



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en
tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026**

Presentado por:

MARIÑO QUISPE, YSRAEL RICARDO

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

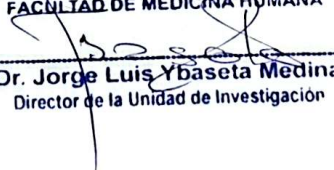
APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 06 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión"



TESIS

Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en
tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026

Línea de investigación
Salud pública y conservación del medio ambiente

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Autor

Bach. MARIÑO QUISPE, YSRAEL RICARDO

Asesor:

Dra. Tania Ysabel Ventura Fernandez

Ica, Perú

2026

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por brindarme fortaleza y perseverancia durante cada etapa de mi formación profesional. A mis padres, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante, quienes han sido el pilar fundamental para alcanzar este logro académico y personal.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a mis docentes y asesores por su asesoramiento. Asimismo, agradezco a todas las personas que contribuyeron directa o indirectamente en la realización de este trabajo, haciendo posible la culminación de esta etapa profesional.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos	III
Resumen	VII
Abstract.....	VIII
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Antecedentes de la investigación	2
Internacionales	2
Nacionales	5
Local	7
Bases teóricas.....	8
Marco conceptual.....	23
Problemas de investigación.....	24
Justificación e importancia de la investigación	25
Objetivos.....	27
Variables de la investigación	27
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	30
A. Tipo, nivel y diseño de investigación	30
B. Población, muestra materia de investigación	31
III. RESULTADOS	33
IV. DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
VIII. ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables terapéuticas.....	28
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable nivel de control de la presión arterial según criterios AHA	29
Tabla 3. Distribución de los pacientes según sexo	33
Tabla 4. Distribución de los pacientes según grupo etario.	34
Tabla 5. Distribución de los pacientes según presencia de diabetes mellitus	35
Tabla 6. Distribución de los pacientes según presencia de enfermedad renal crónica.	36
Tabla 7. Distribución de los pacientes según presencia de dislipidemia.	37
Tabla 8. Distribución de los pacientes según índice de masa corporal categorizado (OMS).	38
Tabla 9. Clasificación de presión arterial según AHA.	39
Tabla 10. Cumplimiento de meta de control según criterios AHA.	40
Tabla 11. Cumplimiento de meta de control según la estrategia HEARTS.....	41
Tabla 12. Distribución de los pacientes según esquema farmacológico antihipertensivo.	42
Tabla 13. Distribución de los pacientes según clases de fármacos antihipertensivos utilizados.....	43
Tabla 14. Tiempo en tratamiento antihipertensivo.	44
Tabla 15. Descripción estadística de la presión arterial sistólica y diastólica.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Distribución de los pacientes según sexo.	33
Ilustración 2 Distribución de los pacientes según grupo etario.....	34
Ilustración 3 Distribución de los pacientes según presencia de diabetes mellitus	35
Ilustración 4 Distribución de los pacientes según presencia de enfermedad renal crónica.	36
Ilustración 5 Distribución de los pacientes según presencia de dislipidemia.....	37
Ilustración 6 Distribución de los pacientes según índice de masa corporal categorizado (OMS).....	38
Ilustración 7 Clasificación de presión arterial según AHA.	39
Ilustración 8 Cumplimiento de meta de control según criterios AHA.	40
Ilustración 9 Cumplimiento de meta de control según la estrategia HEARTS	41
Ilustración 10 Distribución de los pacientes según esquema farmacológico antihipertensivo.....	42
Ilustración 11 Distribución de los pacientes según clases de fármacos antihipertensivos utilizados.....	43
Ilustración 12 Tiempo en tratamiento antihipertensivo.	44

RESUMEN

La hipertensión arterial es considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial por su alta frecuencia y su asociación con complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces y de guías internacionales como las de la American Heart Association (AHA), una proporción importante de pacientes no alcanza las metas recomendadas de control tensional, especialmente en el primer nivel de atención.

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de control de la presión arterial según criterios de la AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo atendidos en el Centro de Salud La Palma durante el año 2026. Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, descriptiva y de corte transversal. La población estuvo conformada por 183 pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial y la muestra por 128 pacientes en tratamiento farmacológico.

Los resultados mostraron predominio del sexo femenino (74,2%) y del grupo etario de 70 a 79 años (38,3%). Entre las comorbilidades más frecuentes se identificó dislipidemia en 38,3%, diabetes mellitus en 28,9% y enfermedad renal crónica en 1,6%. El hallazgo principal fue que 60,9% de los pacientes no alcanzó la meta de control de presión arterial según criterios AHA. Asimismo, de acuerdo con la estrategia HEARTS, 50,8% alcanzó la meta terapéutica.

Se concluye que predominó un bajo nivel de control de la presión arterial en la población estudiada, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento clínico, optimizar el tratamiento antihipertensivo y reforzar la adherencia terapéutica.

Palabras clave: hipertensión arterial, control de la presión arterial, criterios de la AHA, estrategia HEARTS, tratamiento antihipertensivo.

ABSTRACT

Arterial hypertension is one of the main public health problems worldwide due to its high frequency and its association with cardiovascular, cerebrovascular, and renal complications. Despite the availability of effective treatments and international guidelines such as those of the American Heart Association (AHA), a considerable proportion of patients do not achieve the recommended blood pressure targets, especially at the primary care level.

The aim of the study was to determine the level of blood pressure control according to AHA criteria in patients receiving antihypertensive treatment at La Palma Health Center during 2026. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. The population consisted of 183 adult patients diagnosed with arterial hypertension, and the sample included 128 patients receiving pharmacological treatment.

The results showed a predominance of female patients (74.2%) and of the 70-79 years age group (38.3%). Among the most frequent comorbidities, dyslipidemia was found in 38.3%, diabetes mellitus in 28.9%, and chronic kidney disease in 1.6%. The main finding was that 60.9% of patients did not achieve the blood pressure control target according to AHA criteria. Likewise, according to the HEARTS strategy, 50.8% achieved the therapeutic target.

In conclusion, a low level of blood pressure control predominated in the studied population, highlighting the need to strengthen clinical follow-up, optimize antihypertensive treatment, and reinforce therapeutic adherence.

.

Keywords: arterial hypertension, blood pressure control, AHA criteria, HEARTS strategy, antihypertensive treatment.

I. INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del problema

Según Vargas ⁽¹⁾, la hipertensión arterial (HTA) representa uno de los mayores desafíos de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.280 millones de adultos sufren de hipertensión, pero menos de la mitad tiene la presión arterial bajo control. Esta enfermedad es la principal causa prevenible de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y mortalidad prematura a nivel global. A pesar de la existencia de guías internacionales, como las de la *American Heart Association* (AHA), la brecha entre la evidencia y la práctica clínica sigue siendo amplia debido a factores como la adherencia terapéutica, el acceso a medicamentos y la educación del paciente.

En el Perú, la hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública. Según datos difundidos por el Ministerio de Salud con base en la ENDES 2019, la prevalencia de presión arterial elevada fue de 19,7%, lo que equivale aproximadamente a 1 de cada 5 personas mayores de 15 años ⁽²⁾. Asimismo, persisten dificultades en el control de la enfermedad, relacionadas con el diagnóstico oportuno, el seguimiento clínico y la adherencia al tratamiento, especialmente en el primer nivel de atención.

En la región Ica, se ha observado un aumento progresivo de casos de hipertensión arterial, reflejando las tendencias nacionales. Los reportes de la Dirección Regional de Salud de Ica muestran que la enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la región. Factores socioeconómicos, culturales y de acceso a servicios de salud dificultan el control óptimo de la hipertensión, y existe escasa información sobre el nivel de control de la presión arterial según criterios internacionales en la población local.

A nivel local en el Centro de Salud La Palma, la hipertensión arterial constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la población adulta. Si bien se cuenta con un Programa de Hipertensión y se aplican lineamientos internacionales como los criterios de la AHA, la proporción de pacientes que logra un adecuado control de la presión arterial continúa siendo limitada. En este contexto, resulta importante describir el nivel de control de la presión arterial según criterios de la *American Heart Association* (AHA), así como las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes atendidos en el Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma. Esta información permitirá contar con evidencia local útil para fortalecer el seguimiento clínico, orientar la toma de decisiones en el establecimiento

de salud y mejorar las estrategias de manejo dirigidas al cumplimiento de metas de control tensional.

B. Antecedentes de la investigación

a. Antecedentes internacionales

1. **Alyabsi et al.** ⁽³⁾. Realizaron un estudio en Arabia Saudita en el año 2020, titulado “*Impact of the 2017 ACC/AHA guideline on the prevalence of elevated blood pressure and hypertension: a cross-sectional analysis of 10 799 individuals*”. Con el objetivo de evaluar el efecto de la guía de hipertensión del American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA) de 2017 sobre la prevalencia de la presión arterial elevada y el inicio del tratamiento antihipertensivo. Estudio cuantitativo de corte transversal, realizado en 10,799 adultos. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de hipertensión aumentó significativamente del 14,49% (según JNC-7) al 40,77% al aplicar los criterios ACC/AHA 2017, lo que representa un incremento del 26,28%. A pesar de este aumento en la prevalencia, la recomendación de iniciar tratamiento farmacológico solo creció ligeramente (del 24,84% al 27,67%). Además, se halló que el 49,56% de los pacientes con medicación prescrita presentaban niveles de presión por encima de la meta terapéutica de la guía de 2017. Los principales factores de riesgo identificados fueron la edad avanzada, el sexo masculino, el diagnóstico de diabetes y un elevado índice de masa corporal. Este estudio se relaciona con la presente investigación porque utiliza los criterios ACC/AHA para evaluar el control y la prevalencia de la hipertensión arterial, aspectos relevantes para el análisis del control tensional en la población estudiada. Se diferencia en que este antecedente se enfoca en el impacto epidemiológico y el cambio de guías en una población general de Biobanco, mientras que la presente investigación describe el nivel de control de la presión arterial en pacientes atendidos en el primer nivel de atención.
2. **Metlock et al.** ⁽⁴⁾ Realizaron un estudio en Estados Unidos en el año 2026, titulado “*Shifting Thresholds: Changes in Antihypertensive Eligibility Under the 2025 Versus 2017 Hypertension Guidelines*”. Con el objetivo de cuantificar los cambios en la elegibilidad para el tratamiento antihipertensivo al comparar las guías ACC/AHA de 2017 frente a las nuevas de 2025, las cuales incorporan las ecuaciones de riesgo PREVENT. Estudio cuantitativo de análisis basado en simulación, utilizando datos representativos a nivel nacional (NHANES 2017-2020) de 5,578 adultos. Los resultados evidenciaron un incremento neto mínimo del 0.7%

(aproximadamente 400,000 personas) en la elegibilidad para tratamiento al pasar de la guía de 2017 (36.4%) a la de 2025 (36.6%). Se identificó que los adultos "nuevamente elegibles" bajo los criterios de 2025 eran predominantemente mujeres mayores con un índice de masa corporal elevado y medidas glucémicas limítrofes. La concordancia entre ambas guías fue alta, con un 36.3% de la población siendo consistentemente elegible. Este estudio se relaciona con la presente investigación porque analiza la evolución de los criterios de la AHA para la recomendación del tratamiento farmacológico, aspecto relevante para comprender el contexto actual del control de la presión arterial. Se diferencia en que este antecedente es un estudio de simulación poblacional que compara el impacto de nuevas ecuaciones de riesgo (PREVENT) versus las anteriores, mientras que la presente investigación describe el nivel de control de la presión arterial en pacientes del primer nivel de atención.

3. **Gupta et al.** ⁽⁵⁾. Realizaron un estudio en India en el año 2021, titulado “*Regional impact of updated guidelines on prevalence and distribution of blood pressure categories for hypertension in India: Results from the National Family Health Survey 4*”. Con el objetivo de estimar el impacto regional y nacional de las guías ACC/AHA 2017 sobre la prevalencia de la hipertensión en comparación con las guías anteriores. Estudio cuantitativo, transversal y de base poblacional, realizado en 679,712 participantes (hombres de 18-54 años y mujeres de 18-49 años). Los resultados evidenciaron que la prevalencia ponderada de hipertensión aumentó drásticamente del 18,5% (según los criterios antiguos de $\geq 140/90$ mmHg) al 43,0% al aplicar los criterios de la guía ACC/AHA 2017 ($\geq 130/80$ mmHg). Este incremento fue significativo tanto en hombres como en mujeres y se observó en todas las regiones del país, manteniendo la heterogeneidad regional previa. Este estudio se relaciona con mi investigación porque cuantifica el impacto del cambio de umbrales diagnósticos propuestos por la AHA en una población de un país en desarrollo, lo cual es relevante para entender la carga de enfermedad en el primer nivel de atención. Se diferencia en que este antecedente se enfoca en la prevalencia y distribución epidemiológica regional a gran escala, mientras que la presente investigación describe el nivel de control de la presión arterial en pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo bajo estos mismos criterios.
4. **Nolde et al.** ⁽⁶⁾. Realizaron un estudio a nivel mundial en el año 2022, titulado “*Global Impact of Different Blood Pressure Thresholds in 4 021 690*

Participants of the May Measurement Month Initiative”. Con el objetivo de estimar las consecuencias globales de reducir universalmente los umbrales de presión arterial (PA) sobre la prevalencia de la hipertensión, utilizando una base de datos masiva de pacientes reales. Estudio cuantitativo, observacional y estandarizado, realizado en 4,021,690 participantes de 104 países. Los resultados evidenciaron que al cambiar el umbral de $\geq 140/90$ mmHg a $\geq 130/80$ mmHg (criterio ACC/AHA), se produjo un incremento relativo en la tasa de hipertensión del 72,3%. Este aumento fue significativamente más pronunciado en países de bajos ingresos (95,3%) en comparación con los de altos ingresos (71,6%). Los autores concluyen que la aplicación universal de umbrales más bajos plantea obstáculos socioeconómicos potencialmente insuperables para la mayoría de los sistemas de salud. Este estudio se relaciona con mi investigación porque ofrece una perspectiva global sobre el impacto de adoptar los criterios de la AHA, subrayando los desafíos de control en entornos con recursos limitados. Se diferencia en que este antecedente es un análisis macroepidemiológico de múltiples naciones para comparar umbrales diagnósticos, mientras que la presente investigación se focaliza en describir el nivel de control de la presión arterial en una cohorte específica del primer nivel de atención.

5. **Liu et al.** ⁽⁷⁾. Realizaron un estudio en China (Ensayo ESPRIT) en el año 2024 titulado “*Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial*”. Con el objetivo de determinar si reducir la presión arterial sistólica a menos de 120 mmHg es superior a la meta estándar de menos de 140 mmHg en pacientes con alto riesgo cardiovascular, incluyendo aquellos con diabetes o accidente cerebrovascular previo. Estudio cuantitativo, ensayo clínico aleatorizado y controlado, realizado en 11,255 participantes de 116 hospitales o comunidades. Los resultados evidenciaron que el grupo de tratamiento intensivo (meta <120 mmHg) presentó una reducción significativa del 12% en el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (infarto, revascularización, insuficiencia cardíaca o muerte) en comparación con el grupo estándar. No se observó heterogeneidad en los resultados según la presencia de diabetes o historia de ictus. Aunque el síncope fue más frecuente en el grupo intensivo (0,4% vs 0,1%), no hubo diferencias significativas en eventos adversos graves como insuficiencia renal aguda o caídas. Este estudio se relaciona con mi investigación porque aporta

evidencia clínica de alto nivel sobre los beneficios de alcanzar metas de control más estrictas, similares a las propuestas por la AHA. Se diferencia en que este es un ensayo clínico intervencionista que evalúa resultados duros (mortalidad y eventos mayores), mientras que la presente investigación es un estudio observacional que describe el nivel de control de la presión arterial en condiciones reales del primer nivel de atención.

6. **Campos et al ⁽⁸⁾**. en su estudio “Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos”. México. El estudio tuvo como objetivo describir la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos, así como analizar las características del tratamiento y la proporción de pacientes con presión arterial controlada. Se trató de una investigación observacional y descriptiva basada en la evaluación de la presión arterial de 8 647 adultos participantes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022). La clasificación de hipertensión y control se realizó según los criterios del *American College of Cardiology/ American Heart Association* (ACC/AHA) y del Eighth Joint National Committee (JNC-8). Los resultados mostraron que, según ACC/AHA, la prevalencia de hipertensión fue de 47,8%, y el 65,5% de los afectados desconocía su diagnóstico; además, solo el 33,7% de quienes sabían que eran hipertensos logró mantener la presión arterial controlada. Con los criterios JNC-8, la prevalencia fue de 29,4% y el 43,9% ignoraba su condición. En conclusión, el estudio evidenció un alto subdiagnóstico y un bajo control de la hipertensión arterial, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y seguimiento para prevenir complicaciones, discapacidad y mortalidad prematura.

b. Antecedentes nacionales

1. **Burga ⁽⁹⁾**. En su estudio “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Conchán, Chota 2024”. UADC. Chota- Perú. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores asociados y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Conchán, Chota, durante el año 2024. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, con diseño no experimental y corte transversal, realizada en una muestra de 100 adultos mayores mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios validados para evaluar los factores de adherencia y el cumplimiento terapéutico. Los resultados mostraron que

la mayoría de los participantes tenía entre 71 y 90 años y predominó el sexo femenino; además, se evidenció que el 78% no presentaba adherencia al tratamiento antihipertensivo y el 49% tenía alto riesgo de incumplimiento. Entre los factores asociados, los socioeconómicos fueron los que más dificultaron la adherencia (86%), seguidos por los factores relacionados con el tratamiento (74%) y con la institución de salud (47%); sin embargo, los factores propios del paciente mostraron condiciones favorables para cumplir el tratamiento en un 73%. El análisis estadístico confirmó una relación significativa entre los factores asociados y la adherencia terapéutica ($p = 0,019$). En conclusión, se determinó que diversos factores influyen en el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, siendo los aspectos socioeconómicos los principales obstáculos para lograr una adecuada adherencia terapéutica.

2. **Ramírez** ⁽¹⁰⁾. En su estudio titulado “Adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores relacionados en pacientes adultos mayores ingresados en el Hospital Manuel Ignacio Monteros”. La finalidad fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores que la afectan en adultos mayores. Fue un estudio descriptivo y transversal, donde participaron adultos mayores de 65 años. Los resultados encontraron que el 55% de los adultos mayores presentaba buena adherencia al tratamiento antihipertensivo. Sin embargo, tomar muchos medicamentos al mismo tiempo (polifarmacia) y tener una dependencia funcional grave estuvieron relacionados con menor adherencia al tratamiento. Se concluye que, Un poco más de la mitad de los pacientes adultos mayores seguía bien su tratamiento para la presión alta, pero aquellos que tomaban varios medicamentos y tenían problemas graves para valerse por sí mismos eran menos constantes con su tratamiento. Este estudio se relaciona con la presente investigación porque analiza la adherencia al tratamiento antihipertensivo, aspecto clínico relevante en el contexto del control de la presión arterial en pacientes hipertensos.
3. **Santiago** ⁽¹¹⁾. En su estudio titulado “Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, hospital regional de Ayacucho, 2022”. El objetivo fue identificar qué factores están relacionados con que los adultos mayores sigan o no su tratamiento antihipertensivo, en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho entre noviembre de 2022 y marzo de 2023. Fue un estudio correlacional, cuantitativo, descriptivo, analítico y transversal. Los resultados dieron a conocer que, solo

el 18% de los pacientes seguía correctamente su tratamiento antihipertensivo, mientras que el 82% no lo hacía. Se encontró que factores como la situación económica, la atención del personal de salud, la ocupación y el nivel educativo sí influían en la adherencia al tratamiento. El estudio reveló que la mayoría de los adultos mayores no cumple con su tratamiento antihipertensivo. Además, la adherencia está más relacionada con factores externos, como el acceso a recursos económicos y la calidad de la atención médica, y no tanto con la motivación personal o el conocimiento del paciente sobre su enfermedad. Este estudio se relaciona con la presente investigación porque analiza la adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores vinculados al control de la presión arterial, aspectos relevantes en el contexto clínico de los pacientes hipertensos.

4. **Andrade** ⁽¹²⁾. En su estudio titulado “Evaluación de dos fármacos antihipertensivos en el manejo de la hipertensión arterial postparto en el hospital Cayetano Heredia”. Su finalidad fue evaluar cómo responden las pacientes con hipertensión arterial postparto al tratamiento con nifedipina y enalapril, y comparar la eficacia de ambos medicamentos. Fue un estudio de corte transversal. Los resultados esperados del estudio consisten en determinar qué medicamento nifedipino o enalapril es más efectivo para controlar la presión arterial en mujeres que presentan hipertensión después del parto. Se concluye que, este estudio permitirá identificar cuál de los dos medicamentos, nifedipino o enalapril, ofrece una mejor respuesta en el manejo de la hipertensión arterial postparto, brindando información útil para mejorar las decisiones clínicas y el cuidado de las pacientes en esta etapa. Este estudio se relaciona con la presente investigación porque aborda el uso de tratamientos antihipertensivos y su relación con el control de la presión arterial, lo cual aporta un referente clínico para la comprensión del manejo terapéutico en pacientes hipertensos.

c. Antecedentes locales

1. **Cueto** ⁽¹³⁾. En su tesis “Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en usuarios de un centro de atención primaria en Ica, 2023”. Su finalidad fue analizar si existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en un centro de atención primaria en Ica. El estudio fue de tipo básico y descriptivo, con un diseño no experimental y de corte transversal. Se trabajó con 70 pacientes hipertensos y se aplicaron dos cuestionarios para medir

estilo de vida y adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que la mayor parte de pacientes tenía entre 40 y 59 años, más de la mitad presentó alto riesgo de obesidad que fue el 53%, el 32,86% eran casos ya conocidos y 7,14% eran casos nuevos. Se concluye que, en estos pacientes hipertensos, un mejor estilo de vida se asocia con mayor adherencia al tratamiento antihipertensivo. En especial, el ejercicio y el manejo del estrés se relacionan fuertemente con el cumplimiento del tratamiento.

C. Bases teóricas

- **Tratamiento antihipertensivo**

Para Sahuanay ⁽¹⁴⁾, es el conjunto de intervenciones terapéuticas indicadas para reducir y mantener la presión arterial en niveles adecuados. Incluye el tratamiento farmacológico (uso de uno o más medicamentos antihipertensivos y su esquema) y el tratamiento no farmacológico (medidas de estilo de vida como dieta baja en sal, actividad física, control de peso, etc.).

En esta investigación, el tratamiento antihipertensivo se consideró una variable de caracterización terapéutica, ya que permitió describir el esquema de manejo farmacológico recibido por los pacientes y su distribución dentro de la población estudiada.

Tratamiento no farmacológico:

Según Gorostidi et al. ⁽¹⁵⁾, incluye modificaciones del estilo de vida:

- Reducción del consumo de sal (<5 g/día)
- Dieta saludable tipo DASH,
- Actividad física regular,
- Control del peso corporal,
- Reducción del consumo de alcohol,
- Abandono del tabaquismo.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se indica cuando las medidas no farmacológicas son insuficientes o cuando el riesgo cardiovascular es elevado.

Principales grupos farmacológicos:

- a) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) reducen la producción de angiotensina II.
- b) Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) bloquean efectos vasoconstrictores.

- c) Calcioantagonistas: Disminuyen la resistencia vascular periférica.
- d) Diuréticos tiazídicos: Reducen volumen plasmático.
- e) Betabloqueadores: disminuyen la frecuencia cardíaca y gasto cardíaco.

Intensidad terapéutica

El tratamiento antihipertensivo es progresivo y escalonado

- Monoterapia
- Terapia combinada (2 fármacos)
- Terapia triple o múltiple

Tiempo de tratamiento antihipertensivo

El tiempo de tratamiento antihipertensivo constituye una característica clínica relevante en el seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial. Su descripción permite contextualizar el control tensional observado en la población estudiada y reconocer el tiempo de exposición al manejo farmacológico.

Individualización del tratamiento antihipertensivo

Para Figueroa y Polanco ⁽¹⁶⁾, El tratamiento antihipertensivo debe adaptarse a las características particulares de cada paciente, ya que no todos responden de la misma manera a los medicamentos. Factores como la edad, sexo, presencia de enfermedades asociadas, función renal y riesgo cardiovascular influyen en la elección del fármaco y la dosis adecuada. En adultos mayores, por ejemplo, se busca iniciar el tratamiento con dosis bajas para evitar efectos adversos como hipotensión o mareos. Asimismo, pacientes con diabetes o enfermedad renal pueden beneficiarse más del uso de ciertos grupos farmacológicos que ofrecen protección adicional a órganos blancos. La individualización terapéutica favorece un manejo más seguro y adecuado de la presión arterial, considerando las características clínicas de cada paciente y contribuyendo al seguimiento del control tensional.

Inicio y ajuste progresivo del tratamiento

Según Pardo ⁽¹⁷⁾, el manejo antihipertensivo generalmente comienza con monoterapia en pacientes con hipertensión leve o moderada, evaluando la respuesta clínica durante el seguimiento médico. Si no se alcanzan las metas de presión arterial, el profesional de salud puede aumentar la dosis o añadir un segundo medicamento con diferente mecanismo de acción. Este ajuste progresivo evita reducciones bruscas de la presión arterial y disminuye la aparición de efectos secundarios. El monitoreo continuo permite evaluar la respuesta clínica del paciente y realizar modificaciones oportunas en el esquema terapéutico según su evolución. Este proceso gradual favorece la seguridad del paciente y mejora la tolerancia al tratamiento.

Importancia de la adherencia farmacológica

Según Salvarriera ⁽¹⁸⁾, la adherencia al tratamiento es uno de los factores más determinantes para lograr el control de la hipertensión arterial. Muchos pacientes abandonan la medicación debido a la ausencia de síntomas, olvidos o efectos secundarios leves. Sin embargo, la hipertensión suele ser una enfermedad silenciosa que puede causar daño progresivo, aunque el paciente se sienta bien. La educación del paciente sobre la importancia del tratamiento continuo ayuda a mejorar el cumplimiento terapéutico. Estrategias como simplificar esquemas de medicación o utilizar combinaciones en una sola tableta pueden aumentar significativamente la adherencia.

Importancia del tratamiento antihipertensivo en la prevención cardiovascular

Para Loyola ⁽¹⁹⁾, el tratamiento para la hipertensión arterial tiene un rol muy importante en la prevención tanto primaria como secundaria de las enfermedades cardiovasculares. Mantener la presión arterial dentro de valores adecuados permite disminuir de manera considerable el riesgo de presentar infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y también insuficiencia cardíaca. Además, contribuye a disminuir la progresión del daño renal y mejora la expectativa de vida del paciente. Por esta razón, el tratamiento antihipertensivo es considerado una de las intervenciones médicas más efectivas dentro de la salud pública.

Objetivos del tratamiento antihipertensivo

Según Astudillo ⁽²⁰⁾, el tratamiento antihipertensivo tiene múltiples objetivos orientados no solo a disminuir las cifras de presión arterial, sino también a prevenir complicaciones y mejorar la salud integral del paciente. Estos objetivos se plantean de manera progresiva y personalizada según las características clínicas de cada persona. Dentro de ellos se mencionan los siguientes:

1. Reducir los niveles de presión arterial a valores recomendados: El objetivo principal del tratamiento es lograr que la presión arterial se mantenga dentro de los rangos establecidos por las guías clínicas internacionales. Alcanzar cifras controladas permite disminuir la sobrecarga del sistema cardiovascular y evitar el daño progresivo de los vasos sanguíneos.
2. Prevenir complicaciones cardiovasculares: El control apropiado de la presión arterial tiene como objetivo disminuir la probabilidad de desarrollar enfermedades serias, como el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca. La hipertensión no controlada aumenta significativamente la probabilidad de presentar estos eventos.

3. Proteger los órganos blancos: La hipertensión puede afectar órganos vitales como el corazón, cerebro, riñones y retina. Por ello, uno de los objetivos del tratamiento es evitar el deterioro funcional de estos órganos, previniendo complicaciones como enfermedad renal crónica, cardiopatía hipertensiva y retinopatía.
4. Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a la hipertensión: El tratamiento antihipertensivo contribuye a reducir la frecuencia de hospitalizaciones, discapacidad y muerte prematura relacionadas con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.
5. Mejorar la calidad de vida del paciente: Mantener la presión arterial controlada permite que el paciente realice sus actividades diarias con menor riesgo de síntomas como cefalea, mareos o fatiga, favoreciendo su bienestar físico y emocional.
6. Evitar la progresión de enfermedades asociadas: Muchos pacientes hipertensos presentan otras patologías como diabetes o enfermedad renal. El tratamiento busca evitar que estas condiciones empeoren debido al daño vascular causado por la presión arterial elevada.
7. Promover la adherencia terapéutica a largo plazo: Otro objetivo importante es lograr que el paciente mantenga de manera constante el tratamiento farmacológico y las recomendaciones médicas, asegurando un control sostenido de la enfermedad.
8. Reducir el riesgo cardiovascular global: El manejo antihipertensivo no solo se enfoca en la presión arterial, sino también en disminuir factores de riesgo asociados como obesidad, sedentarismo y hábitos alimentarios inadecuados, contribuyendo a una mejor salud cardiovascular integral.
9. Mantener estabilidad hemodinámica sin efectos adversos significativos: El tratamiento debe lograr el control tensional sin provocar complicaciones como hipotensión, mareos o caídas, especialmente en adultos mayores, por lo que la terapia debe ser individualizada.

Terapia combinada en el tratamiento antihipertensivo

Para Cutti ⁽²¹⁾, la terapia combinada consiste en el uso simultáneo de dos o más medicamentos antihipertensivos con mecanismos de acción diferentes para lograr un mejor control de la presión arterial. Esta estrategia es recomendada cuando la monoterapia no consigue alcanzar las metas tensionales establecidas. Diversos estudios han demostrado que la combinación de fármacos permite un efecto antihipertensivo más potente y sostenido, además de reducir la probabilidad de efectos adversos al emplear dosis menores de cada medicamento. Las

combinaciones más frecuentes incluyen IECA o ARA II junto con bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazídicos. La terapia combinada también favorece una respuesta más rápida al tratamiento, lo cual es importante en pacientes con alto riesgo cardiovascular. En adultos mayores, esta estrategia debe aplicarse con precaución para evitar hipotensión excesiva. El uso de presentaciones farmacológicas combinadas en una sola tableta ha demostrado mejorar la adherencia terapéutica al simplificar el esquema de medicación. Asimismo, esta modalidad permite mayor estabilidad en el control de la presión arterial durante el día. Las guías internacionales recomiendan iniciar terapia combinada en pacientes con cifras tensionales muy elevadas o con riesgo cardiovascular alto. En consecuencia, la terapia combinada representa una herramienta eficaz para optimizar el manejo clínico de la hipertensión arterial.

Efectos adversos del tratamiento antihipertensivo

Aunque los medicamentos antihipertensivos son fundamentales para el control de la presión arterial, pueden producir efectos secundarios que influyen en la continuidad del tratamiento. Entre los efectos adversos más frecuentes se encuentran mareos, hipotensión, fatiga, tos seca (especialmente con IECA), edema periférico con bloqueadores de canales de calcio y alteraciones electrolíticas asociadas al uso de diuréticos. Estos síntomas pueden generar incomodidad en el paciente y favorecer la suspensión del tratamiento sin supervisión médica. En adultos mayores, los efectos adversos pueden presentarse con mayor frecuencia debido a cambios fisiológicos propios del envejecimiento y la presencia de múltiples enfermedades. Por ello, es importante realizar ajustes progresivos de dosis y monitoreo constante. La educación del paciente sobre posibles reacciones adversas permite mejorar la adherencia terapéutica, ya que reduce la ansiedad y promueve la consulta médica antes de abandonar la medicación. Además, la evaluación periódica de la función renal y los electrolitos contribuye a prevenir complicaciones. El manejo adecuado de los efectos secundarios incluye cambiar el fármaco, ajustar dosis o modificar la combinación terapéutica. Un tratamiento bien tolerado aumenta significativamente la probabilidad de control adecuado de la presión arterial.

Importancia del seguimiento médico en el tratamiento antihipertensivo

Según Arango et al ⁽²²⁾, el seguimiento médico constituye un componente esencial dentro del tratamiento antihipertensivo, ya que permite evaluar la respuesta terapéutica y detectar oportunamente posibles complicaciones. Las consultas periódicas facilitan el monitoreo de la presión arterial, la revisión del cumplimiento del tratamiento y la identificación de efectos adversos. Asimismo,

el profesional de salud puede reforzar la educación sanitaria y promover cambios en el estilo de vida como reducción del consumo de sal, actividad física regular y control del peso corporal. El seguimiento continuo permite ajustar la medicación según la evolución clínica del paciente, evitando tanto el mal control tensional como la hipotensión. En pacientes adultos mayores, el control frecuente es especialmente importante debido a la variabilidad de la presión arterial y la presencia de comorbilidades. Además, la relación médico-paciente fortalece la confianza y mejora la adherencia terapéutica. Programas de atención primaria como la estrategia HEARTS promueven controles estandarizados para optimizar el manejo de la hipertensión. El monitoreo regular también permite evaluar el cumplimiento de metas terapéuticas establecidas por guías internacionales.

Hipertensión arterial

Según Paqui ⁽²³⁾, la hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por la elevación sostenida de los niveles de presión arterial sistólica y/o diastólica por encima de valores considerados normales. Constituye uno de los principales factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, siendo responsable de una elevada carga de morbilidad a nivel mundial.

De acuerdo con las guías internacionales, la presión arterial se refiere a la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias durante el ciclo cardíaco. La presión arterial sistólica (PAS) corresponde al valor más alto que se presenta cuando el corazón se contrae, mientras que la presión arterial diastólica (PAD) indica el valor más bajo que ocurre cuando el corazón se encuentra en fase de relajación. Asimismo, la Asociación Americana del Corazón (AHA) considera que una persona presenta hipertensión arterial cuando registra valores de presión arterial iguales o superiores a 130/80 mmHg en mediciones repetidas y realizadas de manera adecuada.

Importancia epidemiológica

La hipertensión arterial representa uno de los problemas de salud pública más relevantes a nivel global. Se estima que más de 1 200 millones de personas padecen esta enfermedad, y una gran proporción desconoce su diagnóstico o no logra un adecuado control tensional. En América Latina, el control de la hipertensión continúa siendo limitado debido a factores como:

- Baja adherencia terapéutica.
- Acceso irregular a medicamentos.
- Estilos de vida no saludables.
- Seguimiento clínico insuficiente.

En el Perú, la HTA constituye una causa frecuente de consulta en el primer nivel de atención y se asocia significativamente con enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal crónica.

Fisiopatología de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad multifactorial en la que intervienen mecanismos hemodinámicos, neurohormonales y vasculares.

Entre los principales mecanismos fisiopatológicos destacan:

- a) Activación del sistema nervioso simpático: ocasiona un incremento en la frecuencia cardíaca y provoca la constricción de los vasos sanguíneos periféricos.
- b) Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): genera vasoconstricción y retención de sodio y agua, aumentando el volumen intravascular.
- c) Disfunción endotelial: disminuye la producción de óxido nítrico, favoreciendo rigidez vascular.
- d) Remodelado vascular: incrementa la resistencia periférica sistémica.

Factores de riesgo asociados

Los factores de riesgo se clasifican en:

Factores modificables

- Obesidad
- Sedentarismo
- Dieta rica en sodio
- Consumo de alcohol
- Tabaquismo
- Estrés crónico

Factores no modificables

- Edad avanzada
- Sexo
- Antecedentes familiares
- Predisposición genética

Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo

Para Huapaya ⁽²⁴⁾, la adherencia terapéutica se entiende como el nivel en que el comportamiento del paciente, como tomar los medicamentos, seguir las indicaciones médicas y realizar cambios en su estilo de vida, se ajusta a las recomendaciones establecidas junto con el profesional de salud. En el caso de la

hipertensión arterial, este aspecto es fundamental para lograr un adecuado control de la presión arterial y prevenir complicaciones cardiovasculares.

La Organización Mundial de la Salud considera la falta de adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas como un problema prioritario de salud pública, debido a su impacto directo en el control de la presión arterial, el incremento de hospitalizaciones y el aumento de la mortalidad.

En pacientes hipertensos, la no adherencia puede manifestarse de diversas formas, tales como omisión de dosis, interrupción del tratamiento, automodificación de la medicación o incumplimiento de recomendaciones no farmacológicas.

Importancia de la adherencia en el tratamiento antihipertensivo

El tratamiento antihipertensivo tiene como objetivo mantener cifras de presión arterial dentro de rangos terapéuticos seguros. Sin embargo, múltiples estudios han demostrado que una proporción considerable de pacientes no logra un control adecuado debido principalmente al incumplimiento terapéutico.

La adherencia adecuada permite:

- Reducir el riesgo de accidente cerebrovascular.
- Disminuir eventos coronarios.
- Prevenir insuficiencia cardíaca.
- Retardar el daño renal crónico.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

Por el contrario, la no adherencia se asocia con fracaso terapéutico, necesidad de intensificación farmacológica innecesaria y aumento de costos sanitarios.

Clasificación de los factores asociados a la no adherencia

La no adherencia al tratamiento antihipertensivo es un fenómeno multifactorial. Diversos modelos teóricos clasifican los factores en cinco grandes dimensiones: factores relacionados con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad, con el sistema sanitario y factores socioeconómicos.

Factores relacionados con el paciente

- Falta de conocimiento sobre la enfermedad: Muchos pacientes hipertensos desconocen la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de tratamiento continuo, incluso en ausencia de síntomas. La hipertensión suele denominarse “enfermedad silenciosa”, lo que genera una falsa percepción de bienestar que favorece el abandono del tratamiento.

- Creencias y percepciones personales: Algunos pacientes consideran que solo deben tomar medicamentos cuando presentan síntomas como cefalea o mareos, lo cual conduce a una adherencia irregular. Asimismo, creencias culturales o experiencias previas negativas influyen en la aceptación del tratamiento farmacológico.
- Olvido y deterioro cognitivo: En adultos mayores, el deterioro de la memoria y la disminución de funciones cognitivas representan causas frecuentes de omisión de dosis, especialmente en esquemas terapéuticos complejos.

Factores relacionados con el tratamiento farmacológico:

- Complejidad del régimen terapéutico: El uso de múltiples medicamentos con diferentes horarios incrementa la probabilidad de incumplimiento. La polifarmacia es particularmente frecuente en pacientes ancianos con comorbilidades.
- Efectos adversos de los medicamentos: Los efectos secundarios como mareos, fatiga, tos persistente o edema periférico pueden generar rechazo al tratamiento y abandono voluntario.
- Duración indefinida del tratamiento: El carácter crónico del tratamiento antihipertensivo puede generar fatiga terapéutica, llevando al paciente a suspender la medicación tras periodos prolongados.

Factores relacionados con la enfermedad

- Curso asintomático de la hipertensión: La ausencia de síntomas evidentes reduce la percepción de gravedad y disminuye la adherencia terapéutica.
- Presencia de comorbilidades: Pacientes con múltiples enfermedades crónicas deben seguir diversas indicaciones médicas simultáneamente, lo que aumenta la dificultad para mantener un cumplimiento adecuado.
- Evolución prolongada de la enfermedad: Con el tiempo, algunos pacientes desarrollan una percepción de estabilidad que los lleva a suspender el tratamiento sin supervisión médica.

- **Nivel de control de la presión arterial según AHA**

Según Rodríguez et al ⁽²⁵⁾, el nivel de control de la presión arterial según la AHA hace referencia al grado en que un paciente logra mantener sus valores de presión arterial dentro de los rangos considerados adecuados de acuerdo con los criterios establecidos por la American Heart Association. Esta clasificación es considerada en la actualidad como uno de los criterios internacionales más utilizados para el

diagnóstico, monitoreo y control de la hipertensión arterial dentro de la práctica clínica.

La presión arterial es un indicador fundamental del estado del sistema cardiovascular, ya que refleja la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes arteriales durante la circulación. Cuando estos valores se mantienen elevados de forma persistente, se produce un mayor esfuerzo cardíaco y daño progresivo en los vasos sanguíneos, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Por esta razón, la AHA estableció parámetros específicos que permiten identificar tempranamente alteraciones tensionales y orientar decisiones terapéuticas oportunas ⁽²⁶⁾.

Principales umbrales y clasificación según AHA 2025:

Según la guía de hipertensión 2025 de la AHA, recomienda que:

- La **meta terapéutica** para la mayoría de adultos es mantener la presión arterial por debajo de **<130/80 mmHg**.
- La clasificación de presión arterial se mantiene con categorías como normal, elevada, hipertensión estadio 1 y estadio 2, basadas en mediciones repetidas.

Esto significa que pacientes con valores $\geq 130/80$ mmHg requieren vigilancia más estrecha y posible tratamiento farmacológico.

Recomendaciones terapéuticas actualizadas:

- El tratamiento temprano con cambios en el estilo de vida y, si es necesario, con medicación antihipertensiva.
- En hipertensión estadio 2 (por ejemplo, $\geq 140/90$ mmHg), se recomienda iniciar tratamiento con dos medicamentos combinados en una sola tableta para mejorar adherencia y control.
- Se recomiendan estrategias de atención primaria que incluyan medición domiciliar y cuidado en equipo para mejorar las tasas de control.

El nivel de control de la presión arterial se definió como el cumplimiento o no cumplimiento de la meta tensional establecida por la AHA. En la presente investigación, se clasificó a los pacientes como controlados o no controlados, lo que permitió describir el estado de control tensional observado en la población evaluada.

Clasificación de la presión arterial según AHA

Para Thompson ⁽²⁷⁾, la clasificación de la presión arterial propuesta por la AHA permite evaluar el estado cardiovascular del paciente y determinar el nivel de riesgo asociado a la hipertensión arterial. Esta categorización facilita el diagnóstico temprano, el seguimiento clínico y la toma de decisiones terapéuticas,

ya que establece valores específicos que orientan cuándo iniciar cambios en el estilo de vida o tratamiento farmacológico:

Según la AHA, la presión arterial se clasifica en las siguientes categorías:

1. Presión arterial normal: Se considera normal cuando la presión sistólica es menor de 120 mmHg y la presión diastólica es menor de 80 mmHg. En esta categoría el riesgo cardiovascular es bajo, por lo que se recomienda mantener hábitos saludables para prevenir el desarrollo futuro de hipertensión.
2. Presión arterial elevada: Se presenta cuando la presión sistólica está entre 120 y 129 mmHg y la presión diastólica es menor de 80 mmHg. Aunque todavía no se clasifica como hipertensión, esta situación indica un mayor riesgo de que la presión arterial aumente con el tiempo. Por ello, se recomienda realizar cambios en el estilo de vida, como disminuir el consumo de sal, practicar actividad física de forma regular y mantener un adecuado control del peso corporal.
3. Hipertensión arterial estadio 1: Se diagnostica cuando la presión sistólica se encuentra entre 130 y 139 mmHg o la presión diastólica entre 80 y 89 mmHg. En esta etapa se evalúa el riesgo cardiovascular global del paciente para decidir si se inicia tratamiento farmacológico además de las medidas no farmacológicas.
4. Hipertensión arterial estadio 2: Corresponde a valores de presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg o presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg. En este nivel existe mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, por lo que generalmente se requiere tratamiento farmacológico combinado junto con cambios en el estilo de vida.
5. Crisis hipertensiva: Se considera cuando la presión arterial supera los 180/120 mmHg. Esta situación representa una urgencia médica que puede comprometer órganos vitales y requiere atención inmediata para evitar complicaciones graves.

Esta clasificación es ampliamente utilizada en la práctica clínica porque permite identificar de manera rápida el grado de control de la presión arterial y establecer estrategias terapéuticas adecuadas, contribuyendo a la prevención de enfermedades cardiovasculares y al seguimiento efectivo del paciente hipertenso.

Factores relacionados con el control de la presión arterial

Según Pedraza ⁽²⁸⁾, el control adecuado de la presión arterial no depende únicamente del uso de medicamentos antihipertensivos, sino también de diversos factores relacionados con el paciente, el tratamiento y el entorno sanitario. Estos

factores pueden favorecer o dificultar el logro de las metas establecidas por las guías clínicas, por lo que su identificación resulta fundamental para mejorar el manejo de la hipertensión arterial.

1. Adherencia al tratamiento farmacológico: Uno de los factores más importantes es el cumplimiento adecuado de la medicación prescrita. Cuando el paciente toma los medicamentos de manera irregular o suspende el tratamiento sin indicación médica, es más probable que la presión arterial permanezca elevada y aumente el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
2. Hábitos alimenticios: El consumo excesivo de sal, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados contribuye al aumento de la presión arterial. En cambio, una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y alimentos bajos en sodio favorece el control tensional.
3. Actividad física: El sedentarismo se asocia con mayor riesgo de hipertensión y mal control de la presión arterial. La práctica regular de ejercicio ayuda a mejorar la circulación sanguínea, disminuir el peso corporal y reducir los niveles de presión arterial.
4. Peso corporal y obesidad: El sobrepeso y la obesidad incrementan la resistencia vascular y el trabajo cardíaco, dificultando el control tensional. La reducción del peso corporal ha demostrado mejorar significativamente los niveles de presión arterial.
5. Consumo de alcohol y tabaco: El consumo frecuente de alcohol y el tabaquismo generan alteraciones vasculares que elevan la presión arterial, dificultan el control tensional y aumentan el riesgo cardiovascular.
6. Edad y cambios fisiológicos: En adultos mayores se producen cambios estructurales en las arterias, como mayor rigidez vascular, lo que puede dificultar el control de la presión arterial y requerir ajustes terapéuticos individualizados.
7. Presencia de enfermedades asociadas: Enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y dislipidemia pueden complicar el manejo de la hipertensión y requieren estrategias terapéuticas adecuadas para alcanzar las metas de control.

Medición correcta de la presión arterial

La valoración del control de la presión arterial depende en gran parte de que la medición se realice con una técnica adecuada. Para obtener resultados más confiables, es necesario que el paciente permanezca en reposo durante al menos

cinco minutos antes de la medición, en posición sentada y con el brazo apoyado a la altura del corazón. El uso de manguitos adecuados y equipos calibrados es esencial para evitar errores diagnósticos. Mediciones incorrectas pueden generar falsos diagnósticos de mal control o control adecuado, afectando las decisiones clínicas. Por ello, la estandarización del procedimiento es un aspecto clave dentro del seguimiento según criterios AHA.

Relación entre control tensional y daño a órganos blancos

Para García et al ⁽²⁹⁾, el mal control de la presión arterial produce daño progresivo en órganos conocidos como órganos blancos, entre ellos el corazón, cerebro, riñones y retina. La hipertensión sostenida puede generar hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia renal crónica y eventos cerebrovasculares. Alcanzar las metas de control establecidas por la AHA reduce significativamente la progresión de estas complicaciones. Por esta razón, el control tensional no solo se evalúa mediante cifras numéricas, sino también mediante la prevención del deterioro funcional de estos órganos.

Rol del estilo de vida en el control según AHA

Las modificaciones del estilo de vida representan una parte fundamental para alcanzar el control de la presión arterial. La disminución en la ingesta de sal, la realización frecuente de actividad física y el mantenimiento de una alimentación equilibrada y el control del peso corporal han demostrado disminuir significativamente los niveles de presión arterial. Estas medidas pueden incluso reducir la necesidad de múltiples medicamentos en algunos pacientes. La AHA enfatiza que el tratamiento farmacológico debe complementarse siempre con hábitos saludables para lograr resultados sostenibles a largo plazo.

Importancia del seguimiento clínico continuo

Según Thompson ⁽²⁷⁾, el seguimiento médico periódico permite evaluar si el paciente está cumpliendo las metas de control establecidas por la AHA. Durante las consultas se revisa la respuesta al tratamiento, la aparición de efectos adversos y la adherencia terapéutica. Además, el seguimiento facilita la educación continua del paciente y la detección temprana del mal control tensional. Un monitoreo constante mejora significativamente los resultados clínicos y reduce el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Nivel de control de la presión arterial en pacientes ambulatorios ancianos

Para Julio et al ⁽³⁰⁾, el envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más importantes a nivel mundial y representa un desafío significativo para los sistemas de salud. El aumento progresivo de la esperanza de vida ha generado un incremento sostenido del número de adultos

mayores, grupo etario en el cual las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la hipertensión arterial, adquieren mayor prevalencia e impacto clínico.

Los pacientes ancianos presentan características fisiológicas y clínicas particulares que influyen directamente en el comportamiento de la presión arterial y en la respuesta al tratamiento antihipertensivo. En este grupo poblacional, la hipertensión arterial es altamente frecuente debido a cambios estructurales y funcionales propios del envejecimiento cardiovascular, lo que convierte al control tensional en un objetivo prioritario dentro de la atención ambulatoria.

El manejo de la hipertensión en pacientes ambulatorios ancianos resulta especialmente relevante, ya que la mayoría de ellos recibe seguimiento en el primer nivel de atención, donde se realizan controles periódicos, ajustes terapéuticos y estrategias de prevención de complicaciones cardiovasculares.

Cambios fisiológicos del envejecimiento relacionados con la presión arterial

Determina Guzmán ⁽³¹⁾, el envejecimiento produce modificaciones progresivas en el sistema cardiovascular que favorecen el desarrollo y la persistencia de cifras elevadas de presión arterial. Entre los principales cambios destacan:

- a) Rigidez arterial: Con el paso de los años, las arterias pierden elasticidad debido a la degradación de fibras elásticas y al aumento del colágeno vascular. Esta rigidez arterial incrementa la presión sistólica y amplía la presión de pulso, fenómeno característico en adultos mayores.
- b) Disfunción endotelial: La reducción en la producción de óxido nítrico provoca menor capacidad vasodilatadora, favoreciendo la vasoconstricción sostenida.
- c) Alteraciones del sistema nervioso autónomo: Existe una disminución de la sensibilidad barorrefleja, lo que dificulta la regulación rápida de la presión arterial ante cambios posturales o estímulos fisiológicos.
- d) Cambios renales: La disminución progresiva del filtrado glomerular altera la regulación del sodio y del volumen intravascular, contribuyendo al mantenimiento de la hipertensión. Como consecuencia, en los adultos mayores es frecuente observar hipertensión sistólica aislada, considerada un predictor importante de eventos cardiovasculares.

Características del paciente ambulatorio anciano hipertenso

El paciente ambulatorio anciano presenta condiciones clínicas complejas que influyen en el control de la presión arterial, tales como:

- Presencia de múltiples comorbilidades (diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, dislipidemia).

- Polifarmacia.
- Deterioro funcional o cognitivo.
- Fragilidad geriátrica.
- Variabilidad en la adherencia terapéutica.

Dimensiones del nivel de control de la presión arterial según AHA

- Control de presión arterial: se refiere al proceso mediante el cual se busca mantener los valores de la presión arterial dentro de los rangos normales o recomendados por las guías médicas, con el propósito de disminuir el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares. Este control se alcanza a través del uso adecuado de medicamentos antihipertensivos, modificaciones en el estilo de vida, como mantener una alimentación saludable, disminuir el consumo de sal, realizar actividad física de manera regular, controlar el peso corporal y asistir a controles médicos de forma periódica.
- Cumplimiento de meta AHA: se refiere a alcanzar los valores de presión arterial establecidos como adecuados según las recomendaciones de la AHA. De acuerdo con estas guías, se considera que un paciente tiene la presión arterial controlada cuando presenta cifras menores a 130/80 mmHg, especialmente en personas con hipertensión arterial o con factores de riesgo cardiovascular. Este cumplimiento indica que el paciente ha alcanzado la meta tensional establecida, lo que favorece la reducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales.
- Clasificación AHA: es un sistema utilizado para categorizar los niveles de presión arterial según los criterios establecidos por la AHA, con el objetivo de identificar el riesgo cardiovascular y orientar el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Esta clasificación permite determinar si una persona tiene presión arterial normal, elevada o hipertensión en diferentes grados, facilitando la toma de decisiones clínicas oportunas.
- Cumplimiento de meta HEARTS: se refiere a que un paciente con hipertensión arterial logra mantener sus valores de presión arterial dentro de los niveles de control establecidos por la estrategia HEARTS Initiative, impulsada por la Organización Mundial de la Salud para mejorar la prevención y el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud.

Iniciativa HEARTS

La Iniciativa HEARTS, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es un modelo

técnico y estratégico que busca fortalecer el manejo integral de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular dentro de la atención primaria de salud. HEARTS se basa en seis módulos que incluyen asesoramiento sobre estilos de vida, protocolos de tratamiento basados en evidencia, acceso a medicamentos y tecnología esenciales, manejo de riesgo cardiovascular, atención en equipo y sistemas de monitoreo y mejora continua. Su implementación busca institucionalizar prácticas clínicas óptimas y aumentar las tasas de control de la presión arterial, transformando los servicios de atención primaria para enfrentar las enfermedades cardiovasculares de forma más eficaz y equitativa.

Objetivos y alcance del programa HEARTS

HEARTS tiene como finalidad mejorar el primer nivel de atención, de manera que el tratamiento de la hipertensión y de otros factores de riesgo cardiovascular se brinde de forma organizada, eficiente y con calidad. Para lograrlo, integra herramientas clínicas y de gestión, además de estrategias de mejora continua, con el propósito de disminuir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la población.

En la Región de las Américas, HEARTS se ha establecido como el modelo oficial para el manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria, con la meta de consolidarse como el estándar de atención entre los años 2025 y 2027.

D. Marco conceptual

A. Adherencia terapéutica

Se entiende como el nivel en que el paciente cumple adecuadamente las recomendaciones del médico, lo que incluye tomar los medicamentos, realizar cambios en su estilo de vida y acudir a los controles médicos, con el objetivo de lograr mejores resultados en su salud.

B. Adulto mayor

Persona que generalmente tiene 60 años o más y que presenta cambios fisiológicos propios del envejecimiento, los cuales pueden influir en la aparición y manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

C. Antihipertensivos

Son medicamentos utilizados para disminuir y controlar la presión arterial elevada, ayudando a prevenir complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares.

D. Control de presión arterial

Es el mantenimiento de los valores de presión arterial dentro de los rangos recomendados por guías clínicas, mediante tratamiento farmacológico y modificaciones en el estilo de vida.

E. Hipertensión arterial

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento constante de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, lo cual eleva el riesgo de padecer enfermedades del corazón, renales y accidentes cerebrovasculares.

F. Monitoreo ambulatorio

Proceso mediante el cual se evalúa el estado de salud del paciente durante sus consultas externas, sin necesidad de hospitalización, permitiendo el seguimiento continuo de enfermedades crónicas.

G. Presión arterial

Fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias del cuerpo, la cual se mide mediante valores sistólicos y diastólicos para evaluar el funcionamiento del sistema cardiovascular.

H. Tratamiento farmacológico

Uso de medicamentos prescritos por el profesional de salud para prevenir, controlar o tratar una enfermedad, buscando mejorar la condición clínica del paciente y evitar complicaciones.

E. Problemas de la investigación

a. Problema general

¿Cuál es el nivel de control de la presión arterial según los criterios de la AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026?

b. Problemas específicos

PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026?

PE2: ¿Cuáles son los valores de presión arterial sistólica y diastólica en los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026?

PE3: ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que cumplen la meta de control de presión arterial (<130/80 mmHg) según criterios de la AHA?

PE4: ¿Cómo se distribuyen los pacientes según la clasificación de presión arterial establecida por la AHA (normal, elevada, estadio 1 y estadio 2)?

PE5: ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la meta de control de presión arterial según la estrategia HEARTS en los pacientes evaluados?

F. Justificación

Justificación teórica:

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y uno de los principales factores de riesgo para eventos cardiovasculares como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. A pesar de existir guías clínicas y tratamiento antihipertensivo disponible, en la práctica clínica muchos pacientes no logran un control adecuado de la presión arterial. Por ello, describir el nivel de control de la presión arterial usando criterios estandarizados como los de la AHA permite valorar de forma objetiva el cumplimiento de las metas tensionales en la población estudiada. Además, este estudio aporta evidencia local sobre el comportamiento del control tensional en pacientes atendidos en atención primaria, lo cual fortalece el conocimiento sobre el manejo real de la hipertensión y contribuye a futuras investigaciones relacionadas con adherencia, comorbilidades y calidad de atención.

Justificación práctica:

En el Centro de Salud La Palma, los pacientes con hipertensión requieren un seguimiento constante para prevenir complicaciones. Conocer el nivel de control de la presión arterial permitirá identificar si la mayoría de pacientes se encuentra controlada o no, y en qué proporción se necesita intensificar el manejo (ajuste de esquema, reforzamiento de medidas no farmacológicas, educación, seguimiento más frecuente).

Los resultados servirán como insumo para el personal de salud (médicos, personal de enfermería y personal de obstetricia, de corresponder su participación en el programa) para mejorar acciones como: control periódico de presión, evaluación de respuesta al tratamiento, detección temprana de casos no controlados y optimización del tratamiento según guías. En resumen, la investigación puede apoyar decisiones clínicas y organizativas orientadas a mejorar el control de la hipertensión en la práctica diaria.

Justificación metodológica:

Este estudio tiene valor metodológico porque propone medir el nivel de control de la presión arterial mediante un criterio claro y reproducible: el cumplimiento de metas de control según AHA, lo cual estandariza la evaluación y facilita comparaciones con otros estudios.

Además, al trabajar con un diseño observacional (de corte transversal) y describir el nivel de control tensional junto con características del tratamiento y del paciente, se genera evidencia útil para reconocer patrones en la población real atendida. La metodología puede servir como referencia para futuras investigaciones en el mismo

establecimiento o en otros centros de salud, ya que permite replicar el proceso de medición y análisis con instrumentos y variables accesibles (PA, esquema terapéutico, tiempo de tratamiento, comorbilidades, etc.).

Justificación social:

La hipertensión no controlada incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares, discapacidad y mortalidad, lo que afecta al paciente, su familia y al sistema de salud por mayores costos en consultas, emergencias y hospitalizaciones. Por ello, describir el nivel de control de la presión arterial en una población local contribuye a la prevención de complicaciones y al fortalecimiento de la atención integral de una enfermedad crónica prioritaria. De manera indirecta, los hallazgos pueden orientar estrategias de promoción de estilos de vida saludables, adherencia terapéutica y seguimiento oportuno, beneficiando a la comunidad atendida por el Centro de Salud La Palma y aportando evidencia útil para la toma de decisiones en salud pública a nivel local.

Importancia

La presente investigación es importante porque permitirá conocer el nivel real de control de la hipertensión arterial en pacientes atendidos en el Centro de Salud La Palma durante el año 2026, utilizando como referencia los criterios de control establecidos por la AHA. Esto brinda un panorama objetivo sobre el nivel de control de la presión arterial en los pacientes evaluados y sobre el cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas. Asimismo, el estudio es relevante para la práctica clínica del primer nivel de atención, ya que identificar la proporción de pacientes controlados y no controlados orienta acciones de mejora como el fortalecimiento del seguimiento, la educación del paciente, la optimización del esquema farmacológico y el refuerzo de medidas no farmacológicas. De esta manera, los resultados pueden contribuir a reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

G. Objetivos de la investigación

a. Objetivo general

Determinar el nivel de control de la presión arterial según los criterios AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma, durante el año 2026.

b. Objetivos específicos

OE1: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma, 2026.

OE2: Describir los valores de presión arterial sistólica y diastólica en los pacientes en tratamiento antihipertensivo.

OE3: Determinar el porcentaje de pacientes que cumplen la meta de control según criterios AHA.

OE4: Describir la distribución de los pacientes según la clasificación de presión arterial establecida por la AHA.

OE5: Determinar el nivel de cumplimiento de la meta de control según la estrategia HEARTS.

H. Variables de la investigación

En el presente estudio descriptivo, la variable principal fue el nivel de control de la presión arterial según criterios AHA. Asimismo, se consideraron variables de caracterización sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, tales como sexo, grupo etario, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, dislipidemia, índice de masa corporal, esquema farmacológico antihipertensivo, clases farmacológicas, tiempo en tratamiento y cumplimiento de meta según la estrategia HEARTS.

I. Operacionalización de variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables terapéuticas

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE ESTADÍSTICA
Tratamiento antihipertensivo.	Esquema farmacológico	Tipo de esquema terapéutico	Monoterapia / Biterapia / Politerapia / NR	Cualitativa ordinal
	Intensidad terapéutica	Nº de fármacos	1 / 2 / 3 / 4+ / NR	Cualitativa ordinal
	Clases farmacológicas.	Clase farmacológica utilizada	IECA / ARA-II / Calcioantagonista (CCB) / Diurético tiazídico / Betabloqueador / Otros / NR	Cualitativa nominal
	Tiempo en tratamiento antihipertensivo	Tiempo de tratamiento	≤5 años / 6–10 años / >10 años / NR	Cualitativa ordinal

Nota: elaboración propia (2026)

Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable nivel de control de la presión arterial según criterios AHA

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS/ CRITERIOS	TIPO DE VARIABLE ESTADÍSTICA
Nivel de control de la presión arterial según AHA.	Control de presión arterial.	PAS (mmHg), PAD (mmHg)	Valores numéricos registrados de presión arterial sistólica y diastólica	Cuantitativa continua
	Cumplimiento de meta AHA	Clasificación final del control según AHA	Controlado: <130/80 mmHg / No controlado: ≥ 130 y/o ≥ 80 mmHg	Cualitativa dicotómica
	Clasificación AHA	Categoría de presión arterial	Normal / Elevada / HTA estadio 1 / HTA estadio 2	Cualitativa ordinal
	Cumplimiento de meta HEARTS	Control según vía de abordaje HEARTS	Controlado /no controlado	Cualitativa dicotómica

Nota: Creación propia 2026.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

A. Tipo, nivel y diseño de investigación

a. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo aplicado, según Galarza ⁽³²⁾, pues permite abordar problemas y desafíos específicos mediante la aplicación del conocimiento en contextos reales. Asimismo, por su alcance, el estudio se clasifica como descriptivo, ya que se orienta a detallar el nivel de control de la presión arterial según los criterios establecidos por la AHA en la población evaluada. En ese sentido, se describen las características relacionadas con los valores de presión arterial, el cumplimiento de la meta de control según AHA, la clasificación de la presión arterial y el nivel de cumplimiento de la estrategia HEARTS en los pacientes en tratamiento antihipertensivo. De esta manera, se caracteriza la situación actual de los pacientes del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026, sin establecer relaciones de asociación entre las variables.

b. Enfoque de la investigación

El enfoque fue cuantitativo, indica Maldonado ⁽³³⁾ ya que permitió recolectar y analizar datos numéricos relacionados con las variables de estudio mediante procedimientos estadísticos descriptivos, con el fin de describir el nivel de control de la presión arterial y las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes evaluados.

c. Diseño de investigación

El estudio fue de diseño no experimental y de corte transversal. Según Torales (35), es no experimental porque no se manipulan las variables; se observa y analiza la información tal como ocurre en la realidad”.

Esencialmente es observacional, transversal, ya que según Mavrou ⁽³⁵⁾ se realiza en un solo momento o en un corto período de tiempo. Se recopilan datos de las personas o situaciones en un punto específico, sin hacer un seguimiento a largo plazo.

B. Población, muestra materia de investigación

a. Población

La población es caracterizada por Pérez ⁽³⁷⁾ como el total de individuos que comparten ciertos criterios comunes y que se encuentran en una región específica que se desea estudiar. En el presente estudio, la población estuvo conformada por **183 pacientes** con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el periodo de estudio.

b. Muestra

Para Pérez (37) es un segmento representativo de la población, del cual el investigador recolectará la información necesaria, permitiendo así generalizar los resultados obtenidos al conjunto total. La muestra estuvo conformada por 128 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En ese sentido, **se realizó un censo de la población elegible**, por lo que no fue necesario aplicar una fórmula para el cálculo del tamaño muestral, debido a que se incluyó a la totalidad de los pacientes elegibles para el estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de HTA.
- En tratamiento antihipertensivo farmacológico y con seguimiento en 2026.
- Con registro de presión arterial y tratamiento consignado en historia clínica y/o ficha del programa.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas (sin PA o sin tratamiento registrado).
- Gestantes (por manejo particular de HTA).
- Pacientes con condiciones agudas graves al momento del registro que alteren PA (si está documentado).

Procedimiento:

- 1.- Gestión de permisos: se solicitó autorización al Centro de Salud La Palma y al área responsable del programa de HTA para acceder a registros.
- 2.- Capacitación y estandarización: se capacitó previamente al personal de salud con la toma correcta de la presión arterial según recomendaciones estandarizadas de la guía AHA/ACC 2025.

3.- Selección de la muestra: se identificaron pacientes del programa atendidos en 2026 y se aplicaron criterios de inclusión/exclusión.

4.- Recolección de datos: se completó la ficha de recolección por cada paciente revisando la historia clínica y registros.

5.- Control de calidad: se realizó revisión diaria de fichas, se verificaron datos faltantes, y corrección de inconsistencias (ej. fechas, duplicados).

6.- Digitación: se ingresaron los datos a una base de datos (Microsoft Excel, SPSS u otro software estadístico), con codificación previa de variables. Se realizó doble verificación de digitación.

7.- Análisis estadístico: procesamiento y análisis según plan detallado.

8.- Informe final: se elaboraron los resultados, discusión y conclusiones basadas en los hallazgos.

C. Técnica de procesamiento de datos, análisis e interpretación de resultados

Los datos recolectados fueron organizados en una base de datos en Microsoft Excel y posteriormente procesados en el programa SPSS versión 25. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes; para las variables cuantitativas se calcularon media, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo. Los resultados se presentaron en tablas y figuras para facilitar su interpretación.

D. Consideraciones éticas

La presente investigación se llevó a cabo considerando los principios éticos básicos en estudios con seres humanos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. Asimismo, se aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada, utilizando códigos para identificar a los pacientes y evitando registrar nombres u otros datos personales que permitan reconocerlos.

La información recopilada se utilizó únicamente con fines académicos y científicos. Además, el estudio no representó ningún riesgo físico, psicológico ni social para los participantes, ya que se basó en la revisión de historias clínicas y registros del programa. Asimismo, el proyecto contará con la autorización del Centro de Salud La Palma y se respetarán las normas institucionales vigentes. Los datos serán almacenados de forma segura y solo el investigador tendrá acceso a ellos.

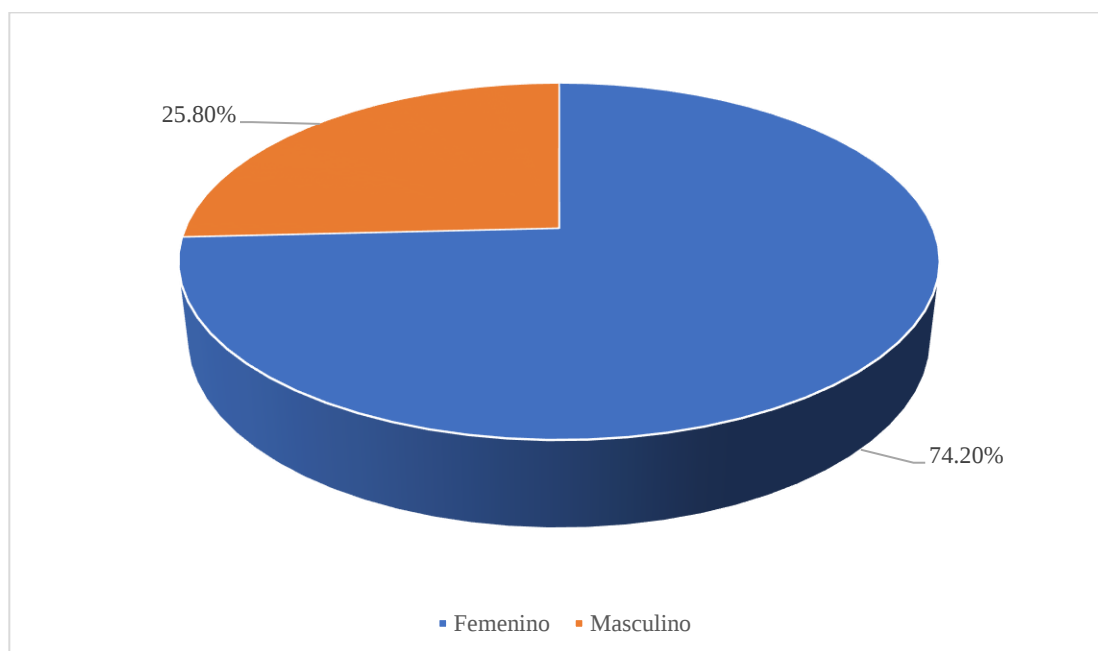
III. RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 3 Distribución de los pacientes según sexo

Clasificación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	95	74,2%
Masculino	33	25,8%
Total	128	100%

Ilustración 1 Distribución de los pacientes según sexo.

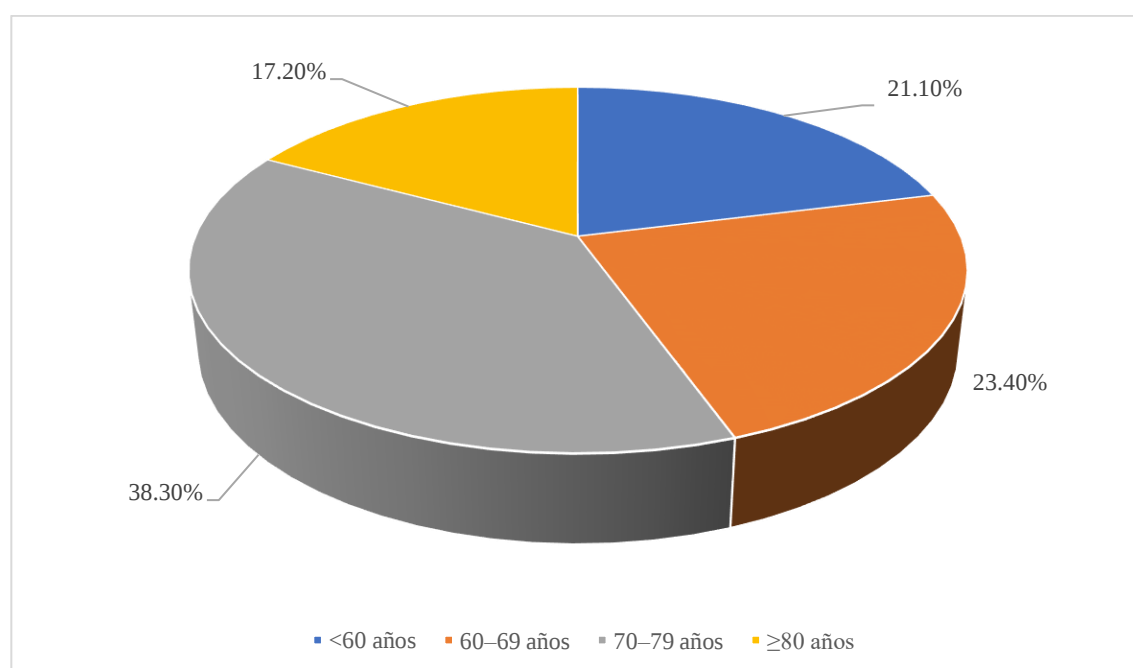


Interpretación: En la Tabla 3 se observa que, del total de 128 pacientes evaluados, el 74,2% (n=95) correspondió al sexo femenino y el 25,8% (n=33) al sexo masculino, evidenciándose un predominio del sexo femenino en la población incluida en el Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 4 Distribución de los pacientes según grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<60 años	27	21,1%
60–69 años	30	23,4%
70–79 años	49	38,3%
≥80 años	22	17,2%
Total	128	100%

Ilustración 2 Distribución de los pacientes según grupo etario.

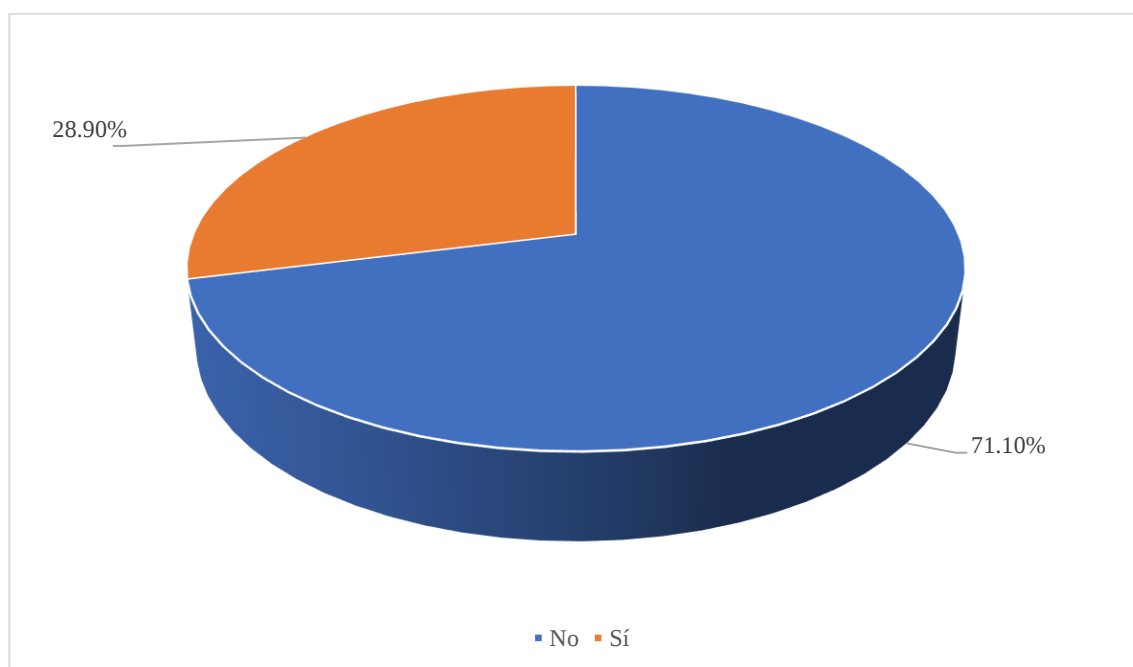


Interpretación: En la Tabla 4 se observa que el grupo etario con mayor frecuencia fue el de 70–79 años, representando el 38,3% (n=49) del total de pacientes. Siguió el grupo de 60–69 años con 23,4% (n=30), mientras que el 21,1% (n=27) correspondió a pacientes menores de 60 años y el 17,2% (n=22) a pacientes de 80 años o más. Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026 pertenece a grupos etarios de adulto mayor.

Tabla 5 Distribución de los pacientes según presencia de diabetes mellitus

Diabetes mellitus	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	91	71,1%
Sí	37	28,9%
Total	128	100%

Ilustración 3 Distribución de los pacientes según presencia de diabetes mellitus

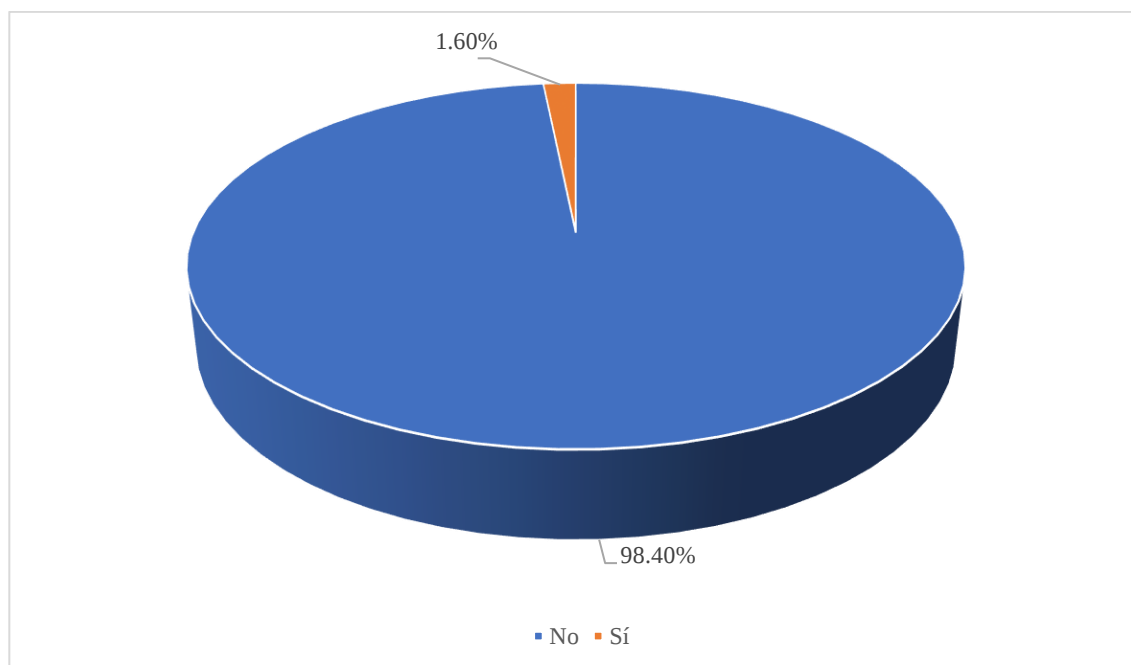


Interpretación: En la Tabla 5 se observa que el 28,9% (n=37) de los pacientes presentó diagnóstico de diabetes mellitus, mientras que el 71,1% (n=91) no presentó esta comorbilidad. Estos resultados indican que, en la población estudiada del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026, la mayoría de los pacientes no presenta diabetes mellitus como enfermedad asociada

Tabla 6 Distribución de los pacientes según presencia de enfermedad renal crónica.

Enfermedad renal crónica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	126	98,4%
Sí	2	1,6%
Total	128	100%

Ilustración 4 Distribución de los pacientes según presencia de enfermedad renal crónica.

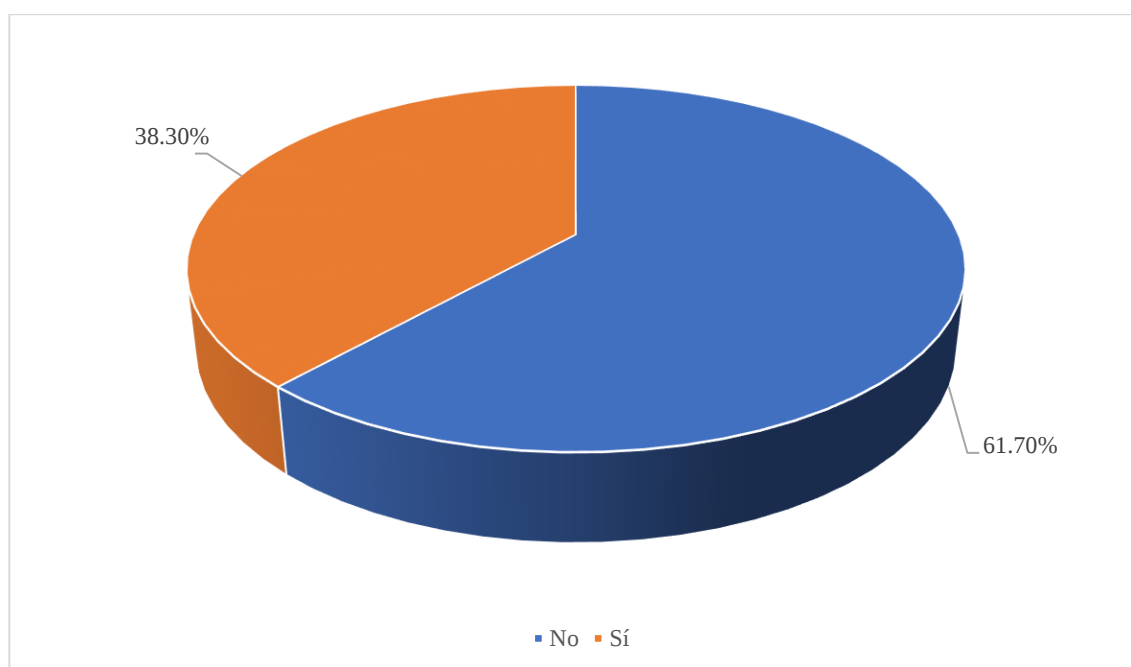


Interpretación: En la Tabla 6 se observa que el 1,6% (n=2) de los pacientes presentó diagnóstico de enfermedad renal crónica, mientras que el 98,4% (n=126) no presentó esta comorbilidad. Estos resultados muestran que la presencia de enfermedad renal crónica es poco frecuente en la población evaluada del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 7 Distribución de los pacientes según presencia de dislipidemia.

Dislipidemia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	79	61,7%
Sí	49	38,3%
Total	128	100%

Ilustración 5 Distribución de los pacientes según presencia de dislipidemia

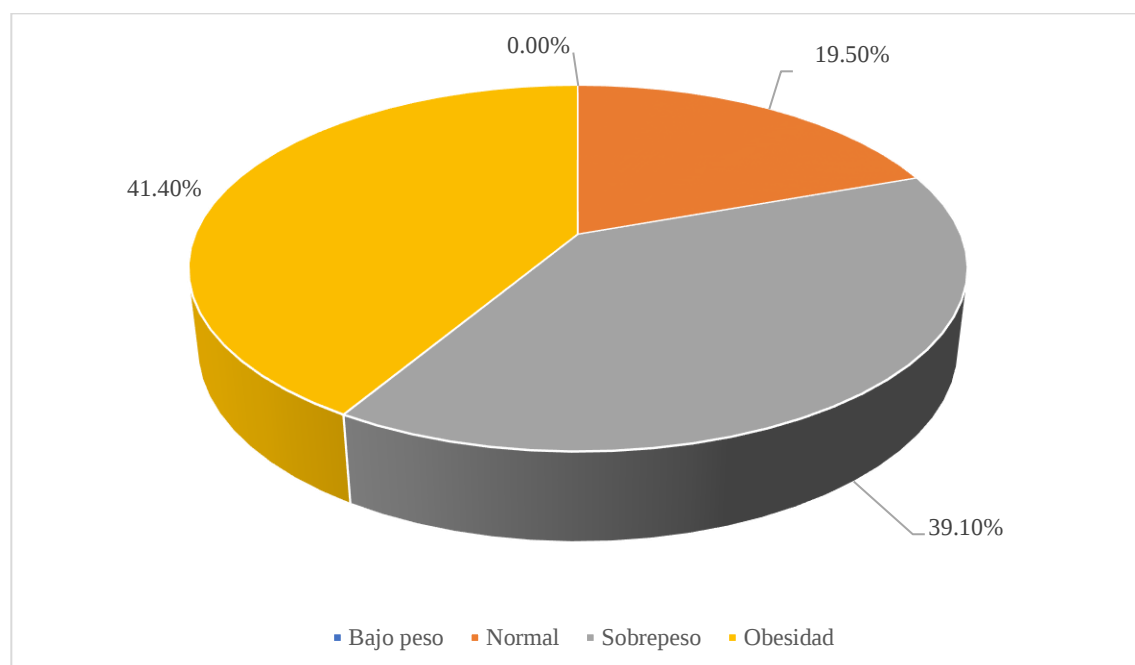


Interpretación: En la Tabla 7 se observa que el 38,3% (n=49) de los pacientes presentó diagnóstico de dislipidemia, mientras que el 61,7% (n=79) no presentó esta comorbilidad. Estos resultados indican que más de un tercio de la población evaluada del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026 presenta dislipidemia como enfermedad asociada.

Tabla 8 Distribución de los pacientes según índice de masa corporal categorizado (OMS).

Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bajo peso	0	0,0%
Normal	25	19,5%
Sobrepeso	50	39,1%
Obesidad	53	41,4%
Total	128	100%

Ilustración 6 Distribución de los pacientes según índice de masa corporal categorizado (OMS)

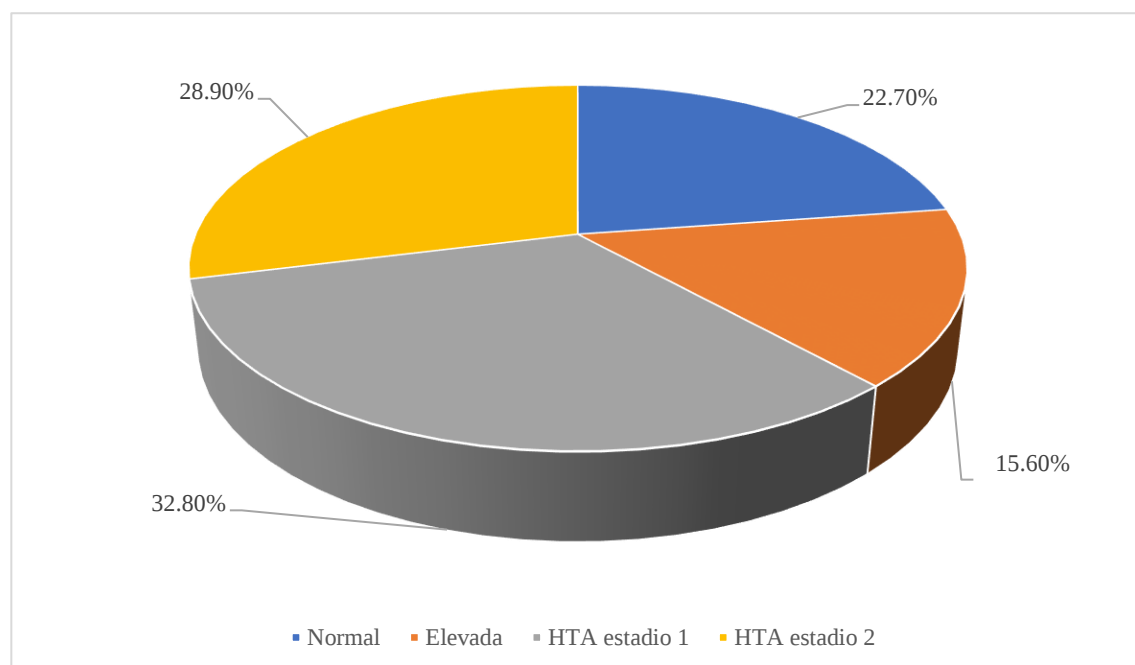


Interpretación: En la Tabla 8 se observa que el 41,4% (n=53) de los pacientes presentó obesidad y el 39,1% (n=50) sobrepeso, mientras que el 19,5% (n=25) se encontró en rango normal y no se registraron casos de bajo peso. En conjunto, el 80,5% de la población evaluada presentó exceso de peso (sobrepeso u obesidad), evidenciando una alta frecuencia de alteración del estado nutricional en los pacientes del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 9. Clasificación de la presión arterial según AHA.

Clasificación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normal	29	22,7%
Elevada	20	15,6%
HTA estadio 1	42	32,8%
HTA estadio 2	37	28,9%
Total	128	100%

Ilustración 7 Clasificación de presión arterial según AHA.

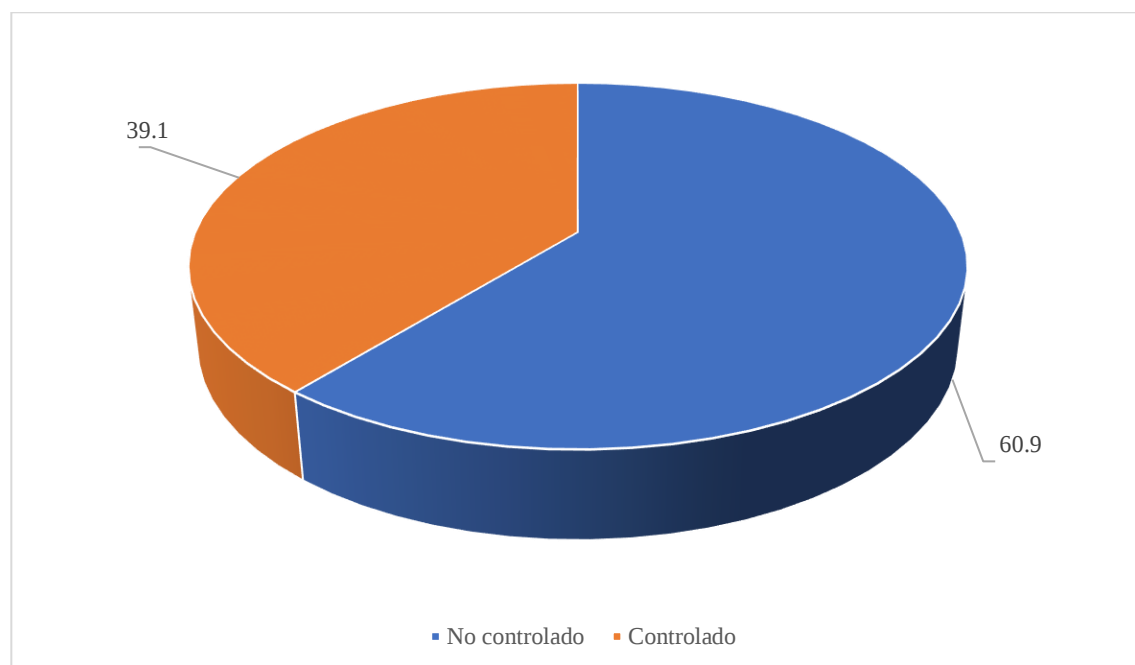


Interpretación: En la Tabla 9 se observa que el 32,8% (n=42) de los pacientes se clasificó en hipertensión arterial (HTA) estadio 1 y el 28,9% (n=37) en HTA estadio 2. Asimismo, el 22,7% (n=29) presentó presión arterial normal y el 15,6% (n=20) presión arterial elevada, según los criterios establecidos por la AHA. En conjunto, el 61,7% de los pacientes se encuentra en categorías correspondientes a hipertensión arterial (estadios 1 y 2), evidenciando una alta proporción de pacientes con presión arterial por encima de los valores normales en la población evaluada.

Tabla 10 Cumplimiento de meta de control según criterios AHA.

Control según AHA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No controlado	78	60,9
Controlado	50	39,1
Total	128	100.0

Ilustración 8 Cumplimiento de meta de control según criterios AHA.

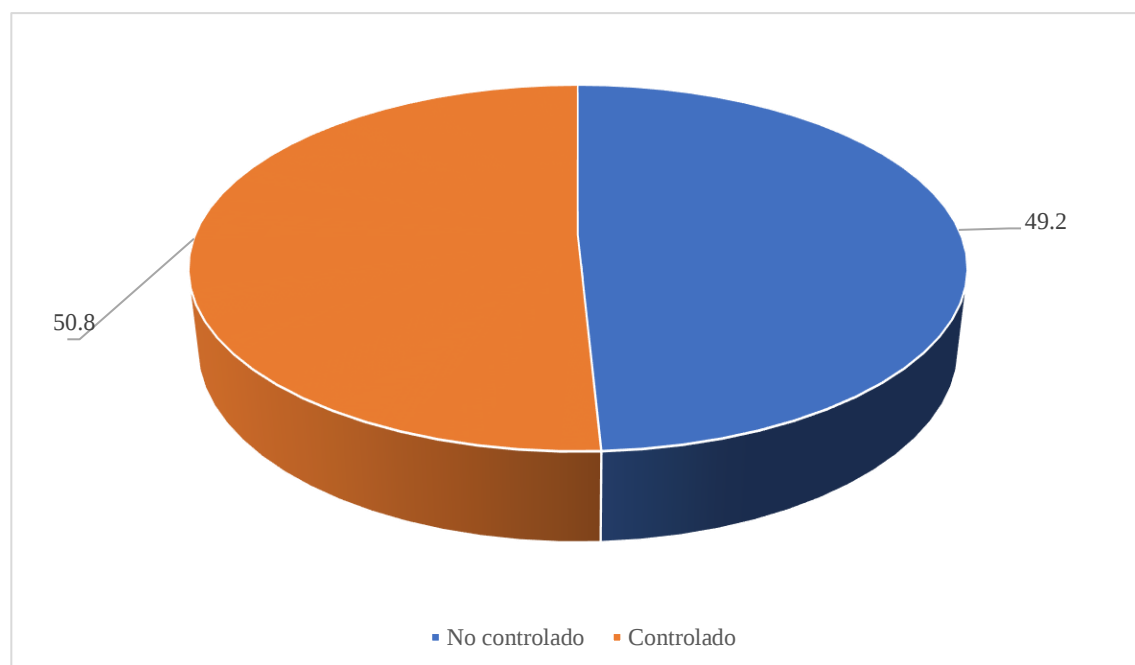


Interpretación: En la Tabla 10 se observa que el 60,9% (n=78) de los pacientes no alcanzó la meta de control de presión arterial según los criterios establecidos por la AHA, mientras que el 39,1% (n=50) presentó presión arterial controlada. Estos resultados muestran que la mayoría de los pacientes del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026 no cumple con los valores de presión arterial considerados como controlados según la AHA.

Tabla 11 Cumplimiento de meta de control según la estrategia HEARTS

Control según HEARTS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No controlado	63	49,2
Controlado	65	50,8
Total	128	100.0

Ilustración 9 Cumplimiento de meta de control según la estrategia HEARTS

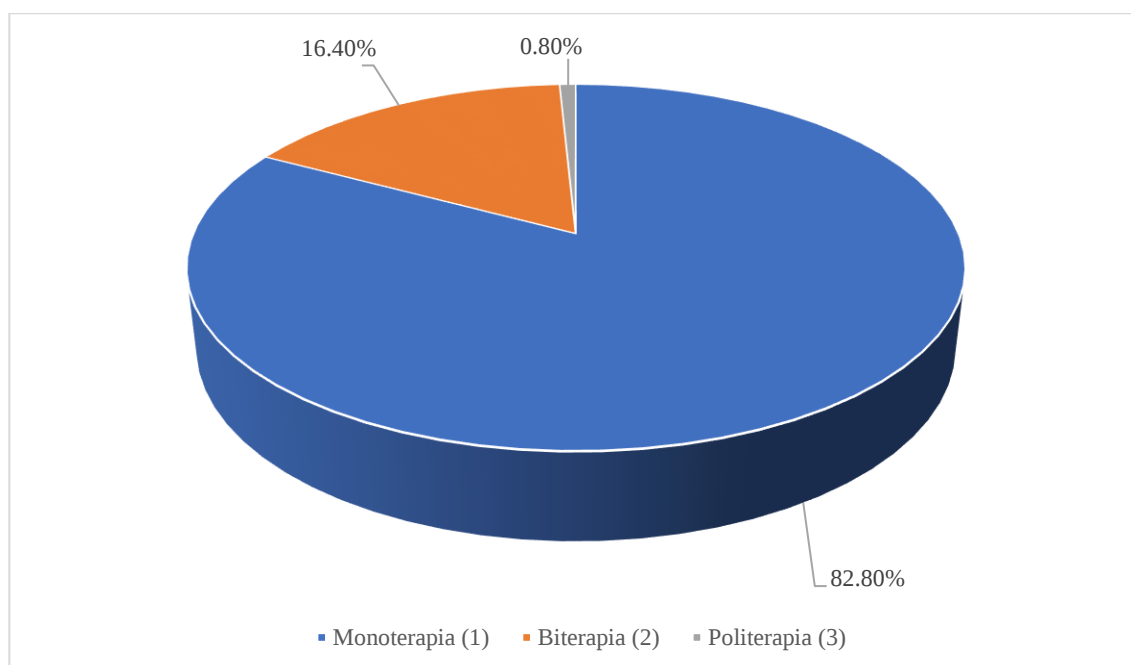


Interpretación: En la Tabla 11 se observa que el 50,8% (n=65) de los pacientes alcanzó la meta de control de presión arterial según la estrategia HEARTS, mientras que el 49,2% (n=63) no logró el control tensional bajo este enfoque. Estos resultados muestran una distribución similar entre pacientes controlados y no controlados cuando se aplican los criterios establecidos por la estrategia HEARTS en la población evaluada del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 12 Distribución de los pacientes según esquema farmacológico antihipertensivo.

Esquema	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Monoterapia (1)	106	82,8%
Biterapia (2)	21	16,4%
Politerapia (3)	1	0,8%
Total	128	100%

Ilustración 10 Distribución de los pacientes según esquema farmacológico antihipertensivo.



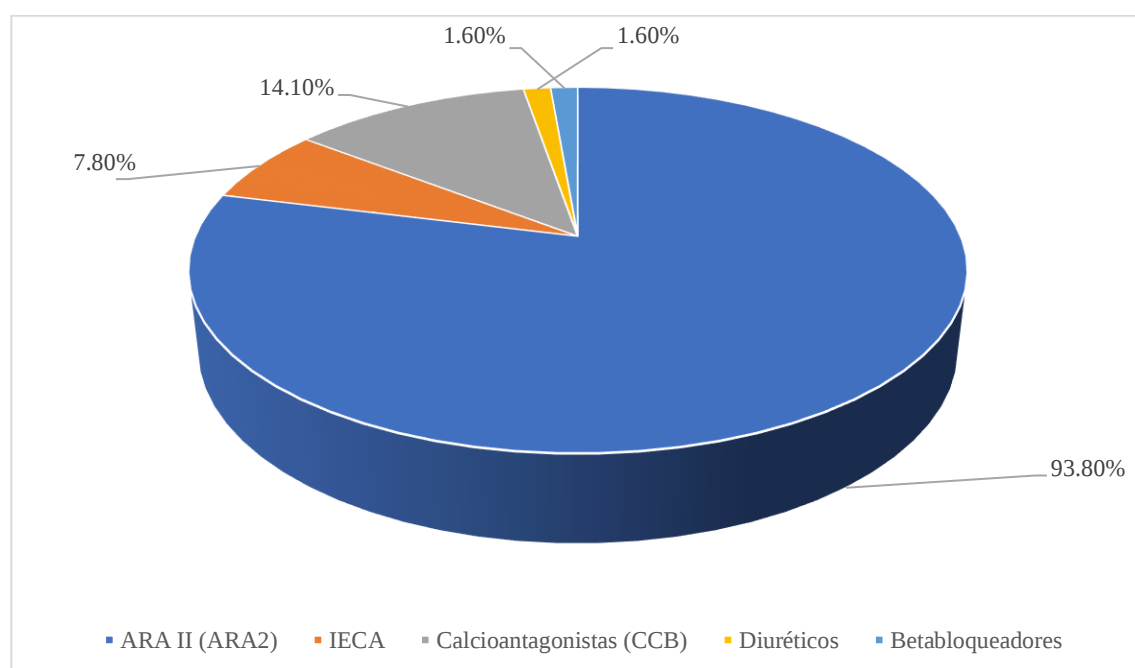
Interpretación: En la Tabla 12 se observa que el 82,8% (n=106) de los pacientes recibió monoterapia antihipertensiva, el 16,4% (n=21) recibió biterapia y el 0,8% (n=1) recibió politerapia. Estos resultados muestran un predominio del tratamiento con un solo fármaco en la población evaluada del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 13 Distribución de los pacientes según clases de fármacos antihipertensivos utilizados.

Clase farmacológica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
ARA II (ARA2)	120	93,8%
IECA	10	7,8%
Calcioantagonistas (CCB)	18	14,1%
Diuréticos	2	1,6%
Betabloqueadores	2	1,6%

Nota: un paciente puede estar en más de una clase, por eso los porcentajes no suman 100%.

Ilustración 11 Distribución de los pacientes según clases de fármacos antihipertensivos utilizados.

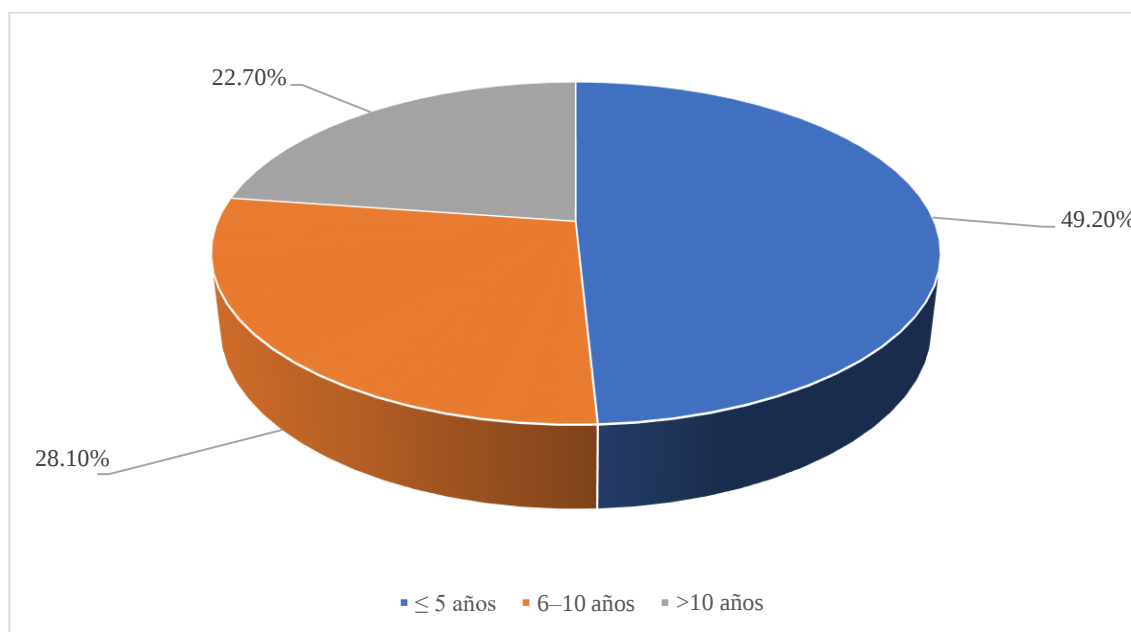


Interpretación: En la Tabla 13 se observa que la clase farmacológica más utilizada fue los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), presente en el 93,8% (n=120) de los pacientes. Le siguieron los calcioantagonistas (14,1%; n=18) y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (7,8%; n=10). El uso de diuréticos y betabloqueadores fue poco frecuente, registrándose en el 1,6% (n=2) de los pacientes en cada caso. Dado que algunos pacientes recibían terapia combinada, las categorías no son mutuamente excluyentes, por lo que los porcentajes no suman el 100%.

Tabla 14 Tiempo en tratamiento antihipertensivo.

Tiempo en tratamiento	n	%
≤ 5 años	63	49,2%
6–10 años	36	28,1%
>10 años	29	22,7%
Total	128	100%

Ilustración 12 Tiempo en tratamiento antihipertensivo.



Interpretación: En la Tabla 14 se observa que el 49,2% (n=63) de los pacientes presentó un tiempo de tratamiento antihipertensivo menor o igual a cinco años, el 28,1% (n=36) entre seis y diez años y el 22,7% (n=29) más de diez años. Estos resultados muestran que aproximadamente la mitad de la población evaluada se encuentra en los primeros cinco años de tratamiento antihipertensivo en el Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Tabla 15 Descripción estadística de la presión arterial sistólica y diastólica

Variable	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
PAS (mmHg)	136,4	14,2	110	185
PAD (mmHg)	84,2	9,8	65	110

Interpretación: En la Tabla 15 se presentan los estadísticos descriptivos de la presión arterial en los 128 pacientes evaluados. La PAS presentó una media de 136,4 mmHg (± 14.2), con valores que oscilaron entre los 110 y 185 mmHg. Por su parte, la PAD registró un promedio de 84,2 mmHg (± 9.8), con un rango entre 65 y 110 mmHg. Estos valores promedio se encuentran por encima de los límites de normalidad establecidos por la AHA ($<130/80$ mmHg), lo cual es consistente con los hallazgos de las Tablas 9 y 10, donde se evidenció que la mayoría de la población del Centro de Salud La Palma durante el año 2026 presenta niveles de presión arterial fuera de las metas de control óptimo.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de control de la presión arterial según los criterios de la AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026.

Nivel de control según AHA

Los resultados evidenciaron que el 60,9% de los pacientes no alcanzó la meta de control establecida por la AHA (<130/80 mmHg). Este bajo nivel de control es consistente con la literatura internacional tras la implementación de umbrales más estrictos. Al respecto, **Alyabsi et al.**⁽³⁾ reportaron que el cambio a los criterios AHA 2017 incrementó la prevalencia de hipertensión en un 26,28%, evidenciando que casi la mitad de los pacientes medicados permanecen por encima de la meta terapéutica.

Del mismo modo, **Gupta et al.**⁽⁵⁾ observaron en la India que el uso de estos criterios eleva la prevalencia del 18,5% al 43%, lo que sugiere que el sistema de salud en el primer nivel enfrenta una carga de enfermedad mucho mayor de la que se estimaba con criterios antiguos ($\geq 140/90$ mmHg). En el presente estudio, el predominio de estadios 1 y 2 (61,7%) confirma esta tendencia de cifras elevadas en la población evaluada.

El bajo nivel de control observado en el presente estudio constituye un hallazgo clínicamente relevante, ya que la persistencia de cifras tensionales elevadas incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares, enfermedad renal crónica y mortalidad prematura.

Clasificación según AHA

En relación con la clasificación de la presión arterial, predominó la hipertensión arterial estadio 1 (32,8%) y estadio 2 (28,9%), mientras que solo el 22,7% presentó presión arterial normal. Estos resultados muestran que la mayoría de los pacientes se encuentra en categorías hipertensivas que requieren seguimiento continuo y ajustes terapéuticos.

Resultados similares fueron descritos por Campos et al. (8), quienes evidenciaron una alta proporción de pacientes con hipertensión arterial no controlada según criterios ACC/AHA.

Control según estrategia HEARTS

Un hallazgo relevante fue la diferencia en el nivel de control según la estrategia utilizada: bajo HEARTS el control fue del 50,8%, mientras que bajo AHA cayó al 39,1%. Esta brecha del 11,7% se explica por la mayor exigencia de la meta AHA. No obstante, el beneficio de metas más estrictas está respaldado por el ensayo clínico ESPRIT (Liu et al., 2024(7)), publicado en *The*

Lancet, el cual demostró que buscar una meta de presión sistólica <120 mmHg reduce en un 12% el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en comparación con la meta estándar de <140 mmHg. Esto sugiere que, aunque el cumplimiento en el Centro de Salud La Palma es bajo según criterios AHA, el logro de metas más estrictas podría asociarse con beneficios clínicos en la reducción de eventos cardiovasculares.

Características clínicas observadas

La alta frecuencia de exceso de peso (80,5%) y diabetes mellitus (28,9%) en la muestra coincide con perfiles de riesgo descritos en la literatura internacional. Estos hallazgos muestran que la población evaluada presenta una carga importante de factores cardiometabólicos que forman parte del contexto clínico del paciente hipertenso en el primer nivel de atención.

A pesar del perfil clínico observado y de que el 60,9% de los pacientes no alcanzó la meta de control según AHA, el 82,8% se encontraba en monoterapia. Este hallazgo evidencia un predominio del uso de un solo fármaco en la población evaluada. Asimismo, el bajo uso de terapia combinada podría contribuir al menor cumplimiento de las metas tensionales más estrictas.

Tratamiento antihipertensivo

En cuanto al tratamiento, predominó la monoterapia (82,8%), siendo los ARA II la clase farmacológica más utilizada (93,8%). El uso de diuréticos y betabloqueadores fue bajo.

Según **Burga** ⁽⁹⁾, en pacientes con hipertensión persistente se recomienda considerar terapia combinada para mejorar el control tensional. Considerando que más del 60% de los pacientes no alcanzó el control según AHA, estos hallazgos sugieren la necesidad de evaluar periódicamente la adecuación del esquema terapéutico.

En conjunto, los resultados del presente estudio evidencian que una proporción importante de pacientes en tratamiento antihipertensivo no logra alcanzar metas óptimas de control tensional. Esto resalta la importancia de fortalecer estrategias integrales de seguimiento, educación y ajuste terapéutico en el primer nivel de atención.

V. CONCLUSIONES

Conclusión general

- En el Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el año 2026, el 60,9% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo no alcanzó la meta de control de presión arterial según los criterios establecidos por la AHA, mientras que el 39,1% logró un control adecuado. Asimismo, el 61,7% de los pacientes se clasificó en hipertensión arterial estadio 1 o 2, evidenciando una alta proporción de pacientes con cifras tensionales por encima de los valores normales.

2. Conclusiones específicas

- En la población evaluada predominó el sexo femenino, el grupo etario de 70–79 años y una frecuencia importante de comorbilidades como dislipidemia y diabetes mellitus, lo que evidencia una población con carga relevante de riesgo cardiovascular.
- Los valores de presión arterial mostraron un predominio de cifras tensionales elevadas en la población evaluada, evidenciando una frecuencia importante de pacientes con presión arterial por encima de la meta recomendada.
- El 60,9% de los pacientes no cumplió la meta de control establecida por la AHA, mientras que el 39,1% presentó presión arterial controlada, evidenciando un bajo nivel de control tensional en la población estudiada.
- La distribución según clasificación AHA mostró que el 22,7% presentó presión arterial normal, el 15,6% presión elevada, el 32,8% HTA estadio 1 y el 28,9% HTA estadio 2, predominando las categorías hipertensivas.
- Según la estrategia HEARTS, el 50,8% de los pacientes alcanzó la meta de control, mientras que el 49,2% no logró el control tensional, mostrando una distribución relativamente equilibrada bajo este enfoque.

VI. RECOMENDACIONES

A nivel del Centro de Salud La Palma

- Fortalecer el seguimiento periódico de los pacientes hipertensos, priorizando a aquellos que no alcanzan la meta de control según los criterios de la AHA, con el fin de optimizar el manejo terapéutico y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
- Implementar estrategias de mejora continua dentro del Programa de Hipertensión, integrando los lineamientos de la estrategia HEARTS para estandarizar el abordaje clínico y facilitar el cumplimiento de metas de control.
- Promover el monitoreo sistemático del estado nutricional, considerando la alta frecuencia de sobrepeso y obesidad encontrada en la población evaluada.

A nivel del personal de salud

- Evaluar periódicamente la adecuación del esquema farmacológico, especialmente en pacientes con cifras tensionales persistentemente elevadas, considerando la posible necesidad de intensificación terapéutica.
- Reforzar la educación al paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y el control regular de la presión arterial.
- Incorporar intervenciones dirigidas a la modificación de factores de riesgo, como la reducción de peso, mejora de hábitos alimentarios y promoción de actividad física.

A nivel de los pacientes

- Fomentar la participación activa de los pacientes en su autocuidado, promoviendo el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la asistencia regular a los controles médicos.
- Incentivar cambios en el estilo de vida, incluyendo alimentación saludable, reducción del consumo de sal, abandono del tabaquismo y práctica regular de actividad física.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas Lozada AN, Pachucho Flores AP. Creación y validación de un instrumento para el control de tratamiento antihipertensivo. *Revista InveCom*. 2024;4(2). Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632024000200140
2. Ministerio de Salud del Perú. Minsa estima que pacientes con hipertensión arterial aumentarían en 20% durante la pandemia [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021 May 18 [cited 2026 Mar 16]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/493681-minsa-estima-que-pacientes-con-hipertension-arterial-aumentarian-en-20-durante-la-pandemia>
3. Alyabsi M, Gaid R, Alqunaibet A, Alaskar A, Mahmud A, Alghamdi J. Impact of the 2017 ACC/AHA guideline on the prevalence of elevated blood pressure and hypertension: a cross-sectional analysis of 10 799 individuals. *BMJ Open*. 2020;10(12):e041973. Published 2020 Dec 31. doi:10.1136/bmjopen-2020-041973
4. Metlock FE, Nriagu BN, Scheuermann B, et al. Shifting Thresholds: Changes in Antihypertensive Eligibility Under the 2025 Versus 2017 Hypertension Guidelines. *JACC Adv*. 2026;5(2):102546. doi:10.1016/j.jacadv.2025.102546
5. Gupta K, Jain V, Qamar A, Singal AK, Ramakrishnan S, Gupta R, Bajaj NS. Regional impact of updated guidelines on prevalence and distribution of blood pressure categories for hypertension in India: Results from the National Family Health Survey 4. *Indian Heart J*. 2021 Jul-Aug;73(4):481-486. doi: 10.1016/j.ihj.2021.06.004.
6. Nolde JM, Beaney T, Carnagarin R, Schutte AE, Poulter NR, Schlaich MP. Global Impact of Different Blood Pressure Thresholds in 4 021 690 Participants of the May Measurement Month Initiative. *Hypertension*. 2022;79(7):1497-1505. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19144
7. Liu, J., Li, Y., Ge, J., Yan, X., Zhang, H., Zheng, X., & ESPRIT Collaborative Group. (2024). Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: An open-label, blinded-outcome, randomised trial. *The Lancet*, 404(10449), 245–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01028-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01028-6)
8. Campos-Nonato I, Oviedo-Solís C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(suppl):s169-s180. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14779>
9. Burga Delgado D, Segura Vásquez LD. Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor del Centro de Salud Conchán, Chota 2024. 2025.

- Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/items/bba683fa-bdcf-439d-aeb9-8add1ed58104>
10. Ramirez JAG, Rodriguez TT. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores relacionados en pacientes adultos mayores ingresados en el Hospital Manuel Ignacio Monteros IESS Loja-Ecuador [tesis]. 2025. Disponible en: <https://duict.upch.edu.pe/revision-tesis/index.php/EPG/article/download/663/385>
 11. Santiago Chavez D. Factores asociados a la adherencia del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores, Hospital Regional de Ayacucho 2022 [tesis]. 2024. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/c9e2347f-e2cc-4ae9-b4d4-374cbf5d04a1>
 12. Andrade COC, Lozada MEI. Evaluación de dos fármacos antihipertensivos en el manejo de la hipertensión arterial postparto en el Hospital Cayetano Heredia en 2023 [tesis]. 2024. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16380/Evaluacion_CoripunaAndrade_Chrystian.pdf
 13. Cueto Luque GF. Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en usuarios de un centro de atención primaria de Ica, 2023 [tesis]. 2024. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/9f39e559-8e36-4f73-a607-3293486ffedf>
 14. Sahuanay Siu AK. Factores relacionados a la mala adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes del consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, Lima, abril-junio 2023 [tesis]. 2024. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/86617898-b167-4b42-9f8c-f4c0a7003f86>
 15. Gorostidi M, Gijón-Conde T, De la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Hipertens Riesgo Vasc. 2022;39(4):174-194. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183722000666>
 16. Figueroa-Mejía DS, Polanco-Muñoz RA, Pérez-Chamorro BE, Bustos-Villarreal M. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento con antihipertensivos en pacientes. Salud y Vida. 2024;8(2):528-535. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/4236>
 17. Pardo Meneses AM. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos según factores sociodemográficos [tesis doctoral]. 2023. Disponible en: <http://ddigital.umss.edu/handle/123456789/39355>
 18. Salvarriera Leyhuacc KM. Nivel de conocimiento del tratamiento antihipertensivo y su relación con la condición clínica de salud de pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santiago, 2022 [tesis]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/49822cda-b2c7-4c51-a137-52033b43ac73>

19. Loyola LAB, Treviño KIE, Magallanes AGC, Mendoza CRL. Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia a tratamiento antihipertensivo en la unidad de medicina familiar #9 Frontera, Coahuila. *Ciencia Latina Rev Multidisciplinar*. 2024;8(6):10291-10305. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9990317>
20. Astudillo Madrid LE. Análisis de los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico antihipertensivo en adultos mayores del Centro de Salud El Esfuerzo, 2024 [tesis]. 2025. Disponible en: <https://repositorio.uteq.edu.ec/items/5d2d819a-9681-4ff3-96c5-57e2f4f5aa59>
21. Cutti Ramon D. Estilo de vida y adherencia al tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de consultorios externos de cardiología de un hospital público, Lima 2022 [tesis]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/89423105-abdd-448f-a859-81727bd2452c>
22. Arango Ardila JD, Bello Cogua RM, Castro Galvis LC, Daza Esquivel DV, Gamboa Santofinio AK, Niño Duran JE, et al. Adherencia farmacológica y factores modificables en personas con tratamiento antihipertensivo atendidos en consulta externa en una IPS [tesis]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/a0fa97e9-2db0-477f-882d-681c0be6d47b>
23. Paqui ADCT, Cueva YPG. Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja. *Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar*. 2023;7(4):5216-5246. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7346>
24. Huapaya Burgos CD, Rocca Vite LMDP. Influencia de la consejería farmacéutica en la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes atendidos en el CLAS de Puerto Pizarro, Tumbes, enero-febrero 2022 [tesis]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1300>
25. Rodríguez KMG, Paau ALC, Hernández DJR, Lorenzo LGCG, Ixpatá MEC, Velásquez HMC, et al. Comparación de efectividad en prescripción antihipertensiva: normas de salud integral Guatemala versus guías AHA. *Rev Cient Int*. 2025;8(1):e2025-1. Disponible en: <https://revista-cientifica-internacional.org/index.php/revista/article/view/160>
26. Jones DW, Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2025 guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025. doi:10.1161/CIR.0000000000001356.
27. Thompson D. Las nuevas pautas de presión arterial destacan los cambios en el estilo de vida y el tratamiento personalizado. *Consumer Health News (Spanish)*. 2025. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=HRCA&sw=w&it=r&id=GALE%7CA851924219>

28. Pedraza W, Sandoval A, Colorado A. Hiper-Control, aplicativo para el control de la presión arterial. *Public Investig.* 2024;18(1). Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/publicaciones-e-investigacion/article/download/7285/6746>
29. García GDRF, Ramos ZMP, Vera JLE, Miranda SAA. Manejo de la hipertensión arterial. Actualización. *RECIAMUC.* 2024;8(2):92-102. Disponible en: <https://mail.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1356>
30. Julio AS, Montana-Jimenez LP, Torres WB, de León JLP, Franco JZ, Coca A, et al. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en adultos y población pediátrica: revisión narrativa. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2024;41(2):104-117. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183724000114>
31. Guzmán EIF, Cornejo RG. Cuidados post parada cardiorrespiratoria: recomendaciones guías AHA 2020 y ERC/ESICM 2021. *Bol Anestesia.* 2023;(4):1-29. Disponible en: <https://boletinanestesia.uchile.cl/index.php/BA/article/view/73489>
32. Galarza CAR. Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica.* 2021;10(1):1-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890336.pdf>
33. Maldonado FLM, Yáñez KAY, Salgado JDM. Una aproximación a la metodología de la investigación jurídica. *Rev Pedagog Univ Didact Derecho.* 2021;8(2):81-96. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/3937/0c41102384bf0d2f245498722991b4756a64.pdf>
34. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y metodología de la investigación. *Enfoques Consulting EIRL.* 2021;1(1):66-78. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
35. Torales J, Barrios I. Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. *Med Clin Soc.* 2023;7(3):210-235. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S252122812023000300210&script=sci_arttext
36. Mavrou I. Diseño de investigación y análisis de datos. Arco Libros; 2022. Disponible en: <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10197876/>
37. Pérez-Flores A. Respuesta carta editor “Población y muestra”. *Int J Interdiscip Dent.* 2024;17(2):67. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijoid/v17n2/2452-5588-ijoid-17-02-67.pdf>

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de información



Universidad Nacional San Luis Gonzaga Facultad de Medicina Humana

TÍTULO: Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026.

Periodo: Año 2026 (solo registros/controles correspondientes al año 2026).

Codificación sugerida: NR = No registra; 1 = Sí; 0 = No.

Sección	Dato / Variable	Registro (anotar o marcar)	Observaciones
A. IDENTIFICACIÓN (NO CONSIGNAR NOMBRES)			
A	Código del paciente	_____	Asignar código correlativo
A	Nº Historia clínica	_____	Opcional si la institución lo permite.
A	Fechas del control/registro	____/____/____ ____/____/____	Fechas de los 02 últimos registros de presión arterial en dos visitas al centro de salud
A	Edad (años cumplidos)	_____	NR si no figura.
A	Sexo	☐ M ☐ F	
B. DATOS CLÍNICOS (según historia clínica / registro)			
B	Tiempo de diagnóstico de HTA	_____ años / _____ meses / NR	Si hay fecha de diagnóstico, anotar y/o calcular.
B	Comorbilidad: Diabetes mellitus (DM2)	☐ 1 ☐ 0 ☐ NR	

B	Comorbilidad: Enfermedad renal crónica (ERC)	☐ 1 ☐ 0 ☐ NR	
B	Comorbilidad: Dislipidemia	☐ 1 ☐ 0 ☐ NR	
B	Antecedente: Enfermedad cardiovascular (IAM/ACV/ICC)	☐ 1 ☐ 0 ☐ NR	Marcar 1 si hay cualquiera de estos antecedentes.
B	Peso (kg)	____ / NR	
B	Talla (m)	____ / NR	
B	IMC (kg/m ²)	____ / NR	Si no está registrado, dejar NR.
C. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO – según receta/registro 2026			
C	Esquema farmacológico (marcar una)	☐ Monoterapia (1 fármaco) ☐ Biterapia (2 fármacos) ☐ Politerapia (≥ 3 fármacos) ☐ NR	Clasificar según lista de medicamentos registrados.
C	Número de fármacos antihipertensivos	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+ ☐ NR	
C	Clases de fármacos (marcar los que correspondan)	☐ IECA ☐ ARA-II ☐ Calcioantagonista (CCB) ☐ Diurético tiazídico ☐ Betabloqueador ☐ Otros: _____ ☐ NR	Registrar según tratamiento consignado.
C	Medicamentos (nombre) y dosis (c/24h)	1) _____ mg 2) _____ mg 3) _____ mg 4) _____ mg NR	Anotar solo si está en receta/HC.
C	Tiempo en tratamiento antihipertensivo	____ meses / ____ años / NR	Si está consignado o puede inferirse por primera

			prescripción/registro disponible.
D. PRESIÓN ARTERIAL Y NIVEL DE CONTROL SEGÚN AHA – criterios AHA			
D	PA 1 (último registro): PAS / PAD (mmHg)	PAS ____ PAD ____	Usar el control más reciente del 2026.
D	PA 2 (penúltimo registro, si existe): PAS / PAD (mmHg)	PAS ____ PAD ____ / NR	Si no existe, registrar NR.
D	Promedio (si hay PA1 y PA2)	PAS ____ PAD ____ / NR	Promediar solo si hay ambos registros.
D	Control según criterio AHA (clasificación final)	☐ Controlado ☐ No controlado	Definir en metodología el punto de corte (p. ej., PA <130/80 mmHg).
D	Observación sobre el dato de PA	_____	Ej.: registro incompleto, valores extremos, etc.
D	Control según vía de abordaje HEARTS	☐ Controlado ☐ No controlado	
Nota: Si no contiene algún dato, consignar 'NR'.			

Nota: Creación propia 2026

Anexo 2: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuál es el nivel de control de la presión arterial según los criterios de la AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026? Problemas específicos PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026? PE2: ¿Cuáles son los valores de presión arterial sistólica y diastólica en los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026?	Objetivo general Determinar el nivel de control de la presión arterial según los criterios AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma, durante el año 2026. Objetivos específicos: OE1: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento antihipertensivo del Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma, 2026. OE2: Describir los valores de presión arterial sistólica y diastólica en los	Variable principal: Nivel de control de la presión arterial según criterios AHA. Variables de caracterización: sexo, grupo etario, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, dislipidemia, índice de masa corporal, esquema farmacológico antihipertensivo, clases farmacológicas, tiempo en tratamiento antihipertensivo y cumplimiento de meta según HEARTS.	Enfoque: Cuantitativo Tipo de investigación: Aplicada Alcance o nivel: Descriptivo Diseño: Observacional, no experimental, transversal Población y muestra: 183 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al Programa de Hipertensión del Centro de Salud La Palma durante el periodo de estudio. Muestra: 128 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; muestreo censal de la población elegible. Técnica: Revisión documental Instrumento: Ficha de recolección de datos Análisis de datos: Estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes, media, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo.

PE3: ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que cumplen la meta de control de presión arterial (<130/80 mmHg) según criterios de la AHA? PE4: ¿Cómo se distribuyen los pacientes según la clasificación de presión arterial establecida por la AHA (normal, elevada, estadio 1 y estadio 2)? PE5: ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la meta de control de presión arterial según la estrategia HEARTS en los pacientes evaluados?	pacientes en tratamiento antihipertensivo. OE3: Determinar el porcentaje de pacientes que cumplen la meta de control según criterios AHA. OE4: Describir la distribución de los pacientes según la clasificación de presión arterial establecida por la AHA. OE5: Determinar el nivel de cumplimiento de la meta de control según la estrategia HEARTS.		
--	--	--	--

Anexo 3: Aprobación del comité de ética



N° 071-2026-HRI/DE



Resolución Directoral

Ica, 10 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-002037-001, que contiene el Memorando N° 129-2026-HRI/DE, de fecha 02 de febrero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 041-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 041-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 02 de febrero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"NIVEL DE CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL SEGÚN AHA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD LA PALMA, 2026**, presentado por el Investigador: **MARIÑO QUISPE YSRAEL RICARDO**, alumno de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 02 de febrero del año 2026.

Que, con Memorando N° 129-2026-HRI/DE, de fecha 02 de febrero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 041-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del
...///



-PÁG. 02-

///...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
01	"NIVEL DE CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL SEGÚN AHA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD LA PALMA, 2026	- MARIÑO QUISPE YSRAEL RICARDO

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.-----

Regístrese y Comuníquese,

DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
CNP 030270

CENM-08
JEPG-D-E-ADM
PLMMA-J-GRH
MANM-J-AJ

Anexo 04: Validación del Instrumento por Juicio de Expertos

ANEXO: FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

Vicerrectorado de Investigación
Facultad de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. Datos Generales del Proyecto

- **Título del proyecto:**
Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026.
- **Investigador:**
Bach. Mariño Quispe, Ysrael Ricardo
- **Asesora:**
Dra. Ventura Fernández Tania Ysabel
- **Tipo de instrumento:**
Ficha de recolección de datos (extracción documental de historias clínicas)
- **Técnica:**
Revisión documental
- **Finalidad del instrumento:**
Registrar información clínica, terapéutica y de presión arterial para determinar el nivel de control según criterios AHA en pacientes hipertensos.

2. Datos del Experto Evaluador

- **Nombre del experto:** DONAYRE RIOS JORGE LUIS
- **Profesión:** ECONOMISTA
- **Especialidad:** ESTADÍSTICO
- **Grado académico:** MAESTRO
- **Institución de procedencia:** UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
- **Experiencia en investigación (años):** 8 AÑOS
- **Firma:** [Firma] **Fecha:** 23/02/2026

3. Instrucciones para el Experto

Estimado(a) experto(a): Se le solicita evaluar el instrumento de recolección de datos elaborado para el proyecto de investigación mencionado, considerando los criterios de **claridad, coherencia, pertinencia y suficiencia**, de acuerdo con los objetivos y variables del estudio.

Marque con una "X" la alternativa que considere pertinente y, de ser necesario, formule observaciones o sugerencias.

4. Matriz de Evaluación del Instrumento

Escala de valoración:

- 1 = No cumple
- 2 = Cumple parcialmente
- 3 = Cumple adecuadamente

N°	Ítem / Aspecto evaluado	Claridad	Coherencia	Pertinencia	Suficiencia	Observaciones
1.	Datos de identificación del paciente (edad, sexo, código)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
2.	Registro de comorbilidades (DM, ERC, dislipidemia, ECV)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
3.	Variables antropométricas (peso, talla, IMC)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
4.	Clasificación del tratamiento antihipertensivo	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
5.	Registro de clases farmacológicas	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
6.	Registro del tiempo de tratamiento	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
7.	Registro de presión arterial (PAS / PAD)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
8.	Clasificación del control según criterios AHA	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
9.	Correspondencia del instrumento con los objetivos	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
10.	Adecuación del instrumento al diseño del estudio	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	

5. Evaluación Global del Instrumento

- ¿El instrumento es válido para su aplicación?
 - ☒ Sí ☐ No ☐ Requiere ajustes

• Nivel de validez de contenido:

☒ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

6. Observaciones y Recomendaciones Generales

7. Dictamen del Experto

Luego de la revisión del instrumento, se concluye que la ficha de recolección de datos presenta adecuada validez de contenido para su aplicación en el estudio propuesto, siendo pertinente, coherente y suficiente para el cumplimiento de los objetivos de investigación.

☒ APROBADO

☐ APROBADO CON OBSERVACIONES

☐ NO APROBADO

Firma del Experto


ECON. DONAYRE RIOS JORGE LUIS
N° COLEGIATURA 737

Firma y Sello:

Nombre:

DONAYRE RIOS JORGE LUIS

Fecha:

23/02/2026

ANEXO: FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

Vicerrectorado de Investigación
Facultad de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. Datos Generales del Proyecto

- **Título del proyecto:**
Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026.
- **Investigador:**
Bach. Mariño Quispe, Ysrael Ricardo
- **Asesora:**
Dra. Ventura Fernández Tania Ysabel
- **Tipo de instrumento:**
Ficha de recolección de datos (extracción documental de historias clínicas)
- **Técnica:**
Revisión documental
- **Finalidad del instrumento:**
Registrar información clínica, terapéutica y de presión arterial para determinar el nivel de control según criterios AHA en pacientes hipertensos.

2. Datos del Experto Evaluador

- **Nombre del experto:** Tania Ysabel Ventura Fernandez
- **Profesión:** medico cirujano
- **Especialidad:** Salud publica
- **Grado académico:** doctorado en salud publica
- **Institución de procedencia:** Facultad de medicina "Dr Daniel Alarce Carrion"
- **Experiencia en investigación (años):** 08 años
- **Firma:** _____ **Fecha:** 08/07/26

3. Instrucciones para el Experto

Estimado(a) experto(a): Se le solicita evaluar el instrumento de recolección de datos elaborado para el proyecto de investigación mencionado, considerando los criterios de **claridad, coherencia, pertinencia y suficiencia**, de acuerdo con los objetivos y variables del estudio.

Marque con una "X" la alternativa que considere pertinente y, de ser necesario, formule observaciones o sugerencias.

4. Matriz de Evaluación del Instrumento

Escala de valoración:

- 1 = No cumple
- 2 = Cumple parcialmente
- 3 = Cumple adecuadamente

N°	Ítem / Aspecto evaluado	Claridad	Coherencia	Pertinencia	Suficiencia	Observaciones
1.	Datos de identificación del paciente (edad, sexo, código)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
2.	Registro de comorbilidades (DM, ERC, dislipidemia, ECV)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
3.	Variables antropométricas (peso, talla, IMC)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
4.	Clasificación del tratamiento antihipertensivo	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
5.	Registro de clases farmacológicas	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
6.	Registro del tiempo de tratamiento	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
7.	Registro de presión arterial (PAS / PAD)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
8.	Clasificación del control según criterios AHA	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
9.	Correspondencia del instrumento con los objetivos	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
10.	Adecuación del instrumento al diseño del estudio	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	

5. Evaluación Global del Instrumento

- ¿El instrumento es válido para su aplicación?
☒ Sí ☐ No ☐ Requiere ajustes

• Nivel de validez de contenido:

☒ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

6. Observaciones y Recomendaciones Generales

7. Dictamen del Experto

Luego de la revisión del instrumento, se concluye que la ficha de recolección de datos presenta adecuada validez de contenido para su aplicación en el estudio propuesto, siendo pertinente, coherente y suficiente para el cumplimiento de los objetivos de investigación.

☒ **APROBADO**

☐ **APROBADO CON OBSERVACIONES**

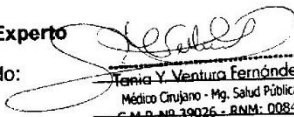
☐ **NO APROBADO**

Firma del Experto

Firma y Sello:

Nombre:

Fecha:


Tania Y. Ventura Fernández
Médico Cirujano - Mg. Salud Pública
C.M.P. N° 39026 - RNM: 00843
08/07/26

ANEXO: FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

Vicerrectorado de Investigación
Facultad de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. Datos Generales del Proyecto

- **Título del proyecto:**
Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026.
- **Investigador:**
Bach. Mariño Quispe, Ysrael Ricardo
- **Asesora:**
Dra. Ventura Fernández Tania Ysabel
- **Tipo de instrumento:**
Ficha de recolección de datos (extracción documental de historias clínicas)
- **Técnica:**
Revisión documental
- **Finalidad del instrumento:**
Registrar información clínica, terapéutica y de presión arterial para determinar el nivel de control según criterios AHA en pacientes hipertensos.

2. Datos del Experto Evaluador

- **Nombre del experto:** Ethel Vidalon Soldevilla
- **Profesión:** medico cirujano
- **Especialidad:** medicina interna
- **Grado académico:** doctorado en salud pública
- **Institución de procedencia:** Hospital Augusto Hernandez Mendoza
- **Experiencia en investigación (años):** 05 años
- **Firma:** _____ **Fecha:** 08/01/26

3. Instrucciones para el Experto

Estimado(a) experto(a): Se le solicita evaluar el instrumento de recolección de datos elaborado para el proyecto de investigación mencionado, considerando los criterios de **claridad, coherencia, pertinencia y suficiencia**, de acuerdo con los objetivos y variables del estudio.

Marque con una "X" la alternativa que considere pertinente y, de ser necesario, formule observaciones o sugerencias.

4. Matriz de Evaluación del Instrumento

Escala de valoración:

- 1 = No cumple
- 2 = Cumple parcialmente
- 3 = Cumple adecuadamente

N°	Ítem / Aspecto evaluado	Claridad	Coherencia	Pertinencia	Suficiencia	Observaciones
1.	Datos de identificación del paciente (edad, sexo, código)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
2.	Registro de comorbilidades (DM, ERC, dislipidemia, ECV)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
3.	Variables antropométricas (peso, talla, IMC)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
4.	Clasificación del tratamiento antihipertensivo	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
5.	Registro de clases farmacológicas	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
6.	Registro del tiempo de tratamiento	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
7.	Registro de presión arterial (PAS / PAD)	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
8.	Clasificación del control según criterios AHA	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
9.	Correspondencia del instrumento con los objetivos	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	
10.	Adecuación del instrumento al diseño del estudio	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	☐ 1 ☐ 2 ☒ 3	

5. Evaluación Global del Instrumento

- ¿El instrumento es válido para su aplicación?
☒ Sí ☐ No ☐ Requiere ajustes

• **Nivel de validez de contenido:**

☒ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

6. Observaciones y Recomendaciones Generales

7. Dictamen del Experto

Luego de la revisión del instrumento, se concluye que la ficha de recolección de datos presenta adecuada validez de contenido para su aplicación en el estudio propuesto, siendo pertinente, coherente y suficiente para el cumplimiento de los objetivos de investigación.

☐ **APROBADO**

☐ **APROBADO CON OBSERVACIONES**

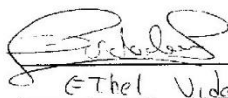
☐ **NO APROBADO**

Firma del Experto

Firma y Sello:

Nombre:

Fecha:


Ethel Vidalon Saldevilla
08/01/26

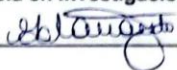
ANEXO: FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS
UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
Vicerrectorado de Investigación
Facultad de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. Datos Generales del Proyecto

- **Título del proyecto:**
Nivel de control de la presión arterial según AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026.
- **Investigador:**
Bach. Mariño Quispe, Ysrael Ricardo
- **Asesora:**
Dra. Ventura Fernández Tania Ysabel
- **Tipo de instrumento:**
Ficha de recolección de datos (extracción documental de historias clínicas)
- **Técnica:**
Revisión documental
- **Finalidad del instrumento:**
Registrar información clínica, terapéutica y de presión arterial para determinar el nivel de control según criterios AHA en pacientes hipertensos.

2. Datos del Experto Evaluador

- **Nombre del experto:** Gianny D. Galarza Gutierrez
- **Profesión:** medico cirujano
- **Especialidad:** medicina interna
- **Grado académico:** maestría
- **Institución de procedencia:** Hospital Regional de Ica
- **Experiencia en investigación (años):** 04 años
- **Firma:**  **Fecha:** 07/01/26

3. Instrucciones para el Experto

Estimado(a) experto(a): Se le solicita evaluar el instrumento de recolección de datos elaborado para el proyecto de investigación mencionado, considerando los criterios de **claridad, coherencia, pertinencia y suficiencia**, de acuerdo con los objetivos y variables del estudio.

Marque con una "X" la alternativa que considere pertinente y, de ser necesario, formule observaciones o sugerencias.

4. Matriz de Evaluación del Instrumento

Escala de valoración:

- 1 = No cumple
- 2 = Cumple parcialmente
- 3 = Cumple adecuadamente

N°	Ítem / Aspecto evaluado	Claridad	Coherencia	Pertinencia	Suficiencia	Observaciones
1.	Datos de identificación del paciente (edad, sexo, código)	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
2.	Registro de comorbilidades (DM, ERC, dislipidemia, ECV)	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
3.	Variables antropométricas (peso, talla, IMC)	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
4.	Clasificación del tratamiento antihipertensivo	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
5.	Registro de clases farmacológicas	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
6.	Registro del tiempo de tratamiento	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
7.	Registro de presión arterial (PAS / PAD)	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
8.	Clasificación del control según criterios AHA	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
9.	Correspondencia del instrumento con los objetivos	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	
10.	Adecuación del instrumento al diseño del estudio	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	☐ 1 ☒ 2 ☒ 3	

5. Evaluación Global del Instrumento

- ¿El instrumento es válido para su aplicación?
☒ Sí ☐ No ☐ Requiere ajustes

• Nivel de validez de contenido:

☒ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

6. Observaciones y Recomendaciones Generales

7. Dictamen del Experto

Luego de la revisión del instrumento, se concluye que la ficha de recolección de datos presenta adecuada validez de contenido para su aplicación en el estudio propuesto, siendo pertinente, coherente y suficiente para el cumplimiento de los objetivos de investigación.

☒ APROBADO

☐ APROBADO CON OBSERVACIONES

☐ NO APROBADO

Firma del Experto

Firma y Sello:

Nombre:

Fecha:


Dra. Gianni D. Galagiza Gutierrez
MEDICINA INTERNA
C.M.P. 56629 R.N.E. 27207

Gianny Galagiza Gutierrez
07/01/26

Anexo 05: Carta de aceptación para la ejecución de trabajo de investigación

CARTA DE ACEPTACION

La Palma, 02 de febrero de 2026

Señor:

Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU
Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"

DE: LIC. EDWIN VILLAMARES RAMOS
JEFE DEL C.S LA PALMA

Presente.-

ASUNTO: Aceptación para la ejecución de proyecto de investigación

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, **dar respuesta al Oficio N.º 079-D-FMHDAC-UNICA-2026**, mediante el cual se solicita brindar facilidades para la ejecución del proyecto de investigación con fines académicos.

Al respecto, se comunica que el Centro de Salud La Palma OTORGA LA CONFORMIDAD para que el estudiante **Mariño Quispe Ysrael Ricardo**, identificado con DNI N.º 72874381, pueda realizar la **recolección de datos** correspondiente a su trabajo de investigación titulado:

"Nivel de control de la presión arterial según la AHA en pacientes en tratamiento antihipertensivo del Centro de Salud La Palma, 2026".

Dicha actividad se desarrollará conforme al **diseño metodológico aprobado**, garantizando en todo momento:

- El respeto a los principios éticos de la investigación.
- La confidencialidad y anonimato de la información recolectada.
- El cumplimiento de las normas internas y disposiciones vigentes del establecimiento de salud.

Asimismo, se deja constancia de que la información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos, sin interferir ni afectar el normal desarrollo de las actividades asistenciales y administrativas del Centro de Salud.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

CENTRO DE SALUD LA PALMA GRANDE
LIC. ENF. EDWIN JESUS VILLAMARES RAMOS
C. E. P. N.º 45931
JEFE MICRO RED LA PALMA