presente investigación incluye cuatro capítulos: el primer capítulo enuncia el marco teórico, el siguiente hace mención de materiales y métodos, el tercer capítulo hace referencia resultados y el cuarto refiere discusión.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar los factores asociados a la no adherencia de tratamiento de hipertensión arterial en el Hospital Santa Rosa, 2024.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar la asociación entre el factor paciente con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en el Hospital Santa Rosa, 2024.

2. Analizar la asociación del factor conocimiento de la enfermedad con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en el Hospital Santa Rosa, 2024.

3. Analizar la asociación del factor creencia del tratamiento con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en el Hospital Santa Rosa, 2024.

## Capítulo I: Marco teórico

### 1.1 Antecedentes del problema

#### 1.1.1. Antecedentes internacionales

Vanegas (Ecuador, 2024) realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión atendidos en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. La investigación fue descriptiva y de corte transversal. Se empleó la escala ARMS-e para evaluar la adherencia y el cuestionario de Lambayeque para el nivel socioeconómico. Los resultados mostraron una prevalencia de no adherencia del 35,3 %, mayor en mujeres, pacientes con comorbilidades y nivel socioeconómico bajo, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Se concluyó que la falta de adherencia está influenciada por factores sociodemográficos y clínicos [12].

Lacayo (Panamá, 2022) realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de la hipertensión en pacientes de 40 años a más atendidos en un centro de salud. La investigación fue retrospectiva de casos y controles, con una muestra de 204 participantes evaluados mediante el test de Morisky-Green. Los resultados evidenciaron asociación significativa entre la no adherencia y variables como sexo masculino, edad mayor de 60 años, baja escolaridad, bajo ingreso económico, pluripatología, polifarmacia y limitado conocimiento del diagnóstico ( $p < 0.05$ ). Se concluyó que estos factores constituyen riesgos importantes para el incumplimiento terapéutico [13].

Recalde et al. (Paraguay, 2022) presentaron el estudio titulado: «Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022», cuyo objetivo fue medir el nivel de asociación con respecto a la adherencia de la terapéutica, el nivel de conocimiento y comorbilidades en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio es de característica observacional, descriptivo, transversal. Los resultados obtenidos indican un predominio de la población de estudio femenino con un 61,1 %, el 28,9 % refiere tener diabetes mellitus, el 60 % indica no tomar la medicación y un 25 % no cumple con la hora indicada, 44% deja de tomar al presentar mejoría, un 7 % indica que la hipertensión es una

enfermedad que tiene un tiempo determinado, 9 % no cree en la dieta y el tratamiento, concluyendo que un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad impacta negativamente en la adherencia al tratamiento terapéutico [14].

Becerra y Villegas (México, 2021) realizaron un estudio para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Fue una investigación observacional, transversal y correlacional. Los resultados evidenciaron asociación entre ambas variables y con factores como tiempo de enfermedad, índice de masa corporal, hábitos nocivos, edad y grado de instrucción. El 89,6 % de los pacientes presentó elevada adherencia al tratamiento y el 54,8% adecuada funcionalidad familiar, mostrando significancia estadística ( $p < 0.05$ ). Se concluyó que la adherencia terapéutica del paciente hipertenso está influenciada por la funcionalidad familiar. [15].

Real et al. (Paraguay, 2021) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre las características demográficas y clínicas y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de unidades de salud familiar. La investigación fue observacional, prospectiva y multicéntrica. Los resultados evidenciaron predominio del sexo femenino (68 %), obesidad grado I (35 %) y diabetes mellitus como comorbilidad principal (18 %). Asimismo, la no adherencia ( $p < 0,001$ ) y la dependencia del cuidador ( $p < 0,006$ ) mostraron asociación significativa con el mal control de la hipertensión. Se concluyó que estos factores se relacionan directamente con la adherencia terapéutica [16].

Solís et al. (Colombia, 2021) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en pacientes del Hospital Santa Margarita. La investigación fue observacional, analítica y de casos y controles. Los resultados evidenciaron mayor significancia tras la estratificación de variables, destacando la edad como factor asociado. Los pacientes de 50-59 años y 60-69 años presentaron un Odds Ratio de 3,18 y 3,70, respectivamente. Se concluyó que la no adherencia terapéutica se relaciona con la edad a partir de los 50 años [17].

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

Languasco (Perú, 2023) realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud nivel I-3. La investigación fue observacional, prospectiva y correlacional, con una población de 85 pacientes evaluados mediante el test de Morisky-Green. La prevalencia de no adherencia fue de 69,31 %, observándose mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, de sexo femenino y con comorbilidades. Sin embargo, ninguna variable mostró asociación estadísticamente significativa. Se concluyó que estos factores presentan mayor tendencia a conductas de no adherencia [18].

Matta (Lima, 2023) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con hipertensión atendidos en una clínica privada de Comas. La investigación fue descriptiva y de corte transversal, con una población de 78 pacientes. La recolección de datos se efectuó mediante el test de Morisky-Green y el cuestionario MINICHAL. Los resultados mostraron que el 75,6 % presentó adherencia terapéutica y el 59 % un nivel bueno de calidad de vida. Se concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p < 0.05$ ) [19].

Velásquez et al. (Chiclayo, 2022) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del seguro social durante la emergencia sanitaria por COVID-19. La investigación fue de tipo transversal analítico. La población estuvo conformada principalmente por mujeres, con una edad promedio de  $71,82 \pm 9,15$  años y un tiempo de enfermedad de 13,5 años. Los resultados indicaron que los pacientes con mayor duración de la enfermedad presentaron menor adherencia terapéutica, mostrando una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,002$ ). Se concluyó que el tiempo de enfermedad constituye un factor relevante en la no adherencia al tratamiento [20].

Altamirano et al. (Lima, 2021) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento terapéutico y los factores asociados en pacientes con hipertensión arterial atendidos en un centro de salud de Lima norte. La

investigación fue descriptiva y de corte transversal, con una muestra de 115 pacientes, predominando el sexo femenino (57,4 %). Los resultados evidenciaron que el 59,1 % no presentó adherencia terapéutica. Entre los factores evaluados, el socioeconómico mostró mayor relación con la no adherencia (66,1 %), con significancia estadística ( $p < 0,005$ ). Se concluyó que el factor socioeconómico influye de manera importante en el incumplimiento del tratamiento [21].

Cajachagua et al. (Lima, 2021) realizaron un estudio para determinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de Perú y Chile. La investigación fue cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal, con una muestra de 104 pacientes. Los resultados evidenciaron que el sexo masculino (62,6 %) y los estilos de vida no saludables (94,5 %) se asociaron con la no adherencia terapéutica. Además, el 69,2 % de los pacientes casados o convivientes presentó adherencia al tratamiento. Se concluyó que la no adherencia se relaciona significativamente con el sexo masculino ( $p = 0,015$ ) y los estilos de vida no saludables ( $p = 0,000$ ) [22].

Pocohuanca-Ancco et al (Lima, 2021) realizaron un estudio con el objetivo de establecer los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. La investigación fue analítica y de corte transversal. Los resultados evidenciaron mayor adherencia en pacientes mayores de 65 años y de sexo masculino. Asimismo, el trabajo autónomo mostró asociación con la no adherencia (OR = 3,88), mientras que el sexo masculino (OR = 0.45) y un IMC >30 (OR = 0.23) se comportaron como factores protectores. Se concluyó que las características sociodemográficas y clínicas influyen en la adherencia terapéutica [23].

## **1.2. Definición y conceptos**

### **1.1.1 Factores asociados**

Componentes que influyen directamente al paciente en la decisión del cumplimiento de su régimen terapéutico, estos pueden ser factores asociados al paciente, factor de la enfermedad y conocimiento del tratamiento [8, 24].

### **1.1.2 Factor paciente:**

Relacionado con la edad, estado civil, tiempo de enfermedad, el nivel educativo, y la dependencia [24].

### **1.1.3 Factor conocimiento de la enfermedad**

Factor que influye en la decisión del paciente, se indica que un desconocimiento de las consecuencias de la patología afecta directamente a la no adherencia del tratamiento [24].

### **1.1.4 factor conocimiento del tratamiento**

Relacionado al conocimiento del paciente con respecto a las ventajas y desventajas del tratamiento indicado [24].

### **1.1.5 Adherencia terapéutica**

La acción que toma el paciente, inducido por varios factores frente al tratamiento propuesto por el médico tratante [24].

## **1.3. Bases teóricas**

### **1.3.1. Hipertensión arterial**

#### **1.3.1.1. Definición**

Es una enfermedad no transmisible modificable, la cual tiene una alta tasa de morbilidad y mortalidades. Se define como el aumento de la tensión arterial persistente donde la PA sistólica  $\geq 140$  mmHg y una diastólica  $\geq$  de 90 mmHg. El tratamiento propuesto impone más un beneficio que un daño por una reacción adversa del mismo, asimismo la HTA genera un sobreesfuerzo al corazón generando un riesgo para presentar complicaciones cardíacas, renales principalmente además de otros órganos [25, 26, 27].

#### **1.3.1.2. Epidemiología**

Según la OPS, en el 2019, a nivel regional la HTA en adultos de 30 a 79 años fue alrededor de 35,4 %, la población masculina es la más afectada, no obstante, esta diferencia varía entre los países, así mismo resalta que solo 3 de 5 personas logran controlar su hipertensión [26].

Una comparativa del año 1999 al 2019 nos muestra un aumento de la prevalencia de HTA de aproximadamente el doble siendo las mujeres las más afectadas, el estudio evidenció en el caso de Canadá y Perú comparados con otros países en estudio fue más bajo [28].

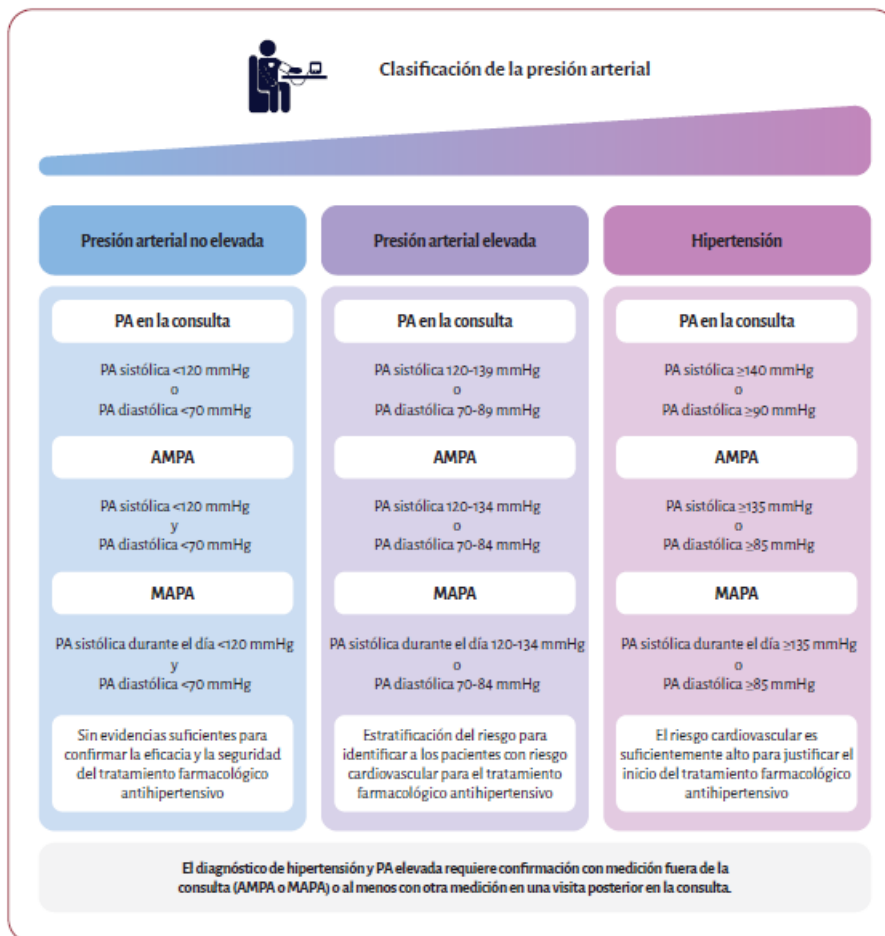
En el territorio peruano, en el 2023, se indica que alrededor del 13 % presentan DX HTA, con respecto al sexo los hombres son los más afectados, en el caso de las regiones naturales, la costa presento mayor porcentaje, asimismo según la etnia, aquellos que se identifican como blancos (15,1 %) y los de etnia morena (13,1 %) presentan hipertensión, en la misma línea se detalla que un 67,8 % del total mujeres con DX HTA, reciben tratamiento médico en el caso de varones el porcentaje fue de 64 % [6].

#### **1.3.1.3. Factores de riesgo**

La HTA puede presentarse por diversos factores de riesgo, tales como son los genéticos conductuales, ambientales, socioeconómicos y psicosociales. La longevidad es un factor importante, debido al sedentarismo que presentan las personas ancianas, no obstante, en la población joven o adulta, la inadecuada alimentación, consumo excesivo de sal presentan una fuerte relación con la HTA, siendo lo adecuado consumir entre 5 a 6 g. de cloruro de sal diario lo cual equivale a menos 2 g sodio [25, 27].

#### **1.3.1.4. Clasificación**

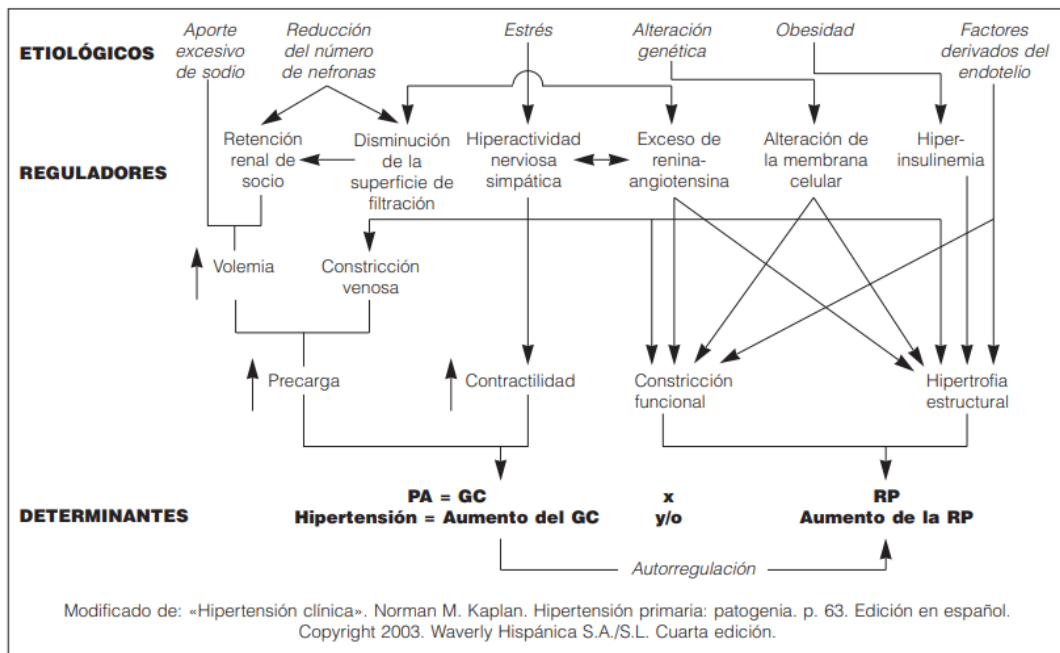
La HTA se clasifica en presión arterial no elevada, elevada e hipertensión. La estratificación depende de los distintos escenarios de medición de presión arterial [25].



**Gráfico 1.** Clasificación de hipertensión arterial. Tomada de Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión [25]

### 1.3.1.5. Fisiopatología

La presión arterial de consta de varios mediadores que están equilibrados entre sí, manteniendo de manera adecuada el gasto cardiaco (GC) y/o la resistencia periférica (RP), donde los mediadores encargados de elevar la presión por ejemplo son la actividad adrenérgica, la activación del sistema renina-angiotensina, la producción de prostaglandinas vasoconstrictoras, endotelinas y factor atrial natriurético, por otro lado los que tienden a disminuir la presión arterial producción una vasodilatación son óxido nítrico, prostaglandinas vasodilatadoras, bradiquininas. En conclusión, la presencia de agentes etiológicos que generen un desequilibrio de estos mediadores, y logren incrementar el GC Y RP se tendrá como resultado la hipertensión arterial (ver gráfico 02) [29].



**Gráfico 2.** Fisiopatología de la hipertensión arterial. Tomada de Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial [29]

### 1.3.1.6. Manifestaciones clínicas

La hipertensión arterial a largo plazo produce daño en distintos órganos, produciendo enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, renales entre otros. que por si no presenta sintomatología, las manifestaciones clínicas se dan cuando se tiene una afectación cardíaca o una afectación extra cardíaca [25].

#### a) Afectación cardíaca

- Insuficiencia cardíaca (IC): el riesgo de presentar esta patología puede triplicarse al presentar HTA, generando una hipertrofia, el paciente por lo general presenta una disnea de esfuerzo, paroxística, ortopnea, etc.
- Angina e infarto de miocardio: la HTA genera angina como también un infarto al miocardio debido a la inestabilidad de la placa.
- Arritmias cardíacas: la HTA es el causante más frecuente de fibrilación auricular, siendo una prevalencia de 1,7 más que los que no presentan hipertensión arterial.
- Insuficiencia aórtica: la HTA es un factor de riesgo de presentar valvulopatías.

- Coartación aórtica: se manifiesta por un aumento de la sistólica en miembros superiores y un retraso del pulso y una presión reducida en miembros inferiores [30].

b) Afectación extra cardiaca

- Riñón en la hipertensión: después de la diabetes, es la segunda causa para presentar enfermedad renal crónica y la primera para una enfermedad renal sin síntomas.

- Retinopatía hipertensiva: manifestado por pacientes que tienen HTA de grado dos o tres

- Cerebro en la hipertensión: la HTA tiene un índice mayor de daño al cerebro que un accidente isquémico transitorio (AIT) y el ictus [30]

### **1.3.1.7. Diagnóstico**

Para un correcto diagnóstico se debe tener una adecuada medición de la presión arterial, y de acuerdo con el resultado estratificar el grado o estadio según la guía base. En el Perú, el diagnóstico se basa en el promedio de dos tomas de mediciones cuyo resultado debe ser presión sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o la presión diastólica  $\geq 90$  mmHg [6].

#### **1.3.1.7.1. Medición de la presión arterial en consultorio**

La presión puede ser tomada de manera manual o automática, se debe tener en cuenta que la medición debe realizarse en ambos brazos, ya que una diferencia mayor a 10 mmHg puede indicar un riesgo de cardiovascular, en el caso de tener dos valores distintos se debe tomar el resultado como mayor presión, En el caso de pacientes ancianos, diabéticos o alguna otra patología que cause hipotensión ortostática, se evalúa al paciente sentado o acostado en reposo por 5 min, luego de obtener los datos se vuelve a tomar la presión al paciente entre uno a tres minutos en bipedestación, una disminución de la PA 20/10 predicen la caídas, asimismo es importante registrar la frecuencia cardiaca [25].

#### **1.3.1.7.2. Medición de la presión arterial fuera de la consulta**

La medición fuera del consultorio se realizará durante 24 horas y se realiza mediante la monitorización domiciliar de la presión arterial AMPA o monitorización

ambulatoria de la presión arterial MAPA (ver cuadro 02), estos tipos de mediciones evidencia resultados más representativos debido que la recolección de datos se da en el transcurso de las actividades cotidianas del paciente [30].

El estudio mediante AMPA se debe realizar durante siete días consecutivos siendo un mínimo de tres días, las mediciones deben ser en la mañana y noche en un espacio que brinde tranquilidad al paciente, quien debe estar sentado y tener como mínimo cinco minutos de reposo, se utiliza un monitor semiautomático validado, se debe realizar dos mediciones en cada sesión [25].

El estudio mediante MAPA se realiza con la toma de presión durante 24 horas con intervalos de 15 a 30 minutos, es muy útil ya que nos proporciona mediciones tomadas de manera diurna con respecto a la medición nocturna se programa para que sea cada 30 a 60 minutos, para que sea válido el examen se debe tener un total de 70 mediciones adecuadas, el MAPA comparado con las mediciones en consulta presenta una mayor evidencia de un daño orgánico por la HTA [25].

#### **1.3.1.7.3.Hipertensión de bata blanca**

El paciente tiene una medición ambulatoria con una presión arterial normal pero cuando se realiza en el consultorio la presión arterial se encuentra elevada, su prevalencia aumenta con la edad, mujeres y no fumadores, se encuentra presente alrededor de un 30 a 40 %, el tratamiento en este escenario se basa principalmente en cambios de estilo de vida [25, 30, 31].

#### **1.3.1.7.4.Hipertensión enmascarada**

El paciente tiene una medición ambulatoria con una presión arterial elevada, pero cuando se realiza en el consultorio la presión arterial se encuentra normal, es frecuente en pacientes jóvenes varones, pacientes con hábitos nocivos como la ingesta de alcohol y uso de tabaco, y aquellos que realizan actividades físicas, se encuentra presente alrededor de un 15 %. El tratamiento además del cambio de estilo de vida es farmacológico [25, 30, 31].

### 1.3.1.8. Tratamiento

#### 1.3.1.8.1. Tratamiento no farmacológico

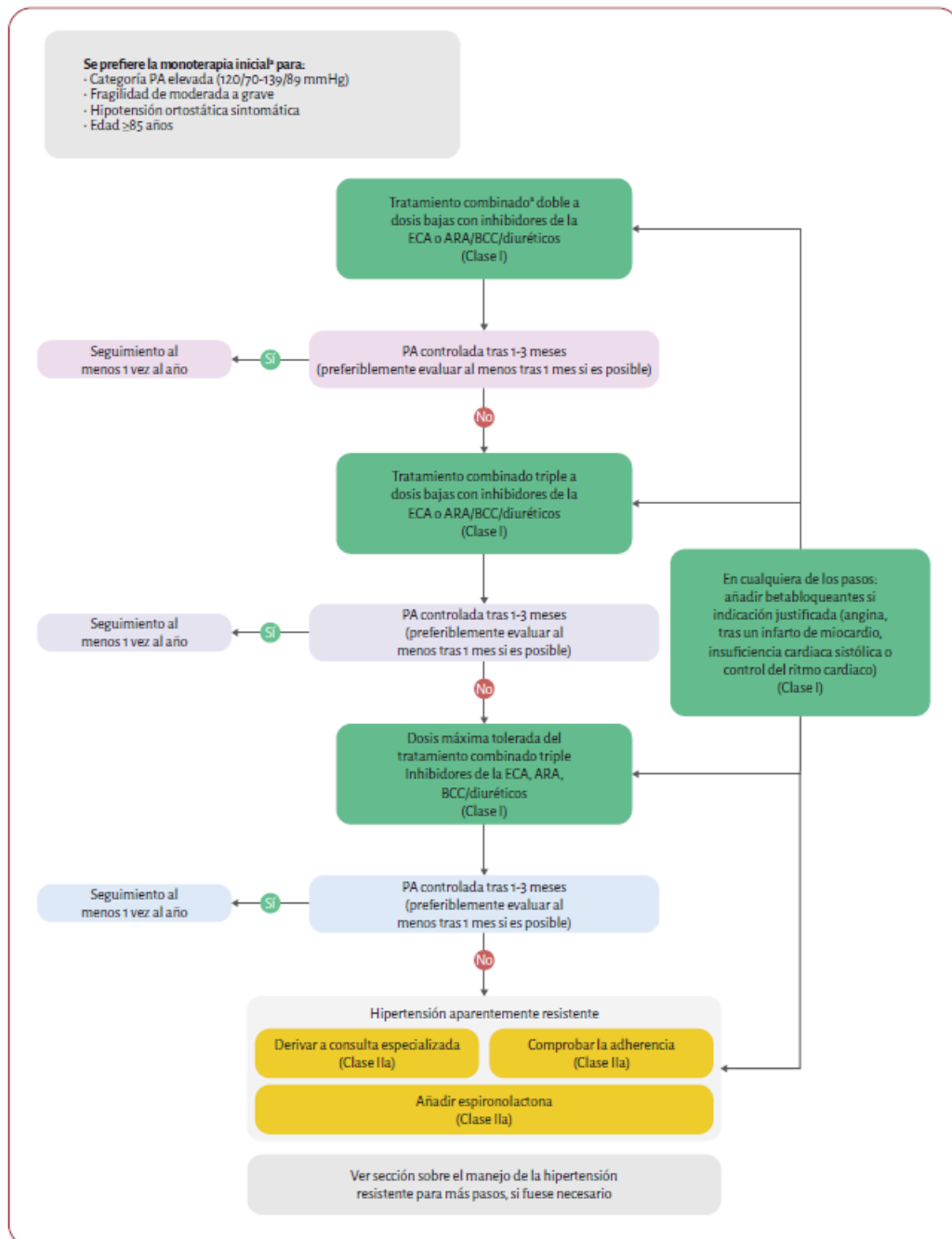
Uno de los grandes desafíos de la terapia antihipertensiva, es promover los cambios de estilo de vida, siendo este proceso la piedra angular para el inicio del tratamiento, la actividad física puede reducir la presión arterial entre 5 a 8 mmhg, mantener una dieta saludable puede llegar a reducir 11mmhg, mantener un peso adecuado puede reducir 5 mmhg. La restricción de sal en la dieta puede reducir 5 a 6 mmhg, consumo de k de 3500 a 5000 mg/día puede reducir de 4 a 5 mmhg, reducir actividades nocivas como el alcohol puede reducir hasta mmhg [32].

#### 1.3.1.8.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es un complemento del tratamiento propuesto en el cambio de estilos de vida, el tratamiento farmacológico consiste en la utilización de los siguientes grupos farmacológicos como son los IECA, ARA-II, bloqueadores beta, los bloqueadores de canal de calcio y diuréticos. Para iniciar el tratamiento de hipertensión se debe tener en cuenta la guía base para el diagnóstico [25].

Presión arterial (mmHg)	PA no elevada (<120/70)	PA elevada (120/70 a 139/89)		Hipertensión (≥140/90)
<b>Riesgo</b>		(a) Todos los adultos con PA sistólica 120-129 mmHg (b) PA sistólica 130-139 Y estimación del riesgo de ECV a 10 años <10 % Y ninguna situación clínica de alto riesgo o modificadores del riesgo o resultados alterados en las herramientas de riesgo	(a) PA sistólica 130-139 mmHg Y situación clínica de alto riesgo (p. ej., ECV establecida, diabetes mellitus, ERC, hipercolesterolemia familiar o DOMH) (b) PA sistólica 130-139 mmHg Y estimación del riesgo de ECV a 10 años ≥10 % (c) PA sistólica 130-139 Y estimación del riesgo de ECV a 10 años 5 %-<10 % Y modificadores del riesgo o resultados alterados en las herramientas de riesgo	Asumir que todos tienen un riesgo suficientemente alto como para beneficiarse de un tratamiento farmacológico
<b>Tratamiento</b>	Cambios en el estilo de vida para la prevención Cribado oportunista de la PA y el riesgo de ECV	Cambios en el estilo de vida para el tratamiento Control anual de la PA y del riesgo de ECV	Cambios en el estilo de vida para el tratamiento (tras un retraso de 3 meses) Control anual de la PA una vez se establezca el tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico (inmediato) Control anual de la PA una vez se establezca el tratamiento farmacológico
<b>Objetivo (mmHg)</b>	Mantener PA <120/70	Objetivo PA 120-129/70-79 mmHg		

**Gráfico 3.** Criterios para iniciar el tratamiento de Hipertensión arterial. Tomado de Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión [25]



**Gráfico 4.** Estrategia básica para el tratamiento farmacológico. Tomado de Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión [25]

## Capítulo II: Materiales y métodos

### 2.1 Métodos, tipo y alcance de investigación

#### 2.1.1 Método de la investigación

El presente estudio se desarrolló siguiendo el método científico, entendido como un conjunto de procedimientos sistemáticos y técnicas orientadas a la recopilación, análisis e interpretación de datos con el propósito de responder a la pregunta de investigación. Este proceso incluyó la observación del fenómeno, el planteamiento del problema, la formulación de hipótesis y su contrastación mediante el análisis estadístico [33].

#### 2.1.2 Tipo de la investigación

La investigación es de tipo básica, debido a que estuvo orientada a generar conocimiento científico sobre los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, sin contemplar la aplicación inmediata de intervenciones [34].

Asimismo, el estudio presentó un enfoque cuantitativo, ya que las variables fueron medidas y analizadas mediante procedimientos estadísticos con el fin de identificar asociaciones entre los factores estudiados y la adherencia al tratamiento [35].

#### 2.1.3 Alcance de investigación

El estudio tuvo un alcance correlacional, puesto que se orientó a determinar la asociación existente entre los factores del paciente, el conocimiento de la enfermedad y la creencia del tratamiento con la adherencia terapéutica [34, 35].

### 2.2 Diseño de la investigación

El estudio adoptó un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Es observacional porque no se manipuló ninguna de las variables y los datos fueron recolectados en su contexto natural. Es analítico debido a que se evaluó la asociación entre las variables independientes (factores asociados) y la variable dependiente (adherencia al tratamiento). Es de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en un único momento temporal [34, 35].

## **2.3 Población y muestra**

### **2.3.1 Población**

Es el conjunto de individuos que poseen similitud en sus características, la cual es caracterizada por criterios de inclusión y exclusión determinados por el investigador. El presente estudio tendrá por población a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos durante el cuarto trimestre del año 2024 en consulta externa de Cardiología del hospital Santa Rosa [33].

### **2.3.2 Muestra**

Se trabajó con la totalidad de la población accesible que cumplió los criterios de inclusión durante el periodo de estudio, por lo que la investigación tuvo carácter censal. En consecuencia, no fue necesario realizar el cálculo del tamaño muestral ni aplicar procedimientos de muestreo.

La muestra estuvo conformada por 148 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Santa Rosa [35].

#### **2.3.2.1. Criterio de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos
- Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión
- Pacientes con comorbilidades
- Pacientes con un tiempo de enfermedad mayor a 1 año
- Pacientes que cuenten con seguro SIS

#### **2.3.2.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 18 años

## **2.4 Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos**

### **2.4.1 Técnicas**

El presente estudio utiliza la técnica de observación y la información se obtuvo a través de una ficha de recolección de datos y tres instrumentos debidamente validados.

### **2.4.2 Instrumento**

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó una ficha de recolección de datos estructurada con el propósito de recabar información para el estudio, la presente ficha de recolección es revisada, valorada y aprobada por el asesor del estudio.

Con respecto a la variable adherencia terapéutica, los datos se recolectaron a través del instrumento de Morisky – Green, donde se evaluará la adherencia en base a cuatro preguntas con respuesta dicotómica, cuatro respuestas de NO da como resultado: adherente y si una respuesta es Sí, se considerará como no adherente al tratamiento, el instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de 0.61 [8,36,37].

Con respecto a la variable creencia del tratamiento, se midió a través del instrumento cuestionario BMQ-Específico, donde se evaluará la necesidad y preocupación del tratamiento. El instrumento consta de 10 preguntas y serán valoradas mediante la escala de Likert de 1 a 5, siendo uno como una menor necesidad o preocupación del tratamiento y cinco como una mayor necesidad o tranquilidad del tratamiento, el instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de 0.7 [8,36,38].

Con respecto a la variable conocimiento de la enfermedad, se utilizó el cuestionario conocimientos sobre hipertensión arterial, el cual consta de 26 preguntas de opción múltiple, se realizó una prueba piloto de 30 participantes dando como resultado una confiabilidad aceptable alfa de Cronbach 0,742, se precisa que una respuesta acertada tendrá 01 punto, en caso contrario se dará cero de puntaje, la clasificación va desde bajo 1-14 medio: 15-16 y alto 17-18 [39].

### **2.4.3 Recopilación y manejo de datos**

Para la recolección de datos se procedió con solicitar la carta aprobación por parte de la Universidad Continental, dentro del proceso administrativo del Hospital Santa Rosa, quienes mediante su Comité de Ética evaluaron el proyecto y emitieron la documentación correspondiente para iniciar con el estudio. La recolección de datos se realizó en el intervalo de tiempo de tres meses (enero, febrero y marzo del año 2024) donde:

- Se solicitó al doctor de turno, las historias clínicas de los pacientes citados al consultorio externo de cardiología, y de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión se escogieron a los pacientes.

- Después se procedió con comunicar a los pacientes seleccionados el propósito del estudio, quienes firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado aceptando su participación en el estudio.

- Finalmente procedieron con llenar el cuestionario para recolectar los datos, los cuales fueron analizados.

#### **2.4.4 Análisis de datos**

Los datos recolectados fueron codificados, registrados y organizados en una base de datos en Microsoft Excel. Posteriormente, fueron exportados y procesados mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 29.0.

Previo al análisis estadístico, se realizó el control de calidad de la información mediante la revisión de consistencia de los datos, la detección de valores incompletos y la verificación de la correcta codificación de las variables.

Se efectuó un análisis descriptivo con la finalidad de caracterizar a la población en estudio, empleando frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas.

Para el análisis inferencial, se evaluó inicialmente la asociación bivariado entre las variables independientes (factores del paciente, incluyendo grado de instrucción, dependencia, comorbilidades, edad, sexo, estado civil y tiempo de enfermedad, nivel de conocimiento de la enfermedad y nivel de creencia sobre el tratamiento) y la variable dependiente (adherencia al tratamiento, dicotómica: adherente / no adherente). Se utilizó la prueba chi-cuadrado cuando se cumplieron los supuestos estadísticos correspondientes; sin embargo, en los casos donde se identificaron celdas con frecuencias esperadas menores a cinco, se aplicó la prueba exacta de Fisher como alternativa estadística. Se calcularon los valores de V de Cramer como medida de la fuerza de asociación.

El análisis bivariado se desarrolló considerando la relación entre cada variable independiente y la variable dependiente de manera individual. Se estableció un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia estadística del 5 % ( $p < 0,05$ ).

Posteriormente, con el propósito de identificar los factores asociados de forma independiente a la no adherencia al tratamiento se construyeron modelos de regresión logística binaria. Se incluyeron en el modelo multivariado las variables que en el análisis bivariado obtuvieron un valor  $p < 0,20$  o que, por su relevancia teórica, se consideraron confusoras importantes (edad, sexo, grado de instrucción, dependencia, comorbilidades, tiempo de enfermedad, nivel de conocimiento y creencia sobre el tratamiento). Se obtuvieron los Odds Ratio (OR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %). Se consideró significancia estadística cuando  $p < 0,05$ . La bondad de ajuste del modelo final se evaluó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow ( $p > 0,05$  indica buen ajuste).

## **2.5 Herramientas estadísticas**

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 29,0, herramienta empleada para la organización, codificación y análisis de la información recolectada.

Para la presentación de los resultados, se utilizaron tablas de distribución de frecuencias elaboradas en Microsoft Excel, lo que permitió una mejor organización y visualización de los datos.

Se emplearon pruebas estadísticas para el análisis de variables categóricas y la evaluación de asociaciones, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %.

## **2.6 Consideraciones éticas**

El presente trabajo de investigación contempla la protección de datos personales de los pacientes que decidan pertenecer al estudio, quienes darán su aceptación al firmar el consentimiento informado asimismo se respetara y cumplirá los códigos éticos de la investigación científica.

### Capítulo III. Resultados

Se analizaron 148 historias clínicas y cuestionarios aplicados a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Santa Rosa durante el primer trimestre de 2024. Los resultados se presentan en nueve tablas, elaboradas a partir de la totalidad de los ítems del instrumento de recolección de datos (ficha de características epidemiológicas, escala Morisky-Green, cuestionario BMQ-Específico y cuestionario de conocimiento sobre hipertensión arterial), y organizadas según los objetivos específicos de la investigación.

**Tabla 1.** Porcentaje de adherencia al tratamiento de HTA

Categoría / Dimensión	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia	sí	7	4,7
	no	141	95,3
Olvida tomar su medicamento	sí	60	40,5
	no	88	59,5
Olvida la hora de que debe tomar su medicamento	sí	42	28,4
	no	106	71,6
Deja de tomar su medicamento cuando se siente bien	sí	35	23,6
	no	113	76,4
Deja de tomar su medicamento cuando se siente mal	sí	124	83,8
	no	24	16,2

En la tabla 1 se observa un elevado porcentaje de no adherencia al tratamiento de HTA (95,3 %), lo que sugiere un deficiente control de la enfermedad. La dimensión con mayor incumplimiento es la 4 (83,8 %), correspondiente a la suspensión del medicamento al sentirse mal con el tratamiento.

**Tabla 2.** Características epidemiológicas de los pacientes con HTA

Característica	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	53	35,8
	Femenino	95	64,2
Estado civil	Soltero	47	31,8
	Conviviente	29	19,6
	Casado	44	29,7
	Divorciado	11	7,4
Grado de instrucción	Viudo	17	11,5
	Primaria	47	31,8
	Secundaria	85	57,4
	Técnico	9	6,1
Tiempo de enfermedad	Universitario	7	4,7
	1 - <5 años	36	24,3
	5 - < 10 años	63	42,6
	>10 años	49	33,1
Edad	18 - 29 años	11	7,4
	30 - 60 años	55	37,2
	> 60 años	82	55,4
Dependencia	Dependiente	34	23
	No Dependiente	114	77

En la tabla 2 se observa que en la población del estudio predomina el sexo femenino (64,2 %), en tanto la distribución del estado civil del paciente predomina soltero (31,8 %) y casado (29,7 %), en el caso de grado de instrucción prevalece estudios de nivel secundaria (57,4 %), primaria (31,8 %), con respecto al tiempo de enfermedad (TE) en los tres rangos de 1 a <5 años, de 5 a <10 años y mayor de 10 años, no evidenciamos un predominio mayor del 50 %, sin embargo, el mayor porcentaje es en el rango 5 - <10 años (42,6 %), con respecto al rango de edad > 60 años (55,4 %), y menos del 50 % las edades en los rangos de 30 a 60 (37,2 %) y 18 a 29 años (7,4 %); finalmente se evidencia un alto grado de no dependencia (77 %) por parte del paciente para el cumplimiento de su tratamiento.

**Tabla 3.** Características de comorbilidades en pacientes con HTA

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin comorbilidad	8	5,4
Diabetes mellitus	24	16,2
Enfermedad renal	2	1,4
Obesidad	4	2,7
Retinopatía	2	1,4
Hipotiroidismo	4	2,7
Diabetes mellitus y enfermedad renal	34	23
Diabetes mellitus y obesidad	18	12,2
Diabetes mellitus e hipotiroidismo	3	2
Diabetes mellitus, insuficiencia renal y obesidad	13	8,8
Enfermedad renal y obesidad	17	11,5
Enfermedad renal y dislipidemia	4	2,7
Enfermedad renal, dislipidemia y diabetes mellitus	2	1,4
Enfermedad renal, obesidad y dislipidemia	4	2,7
Diabetes mellitus y dislipidemia	4	2,7
Diabetes mellitus y retinopatía	2	1,4
Diabetes mellitus, insuficiencia renal y retinopatía	2	1,4
Diabetes mellitus, obesidad y retinopatía	1	0,7
Total	148	100

En la tabla 3, a razón de las características de comorbilidades en los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital Santa Rosa en 2024, se evidencia que el 5,4 % no presentó ninguna comorbilidad, mientras que el 94,6 % sí presentó alguna comorbilidad, distribuyéndose en 16,2 % diabetes mellitus sola, 23,0 % diabetes mellitus e enfermedad renal, 12,2 % diabetes mellitus y obesidad, 11,5 % enfermedad renal y obesidad, 8,8 % diabetes mellitus, insuficiencia renal y obesidad, y el resto en otras combinaciones de menor frecuencia.

**Tabla 4.** Características de niveles de creencia del tratamiento y conocimiento de HTA

Variable	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Creencia tratamiento	Bajo	49	33,1
	Medio	65	43,9
	Alto	34	23
Conocimiento de HTA	Bajo	55	37,2
	Medio	60	40,5
	Alto	33	22,3

La tabla 4 divide tanto a la variable creencia de tratamiento y conocimiento de HTA en niveles de bajo, medio, alto. Donde variabilidad del nivel de creencia no supera el 50 %, siendo el nivel medio el de mayor porcentaje (43,9 %), seguido del bajo (33,1 %) y por último el nivel alto (23 %), en la misma línea la variable conocimiento de la HTA obtiene como resultado que el nivel medio el de mayor porcentaje (40,5 %), seguido del bajo (37,2 %) y por último el nivel alto (22,3 %).

**Tabla 5.** Características epidemiológicas de la variable paciente que no presentan asociación a la adherencia tratamiento HTA

Característica	Categoría	Adherencia				Prueba exacta de Fisher
		sí		no		
		n	%	n	%	
Edad paciente	18 - 19 años	0	0,0	11	100	p valor = 0,58
	30 - 60 años	0	0,0	55	100	
	> 60 años	7	8,5	75	91,5	
Sexo	Masculino	1	1,9	52	98,1	p valor = 0,42
	Femenino	6	6,3	89	93,7	
Estado Civil	Soltero	2	4,3	45	95,7	p valor = 0,135
	Conviviente	0	0,0	29	100	
	Casado	2	4,5	42	95,5	
	Divorciado	0	0,0	11	100	
	Viudo	3	17,6	14	82,4	
Tiempo de enfermedad	1 - <5 años	2	5,6	34	94,4	p valor = 0,255
	5 - <10 años	1	1,6	62	98,4	
	>10 años	4	8,2	45	91,8	

En la tabla 5 se evidencia que las variables edad, sexo, estado civil y tiempo de enfermedad no presentan asociación significativa con la adherencia al tratamiento (todos los valores  $p > 0,05$ ).

**Tabla 6.** Características epidemiológicas del paciente con asociación a la adherencia tratamiento HTA

Variable	Nivel	Adherencia				Prueba exacta de Fisher	v de Cramer
		Sí n	No %	No n	No %		
Grado de instrucción	Primaria	1	2,1	46	97,9	p valor = 0,2678 0,027	0,2678
	Secundaria	3	3,5	82	96,5		
	Técnico	1	11,1	8	88,9		
	Universitario	2	28,6	5	71,4		
Dependencia	Dependiente	5	14,7	29	85,3	p valor = 0,2566 0,007	0,2566
	No dependiente	2	1,8	112	98,2		
Comorbilidade	Ninguna	2	25	6	75	p valor = 0,44 0,048	0,44
	Diabetes mellitus	3	12,5	21	87,5		
	Enfermedad renal	0	0	2	100		
	Obesidad	0	0	4	100		
	Retinopatía	1	50	1	50		
	Hipotiroidismo	1	25	3	75		
	Diabetes mellitus y enfermedad renal	0	0	34	100		
	Diabetes mellitus y obesidad	0	0	18	100		
	Diabetes mellitus e hipotiroidismo	0	0	3	100		
	Diabetes mellitus, insuficiencia renal y obesidad	0	0	13	100		
	Enfermedad renal y obesidad	0	0	17	100		
	Enfermedad renal y dislipidemia	0	0	4	100		

Enfermedad renal, dislipidemia y diabetes mellitus	0	0	2	100
Enfermedad renal, obesidad y dislipidemia	0	0	4	100
Diabetes mellitus y dislipidemia	0	0	4	100
Diabetes mellitus y retinopatía	0	0	2	100
Diabetes mellitus, insuficiencia renal y retinopatía	0	0	2	100
Diabetes mellitus, obesidad y retinopatía	0	0	1	100

En la tabla 6 se evidencia que las variables grado de instrucción, dependencia y comorbilidades presentan asociación estadísticamente significativa (todos los valores  $p < 0,05$ ), con valores de V de Cramer que indican efecto pequeño para grado de instrucción (0,2678) y dependencia (0,2566), y efecto mediano para comorbilidades (0,44).

**Tabla 7.** Variables que no presentan asociación con la adherencia al tratamiento HTA

Variable	Nivel	Adherencia				Prueba exacta de Fisher
		Sí		No		
		n	%	n	%	
Creencia sobre el tratamiento	Bajo	4	8,2	45	91,8	0,21
	Medio	1	1,5	64	98,5	
	Alto	2	5,9	32	94,1	
Conocimiento de la HTA	Bajo	1	1,8	54	98,2	0,107
	Medio	2	3,3	58	96,7	
	Alto	4	12,1	29	87,9	

En la tabla 7, con respecto a la relación de adherencia al tratamiento HTA frente a la creencia del tratamiento, el resultado indica un p valor  $> 0,05$ , indica que no hay significancia, en la misma línea la variable conocimiento de HTA, indica que no hay asociación.

**Tabla 8.** Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Regresión logística binaria

Variable	Categoría de referencia	OR crudo (IC 95%)	p	OR ajustado (IC 95%)	p ajustado
Grado de instrucción	Universitario				
· Primaria		4,8 (1,1–21,0)	0,03	3,2 (0,7–14,8)	0,132
· Secundaria		3,9 (0,9–16,5)	0,06	2,8 (0,6–12,5)	0,178
Dependencia	No dependiente				
· Dependiente		0,31 (0,06–1,62)	0,16	0,38 (0,07–2,1)	0,268
Comorbilidades	Sin comorbilidades				
· Diabetes sola		2,1 (0,3–14,2)	0,45	1,8 (0,2–14,0)	0,58
· $\geq 2$ comorbilidades		8,5 (1,6–45,2)	0,01	6,4 (1,1–37,8)	0,041
Nivel de conocimiento	Alto				
Creencia tratamiento	Alto				
		0,45 (0,11–1,85)	0,26	0,62 (0,14–2,7)	0,525
		1,15 (0,28–4,7)	0,84	1,08 (0,25–4,6)	0,915

En la tabla 8, con respecto a la relación de adherencia al tratamiento HTA frente a factores asociados en el análisis de regresión logística binaria, el resultado indica que la variable comorbilidades presenta significancia estadística en el modelo ajustado ( $p$  valor  $< 0,05$ ), reflejando asociación independiente con la no adherencia. En la misma línea, las variables grado de instrucción, dependencia, creencia del tratamiento y conocimiento de HTA no presentan significancia ( $p$  valor  $> 0,05$ ), indicando que no hay asociación independiente con la no adherencia al tratamiento.

## Capítulo IV: Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación, realizada en 148 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de Cardiología del Hospital Santa Rosa durante el primer trimestre de 2024, revelan una prevalencia de no adherencia al tratamiento excepcionalmente alta del 95,3 % según la escala Morisky-Green de cuatro ítems, donde una sola respuesta afirmativa basta para clasificar al paciente como no adherente. Esta cifra es notablemente superior a las reportadas en la mayoría de los estudios previos, tanto nacionales como internacionales. Por ejemplo, Vanegas [12] encontró una prevalencia de no adherencia del 35,3 %, Lacayo [13] asoció factores como pluripatología y polifarmacia a no adherencia significativa, y Languasco [18] reportó 69,31 % sin asociaciones estadísticas fuertes. En el ámbito nacional, Matta [19] evidenció 75,6 % de adherencia, y Pocohuanca et al. [23] reportaron mayor adherencia en mayores de 65 años y sexo masculino. La elevada no adherencia observada en este estudio podría atribuirse, en parte, al carácter estricto del punto de corte del instrumento Morisky-Green, que sobreestima la no adherencia real al considerar como incumplimiento incluso olvidos ocasionales o suspensiones puntuales por efectos adversos percibidos (dimensión 4: 83,8 % de respuestas afirmativas), especialmente en una población con alta carga de comorbilidades (94,6 % con al menos una) y probable polifarmacia.

En cuanto a los factores del paciente, el análisis bivariado mostró asociación significativa con el grado de instrucción ( $p = 0,027$ ; V de Cramer = 0,2678), la dependencia ( $p = 0,007$ ; V de Cramer = 0,2566) y las comorbilidades ( $p = 0,048$ ; V de Cramer = 0,440). Sin embargo, en el modelo de regresión logística binaria ajustado, solo las comorbilidades (especialmente  $\geq 2$ ) mantuvieron significancia estadística independiente (OR ajustado = 6,4; IC 95 %: 1,1–37,8;  $p = 0,041$ ), mientras que el grado de instrucción y la dependencia perdieron significancia ( $p > 0,05$ ). Este hallazgo coincide con estudios que destacan la pluripatología y la polifarmacia como barreras clave para la adherencia, como Lacayo [13], Real et al. [16] y Altamirano et al. [21], quienes asociaron comorbilidades múltiples y complejidad terapéutica con mayor incumplimiento. La pérdida de significancia del grado de instrucción y la dependencia tras ajuste sugiere que su efecto observado en el análisis bivariado

podría estar mediado o confundido por la presencia de múltiples comorbilidades. Por el contrario, variables como edad, sexo, estado civil y tiempo de enfermedad no mostraron asociación significativa ( $p > 0,05$ ), resultado que difiere parcialmente de Solís et al. [17], quienes encontraron mayor no adherencia en edades intermedias y mayores, y de Cajachagua et al. [22], que asociaron el sexo masculino y estilos de vida no saludables.

Respecto al conocimiento de la enfermedad y la creencia sobre el tratamiento, ambos factores no presentaron asociación significativa ni en el análisis bivariado ( $p = 0,107$  y  $p = 0,210$ , respectivamente) ni en el modelo ajustado ( $p > 0,05$ ), lo que contrasta con antecedentes como Recalde et al. [14], quienes concluyeron que un bajo conocimiento impacta negativamente en la adherencia, y con Quiroz et al. y otros estudios que relacionan creencias negativas o desconocimiento de consecuencias con incumplimiento. La ausencia de asociación en esta población podría explicarse por el predominio de niveles medio de conocimiento (40,5 %) y creencia (43,9 %), o por la predominancia de factores clínicos (comorbilidades) que eclipsan el efecto de las variables cognitivas en un contexto de alta carga de enfermedad.

Entre las limitaciones del estudio destaca el uso de la escala Morisky-Green de 4 ítems (MMAS-4) como instrumento principal para medir la adherencia terapéutica. Si bien este cuestionario es ampliamente validado y empleado en investigaciones sobre hipertensión arterial, presenta un carácter altamente subjetivo y un punto de corte estricto (una sola respuesta afirmativa clasifica al paciente como no adherente), lo que puede haber contribuido a sobrestimar la prevalencia real de no adherencia (95,3 % en esta muestra). Este efecto es particularmente relevante en una población con alta carga de comorbilidades (94,6 %) y probable polifarmacia, donde olvidos ocasionales, suspensiones puntuales por efectos adversos percibidos o dificultades para recordar horarios pueden ser frecuentes y no necesariamente reflejar un abandono terapéutico persistente. Adicionalmente, la naturaleza autodeclarada del instrumento introduce posibles sesgos de deseabilidad social (tendencia a subreportar incumplimientos) o de recuerdo (sesgo de memoria), aunque en este caso el resultado extremo sugiere que el sesgo predominante podría ser hacia la sobreestimación del incumplimiento. Otra limitación metodológica es el

diseño transversal, que impide establecer causalidad entre los factores identificados (especialmente comorbilidades) y la no adherencia, así como el tamaño muestral relativamente limitado ( $n = 148$ ) que pudo reducir la potencia estadística para detectar asociaciones más débiles en el modelo multivariado. Finalmente, al tratarse de pacientes atendidos en un hospital de referencia, los resultados podrían no ser generalizables a poblaciones de atención primaria o comunidades rurales. Estas limitaciones sugieren la necesidad de estudios futuros que combinen métodos objetivos (por ejemplo, conteo de pastillas, dispensación farmacéutica o monitoreo electrónico) con instrumentos autodeclarados para una evaluación más robusta de la adherencia real.

## Conclusiones

1. Se determinaron los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en 148 pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa en 2024. Respecto al objetivo general, se evidenció una no adherencia del 95,3 % según la escala Morisky-Green de 4 ítems (donde una sola respuesta afirmativa clasifica como no adherente), principalmente por suspensión al sentirse mal (83,8 %), lo que sugiere deficiente control de la enfermedad, pero no necesariamente abandono total del tratamiento, dado el carácter estricto del instrumento.
2. Respecto a la asociación del factor paciente con la no adherencia, el análisis bivariado mostró significancia para grado de instrucción, dependencia y comorbilidades, con 94,6 % de pacientes presentando al menos una comorbilidad (predominio: diabetes mellitus sola 16,2 % y combinaciones como diabetes mellitus + enfermedad renal 23,0 %). Sin embargo, en regresión logística ajustada, solo comorbilidades  $\geq 2$  mantuvieron asociación independiente, mientras edad, sexo, estado civil y tiempo de enfermedad no mostraron asociación ( $p > 0,05$ ).
3. En relación con la asociación del factor conocimiento de la enfermedad, no se encontró significancia estadística ni bivariada ( $p = 0,107$ ) ni ajustada ( $p = 0,525$ ), con predominio de nivel medio (40,5 %).
4. Para la asociación del factor creencia del tratamiento, tampoco se evidenció significancia bivariada ( $p = 0,210$ ) ni ajustada ( $p = 0,915$ ), predominando nivel medio (43,9 %).

## Recomendaciones

1. Fortalecer el manejo integrado de pacientes hipertensos con múltiples comorbilidades en el Hospital Santa Rosa mediante la implementación de consultas multidisciplinarias (cardiología, endocrinología, nefrología) y esquemas terapéuticos simplificados (preferencia por combinaciones fijas de fármacos, reducción de número de tomas diarias y revisión periódica de polifarmacia), con énfasis en educación dirigida sobre efectos adversos percibidos, para minimizar la suspensión del tratamiento por sentirse mal y potenciar la adherencia en este grupo de alto riesgo.
2. Incorporar de manera sistemática y longitudinal sesiones de educación terapéutica sobre hipertensión arterial y su tratamiento en el consultorio externo de cardiología, utilizando métodos activos como *role-playing*, materiales visuales simplificados y retroalimentación personalizada, con el objetivo de reforzar el conocimiento de la enfermedad y las creencias positivas sobre el tratamiento, aunque estos factores no mostraron asociación independiente en el estudio.
3. Realizar evaluaciones periódicas de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el hospital mediante la combinación de métodos objetivos y subjetivos (por ejemplo, Morisky-Green + registros de dispensación farmacéutica o control de presión arterial alcanzado), para obtener una medición más integral y precisa que supere las limitaciones de subjetividad y posible sobreestimación del instrumento auto-declarado, permitiendo identificar tempranamente pacientes en riesgo y diseñar intervenciones personalizadas.
4. Diseñar estrategias diferenciadas por nivel de dependencia y grado de instrucción, aprovechando las asociaciones observadas en el análisis bivariado (aunque perdieron significancia al ajustar), mediante la involucración de cuidadores o familiares en pacientes dependientes y el uso de materiales educativos adaptados al nivel educativo predominante (secundaria y primaria), integrándolos en el seguimiento rutinario del paciente hipertenso.

## Bibliografías bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Internet]. 2023 [citado 05 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *Journal Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016;18(12):1284–1294. DOI: 10.1111/jch.12861
3. Ministerio de Salud Pública. Hipertension Arterial [Internet]. 2019 [citado el 05 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2019/>
4. Garcia-Peña A, Ospina D, Rico J, Fernandez-Avila D, Muñoz-Velandia O, Suarez-Obando F., Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). *Revista Colombiana de Cardiología*. 2022; 29 (1): 29–35. DOI: <https://doi.org/10.24875/rccar.m22000114>
5. Ministerio de Salud de Chile Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS): orientación técnica y metodológica de evaluación [Internet]. 2019 [Citado 10 de abril de 2022]. Disponible en: Descripción y Epidemiología - DIPRECE
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no Transmisibles. Programa de enfermedades no transmisibles [Internet]. 2019 [citado 05 de abril 2023]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2021.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2021.pdf)
7. Ortega J, Sánchez H, Rodríguez Ó, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018;16(3): 226-232. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es).
8. Suárez-Argüello J, Blanco-Castillo L, Perea-Rangel J, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza E, Galicia-Rodríguez Liliana et al. Creencias de enfermedad, creencias de medicación y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*. 2022; 92(3): 327-333. DOI: 10.24875/ACM.21000026

9. Hospital Santa Rosa. ACTIVIDADES DE SALUD EN CONSULTA EXTERNA 2022 [Internet]. 2022 [citado el 05 de abril de 2023]. Disponible en: ESTADÍSTICAS HSR - SITE HOSPITAL SANTA ROSA
10. Formentin-Zayas M, Carbajales-León E, Medina-Fuentes G, Formentin-Zayas D, Formentin-Zayas M. Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos de un consultorio médico perteneciente al Policlínico Universitario "Joaquín de Agüero y Agüero". Revista información científica. 2021;100(4): 1-11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8173758>
11. Jeffrey W, Gloria G, Teresa A, Allana B, Norm C, Shana C, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Revista de Panamá Salud Pública. 2022; 46:1. DOI: 10.26633/rpsp.2022.56
12. Vanegas Ortiz DB. Prevalencia y factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes con hipertensión arterial que acuden al Hospital de Especialidades "José Carrasco Arteaga" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cuenca, Ecuador 2024 [tesis de maestría]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2024. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/45706>
13. Lacayo J. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes de 40 años y más atendidos en el Centro de Salud Dr. Miguel Martín Sayagués, enero a junio 2022 [tesis de maestría]. Panamá: Universidad de Panamá; 2022. Disponible en: [https://up-rid.up.ac.pa/8154/1/jennifer\\_lacayo.pdf](https://up-rid.up.ac.pa/8154/1/jennifer_lacayo.pdf)
14. Recalde L, Argüello V, Báez P, Benítez C, Cubelli M, Jara N, et al . Adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento en adultos con hipertensión arterial, Asunción 2022. Revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2023; 10(1): 11-19. DOI:<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2023.10.01.11>.
15. Becerra E, Villegas C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Revista CONAMED. 2021;26(2):57-67. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/100348>
16. Real R, Gamez M, Redes M, Martínez M, Aguilera G, Oviedo G, et al . Adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos de Unidades de Salud Familiar del

- Paraguay: estudio multicéntrico. *Revista salud pública Paraguay*. 2021; 11(2): 35-41. DOI:<https://doi.org/10.18004/rspp.2021.diciembre.35>
17. Solís A, Bergonzoli-Peláez G, Contreras-Rengifo A. Factores de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en servicios de primer nivel de atención. *Universidad y Salud*. 2022; 24(1): 95-101. DOI:<https://doi.org/10.22267/rus.222401.261>.
  18. Languasco Núñez RP. Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud Nivel I-3, 2021 [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6417>
  19. Matta L., Adherencia terapéutica y calidad de vida en hipertensos que acuden a una clínica privada ubicada en Comas. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública*. 2023; 3(2): 47-52. DOI: 10.53684/csp.v3i2.83
  20. Velásquez Á, Dávila M, Valladares-Garrido M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del Seguro Social de Salud de Chiclayo durante el estado de emergencia sanitaria por COVID-19. *Revista. Cuerpo Médico del HNAAA*. 2022; 15(1): 11-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1169>.
  21. Altamirano G, Bringas E, Ventura E. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Cuidado y Salud Pública*. 2021;1(2):3-8. DOI: <https://doi.org/10.53684/csp.v1i2.18>
  22. Cajachagua M, Vargas T, Ingles M, Chávez J. Estilos de vida y adherencia a terapia antihipertensiva, la Era- Lima Perú y San Miguel - Arica Chile. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2021; 16(1): 101-106. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_lh/article/view/23064](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/23064)
  23. Pochuanca-Ancco L, Villacorta J, Hurtado-Roca Y. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista Cuerpo Médico HNAAA*. 2021; 14(3 ): 316-321. DOI:<http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>
  24. Stergiou J, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*. 2021; 39(7): 1293-1302. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002843

25. McEvoy J, McCarthy C, Bruno R, Brouwers S, Canavan M, Ceconi C, et al. Guía ESC/ESH 2025 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión  
<https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>
26. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Internet]. 2023 [citado 08 de mayo 2023] Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1)
27. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. Boletín Terapéutico ANDALUZ. 2020; 35 (4):39-49. DOI: [https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2021/02/CADIME\\_BTA\\_2020\\_35\\_04.pdf](https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2021/02/CADIME_BTA_2020_35_04.pdf)
28. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. LANCET. 2021;398(10304):957–80. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
29. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan N, Poulter N, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. American Heart Association. 2020; 75 (6): 1334-1357. DOI:<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
30. Maicas C, Lázaro E, Alcalá J, Hernández P, Rodríguez L. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Sociedad Castellana de Cardiología. 2003; 5(3): 141-160. <http://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-l.pdf#page=19>
31. Rajjoub E, Lorente A, Martínez R, Zamorano J. Hipertensión arterial y corazón. Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021; 13(36): 2089-2098. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.06.013>
32. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines: JACC Guideline Comparison. journal of the American College of Cardiology. 2019; 73 (23):3018-3026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.507>
33. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica. 2018; 59(4): 251-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>

34. Organización Mundial de la Salud. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO. [Internet]. 2004 [citado 25 de mayo 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
35. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>
36. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista L. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL. Mexico [https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home\\_158/recursos/e-books/16062015/metodologia.pdf](https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_158/recursos/e-books/16062015/metodologia.pdf)
37. Fernández-Collado C, Baptista L. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL. Mexico <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
38. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018; 59(3):163-72. DOI:<http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
39. Morisky, D, Green L, Levine D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

## Anexos

### Anexo 1: Matriz de consistencia

**TÍTULO:** Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial Hospital Santa Rosa, 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia de tratamiento de hipertensión arterial en el hospital Santa Rosa, 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la asociación del factor paciente con la no adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial en el hospital Santa Rosa, 2024?</p> <p>2. ¿Cuál es la asociación del factor conocimiento de la enfermedad con la no adherencia al tratamiento de arterial en el hospital Santa Rosa, 2024?</p> <p>3. ¿Cuál es la asociación del factor creencia del tratamiento con la no adherencia al tratamiento de</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados a la no adherencia de tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Reconocer la asociación entre el factor paciente con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p> <p>2. Reconocer la asociación del factor conocimiento de la enfermedad con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existen factores que definen la no adherencia de tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p> <p>1. Existe asociación entre el factor paciente con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p> <p>2. Existe asociación entre el factor conocimiento de la enfermedad con la no adherencia al</p>	<p>Variable</p> <p>Independiente:</p> <p>Adherencia al tratamiento de HTA</p> <p>Indicadores:</p> <p>Adherente al tratamiento</p> <p>No Adherente al tratamiento</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Factores Asociados</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Factor paciente</li> <li>•Factor conocimiento de la enfermedad</li> </ul>	<p>Método:</p> <p>Científico</p> <p>Tipo: Básica.</p> <p>Nivel:</p> <p>Correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>Observacional, analítico y de corte transversal.</p>	<p>Población:</p> <p>Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos durante el primer trimestre del año 2024 en consulta externa de cardiología del hospital Santa Rosa</p> <p>Muestra: Fue censal con 148 participantes</p> <p>Técnicas:</p> <p>Recolección de datos mediante cuestionario</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Instrumento Morisky – Green,</p> <p>Instrumento BMQ- Especifico</p>

<p>hipertensión arterial en el hospital Santa Rosa, 2024?</p>	<p>3. Reconocer la asociación del factor creencia del tratamiento con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p>	<p>tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024. 3. Existe relación entre el factor creencia del tratamiento con la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.</p>	<p>•Factor creencia del tratamiento</p>		<p>Cuestionario conocimiento de hipertensión</p>
---	--	--	---	--	--

Huancayo, 6 de diciembre del 2025

**OFICIO N°0453-2023-CIEI-UC**

Investigador:

**FELIX ANGELO FUENTES CARDENAS****Presente-**

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial. Hospital Santa Rosa, 2024.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente

  
 Walter Calderón Gerstein  
Presidente del Comité de Ética  
Universidad Continental

C.c. Archivo.

**Arequipa**  
Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030**Huancayo**  
Av. San Carlos 1960  
(064) 481430**Cusco**  
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Colcauyo  
(064) 480 070Sector Angostura Km. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(064) 480 070**Lima**  
Av. Alfredo Mendola 5210, Los Olivos  
(01) 213 2760Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760[ucontinental.edu.pe](http://ucontinental.edu.pe)**Anexo 2: Aprobación del proyecto**

## CONSTANCIA 033 - 2023 – CMI – HSR

### HOSPITAL SANTA ROSA

El Comité Metodológico de Investigación del Hospital Santa Rosa (CMI – HSR) oficializado a través de la **Resolución N°138-2020-DG-HSR-MINSA**, certifica que, el Proyecto de Investigación descrito a continuación, ha sido **APROBADO** con fecha 21 de setiembre del 2023.

**“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HOSPITAL SANTA ROSA, 2023.”.**

Con el código N° **23/035**, presentado por los investigadores: **FELIX ANGELO FUENTES CARDENAS**. Esta aprobación tendrá vigencia del **21 de setiembre del 2023 al 20 de setiembre del 2024**.

El Investigador debe solicitar toda información que requiera para desarrollar su proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Asimismo, debe **reportar el avance del estudio mensualmente** y el **informe final luego de terminado el mismo**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

**Pueblo Libre, 26 de octubre del 2023**



**Mg. Flor Milagros Mendoza Barreto**  
Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Hospital Santa Rosa

### Anexo 3: Instrumento y ficha de recolección de datos

#### Cuestionario N° 01 "Adherencia Terapéutica: Morisky-Green"

CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA:	
Instrucciones: Estimado Paciente, previo saludo cordial, por la presente le informamos que se está realizando la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HOSPITAL SANTA ROSA, 2024." Cuyo objetivo es determinar aquellos factores que determinan en la decisión del paciente para continuar con su tratamiento antihipertensivo, por tal motivo es muy importante su apoyo en la resolución del presente cuestionario enfocado en la adherencia terapéutica, teniendo como respuesta única respuesta un SI o No, por favor no deje preguntas en sin responder.	
Pregunta	Respuesta
¿Se olvidó alguna vez de tomar el medicamento para la presión alta?	SI / NO
¿Algunas veces descuida la hora en que debe tomar los medicamentos para la presión arterial?	SI / NO
Cuándo se siente bien, ¿Deja alguna vez de tomar los medicamentos para la presión arterial?	SI / NO
Si alguna vez se siente mal por causa del medicamento de la presión arterial, ¿Deja de tomarlo?	SI / NO

Fuente: extraído de "Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence" [39].

Cuestionario N° 02 "Creencia del tratamiento: BMQ- ESPECIFICO"

CUESTIONARIO SOBRE CREENCIA DEL TRATAMIENTO BMQ ESPECÍFICO:

Instrucciones:

Estimado Paciente, previo saludo cordial, por la presente le informamos que se está realizando la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HOSPITAL SANTA ROSA, 2024." Cuyo objetivo es determinar aquellos factores que determinan en la decisión del paciente para continuar con su tratamiento antihipertensivo, por tal motivo es muy importante su apoyo en la resolución del presente cuestionario enfocado en la creencia terapéutica del tratamiento propuesto, no hay respuesta equivocada, dando una valoración de 1 a 5, por favor marque con una X según la percepción que tiene con respecto a la pregunta, por favor no deje preguntas en sin responder.

PREGUNTA/ ESCALA	No estoy NADA de acuerdo= 1	No estoy de acuerdo =2	Ni de acuerdo/ Ni desacuerdo=3	Estoy bastante de acuerdo =4	Estoy completamente de acuerdo =5
Actualmente mi salud depende de la medicación.					
Mi vida sería imposible sin medicación					
Sin medicación estaría muy enfermo/a.					
En el futuro mi salud dependerá de medicación.					
La medicación impide que mi enfermedad empeore.					
Me preocupa tener que tomar mis medicamentos.					
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de mis medicamentos.					
Mi medicación es/son un misterio para mí.					
Mi medicación altera mi vida.					
A veces me preocupo ser demasiado dependiente de mi medicación.					

Fuente: Extraído de "Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire" [40].

Cuestionario N° 03 "Conocimiento sobre la hipertensión arterial"

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
<p>Instrucciones:                      Estimado Paciente, previo saludo cordial, por la presente le informamos que se está realizando la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. HOSPITAL SANTA ROSA, 2024." Cuyo objetivo es determinar aquellos factores que determinan en la decisión del paciente para continuar con su tratamiento antihipertensivo, por tal motivo es muy importante su apoyo en la resolución del presente cuestionario enfocado en el conocimiento sobre la hipertensión arterial, escoja la respuesta que crea conveniente en cada pregunta, por favor no deje preguntas en sin responder.</p>
<p>1. ¿Qué es la hipertensión arterial?</p> <p>a. Es el aumento de la presión arterial por encima de los valores normales                      b. Es la disminución de la presión arterial                      c. Es el aumento de sangre en el cuerpo                      d. Es el aumento de los latidos cardiacos.</p>
<p>2. Una persona se considera con hipertensión arterial si tiene la presión arterial por encima de:</p> <p>a. 140/90 mmHg                      b. 120/80 mmHg                      c. 110/65 mmHg                      d. 100/70 mmHg</p>
<p>3. ¿Cuál es uno de los factores de riesgo prevenible para padecer de hipertensión arterial?</p> <p>a. El sexo                      b. Edad                      c. Herencia                      d. Estilo de vida</p>
<p>4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones aumenta el riesgo de hipertensión arterial?</p> <p>a. Realizar ejercicios durante 30 min al día.                      b. La obesidad                      c. Ingerir alimentos ricos en fibras.                      d. Consumir carnes blancas.</p>
<p>5. Puedo tener mayor riesgo de padecer de hipertensión arterial si:</p> <p>a. Consumo frutas, verduras y cereales                      b. Consumo carnes blancas, truchas y pescados                      c. Consumo alimentos ricos en fibras, carbohidratos y legumbres                      d. Consumo carnes rojas, sal en exceso, productos que tengan conservantes</p>
<p>6. ¿Cuál de las siguientes alternativas son factores de riesgo que propician la hipertensión arterial?</p> <p>a. Caminar 30 min al día                      b. Realizar ejercicios                      c. La inactividad física                      d. Practicar deporte</p>
<p>7. Es un factor de riesgo para padecer hipertensión arterial:</p> <p>a. El estrés                      b. La alegría                      c. El sueño                      d. La tristeza</p>
<p>8. ¿Cuál es el sexo que tiene mayor riesgo de padecer hipertensión arterial?</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Masculino</li> <li>b. Femenino</li> <li>c. Ambos</li> <li>d. Desconozco</li> </ul>
<p>9. ¿Cuál es el tipo de raza que tiene mayor riesgo de padecer hipertensión arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Blanca</li> <li>b. Negra</li> <li>c. Mestizo</li> <li>d. Desconozco</li> </ul>
<p>10. ¿A qué edad existe mayor riesgo de padecer hipertensión arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. De 20 a 30 años</li> <li>b. De 30 a 40 años</li> <li>c. Mayor de 50 años</li> <li>d. Desconozco</li> </ul>
<p>11. Es un factor de riesgo para padecer hipertensión arterial que no se puede prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Herencia</li> <li>b. Obesidad</li> <li>c. Estilo de vida</li> <li>d. Inactividad física</li> </ul>
<p>12. La cefalea es un síntoma de la siguiente enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La Diabetes</li> <li>b. Osteoporosis</li> <li>c. Hipertensión arterial</li> <li>d. Desconoce</li> </ul>
<p>13. Es un síntoma de la hipertensión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aumento del apetito</li> <li>b. Mareos</li> <li>c. Aumento de la sed</li> <li>d. Aumento de la frecuencia para miccionar</li> </ul>
<p>14. ¿Cuál de las siguientes alternativas es un síntoma de la hipertensión arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Zumbido en el oído</li> <li>b. Pérdida del apetito</li> <li>c. Lumbalgia</li> <li>d. Desconozco</li> </ul>
<p>15. ¿Cuál cree Ud. que es una de las complicaciones de la Hipertensión Arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gastritis</li> <li>b. Diarreas</li> <li>c. Accidentes cerebro vascular</li> <li>d. Apendicitis</li> </ul>
<p>16. La hipertensión arterial nos puede conllevar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Problemas cardiacos</li> <li>b. Problemas gástricos</li> <li>c. Problemas dérmicos</li> <li>d. Problemas osteoarticulares</li> </ul>
<p>17. A nivel de los riñones la hipertensión arterial puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Quistes en los riñones</li> <li>b. Cáncer al riñón</li> <li>c. Insuficiencia renal</li> <li>d. Calculo renal</li> </ul>

<p>18. ¿Entre otras complicaciones la hipertensión arterial puede provocar?</p> <p>a. Gastroenterocolitis  b. Daño ocular  c. Lumbalgia  d. Desconozco</p>
<p>19. La hipertensión arterial se puede tratar de la siguiente manera:</p> <p>a. Con medicamentos antihipertensivos  b. Con hierbas naturales  c. Con medicamentos que bajan la glucosa  d. Desconozco</p>
<p>20. Para controlar la hipertensión arterial se debe considerar lo siguiente:</p> <p>a. Caminar por lo menos 30 min al día  b. Consumir frutas, verduras y carnes blancas  c. Disminuir la ingesta de sal en alimentos  d. Todas son correctas</p>
<p>21. Es un alimento muy importante en la dieta del paciente con hipertensión arterial</p> <p>a. Las grasas  b. Las frutas  c. El almidón  d. Las proteínas</p>
<p>22. ¿Cuál de los siguientes cambios en su dieta ayuda a regular la presión arterial?</p> <p>a. Mantener los alimentos picantes  b. Aumentar la ingesta verduras  c. Beber un vaso diario de vino tinto después de los alimentos.  d. Beber té de hierbas y café.</p>
<p>23. ¿Qué tipo de carnes debe consumir un paciente con hipertensión arterial?</p> <p>a. Cordero  b. Vaca  c. Cerdo  d. Carnes blancas: Pescado y pollo</p>
<p>24. ¿Cuál de los siguientes productos cree Ud. que se debe evitar para controlar la hipertensión arterial?</p> <p>a. Evitar el alcohol, vegetales y verduras.  b. Evitar el café y dieta baja en sal.  c. Evitar el café, alcohol, ingesta excesiva de sal.  d. Evitar el consumo de vegetales, el aceite y la sal</p>
<p>25. ¿Cuál es el tiempo mínimo para realizar caminatas diariamente para prevenir la hipertensión arterial?</p> <p>a. Al menos 30 minutos.  b. Al menos 60 minutos.  c. De 10 a 20 minutos.  d. De 1 a 2 horas.</p>
<p>26. ¿Cuáles son las medidas o acciones que reducen el riesgo de padecer hipertensión arterial?</p> <p>a. No fumar y controlar el estrés  b. Disminuir la ingesta de sal  c. Realizar el control médico por lo menos una vez al año  d. Todas son correctas</p>

Fuente: Extraído de "Conocimientos sobre Hipertensión Arterial y Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos que acuden al Hospital Gustavo Lanatta Luján-Bagua, 2022.[41].

## Escala: Cuestionario de Conocimiento de enfermedad HTA

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,742	26

Cuestionario N°04 "Ficha de recolección de Datos"

1.Factor paciente	Edad:	1)Adulto joven 18 - 29 años 2)Adulto 30 - 60 años 3)Adulto mayor > 60 años
	Sexo:	1) Hombre 2) Mujer
	Estado civil:	1)Soltero 2)Conviviente 3)Casado 4)Divorciado 5)Viudo
	Grado de instrucción:	1)Primaria 2)Secundaria 3)Técnico 4)Universitario
	Dependiente	1)Si dependiente 2)No dependiente
	Tiempo de Enfermedad	1)1 - <5 años 2)5 - < 10 años 3)>10 años
	Comorbilidades:	1)Diabetes 2)Insuficiencia Renal 3)Obesidad 4)Dislipidemia 5)Ictus 6) Retinopatía 7) Otro (Especificar)...

Fuente: Validado para la presente investigación.

## Anexo 04: Consentimiento informado

### GUÍA PARA EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. **Título del protocolo de investigación con seres humanos.**  
Factores Asociados a la no adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, Hospital Santa Rosa. 2024
2. **Institución de investigación, investigador principal, Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora local.**  
Universidad Continental, Felix Angelo Fuentes Cardenas, Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y Autoridad Reguladora local.

3. **Introducción:**

- a. Invitación a participar en el protocolo de investigación, explicar las diferencias existentes de una investigación con la atención médica habitual.

La hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible modificable la cual tiene una alta tasa de morbilidad y mortalidades, la cual presenta sintomatología en estado avanzado o cuando afecta a otros órganos, en tal sentido es importante tener presente el cumplimiento del tratamiento propuesto por el especialista para mitigar el avance de la enfermedad. Por lo tanto, hacemos el agradecimiento en la participación del presente estudio con el cual buscamos recabar datos que nos permita determinar aquellos factores que influyen de manera negativa en el cumplimiento del tratamiento.

- b. Razones por las que se ha elegido a la persona para invitarlo a participar en el estudio.

Estimado Paciente Ud. ha sido elegido en la participación del presente estudio, por motivos que cumple tanto con los requisitos inclusión.

- c. Participación voluntaria libre de coacción e influencia indebida y libertad de terminar su participación. Deje en claro que la participación es voluntaria e incluya las medidas que serán tomadas para evitar la coacción de los sujetos de investigación:
  - Hacer todas las preguntas que considere.
  - Tomarse el tiempo necesario para decidir si quiere o no participar.
  - Llevarse una copia sin firmar para leerla nuevamente, si fuera necesario.
  - Conversar sobre el estudio con sus familiares, amigos y/o su médico de cabecera, si lo desea.
  - Que puede elegir participar o no del estudio, sin que se vea afectado ninguno de sus derechos.
  - Que puede retirar su participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tendría derecho.

Asimismo, es importante mencionarle que su participación es totalmente voluntaria y es libre de realizar consultas a las personas que crea conveniente para su participación durante el presente estudio, cabe resaltar que también puede realizar consultas acerca de los alcances del estudio al investigador antes, durante y después del estudio al investigador.

Por último Ud. es libre de dejar de participar en el estudio sin perjuicio alguno.

**4. Justificación, Objetivos y propósito de la Investigación:**

Explicar en términos locales y simplificados ¿Por qué se está llevando a cabo el presente estudio? y ¿cuál es el objetivo general?

Es importante identificar y correlacionar qué factores producen en el paciente tomar decisiones equivocadas generando la no adherencia al tratamiento planteado, asimismo el presente trabajo busca proporcionar datos con los cuales se podrá plantear soluciones sanitarias, enfocadas en generar estrategias que conlleven a minimizar los limitantes presentados a la no adherencia del tratamiento por parte de los pacientes como son por ejemplo el conocimiento de la enfermedad, la confianza al tratamiento planteado, etc. Generando finalmente en la población una disminución de riesgo cardiovascular, previniendo enfermedades cardiovasculares u otras comorbilidades, teniendo como objetivo principal Determinar los factores asociados a la no adherencia de tratamiento de hipertensión arterial. en el hospital Santa Rosa, 2024.

**5. Número de personas a enrolar (si corresponde a nivel mundial y en el Perú)**

La investigación por su diseño trabajara con todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión.

**6. Duración esperada de la participación del sujeto de investigación**

Incluyendo número y duración de visitas al centro de investigación y tiempo total involucrado).

La encuesta se desarrollará en un tiempo aproximado de 15 minutos, teniendo presente que se excluye el tiempo tomado para resolver consultas por parte del participante del estudio.

**7. Las circunstancias y/o razones previstas bajo las cuales se puede dar por terminado el estudio o la participación del sujeto en el estudio.**

No Aplica

**8. Tratamientos o intervenciones del estudio.**

No aplica

**9. Procedimientos del estudio**

Implica la explicación de:

- a. Los procedimientos del estudio (entrevistas, cuestionarios, exámenes auxiliares, dieta a seguir, entre otros): Describir o explicar los procedimientos que se realizarán y todos los medicamentos que se suministrarán si correspondiese

(incluida la medicación necesaria para algún procedimiento del estudio, como, por ejemplo, anestesia local en caso de biopsias), pudiendo incluirse un esquema simplificado y/o calendario de visitas y procedimientos.

Aprobado el proyecto, se enviará la solicitud emitida por parte de la universidad continental hacia los directivos o responsables el hospital Santa Rosa, para iniciar la recolección de datos se tomará un intervalo de tiempo de tres meses:

- Se solicitará al Dr. De turno las historias clínicas de los pacientes citados al consultorio externo de cardiología, y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se escogerá a los pacientes.
  - Posteriormente se procederá con informar al paciente el propósito del estudio, los pacientes que estén de acuerdo en participar en el estudio firmaran el consentimiento informado.
  - Finalmente se procederá a llenar el cuestionario para recolectar los datos, para luego posteriormente realizar los análisis respectivos.
- b. Las muestras biológicas para recolectar: tipo, cantidad y número de veces que se extraerá. Es necesario explicar cuántas veces y cuánta cantidad se necesita, en medidas que el sujeto entienda.  
No aplica.
- c. El destino final de las muestras biológicas remanentes. **Mencionar** explícitamente que las muestras biológicas obtenidas serán usadas solamente para la investigación en curso y serán destruidas cuando el estudio se haya completado, a menos que se contemple su almacenamiento para uso futuro.  
No aplica.
- d. El almacenamiento de muestras biológicas o sus remanentes para estudios futuros: Si se planea almacenar muestras remanentes más allá del término del protocolo de investigación y/o se van a extraer muestras biológicas para almacenamiento y estudios futuros, deberá incluirse de manera expresa en un formato de consentimiento amplio para tal fin (CIOMS 2016).  
No aplica.
- e. La información de los resultados de las pruebas realizadas a los sujetos de investigación: Se debe indicar de manera expresa:
- Que se le explicará sus resultados
  - Quién le informará
  - En qué momento se le informará
  - La justificación de no revelar datos temporal o permanentemente.
- No aplica.
- f. Cabe precisar que los aspectos que no formen parte de la investigación quedan fuera del consentimiento informado  
Una vez recolectado los cuestionarios, se procederá con la revisión del llenado correcto del mismo descartando aquellos cuestionarios que no poseen la data completa.
- 10. Riesgos y molestias derivados del protocolo de investigación**  
Referidos a:
- a. Riesgos y molestias de los propios procedimientos del estudio.
  - b. Riesgos y medidas de prevención y protección en caso de embarazo del sujeto de investigación o de su pareja.

No aplica

**11. Compromisos que asume el sujeto de investigación si acepta participar en el estudio.**

Cumplir con el llenado completo del cuestionario

**12. Alternativas disponibles**

Especificar si existen alternativas terapéuticas, de prevención o diagnóstico disponibles actualmente en el país.

Ninguno.

**13. Beneficios derivados del estudio**

En general, no se puede asegurar que la participación en la investigación beneficiará directamente al sujeto, siendo adecuado usar la frase: "usted puede o no beneficiarse con el estudio".

No aplica

Los beneficios pueden dividirse en beneficios para el individuo y beneficios para su comunidad o para la sociedad entera en caso de hallar una respuesta a la pregunta de investigación.

El presente estudio presentara resultados, los cuales pueden ser tomados por las entidades correspondientes, para realizar estrategias sanitarias y así mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente con hipertensión.

**14. Compensación en caso de pérdida o desventaja por su participación en el protocolo de investigación.**

No aplica

**15. Compromiso de proporcionarle información actualizada sobre la investigación, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto de investigación para continuar participando.**

No aplica

**16. Costos y pagos.**

a. Indicar con claridad la compensación económica por gastos adicionales (transporte, alojamiento, comunicación, y alimentación). Indicar monto.

No aplica

**17. Privacidad y confidencialidad**

Garantizar de manera expresa la confidencialidad de la identidad del sujeto de investigación, el respeto a su privacidad y el mantenimiento de la confidencialidad de la información recolectada antes, durante y después de su participación en la investigación. El contenido de esta sección deberá encontrarse dentro de lo permitido por la Ley No 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento.

- La identidad del paciente será confidencial en todo el desarrollo del presente estudio (antes, durante y después)
- Para mantener la confidencialidad, los nombres de los pacientes no estarán descritos en los instrumentos de recolección de datos.

Debe incorporar lo siguiente:

- a. ¿A qué datos del sujeto se tendrá acceso? y ¿qué información será recolectada?

El estudio será publicado en el repositorio de la universidad continental.

- b. Uso que se dará a los datos del sujeto de investigación.  
Ninguno

- c. ¿Cómo serán almacenados y protegidos los datos del sujeto de investigación? y ¿Quiénes tendrán acceso?

Los datos serán almacenados en la Pc, del investigador principal, garantizando el no acceso a la información.

- d. Acceso a sus datos por parte de los representantes del patrocinador, el CIEI y el INS.

No aplica.

- e. Manejo de sus datos y muestras biológicas en caso de retiro del consentimiento informado.

No aplica.

- f. No identificación del sujeto en caso de publicaciones o presentaciones científicas del estudio.

Las publicaciones no indicaran nombres del participante.

**18. Situación tras la finalización del estudio, acceso post-estudio a la intervención de investigación, que haya resultado ser beneficioso.**

No aplica

**19. Información del estudio.**

- a. Acceso público de la información del estudio disponible en la dirección de su página web: <http://www.....gob.pe>

No aplica

- b. Información de los resultados finales del estudio. Especificar el responsable, momento y medio por el cual se proporcionará al sujeto de investigación los resultados finales del estudio.

No aplica

**20. Datos de contacto**

- a. Contactos en caso de lesiones o para responder cualquier duda o pregunta:

- Investigador principal(es): Dirección, correo electrónico y teléfonos.

Felix Angelo Fuentes Cardenas, Calle granada 274 – El Agustino,

[43492843@continental.edu.pe](mailto:43492843@continental.edu.pe) , 974653884

- Presidente del CIEI: Dirección, correo electrónico y teléfono.

Walter Calderón Gerstein, Universidad continental – Huancayo,

[wcalderon@continental.edu.pe](mailto:wcalderon@continental.edu.pe).

**Sección para llenar por el sujeto de investigación:**

- Yo..... (Nombre y apellidos)
- He leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento.
- Me han informado acerca de los objetivos de este estudio, los procedimientos, los riesgos, lo que se espera de mí y mis derechos.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto afecte mi atención médica.
- Al firmar este documento, yo acepto participar en este estudio. No estoy renunciando a ningún derecho.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este documento.

Nombre completo del sujeto de investigación.....

Firma del sujeto de investigación.....

Lugar, fecha y hora.....

Nombre completo del representante legal (según el caso) .....

Firma del representante legal.....

Lugar, fecha y hora.....

En caso de tratarse de una persona analfabeta, deberá imprimir su huella digital en el consentimiento informado. El investigador colocará el nombre completo del sujeto de investigación, además del lugar, fecha y hora.

**Sección para llenar por el testigo (según el caso):**

He sido testigo de la lectura exacta del formato de consentimiento informado para el potencial sujeto de investigación, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmando que el sujeto de investigación ha dado su consentimiento libremente.

Nombre completo del testigo.....

Firma del testigo.....

Fecha y hora.....

**Sección para llenar por el investigador**

Le he explicado el estudio de investigación y he contestado a todas sus preguntas.

Confirmando que el sujeto de investigación ha comprendido la información descrita en este documento, accediendo a participar de la investigación en forma voluntaria.

Nombre completo del investigador: Felix Angelo Fuentes Cardenas

Firma del sujeto del investigador.....

Lugar, fecha y hora..... (La fecha de firma el participante)

"Este consentimiento solo se aplica para trabajo cuya recolección de datos se hará en el Perú."