

**República Dominicana**

**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA - UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela de Medicina**

**Tesis de postgrado para optar por el título de:**

**Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DE 18 A 65 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL HOSPITAL DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA, ABRIL-JUNIO 2025.**

**Sustentantes:**

**Dra. Dallerin Rosio Reyes Santos**

**Dra. Lourdes Mercedes Luciano Lora**

**Matriculas:**

**2211 - 81**

**2211 - 80**

**Asesores:**

**Dr. Ángel S. Campusano Asesor metodológico**

**Dra. Walkidia Rodríguez Asesora clínica**

**Julio 2025  
Santo Domingo, Oeste  
Distrito Nacional 2025**

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

## Contenido

### RESUMEN

### ABSTRACT

### INTRODUCCIÓN ..... 1

### CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA ..... 2

#### 1.1. Planteamiento del problema ..... 2

##### 1.1.1. Preguntas de Investigación ..... 4

#### 1.2. Objetivos ..... 6

##### 1.2.1. Objetivo General ..... 6

##### 1.2.2. Objetivos Específicos ..... 6

#### 1.3. Justificación ..... 8

### CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO ..... 10

#### 2.1. Antecedentes y Referencias ..... 10

#### 2.2 Marco Conceptual ..... 18

##### 2.2.1 Presión arterial ..... 18

##### 2.2.2 Historia ..... 19

##### 2.2.3 Importancia como problema de salud pública ..... 19

##### 2.2.4 Epidemiología ..... 20

##### 2.2.5 Clasificación de la Hipertensión (Mancia et al., 2023; Loscalzo et al., 2022) ..... 22

##### 2.2.6 Etiología ..... 25

##### 2.2.7 Fisiología ..... 27

##### 2.2.8 Factores de Riesgo ..... 34

##### 2.2.9 Diagnóstico ..... 39

##### 2.2.10 Evaluación de daño en órganos diana ..... 42

##### 2.2.11 Complicaciones ..... 45

##### 2.2.12 Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) ..... 48

##### 2.2.13 Prevención y Educación en Hipertensión Arterial ..... 52

2.2.14 Escala de Morisky-Green Modificada (Morán Lima et al., 2023) .....	53
2.2.15 Adherencia Farmacológica y No Adherencia .....	55
2.3 Contextualización .....	57
<b>CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>59</b>
3.1. Tipo de Estudio .....	59
3.2. Variables.....	60
3.2.1. Operacionalización de las Variables.....	60
3.3. Métodos y Técnicas de Investigación .....	62
3.4. Instrumento de Recolección de Datos .....	62
3.5. Población y muestra .....	63
3.6. Criterios de Inclusión.....	63
3.7. Criterios de Exclusión.....	63
3.8. Procedimiento y Procesamiento de datos .....	63
3.8.1. Análisis de Datos .....	64
3.9. Consideraciones Éticas.....	65
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS .....</b>	<b>66</b>
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....</b>	<b>82</b>
5.1 Discusión .....	82
5.2 Conclusión .....	86
<b>CAPÍTULO 6. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>88</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>91</b>
<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>106</b>

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES HIPERTENSOS, DE 18 A 65 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA  
DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL HOSPITAL DR. MARCELINO  
VÉLEZ SANTANA, ABRIL-JUNIO 2025.**

## RESUMEN

El presente estudio cuantitativo, observacional y transversal, no probabilístico, evaluó la adherencia al tratamiento antihipertensivo y sus determinantes en pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana (abril-junio 2025). Mediante un cuestionario estructurado se obtuvo una muestra de 212 pacientes hipertensos; con una edad aproximada de 56-65 años de edad, la mediana de tiempo con la enfermedad fue de 2-5 años (36.79%), predominando la monoterapia (53.7%). Aunque (79.25%) refirió acceso a los fármacos y el (55.17%) contaba con los recursos económicos para adquirir su tratamiento, la adherencia global resultó baja en (47.6%) de los participantes y solo (17.45%) alcanzó un nivel alto. El principal obstáculo identificado fue el comportamiento de olvido: (50.94%); un (26.89%) olvidó la medicación al salir de casa o viajar. Asimismo, (22.1%) suspendió el tratamiento cuando sus síntomas estaban controlados y (9.9%) lo modificó sin consultar a su médico tratante. Pese a que (92%) calificó positivamente la atención del personal de salud y (71.70%) negó sentir presión externa para cumplir la terapia. Estos hallazgos indican que las barreras materiales son menores frente a los factores conductuales y cognitivos. Se recomienda implementar intervenciones educativas centradas en la naturaleza asintomática de la hipertensión, programas de recordatorios digitales y seguimiento farmacéutico personalizado para revertir la elevada proporción de pacientes con adherencia insuficiente.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial, adherencia al tratamiento, monoterapia, olvido de tratamiento, estudio transversal, factores conductuales.

## **ABSTRACT**

This quantitative, observational, cross-sectional, and non-probabilistic study evaluated adherence to antihypertensive treatment and its determinants in patients who attended the Family and Community Medicine consultation at the Dr. Marcelino Vélez Santana Hospital (April–June 2025). Questionnaire was used to obtain a sample of 212 hypertensive patients; their approximate age ranged from 56 to 65 years, with a median disease duration of 2–5 years (36.79%), and monotherapy predominated (53.7%). Although 79.25% reported having access to medications and 55.17% had the financial resources to obtain their treatment, overall adherence was low in 47.6% of participants, and only 17.45% achieved a high adherence level. The main barrier identified was forgetfulness: 50.94%; 26.89% forgot their medication when leaving home or traveling. Additionally, 22.1% discontinued treatment when symptoms were under control, and 9.9% modified their regimen without consulting their treating physician. Despite 92% positively rating the healthcare staff's attention and 71.70% denying external pressure to comply with therapy, these findings indicate that material barriers are less significant compared to behavioral and cognitive factors. Educational interventions focused on the asymptomatic nature of hypertension, digital reminder programs, and personalized pharmaceutical follow-up are recommended to reverse the high proportion of patients with insufficient adherence.

**Keywords:** arterial hypertension, treatment adherence, monotherapy, missed doses, cross-sectional study, behavioral factors.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HTAS) en el transcurso de los años ha representado un gran problema de salud, que va en constante crecimiento, debido a su alta prevalencia y a las graves complicaciones cardiovasculares que genera cuando no se controla correctamente. La Organización Mundial de la Salud recuerda que la adherencia al tratamiento depende de cinco dominios interrelacionados: la propia patología, el régimen farmacológico, las características del paciente, el sistema sanitario y el entorno socioeconómico; la ruptura en cualquiera de ellos compromete los resultados clínicos y sobrecarga los servicios sanitarios pública y privada.

Estudios dominicanos recientes reflejan claramente esta problemática: Díaz (2021) reportó un descontrol tensional de 86 % vinculado al olvido y a la omisión deliberada de dosis; De León (2023) encontró 45 % de baja adherencia, con el olvido como motivo principal; y Peralta (2022) confirmó en un hospital terciario que la adherencia disminuye sobre todo en mujeres y adultos mayores, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro estudio que reporto un 87.13% el olvido como factor principal de no adherencia.

En este contexto, llevamos a cabo un estudio cuantitativo, observacional y transversal en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana (abril-junio 2025) para identificar los factores que erosionan la adherencia en pacientes hipertensos de 18-65 años.

## **CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La hipertensión arterial sistémica (HTA) representa uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones cardiovasculares graves, como infarto agudo de miocardio, enfermedad vasculocerebral e insuficiencia renal crónica, entre otras, que se derivan por un inadecuado control. Se estima que causa 10.8 millones de muertes evitables al año y es un determinante de riesgo importante para la muerte prematura en todo el mundo, (Organization, 2023). Actualmente se disponen de tratamientos farmacológicos altamente eficaces para el control adecuado de la presión arterial. Sin embargo, en la práctica clínica, se observa que el simple acceso a medicamentos no garantiza el control de la enfermedad: la adherencia terapéutica se ha convertido en un factor determinante en el pronóstico del paciente hipertenso.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes hipertensos que no cumplen con su tratamiento antihipertensivo tienen un riesgo significativamente mayor de presentar eventos adversos, hospitalizaciones frecuentes y deterioro progresivo de su estado de salud, en comparación con aquellos que sí siguen adecuadamente las indicaciones médicas. Esta diferencia en el pronóstico no solo compromete la calidad y expectativa de vida del paciente, sino que también representa una carga creciente para los servicios sanitarios, especialmente en áreas de atención primaria.

En el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, en el área de Medicina Familiar y Comunitaria, se ha identificado una preocupante tendencia: numerosos pacientes hipertensos entre 18 y 65 años presentan dificultades persistentes para mantener una adecuada adherencia al tratamiento. Esta problemática no puede abordarse eficazmente sin comprender a fondo los factores que la provocan.

Las causas de incumplimiento farmacológica son multifactoriales: van desde limitaciones económicas, bajo nivel de escolaridad, escaso conocimiento sobre la enfermedad, efectos adversos percibidos, presencia de enfermedades concomitantes, hasta creencias culturales, baja percepción de riesgo, escaso apoyo familiar e social y dificultades en el acceso a servicios de sanitarios. Estas variables interactúan y afectan de forma directa el comportamiento terapéutico del paciente. En este contexto, se hace imprescindible investigar con rigurosidad científica cuáles son los factores predominantes que influyen en la baja adherencia del régimen farmacológico en esta población específica. Solo así será posible diseñar intervenciones concretas, viables y contextualizadas que permitan mejorar la adherencia, reducir las complicaciones y optimizar el uso de los recursos de salud.

Por tanto, surge la necesidad de determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, de 18 a 65 años, que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, durante el período abril-junio de 2025.

### **1.1.1. Preguntas de Investigación**

1       ¿Cuál es la edad más afectada de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

2       ¿Cuál es el sexo más afectado entre los pacientes hipertensos que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

3       ¿Cuáles son los factores socioeconómicos más frecuentes entre los pacientes hipertensos de 18 – 65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

4       ¿Cuál es el porcentaje de los pacientes hipertensos presentan no adherencia al tratamiento farmacológico de 18 – 65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

5       ¿Cuál es la diferencia porcentual entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo de 18-65 años, que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

6      ¿Cuáles factores influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos 18- 65 años, que acuden a la consulta Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025?

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo General**

- Determinar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos 18- 65 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril- Junio 2025.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- 1 Identificar la edad más afectada de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez santana.
- 2 Identificar el sexo más afectado de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.
- 3 Identificar cuáles son los factores socioeconómicos más frecuentes entre los pacientes hipertensos de 18 – 65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025.
- 4 Determinar el porcentaje de pacientes hipertensos que presentan no adherencia al tratamiento farmacológico de 18 – 65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025

5 Comparar el porcentaje entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo de 18-65 años, que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, Abril – Junio 2025.

### **1.3. Justificación**

La hipertensión arterial constituye un importante problema de Salud Pública para la República Dominicana y una causa importante de complicaciones cardiovasculares a nivel mundial. A pesar de contar con tratamientos farmacológicos eficaces y ampliamente disponibles, la baja adherencia farmacológica continúa siendo un reto significativo en el control de esta condición. Estudios internacionales revelan que aproximadamente el 50% de los pacientes hipertensos no siguen adecuadamente sus indicaciones médicas, lo cual se traduce en un descontrol de la presión arterial, mayor riesgo de hospitalización y mayor carga económica para los sistemas de salud. (Sosa Liprandi A, 2022)

En este sentido, abordar esta problemática desde un enfoque integral es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso y reducir las complicaciones asociadas. (Brettler, 2022)

El presente estudio adquiere relevancia al centrarse en los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, de 18 a 65 años, que acuden a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, durante el período abril-junio 2025. Esta población representa un grupo clave en la atención primaria, donde el seguimiento continuo y el abordaje preventivo son fundamentales. Comprender las causas específicas de la baja adherencia en este contexto permitirá diseñar estrategias de intervención más eficaces, adaptadas a las realidades y necesidades de los pacientes.

Además, este estudio contribuirá a fortalecer las prácticas médicas en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, promoviendo un modelo de atención más centrado en el paciente, educativo y participativo. Los resultados podrán ser utilizados para implementar programas de seguimiento personalizado, talleres de educación en salud y mecanismos de apoyo que favorezcan una mejor adherencia terapéutica. En definitiva, esta investigación podría contribuir a la mejora significativamente de los resultados clínicos.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes y Referencias**

Díaz, Y (2021). Realizo un estudio fue observacional, con el objetivo de determinar los factores de riesgo sociales asociados de los pacientes con hipertensión arterial medicados que presentan un descontrol, en la unidad de atención primaria Santa Rosa, Provincia Peravia, República Dominicana, durante el periodo febrero – marzo 2021. (86%) vinculado a 104 casos, represento un descontrol de su presión arterial. Los resultados obtenidos, de los 104 casos el 46% es decir 48 pacientes se colocan en el rango de edad de 61-80 años. Un 68% correspondiente a 71 casos, fueron del sexo femenino. Relacionado con resultados obtenidos, de 104 casos el 80.76% es decir 84 pacientes no terminaron la escuela. De 104 casos el 62% es decir 64 pacientes omiten su tratamiento antihipertensivo. De 64 casos el 75% es decir 48 pacientes omiten su tratamiento antihipertensivo 1-5 veces al mes. El 48% es decir 30 pacientes dejan de tomar sus medicamentos porque no recuerdan tomárselo. El 77.88% es decir 81 pacientes no consumen alcohol. (Díaz, 2021)

De León, A (2023). realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, dirigido a pacientes hipertensos mayores de 18 años que asistieron a consulta de cardiología durante el período del estudio. Para recolectar la información se utilizó una versión modificada de la Escala de Morisky, a la que se añadieron cinco preguntas relacionadas con las variables del estudio. Se encontró que el 55% de los pacientes presentaban adherencia al tratamiento, mientras que el 45% no. Los hombres mostraron mayor adherencia (59.26%) y los pacientes de 70 años o más tuvieron el nivel más alto (80%). La causa principal del incumplimiento fue el olvido (22.35%) y la

comorbilidad más común fue la diabetes mellitus (24.71%). (León Herrera, 2023)

Peralta (2022) Realizo un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se aplicó la escala de Morisky para medir la adherencia. Se realizó en el Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas, entre enero-mayo del 2022. Resultados: el 38.6% de pacientes de 65 a 69 años tuvieron adherencia. 68.2% de hombres hipertensos mostraron adherencia, mientras que 55.5% de mujeres no. 54.5% de pacientes casados tuvieron adherencia, en comparación con 33.3% de solteros. 50% de los pacientes en tratamiento con ARA II mostraron adherencia. (Peralta, 2022)

Solís, A y cols. (2021). Realizaron un estudio de casos y controles, 75 casos y 75 controles seleccionados aleatoriamente a partir de una base de pacientes del programa de control de hipertensión arterial. Resultados: La edad mayor a 50 años fue el único factor asociado con baja adherencia al tratamiento, sujetos entre 50-59 años con un OR=3,18 (Intervalo al 95% de confianza) IC95% 1,01-10,00; y entre 60-69 años OR=3,70 IC95% 1,17-11,60 tienen mayor probabilidad de no adherirse al tratamiento. Conclusiones: Se requieren reforzar medidas de seguimiento para mejorar su adherencia al tratamiento. (Solís, 2021)

Hu y cols (2025) aplicaron el modelo PRECEDE a 1,123 pacientes ambulatorios de Jiangsu (China) para explorar variables psicosociales y conductuales vinculadas con la adherencia. Los cuestionarios midieron factores predisponentes (Informaciones de la enfermedad, auto-eficacia y “delay discounting”), habilitadores (disponibilidad de recursos, distancia, costos) y reforzadores (apoyo familiar, de pares y del personal sanitario). La escala china de Hill-Bone evaluó la adherencia. El modelo jerárquico

explicó 30,4 % de la varianza: mayor conocimiento, auto-eficacia elevada, recursos suficientes y redes de apoyo robustas se asociaron a mejor adherencia, mientras que un alto delay discounting la redujo. Los autores proponen combinar educación, intervenciones de economía conductual y consejería individualizada para mejorar el descontrol de la presión arterial. (Hu, 2025)

Rodríguez, E y cols. (2022). Realizaron un estudio observacional, analítico transversal. La población contó con 105 pacientes hipertensos pertenecientes al consultorio #16 del municipio Marianao. Se estudiaron variables demográficas y epidemiológicas, el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y la adherencia terapéutica. La prueba de Chi cuadrado de tendencia lineal se utilizó para variables categóricas nominales y ordinales, y la prueba D de Somers para las ordinales. Se aplicó el modelo de regresión logística ordinal para identificar variables predictoras de una adherencia total. Resultados: La media de edad de la población estudiada fue de  $67,1 \pm 12,1$ . Predominó el sexo femenino, con 67 (63,2 %). Los pacientes casados predominaron con 52 pacientes (49,1 %). Se evidenció una relación entre el estado civil y el nivel de adherencia terapéutica ( $p = 0,035$ ). Se encontró una relación estadísticamente significativa con el nivel de adherencia terapéutica, para el nivel de conocimiento adecuado sobre HTA ( $p = 0,035$ ) y el tiempo de diagnosticada la enfermedad ( $p = 0,030$ ). Conclusiones: Se obtuvo como resultado inesperado un predominio del color de piel blanca. El estado civil, el tiempo de tener hipertensión y el nivel de conocimientos presentaron relación con la adherencia terapéutica. (Rodríguez, 2022)

Montealegre y cols (2022) Revisión sistemática de 55 estudios que identificó determinantes de (no) adherencia en hipertensos. La edad > 45 años, el conocimiento detallado de la hipertensión, la auto-eficacia alta y la percepción de bajas barreras favorecieron el cumplimiento. Incumplimiento se asoció a ingresos bajos, edad < 35 años, acceso sanitario limitado, tratamientos con > 2 fármacos, diagnóstico reciente y confianza reducida en la medicina convencional. El trabajo subraya que muchos factores son modificables; recomienda intervenciones multifacéticas que combinen educación, simplificación de regímenes terapéuticos y mejora de la accesibilidad a la atención. (Montealegre, 2022)

Rashid y cols (2024) este estudio multicéntrico etíope (n = 402) cuantificó la adherencia mediante la escala de Morisky-Green y evaluó factores asociados mediante regresión logística. El 63,4 % mostró adherencia adecuada. Ser menor de 60 años, casado, vivir en zona urbana y contar con ingresos intermedios aumentó la probabilidad de cumplimiento terapéutico. Por el contrario, la falta de información de la enfermedad y la distancia a los centros sanitarios se relacionaron con incumplimiento. Se concluye que intervenciones educativas focalizadas y un mejor acceso a los servicios podrían elevar la adherencia y, con ello, las tasas de control tensional en la región. (Rashid, 2024)

Madessa y cols (2025) se realizó un estudio transversal retrospectivo con 127 pacientes del Hospital Yekatit 12. Solo 62,2 % mostró adherencia plena; 41 % suspendía la medicación al sentirse mejor y 10 % alegó problemas económicos. Los efectos secundarios fueron frecuentes (80 %). Variables como edad 50-64 años, autofinanciar medicamentos y número de fármacos influyeron negativamente en el cumplimiento. Los autores demandan mayor educación por parte de farmacéuticos y médicos, así como

políticas que mitiguen el costo directo para los pacientes y simplifiquen los regímenes, a fin de evitar complicaciones cardiovasculares evitables. (Madessa, 2025)

Pocohuanca y cols (2021) Estudio analítico-transversal, se incluyeron pacientes que acudieron a consultorio externo de cardiología con historia previa de hipertensión esencial y se excluyeron hipertensión secundaria por otras causas biológicas. Se utilizó el Test de Morisky-Green Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) para evaluar la no-adherencia al tratamiento antihipertensivo. Resultados: De los 270 participantes de estudio, el 69% (n=185) eran adultos mayores de 65 años, 46% (n=124) varones y el 76% (n=118) tenían pareja estable. Entre los antecedentes clínicos, el 60% (n=122) reportó diagnóstico clínico de hipertensión arterial, el 30% (n=80) de diabetes mellitus tipo II y el 27% (n=73) no-adherencia al tratamiento. Los factores asociados a la no-adherencia de tratamiento fueron sexo masculino (ORa: 0,45, IC95% 0,20-1,04), trabajador independiente (ORa:3,88, IC95% 1,51-9,97), IMC mayor de 30 (ORa:0,23, IC95% 0,07-0,70). (Pocohuanca, 2021)

Lacayo, J (2022) Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles para determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en población de 40 años y más atendida en el centro de salud Dr. Miguel Martin Sayagués. Se aplicó una encuesta donde se aplicó e Test de Morisky -Green para determinar la adherencia al tratamiento y los factores asociados. Para calcular la muestra se utilizó la herramienta Stalt Calc de Epi Info, con una confianza de 95%, un poder de 80%; obteniendo una muestra de 204 participantes distribuidos en 68 casos y 136 controles a una razón de a una razón de 1:2 casos por controles. Los datos fueron procesados a través de Epi Info versión 7.2. Para determinar la significancia estadística se utilizó el chi

cuadrado, presentando un nivel de confianza del 95% y un valor de significancia de  $p < 0.05$ . Los resultados mostraron significancia estadística entre la variable sexo, edad, pluripatología, polifarmacia, conocimiento del diagnóstico, accesibilidad al medicamento, baja escolaridad y bajo ingreso económico. Determinando que dichas variables no se deben al azar y están asociadas a la no adherencia del tratamiento de la hipertensión. (Lacayo, 2022).

Penagos, D y cols (2024) estudio transversal con diseño correlacional. La población estuvo conformada por 74 adultos mayores polimedcados de una institución del 1er nivel de atención pública en Medellín durante el primer semestre del 2021. Se aplicó un instrumento con el que se indagó por variables sociodemográficas y clínicas; mientras que la adherencia terapéutica se midió por medio de la escala de Morisky. Se realizó análisis descriptivo a las variables cualitativas, las cuales se resumieron con frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas por medio de medidas de resumen de acuerdo con la normalidad de los datos. Para examinar la correlación entre los factores vinculados con la adherencia y no adherencia al tratamiento y las variables sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento, se realizaron análisis correlacionales. Resultados: La edad promedio en los 74 participantes fue de  $72 \pm 8$  años, el 64,9% eran de sexo femenino. El 50 % de los pacientes tenían 3 o menos enfermedades crónicas. Las patologías que se presentaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (93,2%) y la dislipidemia (67,6%). Se encontró que el 77% no era adherente a los medicamentos. Discusión y Conclusiones: La baja adherencia terapéutica en los pacientes se asocia con barreras como la desconfianza médica y razones económicas, generando malos desenlaces en la salud. (Penagos, 2024)

Velásquez, Á y cols (2022) Estudio transversal analítico en pacientes del programa del adulto con enfermedades crónicas del Hospital I Naylamp, a quienes se les aplicó el cuestionario de Morisky-Green para medir adherencia terapéutica y el instrumento de Bonilla y Gutiérrez para evaluar factores que influyen en adherencia al tratamiento farmacológico. De 234 participantes, Resultados: la frecuencia de no adherencia fue 52,7%, de estos 68,7% fueron mujeres y la media de edad fue  $71,82 \pm 9,15$  años. En la regresión simple, se encontró que el tiempo de enfermedad está asociado positivamente a la no adherencia al tratamiento (RP:1.02,IC95%:0,99–1,02). Adicionalmente, factores socioeconómicos, relacionados con el proveedor, terapia y el paciente resultaron asociados a menor frecuencia de no adherencia terapéutica. En la regresión múltiple, se observó que las personas con riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento por factores socioeconómicos (RP: 0.67, IC95%: 0,50 – 0,91) y factores relacionados al proveedor (RP: 0.71, IC95%: 0,54 – 0,92) tienen menor frecuencia de no adherencia al tratamiento en comparación con las personas que tienen adherencia. De cada 10 Conclusion: personas, 5 – 6 resultaron no adherentes a su tratamiento antihipertensivo. Los factores socioeconómicos, factores relacionados al proveedor y al paciente se asociaron a una menor frecuencia de desarrollar comportamientos de no adherencia a su tratamiento. (Velásquez, 2022)

Jirón, M (2023) estudio, de corte transversal, incluyó pacientes de más de 18 años con al menos una enfermedad crónica, excluyendo a aquellos sin información suficiente sobre su enfermedad o medicación, o sin una red de apoyo adecuada. Se aplicaron dos cuestionarios de adherencia: el Test de Batalla y el test SMAQ. Se seleccionaron pacientes durante las entrevistas en sus habitaciones, asegurando un momento

conveniente para ellos y, si necesario, se incluyó a familiares o cuidadores para completar la información. Los resultados del test SMAQ y test de Batalla evidenciaron que entre el 76% y 86% de los pacientes del estudio no eran adherentes al tratamiento terapéutico, respectivamente. Además, mediante el test de Batalla se evidencia la poca claridad que tienen los pacientes respecto a su enfermedad crónica. En cuanto a la terapia farmacológica, los medicamentos más utilizados por parte de la población en estudio fueron losartán, levotiroxina y metformina. Lo anterior coincide con las estadísticas de la población chilena, en donde se menciona que losartán es el medicamento más vendido a nivel nacional y además por las características de las ENT en Chile. Conclusión: La adherencia terapéutica medida en escala SMAQ y test de Batalla en los pacientes en estudio no se asoció estadísticamente con factores de riesgo como edad, sexo, número de comorbilidades, realización de actividad física y hábitos como consumo de alcohol y tabaco. (Jirón, M, 2023)

## 2.2 Marco Conceptual

### 2.2.1 Presión arterial

Harrison describe la presión arterial (PA) como la fuerza lateral que ejerce la sangre en movimiento sobre la pared de las arterias. Es decir, cualquier variación del gasto cardiaco (volumen/minuto bombeado por el corazón) o de la resistencia vascular sistémica (tono de la red arteriolar) repercute directamente en la presión sistémica. En la práctica médica se distinguen:

- Presión sistólica – el máximo alcanzado al final de la eyección ventricular.
- Presión diastólica – el mínimo durante la relajación y llenado ventricular.
- Presión arterial media (PAM) – aproximada como diastólica +  $\frac{1}{3}$  de la amplitud de pulso.

Harrison adopta los criterios de la ACC/AHA 2017 y define la hipertensión arterial sistémica (HTAS) como una presión arterial (PA) sistólica promedio  $\geq 130$  mm Hg o una PA diastólica promedio  $\geq 80$  mm Hg, determinada a partir de al menos dos tomas válidas o más en visitas separadas. Cuando la determinación se hace con monitoreo ambulatorio de 24 horas (MAPA) o con medición domiciliaria (HBPM), los umbrales diagnósticos son ligeramente más bajos (MAPA 24 horas  $\geq 125/75$  mm Hg o HBPM  $\geq 130/80$  mm Hg). (Loscalzo, 2022) (Stergiou et al., 2021)

### **2.2.2 Historia**

La medicina en un intento por descubrir el funcionamiento del aparato cardiovascular en el siglo II Galeno afirma que existe un líquido que circula por arterias, este se formaría en el hígado, bombeado por el corazón que haría que circule la sangre hasta llegar a los pulmones donde hay un intercambio aires fluidos.

El término de hipertensión arterial fue dado por el psicólogo Otto Frank, quien elaboro un importante estudio de la base fisiológica de la forma del pulso arterial, el reconocimiento de la hipertensión primaria se atribuye a los investigadores Vonbasch, Huchard y Albutt, donde catalogaron a esta enfermedad como el asesino silencioso al demostrar el daño de órganos blancos, al igual que afirmar conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona en la patología de la hipertensión.

### **2.2.3 Importancia como problema de salud**

La hipertensión arterial sistémica (HTAS) es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente y, a la vez, uno de los más silenciosos: la mayoría de los pacientes no presenta síntomas hasta que aparecen complicaciones graves. Su impacto trasciende la esfera clínica y se sitúa en el centro de necesidades principales de salud pública mundial. (Hall & Hall, 2025)

En 2019 vivían con hipertensión 1,300 millones de adultos casi 1 de cada 3 personas el doble que en 1990; más de 75 % de los casos corresponde a países de ingresos bajos y medianos. La presión arterial elevada (> 110/115 mm Hg) contribuyó a 10,7 millones de muertes en 2015, lo que equivale a casi una de cada cinco defunciones globales; la mayoría fueron infartos, ictus y enfermedad renal crónica.

Los programas de control ofrecen una relación beneficio-costo estimada de 18:1, subrayando que invertir en prevención y tratamiento resulta financieramente sensato. (Visseren et al., 2021)

Según la OMS, elevar al 50 % la proporción de personas con HTA controlada podría evitar 76 millones de muertes, 120 millones de ictus y 79 millones de infartos entre 2023 y 2050. Las intervenciones poblacionales reducción de sal, promoción de actividad física y control del tabaquismo combinadas con protocolos simplificados y fármacos asequibles en atención primaria, figuran entre las acciones más costo-efectivas disponibles.

#### **2.2.4 Epidemiología**

En el año 2000 en el mundo se estimaba que alrededor de 972 millones de adultos tienen una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, lo que correspondía al 26% de la población adulta, sin embargo, en el 2010 el porcentaje de pacientes hipertensos aumento a un 31 % de la población mundial equivalente a 1390 millones de personas.

Se estima que, en el año 2025, el 29 % de la población de adultos tendrá hipertensión.

Según la OMS Organización Mundial de la Salud en el mundo aproximadamente 17 millones de muertes por año son consecuencias de enfermedades cardiovasculares, lo que corresponde a un tercio del total, si tomamos en cuenta solo a la hipertensión como complicación esta causa 9.4 millones de muertes anualmente, lo que corresponde al 45% de muertes por cardiopatías y 51 % de muertes por enfermedad cerebrovascular.

La hipertensión arterial sistémica es la segunda causa de muerte prevenible en el mundo acompañada con sus complicaciones. (Visseren et al., 2021; Olié et al., 2023)

La hipertensión arterial sistémica tiene de predominio a la población adulta mayor, la prevalencia de esta enfermedad aumenta en 85% y 79% en mujeres y varones respectivamente en personas mayores de 75 años y con ella las posibles complicaciones. En general, la prevalencia es más alta en las personas que tienen 60 años comparada con adultos más jóvenes.

Según el Informe Mundial de Hipertensión 2023 publicado por la (OMS), en el año 2020 se estimaba que 1,300 millones de adultos entre 30 y 79 años vivían con hipertensión, una cifra que prácticamente se ha duplicado desde 1990. Sin embargo, casi la mitad de estas personas desconocía su condición, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves. (Visseren et al., 2021; Olié et al., 2023)

A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta una prevalencia promedio del 35,4 % en adultos de 30 a 79 años en América Latina y el Caribe, con una ligera mayor proporción en hombres (37,6 %) que en mujeres (33,1 %). En este contexto, la República Dominicana se encuentra en el grupo de países con mayores tasas, registrando una prevalencia edad estandarizada de aproximadamente 49 %, según el *Perfil Nacional de Hipertensión de la OMS 2023*. De ese porcentaje, solo el 68% ha sido diagnosticado, 53% recibe tratamiento farmacológico y apenas 22% alcanza cifras controladas de presión arterial, lo que refleja una importante brecha entre diagnóstico, tratamiento y control efectivo. (Mancia et al., 2023; Unger et al., 2020)

Otros factores que elevan el riesgo de hipertensión incluyen el sobrepeso, la obesidad, antecedentes familiares, origen afrodescendiente, bajo nivel socioeconómico, dieta rica en sal, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo y la presencia de enfermedades concomitantes como diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica o apnea del sueño.

En la República Dominicana, la hipertensión ha mostrado un incremento sostenido de aproximadamente 6 puntos porcentuales entre el año 2000 y 2019. Aunque se han implementado estrategias como el programa HEARTS en las Unidades de Atención Primaria (UNAP), que brinda seguimiento a más de 280,000 personas, del control de la presión arterial y aún es bajo.

Estas cifras reflejan la urgencia de fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la detección temprana, educación del paciente, simplificación de esquemas terapéuticos y acceso continuo a medicamentos esenciales. Abordar eficazmente la hipertensión podría evitar millones de muertes prematuras y reducir la carga de enfermedades crónicas en los sistemas de salud, particularmente en países como la República Dominicana, donde el impacto de esta condición continúa en aumento.

#### **2.2.5 Clasificación de la Hipertensión (Mancia et al., 2023; Loscalzo et al., 2022)**

La hipertensión arterial generalmente se clasifica como primaria, esencial o idiopática cuando la tensión arterial es mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida, esta representa el 85% a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como Secundaria cuando la tensión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible al identificar

la patología de base representa el 10 a 15% de los sujetos hipertensos.

### **A. Clasificación Europea (ESC/ESH 2024)**

Las guías ESC 2024 presentan una clasificación revisada que introduce la categoría de Elevated BP (120–139 / 70–89 mm Hg), refleja el riesgo cardiovascular continuo y promueve objetivos de presión arterial más bajos (120–129 mm Hg) si el tratamiento es bien tolerado. Este enfoque permite una intervención más temprana en pacientes con riesgo elevado, ajustando el manejo al perfil y tolerancia individual.

Este enfoque clasifica a más individuos en categorías de riesgo cardiovascular, facilitando estrategias preventivas más agresivas y la identificación temprana de pacientes que podrían beneficiarse del tratamiento farmacológico y de cambios en el estilo de vida, incluso antes de alcanzar cifras tradicionalmente hipertensivas. (John William McEvoy, 2024)

Categoría	Presión sistólica (mm Hg)	Presión diastólica (mm Hg)
Normotensión	< 120	< 70
Presión arterial elevada	120-139	70-89
Hipertensión arterial	≥ 140	≥ 90

Fuente: McEvoy et al. (2024), ESC Guidelines for the Management of Elevated Blood Pressure. (John William McEvoy, 2024)

### **B. Clasificación Americana (AHA/ACC 2024)**

La Actualización de la American Heart Association (AHA) 2024 sobre hipertensión arterial en pacientes hospitalizados.

La American Heart Association (AHA), en su declaración científica publicada en 2024, introdujo una actualización relevante en el manejo de la HTA en pacientes hospitalizados. Esta guía reconoce que la elevación de la tensión arterial en el ámbito

intrahospitalario es un hallazgo frecuente, pero no siempre justifica intervenciones farmacológicas inmediatas, especialmente en ausencia de daño a órgano blanco.

Se eliminan los términos clásicos de “urgencia hipertensiva” y “crisis hipertensiva” en favor de una clasificación más precisa basada en la presencia o no de síntomas y daño orgánico. Se establecen tres escenarios:

- Presión arterial elevada asintomática.
- Presión marcadamente elevada sin daño agudo.
- Emergencia hipertensiva, esta última caracterizada por presión arterial severamente elevada acompañada de daño en órganos vitales como cerebro, corazón o riñones.

Además, la AHA recomienda que, en pacientes estables y sin síntomas, no se debe intensificar el tratamiento antihipertensivo durante la hospitalización. En lugar de ello, debe priorizarse la reanudación del régimen ambulatorio previo y garantizar un adecuado seguimiento posterior al alta médica.

La guía advierte sobre los riesgos del sobretratamiento intrahospitalario, que puede conducir a eventos adversos como infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal aguda. Por tanto, se enfatiza la importancia del juicio clínico, la personalización del abordaje terapéutico y la coordinación efectiva con la atención primaria al momento del egreso hospitalario.

Esta actualización representa un paso importante hacia un enfoque más racional y centrado en el paciente en el manejo de la HTA en el entorno hospitalario, y resalta la relevancia de evitar decisiones precipitadas que comprometan la seguridad clínica. (Bress, 2024)

<b>Categorías Clínica</b>	
Presión arterial elevada asintomática	TA $\leq$ 130-80 mmHg, sin síntomas ni daños a órganos
Presión arterial marcadamente elevada asintomática	TA $\leq$ 180/110-120 mmHg, sin daño evidente
Emergencia Hipertensiva	TA $\leq$ 180/110 mmHg, con evidencia de daños a órganos (corazón, riñón, cerebro, entre otros)

Fuente: AHA / ASA Journals. 2024.

### **2.2.6 Etiología**

#### **A. Primaria o esencial**

La hipertensión esencial o primaria es la forma más común, representando entre el 90 y 95 % de los casos. No tiene una causa identificable, pero se asocia a múltiples factores genéticos y ambientales. La hipótesis actual sugiere una desregulación del equilibrio entre el volumen plasmático, el tono vascular, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) y el sistema nervioso simpático y el endotelio. (Hall & Hall, 2025)

#### **Factores de riesgo:**

- Edad: la presión aumenta progresivamente con los años.
- Genética: antecedentes familiares directos de hipertensión.
- Obesidad: especialmente la grasa abdominal, relacionada con resistencia a la insulina y disfunción endotelial.
- Consumo excesivo de sal: relacionado con la acumulación de sodio y aumento del volumen intravascular.
- Sedentarismo: reduce la sensibilidad a la insulina y eleva el tono simpático.
- Estrés crónico: activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

- Tabaquismo y alcoholismo: dañan el endotelio y aumentan la presión arterial.

La hipertensión primaria suele diagnosticarse entre los 30 y 50 años, evoluciona lentamente y muchas veces se detecta en evaluaciones rutinarias. Su tratamiento incluye tanto cambios en los estilos de vida como medicamentos antihipertensivos individualizados.

### **B. Secundaria**

La hipertensión secundaria ocurre en un 5 a 10% de los casos y tiene una causa identificable, lo que permite tratar la patología de base. Es más común en pacientes jóvenes (<30 años) con hipertensión severa o resistente.

#### **Principales causas:**

##### 1. Renales:

- Estenosis de arteria renal
- Nefritis crónica
- Riñón poliquístico
- Glomerulonefritis

##### 2. Endocrinas:

- Hiperaldosteronismo primaria: acumulación de sodio y pérdida de potasio.
- Feocromocitoma: liberación excesiva de catecolaminas.
- Síndrome de Cushing: exceso de cortisol.

- Trastornos tiroideos: alteran el metabolismo cardiovascular.

### 3. Farmacológicas:

- Anticonceptivos orales
- AINES
- Corticoides
- Descongestionantes
- Drogas ilícitas como cocaína

### 4. Otros:

- Apnea del sueño
- Embarazo (preeclampsia)
- Coartación de aorta (Hall & Hall, 2025)

#### **2.2.7 Fisiología**

La presión arterial (PA) se define como la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, este efecto resulta de la interacción de factores genéticos y factores ambientales, los cuales modulan la predisposición para presentar hipertensión arterial, en muchas personas predomina el peso genético, mientras que en otros los factores ambientales. (Hall & Hall, 2025)

## **Regulación normal de la presión arterial**

La presión arterial es el producto de la interacción entre el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. Múltiples factores están involucrados en la regulación a corto y largo plazo la presión arterial para mantener una adecuada perfusión tisular, que incluyen:

1. Gasto cardíaco y volumen de sangre circulatorio
2. Mediadores Humorales
3. Estimulación neuronal
4. Calibre vascular, elasticidad y reactividad

### **Gasto Cardíaco:**

El gasto cardíaco se define como la cantidad de sangre que bombea el corazón hacia la circulación sistémica en un minuto, y representa un parámetro fundamental para evaluar la función circulatoria. Su valor se modifica significativamente en función de los niveles de actividad física y metabólica del organismo, directamente influenciado por el volumen de sangre que retorna al corazón conocido como retorno venoso, así como por las presiones ejercidas en los sistemas de circulación sistema y pulmonar.

Entre los factores que están vinculados directamente en el gasto cardíaco se encuentra el nivel del metabolismo basal, la práctica de ejercicio físico, la edad, el tamaño corporal.

En individuos jóvenes, sanos y en reposo, el gasto cardíaco promedio es de aproximadamente 5.6 litros por minuto en los hombres y 4.9 litros por minuto en las

mujeres. De manera general, se estima que el gasto cardíaco medio de un adulto sano en reposo es de alrededor de 5 litros por minuto, este no solo varía según el sexo, sino también en función de variables como la masa muscular, el grado de adiposidad, el nivel de actividad física, la tasa metabólica basal y las demandas nutricionales del individuo.

El gasto cardíaco se calcula multiplicando el volumen sistólico por la frecuencia cardíaca.

Desde una perspectiva fisiopatológica, el gasto cardíaco puede aumentar o disminuir ante distintas condiciones clínicas.

Entre las condiciones que elevan el gasto cardíaco se incluyen:

- Aumento del retorno venoso
- Ejercicio físico
- Estimulación del sistema nervioso simpático
- Fiebre
- Hipertiroidismo
- Estados hipermetabólicos
- Anemia
- Beriberi (déficit de tiamina)
- Fístulas arteriovenosas
- Embarazo

El gasto cardíaco puede reducirse cuando el nivel de bombeo cardíaco es insuficiente para satisfacer las demandas del flujo sanguíneo tisular. Esto ocurre en situaciones donde hay daño directo al miocardio, como:

- Infarto agudo de miocardio
- Cardiopatía valvular severa
- Miocarditis
- Taponamiento cardíaco
- Trastornos del ritmo cardíaco (arritmias)
- Alteraciones metabólicas graves

Adicionalmente, existen factores extracardíacos que también pueden provocar una disminución del gasto cardíaco, entre ellos:

- Hipovolemia, por pérdida sanguínea significativa
- Dilatación venosa aguda
- Obstrucción de grandes venas
- Disminución de la masa tisular activa, particularmente del músculo esquelético
- Envejecimiento fisiológico (Hall, 2021)

### **Sistema nervioso simpático**

Las personas hipertensas presentan una hiperactividad simpática, con un marcado desequilibrio entre la actividad parasimpática y simpática. Posiblemente justificado por una hiperactividad cuyo origen, un estímulo directo por el estrés crónico, ya sea por la obesidad o un aumento en la ingesta calórica.

El mal funcionamiento de sensores periféricos, conocidos como baroreceptores, influye en una mayor frecuencia cardiaca en reposo de sujetos hipertensos. También se explica el efecto de varios fármacos antihipertensivos en la reducción del flujo simpáticos como son la derivación simpática renal, o la electroestimulación de los baroreceptores carotideos.

Los baroreceptores aórticos y carotideos modulan la presión al enviar señales al centro vasomotor para la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas que a través de los nervios simpáticos provocan vasoconstricción y aumento de la frecuencia cardiaca, de tal forma logran regular la presión arterial. (Díaz, 2021)

### **Sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA)**

EL sistema SRAA es un sistema complejo que comprende 4 angiotensinas y una serie de proteínas las cuales tienen actividades específicas que van a modular en la fisiopatología de la presión arterial, además de esto el SRAA también induce estrés oxidativo a nivel tisular provocando cambios estructurales y funcionales en el endotelio que van a desencadenar un aumento de la resistencia periférica total y por lo tanto en elevación de la presión arterial. (De León, 2023)

Renina: es secretada por las células yuxtaglomerulares en los riñones; su función es regular los cambios de presión arterial y de la concentración de sodio. Interacciona en la circulación periférica con el angiotensinógeno, para formar angiotensina I (AI); esta es transformada por acción de la enzima convertidora de AI (ECA) en angiotensina II.

La angiotensina II tiene acción sobre la contracción del músculo liso vascular arterial y venoso, estimulación de la síntesis y secreción de aldosterona, liberación en las terminaciones simpáticas de noradrenalina, aumento del estrés oxidativo por parte de oxidasas NADH y NADPH y estimulación de la vasopresina/ADH. (De León, 2023) (Peralta, 2022)

### **Membrana celular**

En la hipertensión se ha descrito alteraciones en las propiedades físicas de la membrana celular y de los sistemas de transporte, como el  $\text{Na}^+$  intracelular se encuentra en valores elevados en personas hipertensas en relación con personas normotensas. El aumento de la actividad del intercambio sodio hidrogeno podría estar implicado en el tono vascular y el crecimiento de las células musculas lisas y en muchos pacientes se ha observado que el hidrogeno intracelular ha sido remplazado por Litio.

Se ha descrito que los pacientes hipertensos presentan una alteración en la composición de lípidos de la membrana celular, los cuales influyen en la viscosidad y una menor fluidez de la membrana pudiendo estar relacionados estos cambios a la permeabilidad a determinados iones como el calcio (Ca) el cual podemos encontrar en mayor contenido de este en pacientes hipertensos. (Peralta, 2022)

### **Balance de sodio y fluidos**

De acuerdo con numerosos estudios la presión sanguínea comienza a elevarse cuando el riñón requiere un nivel más alto de lo normal de presión arterial para mantener el volumen de líquido extracelular dentro de los límites normales. De hecho, la

hipertensión esencial se caracteriza por una membrana generalizada llena de anomalías, de esta forma la sensibilidad a la sal puede ser el resultado de varias mutaciones que afectan proteínas del citoesqueleto, endocrinas, transportadoras de iones que regulen el manejo renal del sodio.

### **Alteraciones genéticas y epigenéticas**

La herencia juega un papel importante, especialmente en la hipertensión esencial. Se han identificado polimorfismos en genes relacionados con el SRAA, el transporte renal de sodio y la regulación del tono simpático. Además, modificaciones epigenéticas como la metilación del ADN y la acetilación de histonas pueden alterar la expresión génica en respuesta a factores ambientales (dieta, estrés, actividad física), favoreciendo un estado hipertensivo incluso en ausencia de mutaciones estructurales.

### **Estrés oxidativo e inflamación crónica**

Los pacientes hipertensos muestran mayores niveles de especies reactivas de oxígeno (ROS), que afectan negativamente la vasodilatación mediada por óxido nítrico. El estrés oxidativo induce una respuesta inflamatoria vascular crónica, caracterizada por infiltración de células inmunes, liberación de citoquinas y remodelado vascular.

### **Disfunción endotelial**

El endotelio vascular regula el equilibrio entre vasodilatadores (óxido nítrico, prostaciclina) y vasoconstrictores (endotelina-1, angiotensina II). En la HTA, se produce una disminución de la biodisponibilidad de óxido nítrico (NO) debido al estrés oxidativo, lo cual favorece una vasoconstricción sostenida. La disfunción endotelial también promueve inflamación, adhesión de leucocitos y proliferación de músculo liso vascular, contribuyendo a la rigidez arterial y al daño vascular progresivo. (Solís, 2021)

## **Remodelado vascular**

En la hipertensión sostenida, las arterias pequeñas experimentan un engrosamiento de la capa media y una reducción del lumen, lo que aumenta la resistencia periférica total. Este proceso, llamado remodelado vascular, puede ser eutrófico (en etapas tempranas) o hipertrófico (en fases avanzadas). Se considera un cambio adaptativo a la carga hemodinámica crónica, pero con el tiempo se convierte en patológico, favoreciendo el desarrollo de complicaciones como insuficiencia renal, retinopatía y eventos cerebrovasculares.

### **2.2.8 Factores de Riesgo**

#### **No modificables**

##### **1. Edad y Sexo**

La hipertensión arterial es un hecho de que aumenta el número de casos para esta patología a medida que aumenta la edad, la prevalencia de hipertensos en la población general entre 18 y 93 años es de 25.3%, está aumenta al tomar en cuenta solo personas mayores a los 70 años encontrando una prevalencia hasta el 70%.<sup>30</sup> En relación al sexo la prevalencia de hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, siendo mayor la prevalencia en hombres menores de 50 años, sin embargo, esta diferencia disminuye al aumentar la edad, encontrando similitudes como factores de riesgo cardiovascular. En la mujer se produce un incremento progresivo hasta la década de los 80, mientras que en el varón aumenta hasta la década de los 70 años. La prevalencia es alta en ambos sexos después de los 75 años. (Rodriguez, 2022)

## **Modificables:**

### 2. Tabaquismo

El tabaquismo es el mayor problema de mortalidad para riesgo cardiovascular del mundo, sin embargo, a pesar del abandono del hábito de fumar esto, no disminuye los niveles de presión arterial, pero es la medida más efectiva para la reducción de riesgos de problemas cardiovasculares.

Se considera a una persona que sea fumador regular si fuma un cigarrillo diario, independientemente de la cantidad, en el último mes, según la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importantes modificables que están implicados en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. El riesgo asociado al tabaco depende del número de cigarrillos y el tiempo, teniendo estos una relación a mayor número de tabaco mayor el riesgo cardiovascular. (Rodríguez, 2022)

## **Obesidad**

En enero de 2025, un grupo multidisciplinario de expertos internacionales convocados por The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission propuso una redefinición clínica de la obesidad, con el fin de superar las limitaciones del índice de masa corporal (IMC) como único criterio diagnóstico. En dicha propuesta, la obesidad se clasifica en dos entidades principales:

**Obesidad preclínica**, definida como exceso de grasa corporal sin evidencia de daño orgánico o funcional, la cual aumenta el riesgo de desarrollar obesidad clínica o enfermedad metabólica como diabetes, dislipidemia entre otras.

**Obesidad clínica**, caracterizada por la presencia de adiposidad que genera disfunción orgánica o limitación funcional manifiesta (Rubino et al., 2025).

Este enfoque plantea un cambio sustancial en el diagnóstico, al incorporar además del IMC otras mediciones complementarias como la circunferencia de cintura, la proporción cintura-estatura y la cuantificación directa del tejido adiposo como un escaneo DEXA. Esta redefinición busca mejorar la precisión diagnóstica y facilitar la estratificación del riesgo, así como optimizar las decisiones terapéuticas, al considerar la obesidad como una enfermedad crónica con manifestaciones heterogéneas y con implicaciones tanto metabólicas como funcionales. (Rubino F, 2025)

### **Sedentarismo**

El ejercicio físico como medida preventiva de la enfermedad está muy difundida, pero como medidor es un poco complicada al ver diferentes tipos de ejercicios y la dependencia que tiene con la frecuencia de realizar el ejercicio sin embargo se ha descrito que el ejercicio puede prolongar la presencia de enfermedades cardiovasculares y esto siempre asociado a otros factores de riesgo como la edad, sexo, antecedentes familiares.

La falta de actividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más altos a nivel mundial que influyen del 20 al 30 %. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. Sin embargo, cada vez la inactividad física es mucho mayor sobre todo en países industrializados que utilizan mayor transporte mecanizado. (Hu, 2025)

## **Diabetes**

Los pacientes diabéticos presentan mayor riesgo cardiovascular de dos a cuatro veces superior comparado al de la población general. La prevalencia de hipertensión arterial en los diabéticos se encuentra en un 40 al 55%. El tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes diabéticos ayuda a la reducción de complicaciones cardiovasculares.

En las personas con diabetes, se ha observado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares está relacionado de manera directa y continua con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina. A medida que una diabetes mal controlada aumenta el riesgo relativo de muerte por insuficiencia cardíaca y por accidente cerebro vascular en 3 veces en relación con la población general.

## **Alcohol**

En una revisión Cochrane de 2020, los efectos a corto plazo del alcohol sobre la PA fueron dependientes de la dosis. Una dosis baja de alcohol (<14 g) no afectó a la PA a las 6h, una dosis mediana (14-28 g) disminuyó la PA sistólica y la PA diastólica, y una dosis alta de alcohol (>30 g) primero disminuyó la PA hasta 12 h y luego aumentó la PA >13 h tras el consumo en 3,7 mmHg para la PA sistólica y 2,4 mmHg para la PA diastólica. Los ensayos en esta revisión Cochrane incluyeron un pequeño número de mujeres. A largo plazo, no se han encontrado evidencias de un efecto protector del consumo crónico de alcohol en la hipertensión para ninguno de los sexos. Al contrario, incluso el consumo de una dosis baja de alcohol (10 g/día) aumenta el riesgo crónico de hipertensión en un 14 % para los hombres, pero no para las mujeres. Siguiendo la Guía

ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, se recomienda que los hombres y las mujeres se mantengan en el límite superior del consumo de alcohol (100 g/semana de alcohol puro). Trasladar esta cantidad a un número de bebidas depende de tamaño de la porción, cuyo estándar difiere por países, pero se traduce en 8-14 g/bebida. Las nuevas evidencias indican que lo más sano es evitar el alcohol siempre que sea posible. (John William McEvoy, 2024)

### **Dieta alta en sodio**

La relación entre el consumo de sodio y la presión arterial ha sido ampliamente demostrada en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos. El sodio, presente principalmente en forma de sal de mesa (cloruro de sodio) y en alimentos procesados, contribuye al aumento del volumen plasmático y del gasto cardíaco al retener agua a nivel renal. Este aumento del volumen intravascular incrementa la presión sobre las paredes arteriales, elevando así la presión arterial.

Diversos estudios, como el INTERSALT, han establecido que los países con mayor consumo de sodio tienen mayores prevalencias de hipertensión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un consumo diario de menos de 2 gramos de sodio (equivalente a 5 gramos de sal), pero muchas poblaciones, incluida la de la República Dominicana, superan ampliamente esta cifra debido al consumo de embutidos, comidas rápidas, snacks y productos enlatados.

La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que promueve el bajo consumo de sodio y el alto consumo de potasio, frutas, verduras y granos integrales, ha demostrado ser efectiva para prevenir y tratar la hipertensión.

## **Estrés crónico**

El estrés psicológico sostenido es otro factor relevante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión. A través del sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), el estrés incrementa la secreción de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) y cortisol, hormonas que elevan el tono vasomotor, aumentan la frecuencia cardíaca y estimulan la retención de sodio y agua.

Estos cambios fisiológicos, adaptativos a corto plazo, pueden volverse patológicos si se mantienen de forma prolongada. El estrés también puede favorecer conductas nocivas como el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o el abuso de alimentos ricos en sal y grasas, que actúan de manera sinérgica en el desarrollo de HTA. (Hu, 2025)

La inclusión de técnicas de manejo del estrés como la meditación, el ejercicio regular, la terapia cognitivo-conductual o la mejora del ambiente psicosocial puede contribuir de forma significativa al control de la presión arterial.

### **2.2.9 Diagnóstico**

El diagnóstico de hipertensión arterial se hace, sin la existencia de lecturas confirmatorias en dos casos, un paciente que presenta una urgencia hipertensiva es decir personas con presión arterial sobre los 180/120mmHg y pacientes que presente un cribado inicial mayor a 160/100 mmHg acompañado de daño de órgano diana.

Para realizar un correcto diagnóstico se debe tomar por lo menos 2 medidas de la presión arterial en un intervalo de al menos 2 minutos, también se recomienda realizar la toma de las presiones en días diferentes para realizar el diagnóstico definitivo.

La medida de la presión arterial en la consulta es la técnica de primera elección tanto para el diagnóstico como para el manejo de la hipertensión arterial, esto se lo debe a que es accesible y además es la más utilizada en guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial.

De acuerdo con la Sociedad Europea de Hipertensión se debe realizar por lo menos dos medidas de la presión arterial a intervalos de 2 minutos y se debe tomar la presión con una técnica adecuada. Los pacientes que presenten una presión arterial en la consulta mayor a 130/80 mmHg pero una presión arterial fuera de consulta menor a 130/80 mmHg tienen hipertensión de bata blanca en lugar de hipertensión verdadera, por lo que se recomienda realizar otro tipo de técnicas para medir la presión arterial. (Montealegre, 2022)

### **Mediciones de presión arterial (técnica correcta)**

Para una toma adecuada se deben seguir los siguientes pasos:

1. La persona debe mantener reposo de por lo menos 5 minutos antes de la toma, no debe haber consumido café, ni fumado previamente al menos 30 minutos, se lo colocara en una silla con el brazo a la altura del corazón.

2. El brazalete debe cubrir las dos terceras partes del brazo. Utilizar el brazalete adecuado.

3. El brazalete se coloca de tal forma que cubra a la arteria humeral del brazo. El brazo debe estar descubierto para una correcta aplicación del brazalete.

4. El brazalete se coloca a 4 cm por encima del pliegue del codo.

5. Se palpa el pulso de la arteria humeral donde se colocará el estetoscopio.

6. La membrana del estetoscopio se la coloca sobre la arteria humeral a unos

2 cm por encima del pliegue del codo. Se empieza a insuflar el brazalete hasta unos 30 mmHg más cuando desaparece el pulso.

7. Utilizar las fases I (la presión sistólica) y V (la presión diastólica) de Korotkoff para identificar la presión arterial.

8. Registrar valores de PA, brazo usado, posición. El registro debe hacerse en forma exacta y de forma adecuada.

Todo lo anterior también se aplica a tensiómetros electrónicos. Por lo que se debe explicar al paciente como se realiza una adecuada toma de la presión arterial. Se deber buscar marcas certificadas por organismos internacionales al utilizar un tensiómetro electrónico.

### **Auto medición domiciliaria y monitoreo ambulatorio**

Para realizar el MAPA, el paciente se le coloca un tensiómetro portátil, el cual tomara la presión arterial a intervalos 15 minutos durante el día y de 30 minutos durante la noche. El MAPA se la realizará de 24 a 48 horas. Luego las tomas de presión se descargan en un ordenador donde serán analizadas y se podrá verificar las presiones que se encuentran fuera de los rangos normales.

### **Monitorización en el domicilio de la presión arterial**

Esta técnica consiste en que el paciente realiza la medida de la presión arterial por el mismo o personas cercanas con entrenamiento previo. El paciente debe tomarse la presión arterial de 8 a 15 medidas. La Sociedad Europea de Hipertensión recomienda realizar dos mediciones en la mañana, con 1-2 minutos de diferencia, y dos en la noche durante al menos 4 días. Para realizar un diagnóstico se debe obtener un valor > 135/85mmHg, Como ventaja esta técnica es más accesible y menos costosa en

comparación a la MAPA. (Montealegre, 2022)

### **2.2.10 Evaluación de daño en órganos diana**

La hipertensión arterial sostenida puede provocar lesiones progresivas en órganos vitales altamente sensibles a la presión: el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, el sistema nervioso central y la retina. La presencia de daño en órganos diana (DOD) no solo confirma la cronicidad o severidad de la HTA, sino que también representa un importante marcador de riesgo cardiovascular futuro. Por ello, su evaluación sistemática es fundamental en el manejo clínico.

#### **Corazón**

La hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) es una de las formas más frecuentes de daño cardíaco inducido por hipertensión. Puede detectarse mediante electrocardiograma (ECG) o, con mayor sensibilidad, mediante ecocardiografía, que permite cuantificar el grosor de la pared ventricular. La HVI se asocia con mayor riesgo de insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte súbita. También debe evaluarse la presencia de disfunción diastólica o signos de cardiopatía isquémica.

#### **Vasos sanguíneos**

El engrosamiento de la pared arterial y la rigidez vascular progresiva son manifestaciones comunes. La velocidad de onda de pulso (VOP) y el índice tobillo-brazo (ITB) pueden utilizarse para evaluar la función arterial. Una VOP elevada indica rigidez arterial, mientras que un ITB < 0,9 sugiere enfermedad arterial periférica.

#### **Riñones**

El riñón es particularmente vulnerable a la hipertensión crónica. La microalbuminuria (30-300 mg/día) o una proteinuria significativa indican daño glomerular.

La medición de creatinina sérica y el cálculo del filtrado glomerular estimado (eGFR) permiten evaluar la función renal. La reducción progresiva del eGFR se asocia con peor pronóstico y riesgo de insuficiencia renal terminal.

### **Sistema nervioso central**

El daño cerebral puede manifestarse como infartos lacunares, hemorragias o demencia vascular. Aunque no se explora de forma rutinaria en todos los pacientes hipertensos, se recomienda evaluación neurológica ante síntomas de déficit motor, alteración cognitiva o antecedentes de enfermedades vasculocerebrales.

### **Fondo de ojo**

La retinopatía hipertensiva puede evaluarse mediante fondo de ojo, especialmente en hipertensión severa o de reciente diagnóstico. Se clasifican grados de lesión que van desde el estrechamiento arteriolar (grado I) hasta hemorragias, exudados y papiledema (grado IV). El grado de retinopatía se correlaciona con el riesgo de daño en otros órganos y debe ser considerado en la estratificación del riesgo. (Montealegre, 2022)

### **Pruebas de laboratorio**

Las pruebas básicas de laboratorio en pacientes hipertensos buscan detectar daño subclínico y valorar factores de riesgo asociados. Entre las más relevantes se encuentran:

- Creatinina sérica y tasa de filtración glomerular estimada (TFGe): permiten evaluar la función renal. La hipertensión puede causar o agravar la enfermedad renal crónica.
- Microalbuminuria o relación albúmina/creatinina en orina: marcador precoz de lesión glomerular y predictor de riesgo cardiovascular.

- Glucemia en ayunas y HbA1c: detectan diabetes mellitus, frecuente comorbilidad en hipertensos.
- Perfil lipídico completo (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos): útil para estimar el riesgo aterosclerótico.
- Potasio sérico: alterado en casos de hiperaldosteronismo o uso de diuréticos.
- Ácido úrico: a menudo elevado en hipertensión, asociado a rigidez arterial.

### **Pruebas de gabinete**

Las pruebas de imagen o funcionales permiten visualizar o cuantificar el daño en órganos diana. Las más utilizadas incluyen:

- Electrocardiograma (ECG): detecta hipertrofia ventricular izquierda (HVI), arritmias o signos de isquemia.
- Ecocardiograma transtorácico: método más sensible para identificar HVI, disfunción diastólica y alteraciones estructurales.
- Fondo de ojo (oftalmoscopia): permite clasificar la retinopatía hipertensiva según grado de afectación vascular.
- Ecografía renal: útil para evaluar tamaño, morfología renal y descartar causas secundarias.
- Índice tobillo-brazo (ITB): evalúa enfermedad arterial periférica.

- RMN o TAC cerebral: se usan en casos de sospecha de daño neurológico (isquemia, hemorragia, demencia vascular). (Madessa, 2025)

### **2.2.11 Complicaciones**

La hipertensión se relaciona con un aumento en el riesgo de eventos adversos renales, cardiovasculares, daño de órgano diana. La probabilidad de tener un evento cardiovascular aumenta a medida que aumenta la presión arterial, por lo que es importante tener en cuenta las afectaciones más comunes.

#### **A. Complicaciones cardiovasculares**

##### **1. Infarto agudo de miocardio (IAM)**

La HTA es un factor de riesgo mayor para la aterosclerosis, proceso por el cual las arterias coronarias se engrosan y endurecen debido a la acumulación de lípidos, células inflamatorias y tejido fibroso. Esta condición reduce el flujo sanguíneo al miocardio y predispone a la formación de placas que pueden romperse, generando trombosis y obstrucción aguda del vaso. Es una de las principales causas de muerte en pacientes hipertensos.

##### **2. Insuficiencia cardíaca**

La hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) es una respuesta adaptativa inicial del corazón frente al aumento sostenido de la poscarga inducida por la presión arterial elevada. Con el tiempo, esta adaptación se vuelve patológica, dando lugar a disfunción diastólica y eventual insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (IC-FEP). En estadios avanzados, puede evolucionar hacia una disfunción sistólica, con síntomas como disnea, fatiga y edema. La HTA es la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca en personas mayores de 65 años.

### **3. Arritmias**

La remodelación estructural y eléctrica del miocardio inducida por la hipertensión predispone al desarrollo de arritmias, especialmente fibrilación auricular. Esta arritmia es común en pacientes con HVI y disfunción diastólica, y aumenta el riesgo de tromboembolismo y enfermedad vasculocerebral. (Hien, 2025)

### **B. Complicaciones neurológicas**

#### **1. Enfermedad Vasculocerebral (EVC)**

La hipertensión es el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de enfermedad vasculocerebral (EVC), tanto isquémico como hemorrágico. En el EVC isquémico, la elevación crónica de la presión arterial favorece la aterosclerosis en arterias cerebrales, provocando oclusiones trombóticas o embolias. En el EVC hemorrágico, la HTA debilita la pared de pequeños vasos cerebrales, predisponiendo a rupturas con sangrado intracerebral. La reducción sostenida de la presión arterial reduce el riesgo de primer evento y de recurrencia en sobrevivientes de un EVC.

#### **2. Demencia vascular**

La exposición prolongada a cifras elevadas de presión arterial produce daño crónico en la microcirculación cerebral, lo que da lugar a múltiples infartos lacunares, leucoaraiosis y atrofia cerebral. Estas lesiones, acumuladas con el tiempo, generan deterioro cognitivo progresivo, conocido como demencia vascular. Esta forma de demencia es la segunda más común después del Alzheimer y se caracteriza por pérdida de memoria, alteraciones en la marcha y síntomas neurológicos focales. (Hien, 2025)

## **C. Complicaciones renales**

### **1. Nefropatía hipertensiva**

El riñón es un órgano altamente vascularizado y muy sensible a los cambios en la presión arterial. La nefropatía hipertensiva se produce cuando la hipertensión crónica causa esclerosis de las arteriolas renales, disminuyendo la perfusión glomerular. Esto lleva a una progresiva pérdida de función renal. Los primeros signos suelen ser microalbuminuria y aumento de la creatinina sérica. Sin tratamiento, puede evolucionar a enfermedad renal crónica terminal, requiriendo diálisis o trasplante. El control estricto de la presión arterial puede ralentizar esta progresión, especialmente con el uso de fármacos bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. (Hien, 2025)

## **D. Complicaciones oculares**

### **1. Retinopatía hipertensiva**

La retinopatía hipertensiva es una manifestación frecuente del daño vascular inducido por HTA en los pequeños vasos de la retina. Puede observarse mediante fondo de ojo y clasificarse en varios grados:

- Grado I: estrechamiento arteriolar generalizado.
- Grado II: cruce arteriovenoso patológico.
- Grado III: hemorragias, exudados algodonosos, manchas de Roth.
- Grado IV: edema de papila (papiledema), que representa una emergencia hipertensiva.

La retinopatía es un reflejo del estado de los vasos en el resto del organismo, y su presencia se asocia con mayor riesgo de EVC y enfermedad renal. En hipertensos severos, el fondo de ojo debe formar parte de la evaluación inicial. (Hien, 2025)

### **2.2.12 Tratamiento de la Hipertensión Arterial**

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) tiene como objetivo reducir la presión arterial a niveles seguros para prevenir el daño en órganos diana y disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares y renales. El abordaje terapéutico incluye dos pilares fundamentales: las modificaciones del estilo de vida (tratamiento no farmacológico) y el uso de fármacos antihipertensivos. Ambos enfoques son complementarios y deben individualizarse según las características clínicas y los factores de riesgo del paciente. (Hansen et al., 2022; Hall & Hall, 2025)

#### **1. Tratamiento no farmacológico**

Las intervenciones sobre el estilo de vida son esenciales en todos los pacientes con hipertensión, independientemente del grado o la necesidad de tratamiento farmacológico. No solo pueden prevenir el desarrollo de HTA en personas de alto riesgo, sino también mejorar el control tensional y reducir la necesidad de medicamentos en quienes ya la padecen.

#### **2. Dieta DASH**

La DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) es un patrón alimentario diseñado para reducir la presión arterial. Se basa en el alto consumo de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y productos lácteos bajos en grasa, junto con una disminución del consumo de grasas saturadas, carnes rojas y azúcares añadidos. También promueve el consumo de potasio, calcio y magnesio, minerales asociados con

un mejor control de la presión. Estudios han demostrado que esta dieta puede reducir la presión sistólica entre 8 y 14 mmHg en pocas semanas.

### **3. Reducción del consumo de sal**

La restricción de sodio es una de las medidas más efectivas para reducir la presión arterial. La OMS recomienda no superar los 5 gramos de sal por día (aproximadamente 2 gramos de sodio). Reducciones modestas en la ingesta pueden generar una disminución de hasta 5 mmHg en personas hipertensas. Se sugiere evitar alimentos procesados, enlatados, embutidos y salsas industriales.

### **4. Ejercicio físico regular**

La actividad física aeróbica moderada (como caminar, trotar, nadar o montar bicicleta) durante al menos 30 minutos al día, 5 días a la semana, mejora el perfil hemodinámico y metabólico. El ejercicio puede reducir la presión sistólica entre 4 y 9 mmHg, mejora la sensibilidad a la insulina, reduce el estrés y favorece el descenso de peso. Se recomienda también incorporar entrenamiento de resistencia dos veces por semana.

### **5. Pérdida de peso**

El exceso de peso, especialmente la obesidad abdominal, es un factor determinante en el desarrollo y progresión de la HTA. Se estima que por cada 10 kg de pérdida de peso se puede reducir la presión sistólica hasta 5-10 mmHg. Además, el descenso de peso mejora la eficacia de los tratamientos farmacológicos y reduce el riesgo de diabetes tipo 2 y dislipidemia.

## **6. Abandono del tabaco y consumo moderado de alcohol**

El tabaco no eleva directamente la presión arterial de forma sostenida, pero produce daño endotelial y acelera la arteriosclerosis. Su abandono es clave para reducir el riesgo cardiovascular global. En cuanto al alcohol, su consumo debe limitarse a no más de una bebida diaria en mujeres y dos en hombres, ya que en exceso puede elevar la presión arterial y anular los efectos del tratamiento. (Loscalzo, 2022) (Stergiou et al., 2021)

## **7. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico está indicado en pacientes con HTA grado I que no logran control con cambios en el estilo de vida, en aquellos con HTA grado II o III, y en todos los que presenten daño en órganos diana o riesgo cardiovascular moderado o alto. Las guías internacionales recomiendan iniciar con fármacos de primera línea, solos o combinados:

## **8. Fármacos de primera línea**

- Diuréticos tiazídicos: como hidroclorotiazida o clortalidona. Actúan aumentando la excreción de sodio y agua en el túbulo distal, reduciendo el volumen plasmático y la resistencia vascular. Son especialmente útiles en adultos mayores y pacientes con insuficiencia cardíaca leve.
- IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina): como enalapril, lisinopril o ramipril. Disminuyen la formación de angiotensina II, reduciendo la vasoconstricción y la secreción de aldosterona. Son especialmente recomendados en pacientes con diabetes, insuficiencia renal crónica o disfunción ventricular.

- ARA II (Antagonistas del Receptor de Angiotensina II): como losartán, valsartán o telmisartán. Tienen efectos similares a los IECA, pero con menor riesgo de tos seca. Se utilizan cuando los IECA no son tolerados.
- Calcioantagonistas: como amlodipino o nifedipino. Inhiben la entrada de calcio en el músculo liso vascular, produciendo vasodilatación. Son útiles en pacientes ancianos, afrodescendientes y en HTA sistólica aislada.

### 9. **Fármacos de segunda línea**

Incluyen betabloqueadores (como atenolol o metoprolol), alfa-bloqueadores, antagonistas de aldosterona (como espironolactona), vasodilatadores directos (hidralazina, minoxidil) y agonistas centrales (clonidina, metildopa). Estos se reservan para casos de HTA resistente o para condiciones clínicas específicas, como insuficiencia cardíaca, taquiarritmias o embarazo.

### 10.. **Tratamiento combinado**

Las guías recomiendan iniciar tratamiento con combinaciones de dos fármacos en un solo comprimido, especialmente si la presión arterial inicial es > 20/10 mmHg por encima del objetivo. Las combinaciones más efectivas incluyen:

- IECA o ARA II + diurético tiazídico
- IECA o ARA II + calcioantagonista
- Diurético tiazídico + calcioantagonista (si IECA/ARA no son tolerados)

El tratamiento combinado mejora la adherencia, reduce efectos adversos al permitir dosis más bajas de cada fármaco, y logra un control más rápido y sostenido de

la presión arterial. En casos de hipertensión resistente, puede requerirse un tercer fármaco o más (Loscalzo, 2022) (Stergiou et al., 2021)

### **2.2.13 Prevención y Educación en Hipertensión Arterial**

#### **1. Estrategias comunitarias**

La hipertensión arterial (HTA) es prevenible en un alto porcentaje de casos, por lo que las estrategias comunitarias juegan un papel central en la reducción de su incidencia y en la promoción de estilos de vida saludables. Estas estrategias incluyen campañas de concienciación sobre factores de riesgo, acceso a espacios seguros para la actividad física, políticas para reducir el contenido de sal en alimentos procesados y la regulación del etiquetado nutricional. La implementación de intervenciones poblacionales, como la iniciativa HEARTS de la OPS, permite un abordaje integral en centros de atención primaria con énfasis en prevención, tamizaje y tratamiento oportuno.

El trabajo conjunto entre gobiernos, centros educativos, empresas y sistemas de salud permite reforzar la promoción de hábitos saludables en la población general y en grupos vulnerables. Programas escolares, talleres comunitarios y campañas en medios de comunicación son fundamentales para crear conciencia sobre la importancia de mantener una presión arterial saludable.

#### **2. Programas de detección temprana**

El diagnóstico precoz de HTA permite intervenir antes de que ocurran complicaciones cardiovasculares, renales o neurológicas. Los programas de detección temprana, también conocidos como tamizaje o cribado, deben realizarse en personas adultas a partir de los 18 años, con mayor énfasis en mayores de 40 años o aquellos con factores de riesgo como obesidad, diabetes o antecedentes familiares.

La medición periódica de la presión arterial debe formar parte de los controles rutinarios en servicios de salud, farmacias, campañas móviles y centros comunitarios. En países como la República Dominicana, se han implementado jornadas nacionales de pesquisa, sobre todo en el contexto de la Semana Mundial de la Hipertensión, contribuyendo al aumento del diagnóstico oportuno.

### **3. Educación al paciente**

La educación en salud es esencial para lograr la participación del paciente en el control de su enfermedad. Involucra proporcionar información clara sobre qué es la hipertensión, sus riesgos, la importancia del tratamiento continuo, el autocuidado y las modificaciones del estilo de vida. La educación debe adaptarse al nivel cultural, educativo y socioeconómico del paciente, utilizando lenguaje accesible y materiales visuales.

Se ha demostrado que los pacientes informados tienen mayor adherencia al tratamiento, mejor control de cifras tensionales y menos complicaciones. La educación debe ser continua, iniciarse desde el primer contacto médico y reforzarse en cada consulta, incluyendo a familiares y cuidadores. (Visseren et al., 2021; Hansen et al., 2022)

#### **2.2.14 Escala de Morisky-Green Modificada (Morán Lima et al., 2023)**

La escala de Morisky-Green-Levine es un instrumento validado para medir la adherencia al tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas como la hipertensión. Fue desarrollada originalmente con 4 preguntas y luego ampliada a 8 ítems en su versión modificada, conocida como Morisky Medication Adherence Scale (MMAS- 8).

Su objetivo es identificar las razones más comunes por las que los pacientes no

toman sus medicamentos como se indica, como olvido, falta de comprensión, efectos secundarios o percepción de mejoría.

### **Estructura de la Escala (MMAS-8)**

#### **La escala consta de 8 preguntas:**

- 7 de ellas son cerradas (sí/no).
- 1 se responde en formato de frecuencia (casi nunca, a veces, frecuentemente, siempre).

#### **Cada ítem evalúa aspectos como:**

- Olvido intencional o no intencional.
- Suspensión del tratamiento cuando el paciente se siente bien o mal.
- Dificultad para seguir las indicaciones.

#### **La puntuación total permite clasificar la adherencia en:**

- Alta (8 puntos)
- Media (6-7 puntos)
- Baja (<6 puntos)

Esta escala es fácil de aplicar en consulta y permite identificar barreras individuales para intervenir de manera personalizada.

Escala MMAS-8 para HTA <sup>11</sup>		
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar los medicamentos para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
2. En las dos semanas pasadas. ¿Dejo de tomar los medicamentos para su hipertensión arterial algún día?	Si=0	No=1
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas, sin decirselo al médico porque se sentía peor cuando las tomaba?	Si=0	No=1
4. ¿Cuando viaja o sale de casa olvida de llevar sus medicamentos para su hipertensión arterial alguna vez?	Si=0	No=1
5. ¿Se tomó sus medicamentos para la hipertensión arterial ayer?	Si=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está controlada, ¿deja a veces de tomar sus medicamentos?	Si=0	No=1
7. Tomar los medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas, ¿se siente alguna vez molesto por seguir el tratamiento para su hipertensión arterial?	Si=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos para la hipertensión arterial?		
Nunca/Raramente.....		1
De vez en cuando.....		0,75
A veces.....		0,50
Normalmente.....		0,25
Siempre.....		0
<b>Puntuación 8: Alta adherencia.</b>		
<b>Puntuación 6-7: Adherencia media.</b>		
<b>Puntuación &lt; 6: Baja adherencia.</b>		

Fuente: 2020 Fundación Pharmaceutical Care España. (Rodríguez Chamorro, 2020)

## 2.2.15 Adherencia Farmacológica y No Adherencia

### Definición según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el grado en que el comportamiento del paciente tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar cambios en el estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud. (José Juan Ortega Cerda, 2018)

### Diferencia entre adherencia y no adherencia

- Adherencia: implica que el paciente cumple con la dosificación, frecuencia y duración del tratamiento, así como con los cambios recomendados en el estilo de vida.

- No adherencia: se da cuando el paciente omite dosis, abandona el tratamiento, lo modifica sin indicación médica o no adopta las recomendaciones no farmacológicas. Puede ser intencional (por decisión propia) o no intencional (por olvido, barreras económicas o falta de comprensión).

### **Estrategias para mejorar la calidad de la adherencia**

1. Educación continua al paciente sobre la importancia del tratamiento.
2. Simplificación del régimen farmacológico, utilizando combinaciones en una sola pastilla.
3. Recordatorios electrónicos o físicos (pastilleros, alarmas).
4. Seguimiento estructurado en consultas y vía telefónica.
5. Acompañamiento familiar y apoyo comunitario.
6. Accesibilidad económica a los medicamentos esenciales.

Programas como HEARTS integran estos enfoques en sistemas de atención primaria para mejorar el cumplimiento terapéutico y reducir la morbilidad asociada a la hipertensión arterial. (Mendoza et al., 2020; Torres et al., 2020)

## 2.3 Contextualización



El Hospital “Dr. Marcelino Vélez Santana”, es una institución de tercer nivel de atención en salud; Entidad sin fines de lucro creada bajo el decreto del Poder Ejecutivo 148-02 e inició sus operaciones el 12 de enero de 2003.

Está ubicado en Ave. Isabel Aguiar #141, Herrera, Santo Domingo Oeste, provincia Santo Domingo. Delimitado al norte, por la carretera Duarte Vieja; al este, por la Av. Luperón; al oeste, por la Av. Isabel Aguiar y al sur, por la calle Juan Dolores. Actualmente pertenece a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.

Conjuntamente, es considerado como un modelo de salud innovador por enfocar sus objetivos en los conceptos de Humanización, Calidad, Eficiencia y alta Tecnología.

**FILOSOFIA:** Esta institución es pionera en la implementación del modelo “Hospital del Futuro”, que ha sido utilizado por otras organizaciones del sector salud, tanto públicas y privadas.

**VISION:** Garantizar la asistencia de la salud como un bien social, brindando el

mayor beneficio a los usuarios, manteniendo la cantidad, humanización y eficiencia de los servicios ofertados.

**MISION:** El HGRDMVS es una institución sin fines de lucro que oferta servicios de salud con calidad, humanizada y eficiente, utilizando tecnología adecuada, donde las decisiones están sustentadas en base al análisis de la información.

**VALORES:**

- Humanización:
- Calidad:
- Eficiencia:
- Tecnología

## **CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de Estudio**

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional y transversal, no probabilístico. Se empleó la técnica de encuesta estructurada para recolectar información relevante sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados a su incumplimiento. La encuesta fue aplicada a los pacientes hipertensos que asistieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio de 2025.

## 3.2. Variables

### 3.2.1 Operacionalización de las Variables.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	• 18 a 65 años	Numérica
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres.	• Masculino • Femenino	Nominal
No adherencia al tratamiento farmacológico	Grado en que el comportamiento del paciente, en cuanto a la toma de medicamentos y cumplimiento de indicaciones, no sigue las recomendaciones médicas.	• Según los resultados del test de Morisky de 8 ítems.	Ordinal
Adherencia al tratamiento farmacológico	Se define cuando el paciente cumple con las indicaciones médicas en relación al tratamiento prescrito.	• Según los resultados del test de Morisky de 8 ítems.	Ordinal
Hipertensión arterial	Elevación sostenida de la tensión arterial por encima de los valores de referencia establecidos.	• Hipertenso • No hipertenso	Nominal
Escolaridad	Nivel educativo más alto alcanzado por el individuo.	• Primaria • Secundaria • Técnico • Universitario	Nominal
Factores socioeconómicos	Condiciones sociales y económicas que influyen en el estilo de vida y el acceso a la atención médica.	• Actividad laboral • Acceso a servicios de salud • Conocimiento sobre su enfermedad	Nominal

<p>Tratamientos farmacológicos</p>	<p>Medicamentos administrados para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betabloqueadores cardioselectivos (atenolol, bisoprolol)</li> <li>• Betabloqueadores alfa (carvedilol, metoprolol)</li> <li>• Diuréticos de ASA (furosemida)</li> <li>• IECA (captopril, enalapril, lisinopril)</li> <li>• Antagonistas de los receptores AT1 (candesartán, valsartán, losartán)</li> <li>• Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida)</li> <li>• Antagonistas del calcio (amlodipino, nifedipino)</li> <li>• Otros (verapamilo, espironolactona, metildopa, clortalidona)</li> </ul>	<p>Nominal</p>
------------------------------------	---	---	----------------

### 3.3. Métodos y Técnicas de Investigación

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, transversal y no probabilístico. Se utilizó la técnica de cuestionario estructurada para recolectar información relevante sobre la adherencia al tratamiento y los factores que pueden estar relacionados con su incumplimiento. Los cuestionarios fueron aplicadas a los pacientes hipertensos que asistan a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio 2025.

### 3.4. Instrumento de Recolección de Datos

Se empleó un cuestionario estructurado, compuesto por tres secciones:

- **Primera sección:** Recolección de datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad y actividad laboral).
- **Segunda sección:** Factores socioeconómicos, características del tratamiento farmacológico recibido, acceso a los servicios de salud y conocimiento de la enfermedad.
- **Tercera Sección:** Evaluación de la adherencia al tratamiento utilizando el Test de Morisky – Green Modificado de 8 ítems.
- Las preguntas fueron cerradas, de opción múltiple y escala tipo Likert, diseñadas para facilitar el análisis cuantitativo.

### **3.5. Población y muestra**

#### **Población:**

La población estuvo conformada por pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana. Se estimó una población total de aproximadamente 3000 pacientes durante el período de estudio.

#### **Muestra:**

Se recolectó una muestra de 212 pacientes, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### **3.6. Criterios de Inclusión**

- Pacientes de 18-65 años, hipertensos, asistidos a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.
- Pacientes con más de 6 meses con tratamiento antihipertensivo.

### **3.7. Criterios de Exclusión**

- Pacientes que se negaron a participar en el estudio.

### **3.8 Procedimiento y Procesamiento de datos.**

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta estructurada, basada en datos sociodemográficos y en el test de Morisky – Green Modificado de 8 ítems, diseñada para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Inicialmente, el instrumento fue implementado de forma digital a través de la plataforma Google Forms,

utilizando una Tablet como herramienta de apoyo para su aplicación y visualización, con la finalidad de facilitar su acceso y almacenamiento de los datos. Sin embargo, debido a limitaciones asociadas a la conectividad en el área de consulta de Medicina Familiar, se procedió a su adaptación en formato físico impreso, garantizando así la continuidad del proceso y la participación efectiva de los sujetos, permitiendo una mayor cobertura y confiabilidad en la recolección de la información, preservando la estructura y los contenidos del cuestionario original. En los casos en que los participantes presentaron limitaciones para la escritura o la comprensión del cuestionario, por condiciones físicas, visuales o bajo nivel de escolaridad, se optó por la aplicación asistida del cuestionario. En estos casos, el encuestador leyó cada ítem en voz clara y neutral, asegurando la comprensión de las preguntas y registrando las respuestas según lo expresado por el paciente, respetando siempre la confidencialidad y el consentimiento informado.

### **3.8.1 Análisis de Datos.**

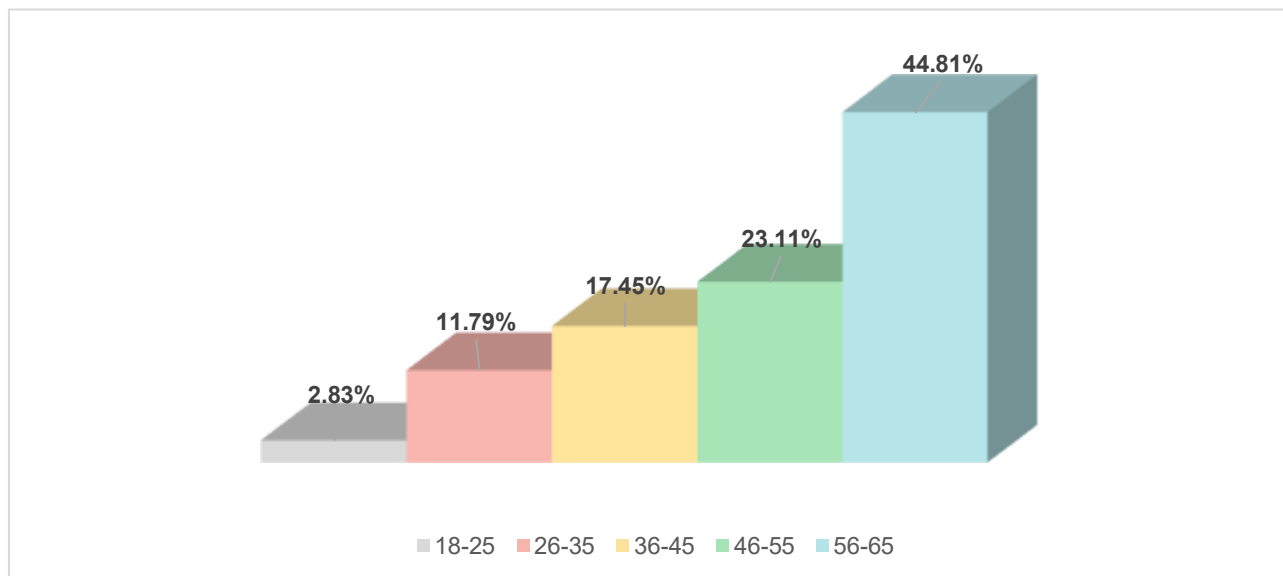
El análisis estadístico incluyó técnicas descriptivas como frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el objetivo de caracterizar a la población estudiada. Posteriormente, se aplicaron análisis bivariados para explorar posibles relaciones entre la no adherencia al tratamiento y las variables independientes consideradas.

### **3.9 Consideraciones Éticas**

El protocolo del estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana y por la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Se garantizó la confidencialidad de los datos recopilados, así como el respeto al derecho de los participantes a la privacidad y al consentimiento informado. La participación fue completamente voluntaria, y los pacientes tuvieron la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afectara la atención médica que recibían.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS.

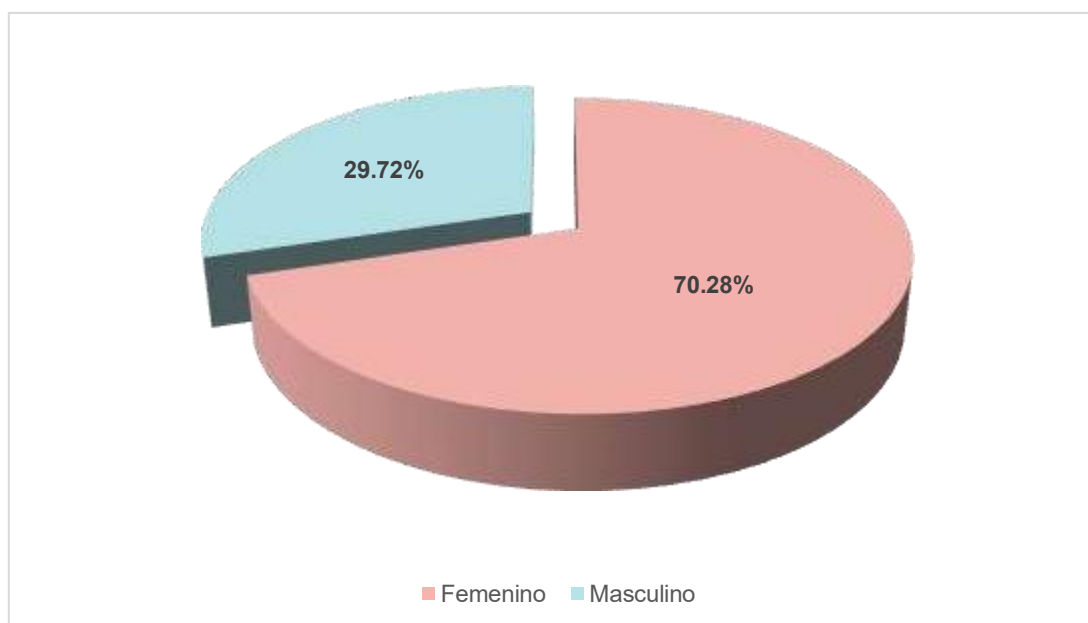
**Gráfico No. 1** La edad más afectada de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No.1

**Resultados:** El grafico revela que la edad más afectada de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta fue de 56-65 años en un 44.81%, seguida de 46-55 años en un 23.11%, y en tercera instancia de 36-45 años que corresponden un 17.45%. El resto de las categorías, aunque menos representativas en términos absolutos acumulan conjuntamente 14.62% entre las edades comprendidas de 18-35 años.

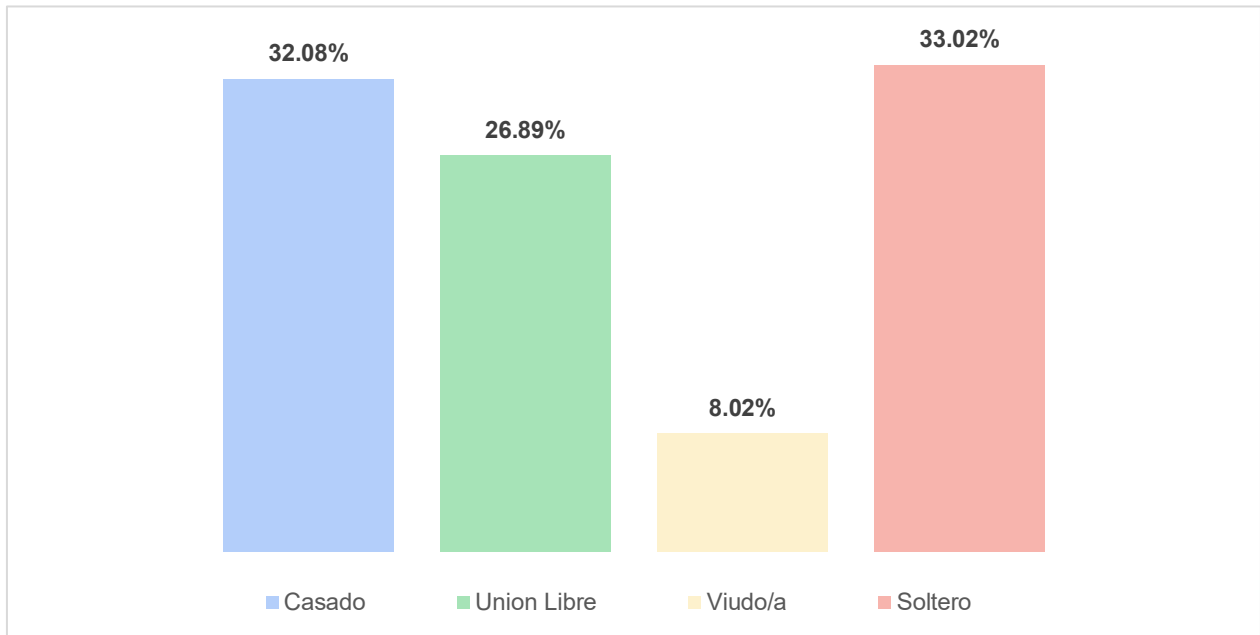
**Gráfico No. 2** El sexo más afectado entre los pacientes hipertensos, de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No. 2

**Resultado:** El gráfico pone en manifiesto que el sexo más frecuente entre los pacientes hipertensos que acuden a la consulta fue el sexo femenino en un 70.28% y menos frecuente el sexo masculino en un 29.72%.

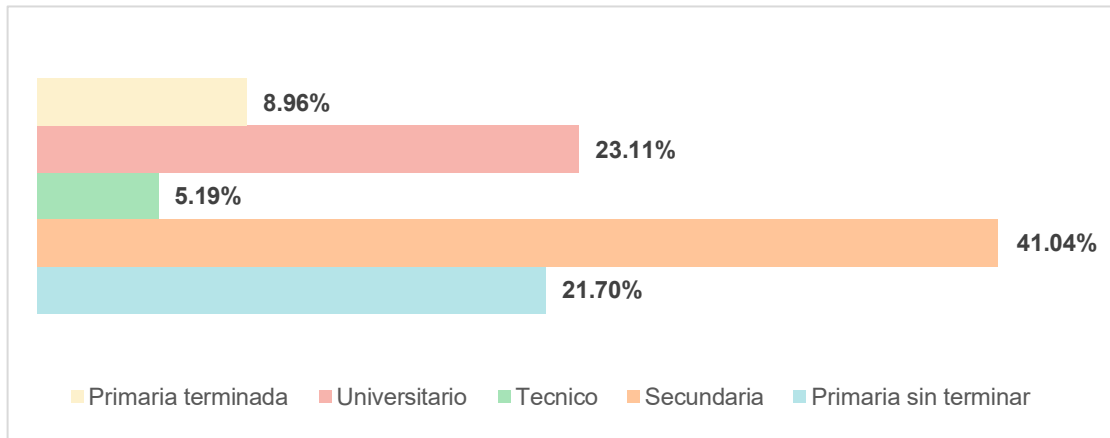
**Gráfico No. 3.** Factores socioeconómicos más frecuentes entre los pacientes hipertensos, de 18-65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No. 3

**Resultado del gráfico 3:** Los gráficos muestran que los factores socioeconómicos de los pacientes hipertensos más frecuentes, con el estado civil, fueron los pacientes solteros en un 33.02%, en segunda instancia los casados con un 32.08%, en minoría la unión libre en un 28.89% y viudos en un 8.02%.

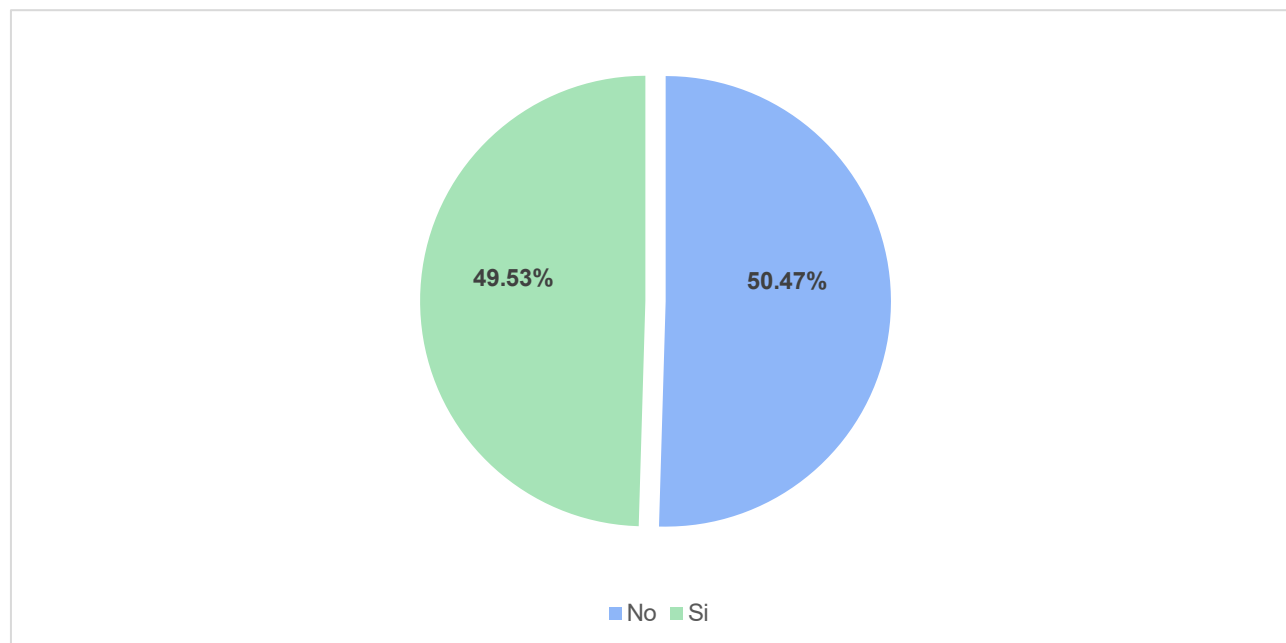
**Gráfico No. 4.** Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos, 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No. 4

**Resultado de gráfico no. 4:** Evidencia que el nivel de escolaridad más afectado en estos pacientes hipertensos predominó los que habían terminado la secundaria en un 41.04% luego los pacientes universitarios en un 23.11%, seguidos por primaria sin terminar en un 21.70% y el resto de las categorías, aunque menos representativas en términos absolutos, acumulan conjuntamente 14.15% entre primaria terminada y técnico.

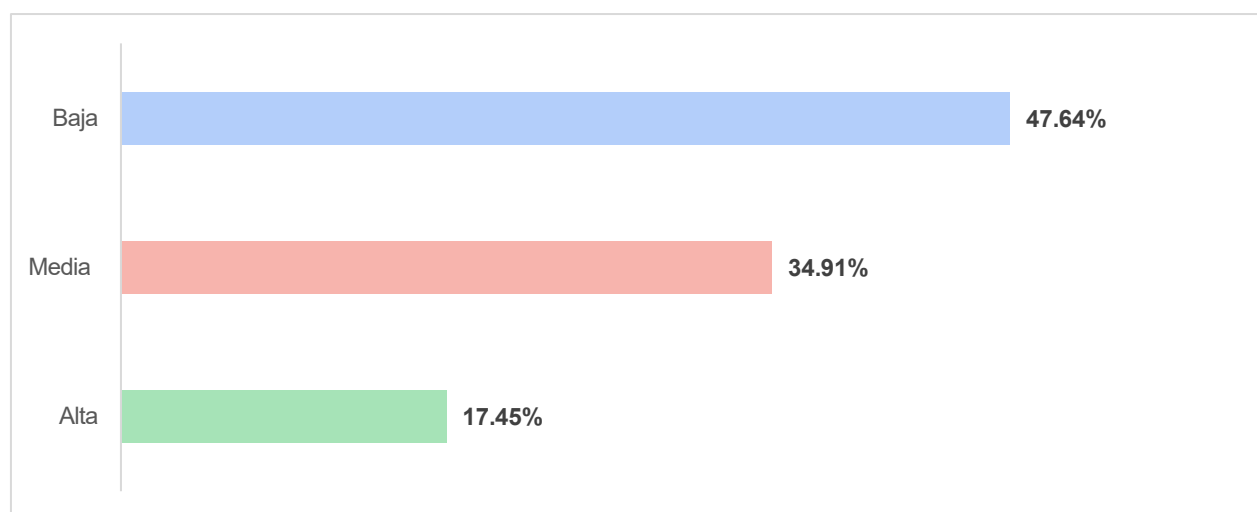
**Gráfico No. 5.** Nivel actividad laboral en los pacientes hipertensos de 18-65 años que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No. 5

**Resultado del grafico No. 5:** Revelan que la actividad laboral en los pacientes hipertensos de 18-65 años, en un 50.47% tienen actividad laboral y los pacientes que no presentaban actividad laboral en un 49.53%.

**Gráfico No. 6:** Porcentaje de los pacientes hipertensos presentaron no adherencia al tratamiento, farmacológico de 18-65 años, que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No.6

**Resultados del gráfico No. 6:** El gráfico evidenció que la categoría dominante –«Baja»– concentra 101 respuestas, lo que equivale a 47.64% de las personas encuestadas. En un segundo plano se ubica «Media» con 74 pacientes (34.91%) y «Alta» con 37 pacientes, aunque menos representativas en términos absolutos, acumulando un 17.5% que completan el panorama general.

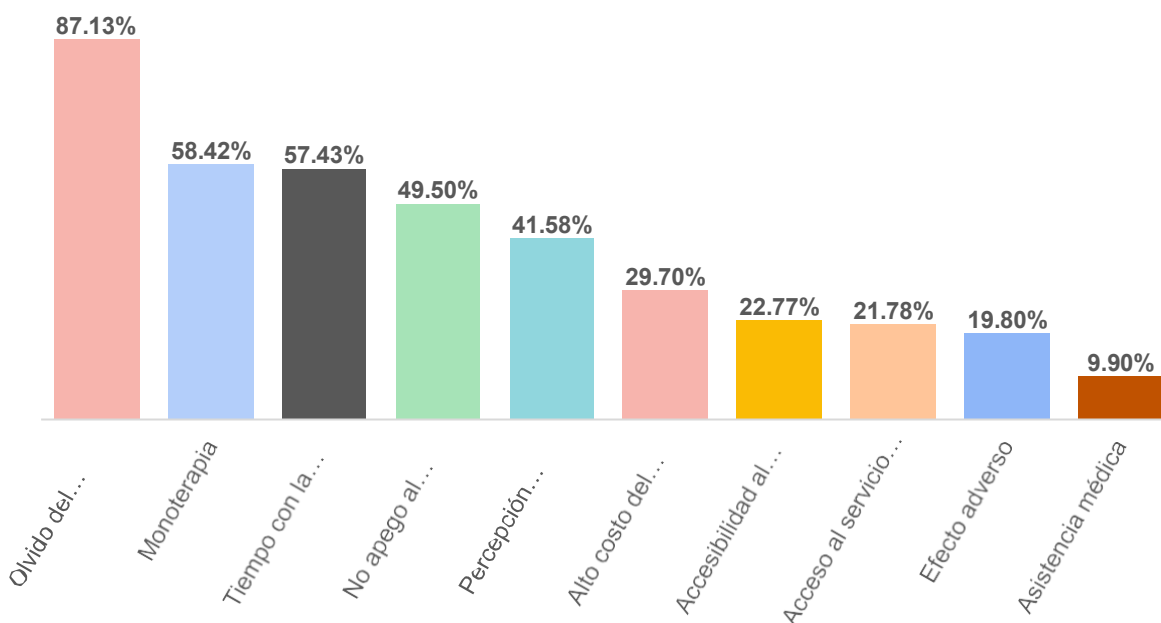
**Gráfico No. 7.** Diferencia porcentual entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo de 18-65 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Fuente: Cuadro No.7

**Resultados del grafico No. 7:** El gráfico pone de manifiesto que la diferencia porcentual es de un 47.64% de no adherencia y un 17.45% de pacientes hipertensos, que si se adhieren al tratamiento farmacológico, de 18-65 años que acuden a la consulta de medicina familiar.

**Gráfico No. 8:** Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos 18- 65 años, que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

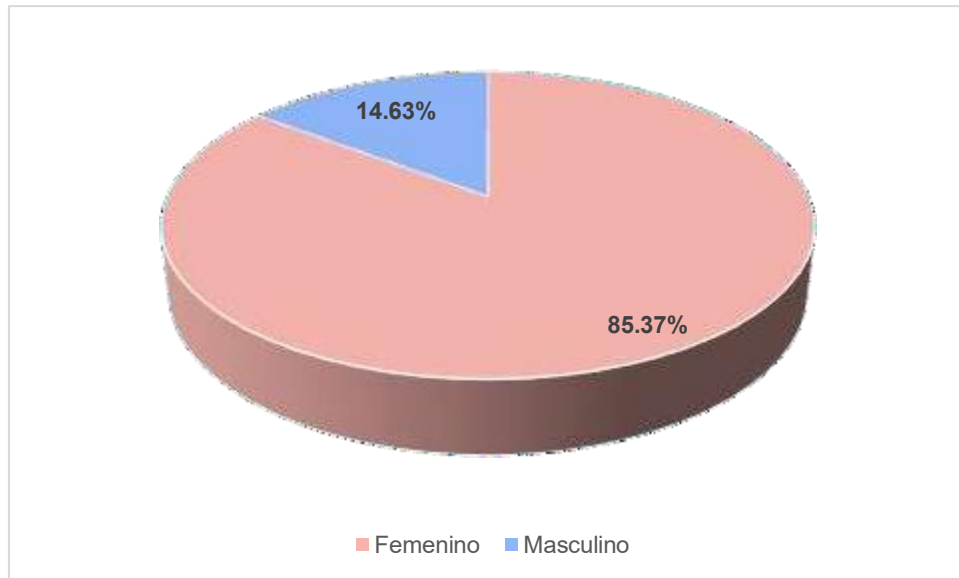


Fuente: Cuadro No. 8

**Resultado del grafico No. 8:** El grafico indica que el 87.13% de los pacientes hipertensos que no se adhieren al tratamiento farmacológico, el primer factor que influye es el olvido del tratamiento, acompañado de un 58.42% que usan un solo comprimido (Monoterapia) y en tercera instancia el tiempo de diagnóstico de la enfermedad con un 57.43%; estos pacientes presentan un 49.50% de no apegarse al tratamiento farmacológico, ya que se sentían seguros con una percepción errónea de la enfermedad en un 41.58%, el alto costo no fue tan importante en este estudio con un 29.70% y la accesibilidad al tratamiento en un 22.77%, en menor proporción el acceso al servicio de salud obtuvo un 21.78%, los efectos adversos en 19.80% y asistencia médica 9.90%.

## V. Cruce de variables.

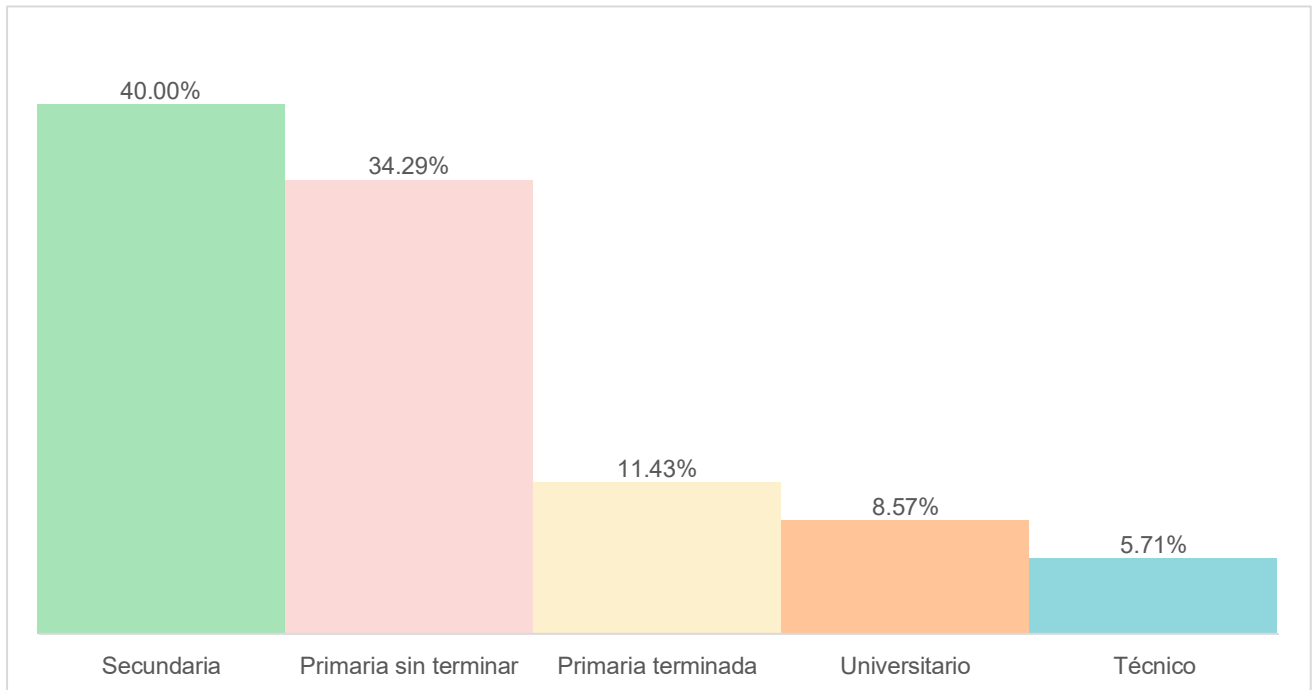
**Gráfico No. 1:** Relación entre el olvido en toma de medicamento y las variables sexo y no actividad laboral en pacientes hipertensos, de 18-65 años, con baja adherencia.



Fuente: Cuadro No. 1

**Resultado grafico No. 1:** El grafico pone en manifiesto que el sexo más predominante en nuestra investigación, con el factor principal de no adherencia que fue el olvido, en pacientes hipertensos que no presentaban actividad laboral, fue predominante el sexo femenino en un 85.37% y una minoría en el sexo masculino con 14.63%.

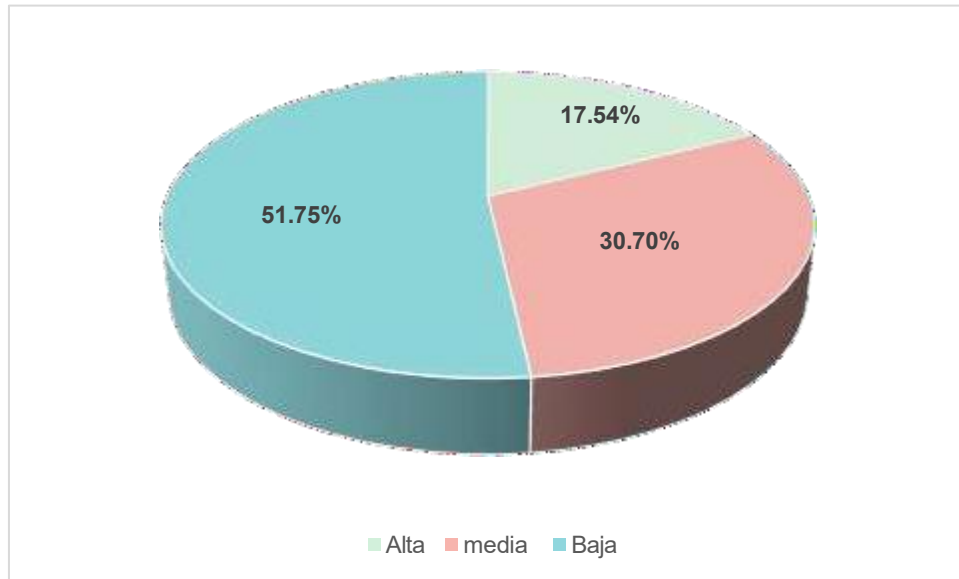
**Gráfico No. 2:** Asociación entre el olvido en toma de medicamento y las variables sexo femenino, no actividad laboral y nivel de escolaridad, en pacientes hipertenso, de 18-65 años, con baja adherencia.



Fuente: Cuadro No. 2

**Resultado grafico No. 2:** El grafico evidencio que el sexo más predominante en nuestra investigación fue el sexo femenino, con el factor principal de no adherencia (el olvido), y en pacientes hipertensos con no actividad laboral; el nivel de escolaridad que predomino en nuestro estudio fue secundaria en un 40.0%, en segunda instancia primaria sin terminar en un 32.29% y el resto de las categorías, aunque menos representativas con un 25.71%.

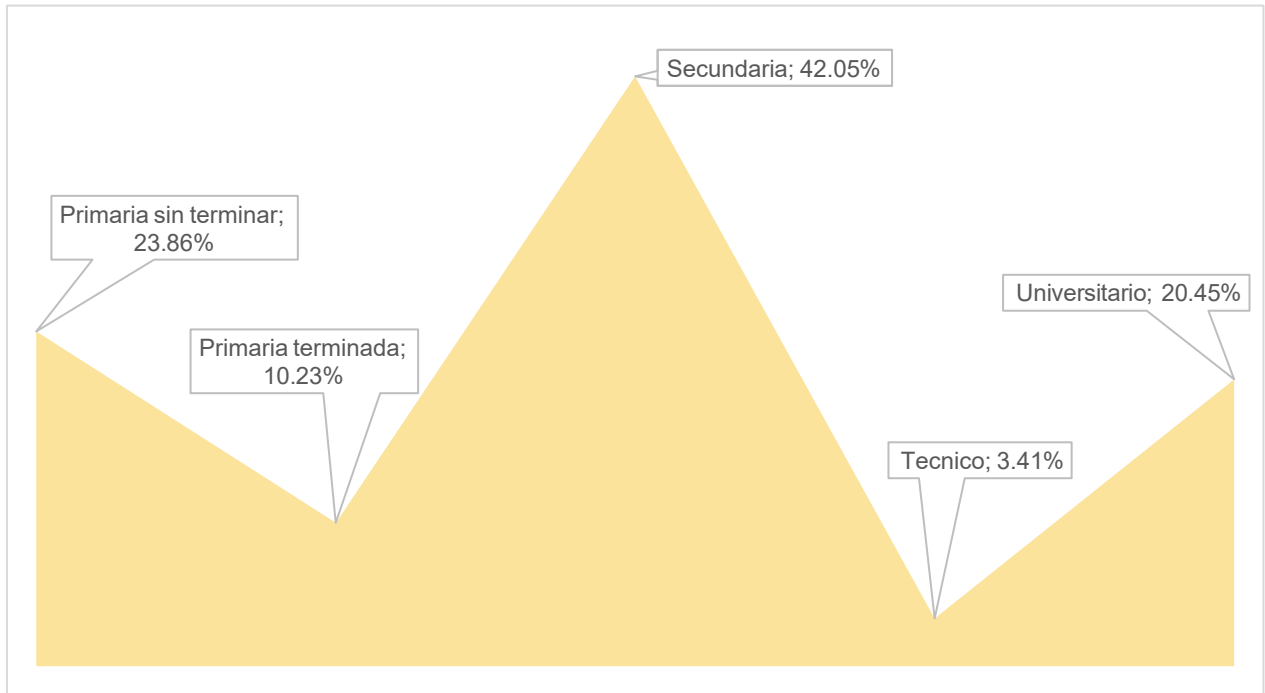
**Grafica No. 3:** Relación entre adherencia farmacológica y el uso de monoterapia, en pacientes hipertensos de 18-65 años.



Fuente: Cuadro No. 3

**Resultado grafico No 3:** El grafico pone en manifiesto que el nivel de adherencia farmacológica en pacientes hipertensos de 18-65 años, utilizando un solo comprimido (Monoterapia), fue de un 51.75% en baja, un 30.70% en media y por último un 17.54% en alta.

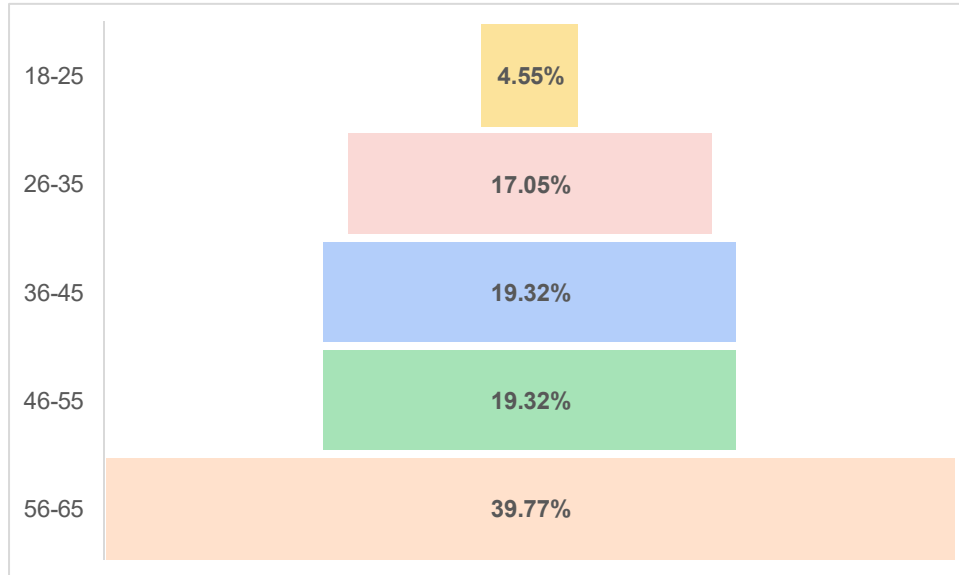
**Grafica No. 4:** Asociación entre la escolaridad con adherencia farmacológica y el olvido en la toma de medicamento.



Fuente: Cuadro No. 4

**Resultado del grafico No. 4:** El grafico representa que el nivel de escolaridad es muy importante para que los pacientes hipertensos no olviden tomar su medicación, en nuestro estudio, el nivel de secundaria obtuvo un 42.05%, luego primaria sin terminar un 23.86% y universitario un 20.45% y el resto de las categorías, aunque menos representativas con un 13.64%.

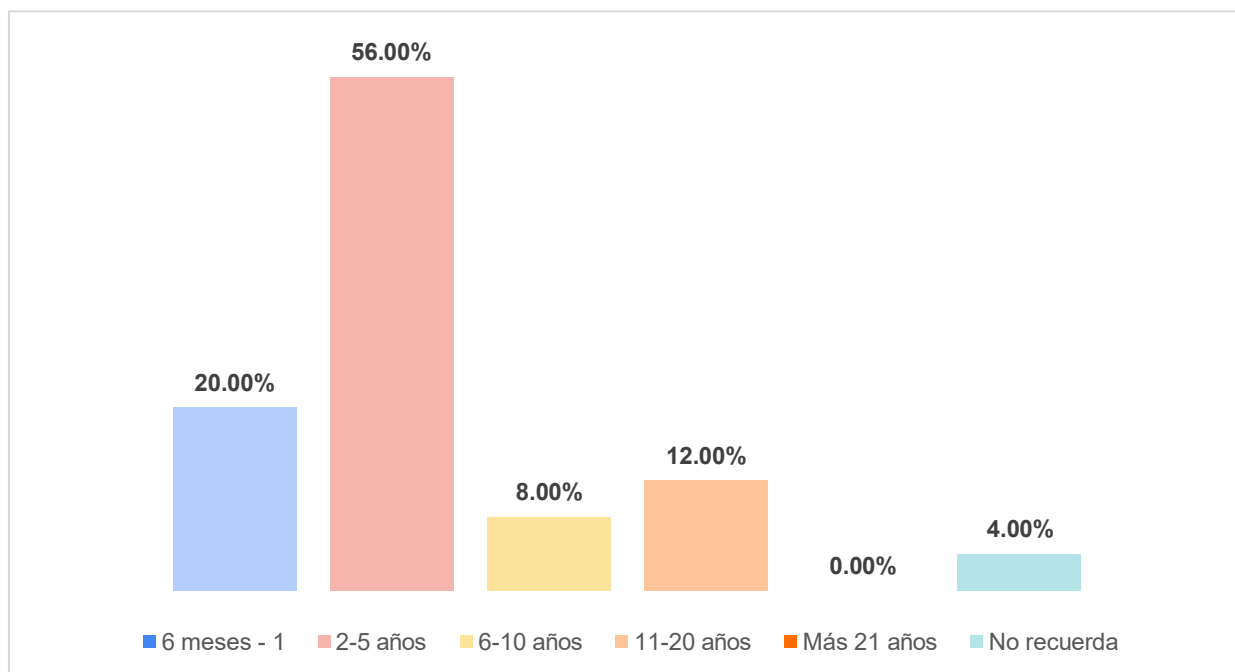
**Gráfico No. 5:** Influencia de 18-65 años edad, con el olvido de toma del medicamento, con baja adherencia.



Fuente: Cuadro No. 5

**Resultado grafico No. 5:** El grafico pone en manifiesto que la edad es un factor que influye para que los pacientes hipertensos olviden tomar su medicación, en nuestro estudio, la edad que predomino fue de 56-65 años, en un 39.77% seguida de 36-55 años en un 19.32%, y de 26-35 años en un 17.05% y menos representativas, pero no menos importante 18-25 con un 4.55%.

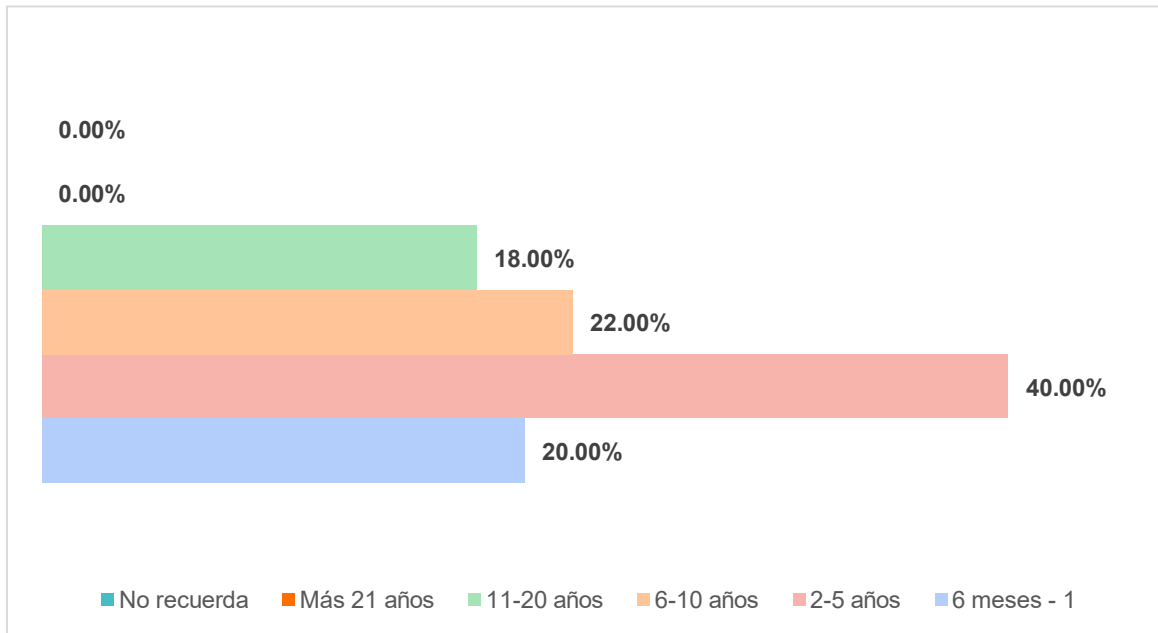
**Gráfico No. 6:** Asociación entre monoterapia, tiempo del diagnóstico de la enfermedad y la suspensión del tratamiento al sentirse controlada con la baja adherencia antihipertensiva.



Fuente: Cuadro No. 6

**Resultado del gráfico No. 6:** El gráfico explora la relación que presentan los pacientes hipertensos de 18-65 años que acuden a la consulta de medicina familiar con diagnósticos de la enfermedad de 2-5 años, utilizando un solo comprimido (Monoterapia) y que dejan de tomar su medicación porque refieren que se sienten bien, tienen una frecuencia de 56%, de baja adherencia, en segundo plano se encuentran los pacientes con diagnósticos de la enfermedad de 6 meses a 1 año con un 20% y con menos representativas, pero no menos importante de 11-20 años, de diagnóstico con un 12%.

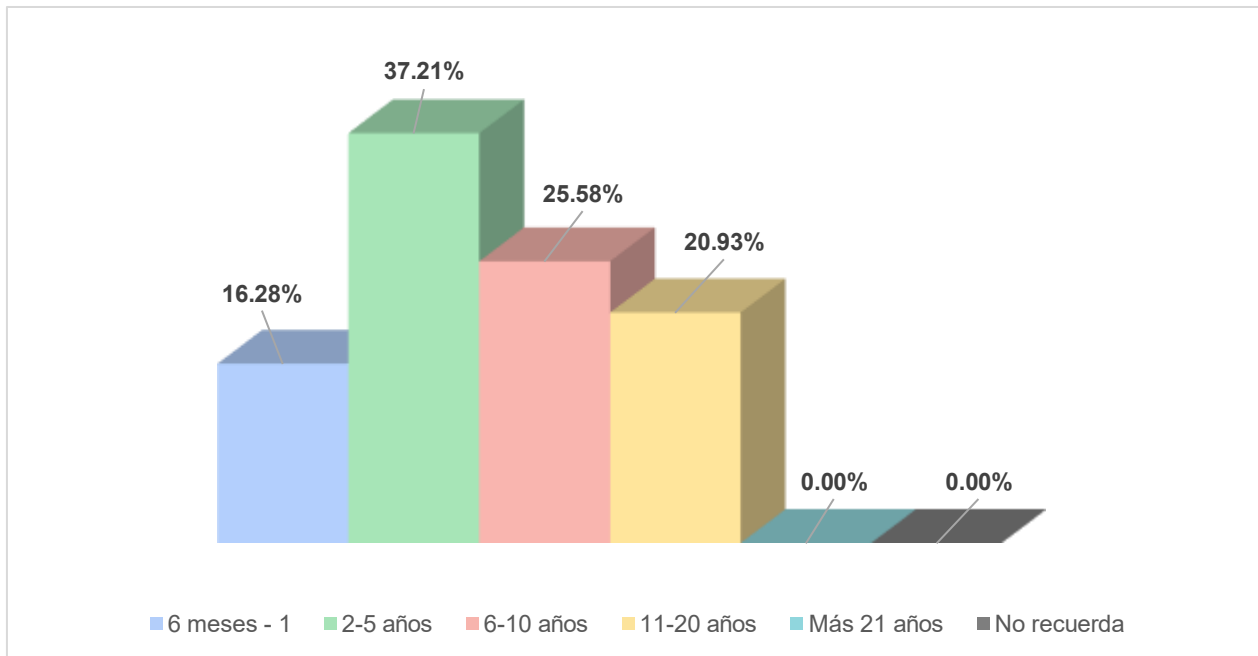
**Gráfico No. 7:** Muestra la asociación entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el apego a su plan de tratamiento con la baja adherencia en pacientes hipertensos de 18-65 años.



Fuente: Cuadro No. 7

**Resultado del gráfico No. 7:** El gráfico analiza la proporción de los pacientes hipertensos de 18-65 años que acuden a la consulta de medicina familiar con diagnósticos de la enfermedad de 2-5 años, que se olvidan de tomar su medicamento y que alguna vez se han sentido presionados para apegarse a su plan de tratamiento representan un 40% de no adherencia, seguidos de 6-10 años en un 22% y de 6 meses a 1 año 20% y con menos representativas, pero no menos importante de 11-20 años, de diagnóstico con un 18%.

**Gráfico No. 8:** Asociación entre la baja adherencia farmacológica, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, apego a su plan de tratamiento y si el personal de salud responde sus dudas e inquietudes.



Fuente: Cuadro No. 8

**Resultado grafico No. 8:** El grafico muestra que los pacientes hipertensos de 18-65 años que acuden a la consulta de medicina familiar con diagnósticos de la enfermedad de 2-5 años, que el personal de salud responde sus dudas e inquietudes acerca de su enfermedad y se han sentido presionados para apegarse al tratamiento farmacológico en nuestra investigación, reflejaron un 37.21% de baja adherencia, seguido de 6-10 años con 25.58% y de 11-20 años con 20.93% y con menos representativa, pero no menos importante de 6 meses a 1 año, de diagnóstico con un 16.28%.

## **CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.**

### **5.1 Discusión**

En el presente estudio se identificó que el rango de edad predominante fue de 56 a 65 años, representando el 44.81% de la muestra, dentro del cual se observó una tendencia hacia baja adherencia terapéutica. Esta condición afectó principalmente al sexo femenino 70.28%, y se relacionó en mayor proporción con pacientes solteros 33.02%. En conjunto, se evidenció que un 47.64% de los hipertensos presentaba baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, a pesar de que el 79.25% tenía acceso a los medicamentos y el 55.17 manifestó tener la capacidad económica para costearlos.

Solo un 17.45% alcanzó un nivel de alta adherencia. Entre los factores asociados, el olvido emergió como el principal determinante de la no adherencia, reportado en el 87.13% de los casos. Estos casos fueron más frecuentes en pacientes hipertensos que se trataban con monoterapia, quienes representaron un 53.71%, especialmente en aquellos con un tiempo de diagnóstico de 2 a 5 años.

Asimismo, se identificó que las mujeres desempleadas con nivel educativo de secundaria representaron un 85.37 % de los casos en los que el olvido fue referido como causa principal. Al contrario del sexo masculino que reporto 14.63%.

Otros hallazgos encontrados en nuestra investigación fueron que al aumentar los años los pacientes seguían presentando baja adherencia especialmente en el rango de edad de 56-65 años con 39.77% siendo el olvido también el factor predominante.

Otro dato relevante fue que, a pesar de recibir información sobre su enfermedad

y sobre el tratamiento indicado, algunos pacientes continuaban presentando bajo apego terapéutico, con una frecuencia estimada de diagnóstico de la enfermedad de 2-5 años en un 37.21% lo cual sugiere que el solo acto de informar no es suficiente para garantizar la adherencia.

A pesar de que el paciente tomara un solo comprimido y con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 2-5 años, algunos pacientes dejaban de tomar su medicación refiriendo que “se sentían bien” en un 56% de los casos, y un 20% en pacientes de 6 meses a 1 año diagnosticados.

Sin embargo, a pesar del tiempo diagnosticados con la enfermedad y tomando un solo comprimido, no se apegaban al tratamiento; los encuestados referían que se les olvidaba en un 42.05% y un seguían presentada adherencia baja en un 51.7%.

En nuestro estudio, la proporción de baja adherencia alcanzó 47.64 %, mientras que sólo 17.45 % logró una adherencia alta. De León (2023) notificó un patrón casi idéntico: 45% de sus pacientes no fue adherente, lo que refuerza la magnitud del problema en la consulta ambulatoria dominicana. Sin embargo, Penagos (2024) 77% de no-adherencia) y Jirón (2023) 76-86% muestran porcentajes mucho mayores, probablemente porque incluyeron adultos mayores polimedicados o varias enfermedades crónicas, grupos donde el cumplimiento suele deteriorarse.

El 50.94 % de nuestros participantes admitió olvidar la medicación; Díaz (2021) encontró una frecuencia todavía menor en un 48% en pacientes ya descontrolados, confirmando que el olvido sigue siendo la barrera conductual más importante. En simultáneamente, De León (2023) registró sólo 22.3% de omisiones, lo que sugiere que

la presencia de un programa de educación continua puede reducir estas cifras.

En nuestra investigación obtuvimos un total de 22.17% de pacientes que referían que se sentirse bien, Madessa (2025) duplicó esa cifra con un 41%, atribuyéndola a efectos secundarios y costo. La divergencia sugiere que, cuando el acceso y la tolerancia son aceptables, la suspensión por “falsa curación” disminuye, aunque no desaparece.

El 53.7% utiliza monoterapia, específicamente ARA II (Candesartan) pero presentaban una baja adherencia en un 51.75% que discrepa con (Peralta 2025), quien investigo que el 50% de sus de sus pacientes que usaron esta medicación presentaban adherencia al tratamiento. Montealegre (2022), dice que no es favorable la adherencia frente a regímenes con  $\geq 2$  fármacos. Aun así, casi la mitad de nuestros pacientes sigue siendo no-adherente, lo que evidencia que simplificar el esquema es necesario pero insuficiente sin intervenciones conductuales.

La categoría dominante fue 2-5 años de evolución 36.79% y también predomino el sexo femenino en 70.28%. Rodríguez (2022) evidencio que el sexo femenino fue mayor en su población de estudio con un 63.2% y mostró que un mayor tiempo con la enfermedad se asocia a peor adherencia. El hecho de que nuestro grupo tenga un diagnóstico relativamente reciente puede explicar por qué la falta de adherencia.

Acceso 79.25% y recursos económicos para costearse la medicación 55.17% fueron altos. Esto contrasta con los hallazgos de Rashid (2024), quien identificó la distancia y los ingresos bajos como barreras críticas en Etiopía; igualmente, Lacayo (2022) relacionó la baja escolaridad y el bajo ingreso con no-adherencia. En nuestro entorno, la mayoría de los obstáculos materiales parece resuelta, trasladando el

problema hacia la esfera conductual.

Un notable 90.80% calificó positivamente al personal sanitario. Velásquez (2022) demostró que un buen vínculo con el proveedor reduce la no-adherencia; sin embargo, nuestros resultados confirman que la satisfacción profesional, por sí sola, no impide los olvidos ni la suspensión voluntaria.

Solo 9.2 % cambia la pauta sin consultar, cifra menor que en los estudios de adultos mayores polifarmacia (Penagos 2024). Esto sugiere que, en pacientes con regímenes sencillos y buena relación con el médico, la automodificación es un problema secundario.

Mientras 26.89% olvida la medicación al viajar Hu (2025) demostró que “reforzadores” como (apoyo familiar y sanitario) incrementan la adherencia. Los porcentajes encontrados respaldan la recomendación de formar redes de apoyo y estrategias de recordatorios (blísteres, apps) en futuras intervenciones.

## 5.2 Conclusión

Los hallazgos reflejan un escenario en el que los obstáculos materiales como el acceso, el costo y las buenas orientaciones del personal de la salud se han mitigado en buena medida; sin embargo, la adherencia terapéutica continúa gravitando sobre factores eminentemente conductuales. Esto sugiere que las políticas de suministro y cobertura, aunque necesarias, no bastan por sí solas para garantizar un uso sostenido de los antihipertensivos.

A lo largo de la trayectoria del paciente hipertenso emergen compromisos intermitentes con la pauta farmacológica. El tratamiento se percibe, a menudo, como algo que puede suspenderse o ajustarse cuando desaparecen las molestias, lo que delata una visión todavía sintomática de la enfermedad. La inercia clínica de quienes inician con un único fármaco y la tendencia a interrumpir la medicación cuando “se sienten bien” dan cuenta de la persistencia de modelos de autocuidado desconectados del carácter silente y crónico de la hipertensión.

En paralelo, se observa un desajuste entre la autopercepción y la práctica real, las personas declaran pocas dificultades para recordar sus dosis, pero admiten lapsos frecuentes y ausencias prolongadas de tratamiento. Esta brecha apunta a un nivel de conciencia limitado sobre las propias conductas, lo que exige intervenciones que no solo informen, sino que también faciliten la autorregulación y el monitoreo cotidiano.

Finalmente, el peso de la adherencia recae cada vez más en la construcción de rutinas sólidas y en el acompañamiento cercano. Los resultados invitan a reorientar esfuerzos hacia estrategias centradas en la formación del hábito recordatorios digitales, empaques que favorezcan la toma diaria, redes de apoyo familiar y a reforzar el consejo clínico durante los primeros años tras el diagnóstico, etapa en la que la conducta todavía es maleable.

## CAPÍTULO 6. RECOMENDACIONES

- **A las Unidades de Atención Primaria:**

1. Establecer protocolos, donde se implementen el test de Morisky – Green para evaluar adherencia farmacológica en pacientes hipertensos, la cual se implementaría en la consulta de seguimiento, de manera semestral.
2. En relación con los pacientes con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, quienes presentaron los niveles más bajos de adherencia terapéutica, se recomienda el diseño de intervenciones educativas individualizadas, acompañadas de estrategias de seguimiento temprano que fortalezcan la comprensión del tratamiento y fomenten la apropiación del autocuidado desde las etapas iniciales de la enfermedad.
3. Realizar visitas domiciliarias como una estrategia de seguimiento integral, que permita fortalecer la relación médico paciente, identificar oportunamente factores que influyan en la no adherencia, reajustar el tratamiento de manera eficaz y reforzar la educación sanitaria.
4. Realizar talleres grupales con la comunidad para orientar, la importancia del uso correcto diario de los medicamentos para la hipertensión arterial.
5. Incentivar a las familias a dar apoyo y asistir a las consultas de seguimiento, para que así puedan comprender la importancia del uso correcto de los medicamentos, en los pacientes hipertensos.

6. Promover el fortalecimiento de los clubs de hipertensos en las unidades de atención primaria, como una estrategia comunitaria que facilite la educación continua, el acompañamiento y el seguimiento integral del paciente hipertenso. Este tipo de intervención podría contribuir significativamente a mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial.

- **A la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria:**

1. Incluir en su programa de charlas, en el área de sala de espera de consulta, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, la importancia sobre la adherencia al tratamiento para los pacientes hipertensos.
2. Investigar y documentar periódicamente las barreras de adherencia en los pacientes hipertensos.

- **Al Ministerio de Salud Pública:**

1. Crear campañas nacionales que promuevan la toma correcta de los medicamentos.
2. Centrar futuras investigaciones en aquellos factores que, en el presente estudio, mostraron mayor impacto, siendo el olvido el principal determinante identificado.
3. Reforzar el modelo de Atención Primaria, mediante la consolidación del rol estratégico del médico familiar, como eje articulador del cuidado continuo, integral y centrado en la persona, ya que este, representa una oportunidad clave para intervenir de forma temprana de los determinantes sociales y

conductuales de la adherencia.

4. Reclutamiento y asignación nacional de médicos familiares, garantizando, la presencia de un médico familiar en cada UNAP del país, priorizando zonas rurales y de difícil acceso, para garantizar el seguimiento integral de los pacientes con hipertensión arterial y evaluar continuamente la adherencia.
5. Crear recordatorios digitales personalizados, como apoyo para evitar el olvido de la medicación antihipertensiva, que contribuya a mejorar el control de la enfermedad, evitar interrupciones en la terapia y fortalecer el compromiso del paciente con su salud.

## **Bibliografía**

González R, Guzmán L, Martínez A, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Rev Colomb Cardiol.* 2021;28(2):122-129. doi:10.1016/j.rccard.2020.07.003.

Adauto R. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a la microred ampliación Paucarpata Arequipa 2022 [Internet]. [Perú]: Universidad Nacional de San Agustín Arequipa; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/51692b7a-5381-4f14-b363-11f5d2ed401b>

Altamirano Carbajal GI, Bringas Villalba EF, Ventura Hernández EM. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud de Lima Norte, 2021. *Cuidado y Salud Pública* [Internet]. 2021;1(2):3–8. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/18>

Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Métodos para evaluar la adherencia y persistencia a la medicación utilizando bases de datos automatizadas. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006;15(8):565-574.

Bravo M, Ortega F, Cruz M. Estrategias de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial: análisis de una muestra en atención primaria. *Atención Primaria.* 2021;53(4):234-240. doi:10.1016/j.aprim.2020.06.006.

León Herrera, A. R. (2023). *Nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, marzo-mayo 2023* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. Repositorio UNPHU.

Dean BB, Saundankar V, Stafkey-Mailey D, Anguiano RH, Nelsen AC, Gordon K, et al. Adherencia a la medicación y costos de atención médica en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados con prostaciclina oral: estudio de cohorte retrospectivo. *Drugs Real World Outcomes*. 2020;7(3):229-239.

Díaz Y. Factores riesgo sociales en pacientes con hipertensión arterial no controlada, en la unidad de atención primaria santa rosa, provincia peravia, república dominicana, durante el periodo febrero – marzo 2021. [Tesis de Grado]. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2021.

Frantz RP, Hill JW, Lickert CA, Wade RL, Cole MR, Tsang Y, et al. Adherencia a la medicación, hospitalización y utilización de recursos y costos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados con antagonistas de receptores de endotelina o inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5. *Pulm Circ*. 2020;10(1):2045894019880086.

Galiè N, Barberà JA, Frost AE, Ghofrani HA, Hoepfer MM, McLaughlin VV, et al. Uso inicial de ambrisentán más tadalafilo en la hipertensión arterial pulmonar. *N Engl J Med*. 2015;373(9):834-844.

Grady D, Weiss M, Hernandez-Sanchez J, Pepke-Zaba J. Medicación y factores del paciente asociados con la adherencia a terapias dirigidas para la hipertensión

pulmonar. *Pulm Circ.* 2018;8(1):2045893217743616.

Hall, J. E., & Hall, M. E. (2025). *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (15.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Tratado de fisiología médica* (14.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.

Rubino, F., Batterham, R. L., le Roux, C. W., et al. (2025). The new clinical definition of obesity: A Lancet Commission Report. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*.

McEvoy, J. W., et al. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*, 45(38), 3912–4018.

McCarthy, C. P., & Touyz, R. M. (2024, August 30). Essential messages from the 2024 ESC Guidelines on elevated BP and hypertension. *European Heart Journal*.

Hansen D, Abreu A, Ambrosetti M, Cornelissen V, Gevaert A, Kemps H, et al. Evaluación e indicación de la intensidad del ejercicio en la rehabilitación cardiovascular y más allá: declaración de posición de la Sección de Prevención Secundaria y Rehabilitación de la Asociación Europea de Cardiología Preventiva. *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29:230-245.

Hien, H. A., Tam, N. M., Van Minh, H., Thang, T. B., Hoang, L. P., Heytens, S., Devroey, D., & Tien, H. A. (2025). Factors influencing medication adherence among hypertensive patients in primary care settings in Central Vietnam: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 20(1), e0307588. doi:10.1371/journal.pone.0307588

Hu, Z., Zhang, H., Sun, Y., Wang, Y., Meng, R., Shen, K., Chen, J., & He, Y. (2025). Factors affecting treatment adherence among patients with hypertension based on the PRECEDE model: A cross-sectional study from a delay discounting perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 25, 100553. doi:10.1016/j.ijchp.2025.100553

Ivarsson B, Hesselstrand R, Rådegran G, Kjellström B. Adherencia y creencias sobre la medicación en pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica: encuesta de cohorte a nivel nacional. *Clin Respir J*. 2018;12(6):2029-2035.

Jain S, Khera R, Girotra S, Badesch D, Wang Z, Murad MH, et al. Efectividad comparativa de intervenciones farmacológicas para la hipertensión arterial pulmonar: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *Chest*. 2017;151(1):90-105.

Jirón, M. (2023). *Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en servicio de Medicina Interna* [Tesis de grado]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/201491/evaluacion-de-la-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas-hospitalizados.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kjellström B, Sandqvist A, Hjalmarsson C, Nisell M, Näsman P, Ivarsson B. Adherencia al tratamiento farmacológico específico de la enfermedad en pacientes con hipertensión arterial pulmonar o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. *ERJ Open Res*. 2020;6(4):00299-2020. doi:10.1183/23120541.00299-2020.

Lacayo, J. (2022). 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 año 2022 - UP-RID - Repositorio Institucional Digital de la Universidad de Panamá; [Tesis]. In *Up.ac.pa*. [http://up-rid.up.ac.pa/8154/1/jennifer\\_lacayo.pdf](http://up-rid.up.ac.pa/8154/1/jennifer_lacayo.pdf)

Lajoie AC, Lauzière G, Lega JC, Lacasse Y, Martin S, Simard S, et al. Terapia combinada versus monoterapia para la hipertensión arterial pulmonar: un metaanálisis. *Lancet Respir Med*. 2016;4(4):291-305.

Landis JR, Koch GG. Medición del acuerdo entre observadores para datos categóricos. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174.

López A, Muñoz J, Gutiérrez L. Estudio de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en atención primaria: impacto de los factores psicológicos. *Cardiol Mex*. 2020;88(2):118-125. doi:10.24875/CM.20000116.

Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J (eds.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21.<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill; 2022. Capítulo 108: Hypertension.

Madessa, K. K., Afework, Z. Y., Ergano, L. T., Asfaw, T. W., Desta, W. T., & colaboradores. (2025). Adherence to antihypertensive medications and determinants among patients at Yekatit 12 Hospital, 2022 G.C. *Journal of Clinical Cardiology and Cardiovascular Interventions*, 8(2), 1-8. doi:10.31579/2641-0419/444

Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. Guía 2023 de la ESH para el manejo de la hipertensión arterial. Grupo de Trabajo de la

Sociedad Europea de Hipertensión, avalado por la Asociación Europea Renal y la Sociedad Internacional de Hipertensión. *J Hypertens*. 2023;41:1874-2071.

Martínez A, Martínez G, Ruiz P, et al. Efecto de las intervenciones educativas sobre la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en atención primaria. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e59. doi:10.26633/RPSP.2020.59.

Mendoza P, García V, Ramírez J. La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial: una revisión de la literatura. *Medicina General*. 2020;31(6):45-52. doi:10.21001/medgen.2020.0068.

Montealegre, L., Amador, E., Pulido, T., Cabrera, C., Rivera, A., & Rebolledo, R. (2022). Main factors that determine adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients: Systematic review. *Journal of Hypertension*, 40(Suppl 1), e308. doi:10.1097/01.hjh.0000838740.81890.19

Morán Lima MG, Guamán Guamán DM, Romero Sacoto LA, Maxi Maxi EA. Adherencia al tratamiento farmacológico, prevención y control de la hipertensión arterial. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea [Internet]*. 2023;1(2):118–48. Disponible en: <https://revmic.com/index.php/IC/article/view/52>

Oghide, C. (2021). *Using education to improve medication adherence in hypertension* (Tesis doctoral, Grand Canyon University).

Olié V, Grave C, Gabet A, Chatignoux E, Gautier A, Bonaldi C, et al. Epidemiología de la hipertensión arterial en Francia: alta prevalencia y falta de concienciación de la población. *Bull Epidemiol Hebd*. 2023;2023:130-138.

Olsson KM, Corte TJ, Kamp JC, Montani D, Nathan SD, Neubert L, et al. Hipertensión pulmonar asociada a enfermedad pulmonar: nuevos conocimientos sobre mecanismos, diagnóstico y manejo. *Lancet Respir Med*. 2023;11(9):820-835.

Peralta D. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos, por medio de la escala de morisky recibidos en la consulta de atención primaria del hospital central de las fuerzas armadas, en el periodo enero - mayo 2022 [Tesis de postgrado]. [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]; 2022.

Penagos, D., Rodríguez, N., Medina, L., Largo, D., & Pérez, M. (2024). Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados. *Revista Salud Y Cuidado*, 24(1).

Pocohuanca-Ancco, L., Villacorta, J., & Hurtado-Roca, Y. (2021). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3), 316–321. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1252>

Qadus S, Naser AY, Ofori-Asenso R, Ademi Z, Al Awawdeh S, Liew D. Adherencia y abandono de terapias específicas para la hipertensión arterial pulmonar: revisión sistemática y metaanálisis. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2023;23(1):19-33.

Qadus S, Naser AY, Ofori-Asenso R, Ademi Z, Al Awawdeh S, Liew D. Adherencia y abandono de terapias específicas para la hipertensión arterial pulmonar: revisión sistemática y metaanálisis. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2023;23(1):19-33. doi:10.1007/s40256-022-00553-6.

Ramírez M, González A, Pérez P, et al. Impacto de los factores psicológicos en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos. *Rev Mex Cardiol*. 2021;32(1):22-30. doi:10.1016/j.remec.2020.11.003.

Rashid, A., Ejara, D., Deybasso, H. A., et al. (2024). Adherence to antihypertensive medications and associated factors in patients with hypertension, Oromia, Ethiopia: A multicenter study. *Scientific Reports*, 14, 30712. doi:10.1038/s41598-024-80086-x

Rodríguez E, Denis D, Ávila J, Hernández O. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Jul 13];37(4). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000400003&script=sci_arttext)

Ruiz G, Yeaw J, Lickert CA, De AP, Wade RL, Pruett J, et al. Uso de evidencia del mundo real para describir patrones de tratamiento, utilización de recursos y costos en hipertensión arterial pulmonar con monoterapia con inhibidores de la PDE-5. *J Health Econ Outcomes Res*. 2018;5(2):206-219.

Ruopp NF, Cockrill BA. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar: una revisión. *JAMA*. 2022;327(14):1379-1391.

Serrano M, Hernández M, Pérez C, et al. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de la consulta externa de medicina familiar. *Rev Med Chile*. 2022;150(3):348-356. doi:10.4067/S0034-98872022000300348.

Shah NB, Mitchell RE, Proctor ST, Choi L, DeClercq J, Jolly JA, et al. Altas tasas de adherencia a medicamentos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar: un

enfoque de farmacia especializada integrada. PLoS One. 2019;14(6):e0217798.

Solis 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 [Internet]. 2022;24(1):95–101. Available from: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/5139/7874>

Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. Guía de práctica de la Sociedad Europea de Hipertensión 2021 para la medición de la presión arterial en consulta y fuera de consulta. J Hypertens. 2021;39:1293-1302.

Studer S, Hull M, Pruett J, Koep E, Tsang Y, Drake W. Patrones de tratamiento, uso de recursos sanitarios y costos en pacientes con hipertensión arterial pulmonar en una base de datos estadounidense del mundo real. Pulm Circ. 2019;9(1):2045894018816294.

Studer S, Michael H, Janis P, Caitlin E, Yuen T, William D. Análisis retrospectivo de patrones de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial pulmonar. Pulm Ther. 2020;6(1):79-92.

Suárez R, Villanueva A, Pinto E, et al. Adherencia a los antihipertensivos: análisis de su relación con las características sociodemográficas y clínicas en pacientes de medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2021;37(2):75-81. doi:10.47316/rcmgi.2021.v37.n2.122.

Torres M, López F, Pérez G, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: factores sociales, psicológicos y médicos asociados. Hipertensión y

Riesgo Vascular. 2020;37(4):177-185. doi:10.1016/j.hiriv.2020.09.002.

Tsai CY, Shen CW, Lai HL, Chen CY. Adherencia y patrones de tratamiento con fármacos específicos entre pacientes con hipertensión arterial pulmonar: estudio nacional de cohortes de nuevos usuarios. *Front Pharmacol.* 2023;13:1030693.

Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. Guía mundial de práctica clínica para la hipertensión de la Sociedad Internacional de Hipertensión 2020. *J Hypertens.* 2020;38:982-1004.

Vega B, Rodríguez M, Navarro R, et al. Factores sociodemográficos y de salud mental asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en una consulta de medicina familiar. *Rev Esp Salud Publica.* 2022;96:e20220385. doi:10.4321/S1135-57272022000100003.

Velásquez, Á., Dávila, M., & Valladares, M. (2022). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo en un hospital del seguro social de Chiclayo durante el período de emergencia sanitaria por COVID-19. *REVISTA DEL CUERPO MÉDICO HOSPITAL NACIONALALMANZOR AGUINAGA ASENJO, Chiclayo, Perú, 15(1), 2227–4731.* <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa>

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. Guías ESC 2021 sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica. *Eur Heart J.* 2021;42:3227-3337.

Waxman A, Chen SY, Boulanger L, Watson JA, Golden G. Factores asociados con la adherencia a inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 en el tratamiento de la hipertensión

arterial pulmonar. *J Med Econ*. 2013;16(2):298-306.

Yarlas A, Mathai SC, Nathan SD, DuBrock HM, Morland K, Anderson N, et al. Consideraciones al seleccionar medidas de resultados informados por los pacientes para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión pulmonar. *Chest*. 2022;162(5):1163-1175.

World Health Organization. (2023, septiembre 19). *Global report on hypertension: The race against a silent killer* (ISBN 978-92-4-008106-2). Ginebra: Autor.

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.

Servicio Nacional de Salud. (s. f.). *¿Quiénes somos? (Hospital “Dr. Marcelino Vélez Santana”)*. Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### ESCUELA DE MEDICINA

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS** PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DE 18 A 65 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL HOSPITAL DR. MARCELINO VELEZ SANTANA, ABRIL-JUNIO 2025.

#### **DATOS GENERALES.**

##### **Sección I**

1. Fecha: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_ años
4. Sexo: Femenina \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
5. Estado civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_
6. Escolaridad: Primaria sin terminar \_\_\_\_\_ Primaria terminada \_\_\_\_\_
7. Secundaria \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_
8. ¿Trabaja actualmente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

##### **Sección II**

#### **Responda las siguientes preguntas:**

9. ¿Cuánto tiempo lleva siendo hipertenso/a? \_\_\_\_\_
10. ¿Qué medicamentos usted toma para la hipertensión arterial? \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene fácil acceso a su medicación? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. ¿Puede costearse los medicamentos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
13. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?

14. ¿El personal de salud que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su enfermedad y tratamiento? Si\_\_\_\_No\_\_\_\_\_

**Sección III**

- |   |  |    |
|---|--|----|
| 1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?  | Si   | No |
| 2. ¿hubo algún día que no toma su medicamento?  | Si   | No |
| 3. ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba? | Si   | No |
| 4. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?   | Si   | No |
| 5. Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?  | Si   | No |
| 6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?  | Si   | No |
| 7. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?  | Si   | No |
| 8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca / raramente</li> <li>▪ De vez en cuando</li> <li>▪ A veces</li> <li>▪ Usualmente- casi siempre</li> <li>▪ Todo el tiempo – siempre</li> </ul> |    |

**Test de Morisky – Green Modificado, de libre acceso en línea.**

# CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro que he sido informado/a e invitado a participar en una investigación denominada: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS, DE 18 A 65 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL HOSPITAL DR. MARCELINO VELEZ SANTANA, ABRIL-JUNIO 2025**, dirigido por las Dra. Lourdes M. Luciano Lora y Dra. Dallerin R. Reyes, médicos residentes del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana. **El propósito de este estudio es evaluar cuales factores influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, de 18 a 65 años edad.**

Objetivo del Estudio:

El objetivo de este estudio es identificar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Para crear estrategias que mejoraren la adherencia terapéutica y orientar a un mejor control de la hipertensión arterial.

Procedimiento:

Consiste en completar un cuestionario tipo encuesta de preguntas abiertas y cerradas, tomará aproximadamente 5 minutos y será aplicada durante su visita a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria.

Confidencialidad:

Toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial y se mantendrá anónima en los informes finales. Los datos recopilados se utilizan únicamente para fines de investigación y posteriormente serán eliminadas de acuerdo con las normativas vigentes.

Participación Voluntaria y Derecho Para Retirarse:

Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte de ninguna manera su atención médica o cualquier otro servicio al que tenga derecho.

Riesgos y beneficios.

No se anticipan riesgos significativos al participar en este cuestionario tipo encuesta. No recibirá un beneficio directo, esta información puede ser útil para mejorar la calidad de la atención médica y diseñar intervenciones que promuevan una mayor adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre sus derechos como participante, puede comunicarse con la: Dra. Dallerin R. Reyes, cel. 849-356-8995 o la Dra. Lourdes M. Luciano Lora, cel. 829-841-0531 o al correo: [comitedeetica@unibe.edu.do](mailto:comitedeetica@unibe.edu.do)

### **Declaración de Consentimiento**

**He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias.**

**Acepto participar en este estudio.**

- **Nombre del participante:** \_\_\_\_\_
- **Firma del participante:** \_\_\_\_\_
- **Nombre del investigador:** \_\_\_\_\_
- **Firma del investigador:** \_\_\_\_\_
- **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Anexos:

**Cuadro No. 1:** La edad más afectada de los pacientes hipertensos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25	6	2.83%
26-35	25	11.79%
36-45	37	17.45%
46-55	49	23.11%
56-65	95	44.81%
Total	212	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 2.** El sexo más afectado entre los pacientes de 18-65 años, hipertensos que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	149	70.28%
Masculino	63	29.72%
Total	212	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 3.** Los factores socioeconómicos más frecuentes entre los pacientes hipertensos, de 18-65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	70	33.02%
Casado	68	32.08%
Unión Libre	57	26.89%
Viudo/a	17	8.02%
Total	212	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 4.** Nivel de escolaridad en los pacientes hipertensos, de 18-65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria sin terminar	46	21.70%
Primaria terminada	19	8.96%
Secundaria	87	41.04%
Técnico	11	5.19%
Universitario	49	23.11%
Total	212	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 5.** Nivel de actividad laboral entre los pacientes hipertensos, de 18-65 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
No	107	50.47%
Si	105	49.53%
Total	212	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 6.** Porcentaje de los pacientes hipertensos presentan no adherencia al tratamiento, farmacológico de 18-65 años, que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Alta	37	17.45%
Media	74	34.91%
Baja	101	47.64%
Total	212	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 7.** Diferencia porcentual entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento antihipertensivo de 18-65 años, que acude a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

<b>Nivel de Adherencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adherencia	17.45%
No Adherencia	47.64%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 8.** Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos 18- 65 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

<b>Factores que influyen en la no adherencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Olvido del tratamiento	87.13%
Monoterapia	58.42%
No apego al tratamiento	49.50%
Percepción errónea de la enfermedad	41.58%
Tiempo con la medicación	57.43%
Alto costo del tratamiento	29.70%
Accesibilidad al tratamiento	22.77%
Acceso al servicio de salud	21.78%
Efecto adverso	19.80%
Asistencia médica	9.90%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

## Cruce de Variables:

**Cuadro No. 1:** Relación entre el olvido en toma de medicamento y las variables sexo y no actividad laboral en pacientes hipertenso, de 18-65 años, con baja adherencia.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	35	85.37%
Masculino	6	14.63%
Total	41	100%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 2:** Asociación entre el olvido en toma de medicamento y las variables sexo femenino, no actividad laboral y nivel de escolaridad, en pacientes hipertenso, de 18-65 años, con baja adherencia.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria sin terminar	12	34.29%
Primaria terminada	4	11.43%
Secundaria	14	40.00%
Técnico	2	5.71%
Universitario	3	8.57%
Total	35	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 3:** Relación adherencia farmacológica y el uso de Monoterapia, en pacientes hipertensos de 18-65 años.

Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Alta	20	17.54%
Media	35	30.70%
Baja	59	51.75%
Total	114	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 4:** Asociación entre la escolaridad con adherencia farmacológica y el olvido en la toma de medicamento.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria sin terminar	21	23.86%
Primaria terminada	9	10.23%
Secundaria	37	42.05%
Técnico	3	3.41%
Universitario	18	20.45%
Total	88	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 5:** Influencia de la edad con el olvido de la toma de medicamento.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25	4	4.55%
26-35	15	17.05%
36-45	17	19.32%
46-55	17	19.32%
56-65	35	39.77%
Total	88	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital General Regional Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 6:** Asociación entre monoterapia, tiempo del diagnóstico de la enfermedad y la suspensión del tratamiento al sentirse controlada con la baja adherencia antihipertensiva.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
6 meses - 1	5	20.00%
2-5 años	14	56.00%
6-10 años	2	8.00%
11-20 años	3	12.00%
Más 21 años	0	0.00%
No recuerda	1	4.00%
Total	25	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 7:** Muestra la asociación entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el apego a su plan de tratamiento con la baja adherencia en pacientes hipertensos de 18-65 años.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
6 meses - 1	10	20.00%
2-5 años	20	40.00%
6-10 años	11	22.00%
11-20 años	9	18.00%
Más 21 años	0	0.00%
No recuerda	0	0.00%
Total	50	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

**Cuadro No. 8:** Asociación entre la baja adherencia farmacológica, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, apego a su plan de tratamiento y si el personal de salud responde sus dudas e inquietudes.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
6 meses - 1	7	16.28%
2-5 años	16	37.21%
6-10 años	11	25.58%
11-20 años	9	20.93%
Más 21 años	0	0.00%
No recuerda	0	0.00%
Total	43	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes hipertensos de 18-65 años, que acuden a la consulta de medicina Familiar y Comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2025.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES HIPERTENSOS, DE 18 A 65 AÑOS, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL  
DR. MARCELINO VÉLEZ SANTANA, ABRIL-JUNIO 2025.

**Dra. Lourdes Mercedes Luciano Lora**  
Sustentante

**Dra. Dallerin Rosio Reyes Santos**  
Sustentante

**Dra. Alfa Iris Medina. Med. Familiar**  
Jurado Lector MARVESA

**Dr. Armando Meneses. Med. Familiar**  
Jurado Lector MARVESA

**Dr. Marcos Núñez**  
Decano de UNIBE

**Dr. Cosme Rafael Nazario Lora**  
Coord. De posgrado de UNIBE

**Dr. Wenceslao Figuereo Pérez**  
Gte. Dpto. Enseñanza e Investigación  
MARVESA

**Dra. Digna Marisol Estévez**  
Coord. Res. Med. Familiar y Com.  
MARVESA



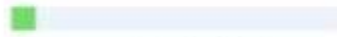
Calificación: 98 , Fecha: 16/7/25



## Plagiarism Checker X - Report

Originality Assessment

**7%**



**Overall Similarity**

**Date:** Jul 23, 2025 (03:20 PM)  
**Matches:** 1563 / 20910 words  
**Sources:** 9

**Remarks:** Low similarity detected, consider making necessary changes if needed.

**Verify Report:**  
Scan this QR Code

