



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE MEDICINA

**“ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONTROL DE PRESION
ARTERIAL EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE
DE PAUL, PASAJE JUNIO 2018 ABRIL 2019”.**

**TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE GRADO DE MÉDICO**

AUTOR:

María Belén Ayala Bravo

DIRECTORA:

Dra. Lizette Espinosa Martín.

ASESORA:

Dra. Karina Fernanda Pucha Aguiñaca

CUENCA-ECUADOR

2018-2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de gran esfuerzo y dedicación a DIOS todopoderoso por brindarme la oportunidad de vivir y de llegar hasta mi meta anhelada ser profesional, por darme las fuerzas necesarias para seguir levantándome y vencer los obstáculos que se presentaban, además es grato dedicar a mis queridos padres William Ayala y Ligia Bravo por haberme ayudado y haber sacrificado por darme el estudio dejando de lado sus necesidades por complacer las mías, quienes han sabido ser mis guías y ejemplo de perseverancia, porque gracias a ellos aprendí que el esfuerzo y la constancia son parte fundamental de la vida para alcanzar la meta deseada, asimismo dedico a mis demás familiares el esfuerzo de la realización de esta investigación quienes directa e indirectamente han sido mi motor para seguir sin regresar a ver atrás y cumplir mi meta anhelada.

María Belén Ayala Bravo

AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer a la Universidad Católica de Cuenca por permitirme ser parte de una carrera tan humana como la de Medicina y así llegar a culminar esta etapa de mi vida y convertirme en una profesional de calidad y calidez.

Mi sincero agradecimiento a mis tutoras del trabajo de titulación, Dra. Lizette Espinoza Martin y Dra. Karina Pucha quienes con su guía, paciencia y sus consejos con nobleza y sacrificio compartiendo sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia y motivación.

Finalmente, a mis familiares, compañeros y amigos que me supieron apoyar y animar en el transcurso de mi vida académica.

María Belén Ayala Bravo

Contenido

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I	9
1. INFORMACIÓN GENERAL	9
1.1 TÍTULO	9
1.2 INVESTIGADORA	9
1.3 DIRECTOR Y ASESOR.....	9
1.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN	9
1.5 LINEA Y SUBLINEA DE LA INVESTIGACION	9
1.6 LOCALIDAD E INSTITUCIÓN	9
1.7 PERIODO DE EJECUCIÓN.....	10
1.8 COSTO TOTAL Y FINANCIAMIENTO.....	10
CAPITULO II	11
2.1 INTRODUCCION	11
2.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.2 JUSTIFICACION	16
CAPITULO III	17
3.1 FUNDAMENTACION TEORICA.....	17
3.1.1 Definición	17
3.1.2 Clasificación	17
3.1.3 Factores de riesgo	18
3.1.4 Adherencia terapéutica antihipertensiva	18
3.1.5 Factores que determinan la adherencia terapéutica	19
3.1.6 Cuestionario validado para la adherencia al tratamiento de Martín– Bayarre–Grau	20

3.1.7 Recomendaciones para el manejo de la hipertensión.....	20
3.1.8 Tratamiento.....	21
CAPITULO IV.....	23
4.1 OBJETIVOS.....	23
4.1.1 Objetivo General:.....	23
4.1.2 Objetivos Específicos:.....	23
4.2 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	24
CAPITULO V.....	24
5.1 DISEÑO METODOLÒGICO.....	24
5.1.1 Tipo de investigación y diseño general.....	24
5.1.2 Definiciones operacionales de las variables.....	24
5.1.3 Operalización de variables:.....	25
5.1.4 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN.....	31
5.1.5 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	31
5.1.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	32
Criterios de inclusión:.....	32
Criterios de exclusión:.....	32
5.2 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.....	32
5.3 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	33
5.4 Plan de procesamiento y análisis de datos.....	34
CAPITULO VI.....	34
6.1 ANALISIS ESTADISTICO.....	34
6.1.1 RESULTADOS.....	34
Caracterización general del paciente hipertenso según variables sociodemográficas.....	34

Características clínicas del paciente hipertenso	35
Grado de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos	36
Asociación del grado de adherencia terapéutica, variables sociodemográficas.....	37
Asociación del grado de adherencia terapéutica y las características clínicas	39
Relación de la adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial.	40
CAPITULO VII	41
7.1 DISCUSION	41
7.2 CONCLUSIONES.....	44
CAPITULO VIII	45
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
8.2 RECURSOS EMPLEADOS.....	50
Recursos humanos	50
Recursos Materiales	50
CRONOGRAMA.....	51
PRESUPUESTO	53
ANEXOS	54
Anexo 1: Evidencia rubrica 1, Oficio de bioética.....	56
Anexo 2: Evidencia de rubrica 2, Oficio de Coordinación de Investigación...	56
Anexo 3: Evidencia rubrica 3, Formulario o Encuesta lleno	56
Anexo 4: Evidencia rubrica 4, Informe del antiplagio	56
Anexo 5: Evidencia rubrica 5: Rubrica de pares revisores, Rubrica de revisión de dirección de carrera	56
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
ENCUESTA	58

RESUMEN

ANTECEDENTES: El control inadecuado de la presión es un problema persistente en la población hipertensa obteniendo así un bajo grado de adherencia terapéutica antihipertensiva. La importancia del problema de la adherencia terapéutica está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico y económico, asimismo, su efecto en la calidad de la atención y la relación médico-paciente.

OBJETIVO: Determinar la adherencia terapéutica y control de presión arterial en hipertensos atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl, pasaje junio 2018-abril 2019.

METODOLOGIA: Es un estudio transversal, de tipo descriptivo, desarrollado en hipertensos del área de consulta externa de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl, periodo junio 2018- abril 2019. La información se obtuvo a través de la aplicación de una encuesta que recopiló los datos sociodemográficos, características clínicas y el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau que midió el grado de adherencia terapéutica. El análisis de los datos se realizó a través de programa SPSS versión 24 y fueron presentados a través de tablas de frecuencia.

RESULTADOS: De acuerdo con el grado de adherencia terapéutica los resultados obtenidos de esta investigación, identificamos que en mayor frecuencia los pacientes hipertensos tuvieron una adherencia terapéutica parcial con un 81.1%(n=99), de los cuales mantenían niveles de presiones arteriales \geq 140/90mmHg demostrando así que no hubo un adecuado control de la presión arterial.

CONCLUSIONES: Los pacientes con menor adherencia terapéutica tienen menor control de los niveles de tensión arterial.

PALABRAS CLAVES: ADHERENCIA TERAPEUTICA, HIPERTENSION ARTERIAL, NIVEL DE PRESION ARTERIAL.

ABSTRACT

BACKGROUND: Inadequate blood pressure control is a persistent problem in hypertensive population that is why it obtains a therapeutic antihypertensive adherence low degree. The therapeutic adherence problem's importance is given by repercussions from the clinical and economic point of view; also, its effect on care quality and doctor-patient relationship.

OBJECTIVE: To determine therapeutic adherence and blood pressure control in hypertensive patients treated at San Vicente de Paúl Hospital, June 2018-April 2019.

METHODOLOGY: This is a cross-sectional, descriptive study, developed in hypertensive patients in the Internal Medicine outpatient area in the San Vicente de Paúl Hospital, June 2018- April 2019. The information was obtained by applying a survey which compiled the sociodemographic data, clinical characteristics, and the Martin-Bayarre-Grau questionnaire was applied to measure the degree of therapeutic adherence. The data analysis was done through SPSS program version 24 and they were presented through frequency tables.

RESULTS: According to the degree of therapeutic adherence, the results obtained from this research, showed that a greater frequency of hypertensive patients had a partial therapeutic adherence with 81.1% (n = 99), whom maintained blood pressure levels $\geq 140 / 90$ mmHg showing that there was not adequate control of blood pressure.

CONCLUSIONS: Patients with lower therapeutic adherence have less blood pressure levels control.

KEY WORDS: THERAPEUTIC ADHERENCE, BLOOD HYPERTENSION, ARTERIAL PRESSURE LEVEL.

Cuenca, 15 de julio del 2019

CAPÍTULO I

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 TÍTULO

- Adherencia Terapéutica y control de presión arterial en Hipertensos del Hospital San Vicente de Paul, Pasaje Junio 2018 Abril 2019.

1.2 INVESTIGADORA

María Belén Ayala Bravo

1.3 DIRECTOR Y ASESOR

1.3.1 Director: Dra. Lizette Espinoza Martin

1.3.2 Asesor: Dra. Karina Fernanda Pucha Aguinsaca

1.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

1.4.1 De acuerdo al fin que se persigue

De acuerdo con los parámetros planteados y el fin que se persigue, se ha obtenido una investigación básica, la misma que está orientada a lograr, de una manera sistemática y metodológica, un conocimiento certero sobre la adherencia terapéutica y control de la presión arterial en hipertensos, con el único objetivo de brindar una información verídica que responda las diversas interrogantes citadas.

1.4.2 De acuerdo al enfoque de investigación

En esta investigación se utilizará métodos cuantitativos, de carácter subjetivo, los cual se enfatizan en el proceso de investigación y contribuyen al posterior análisis de los resultados.

1.5 LINEA Y SUBLINEA DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Línea: Ciencias médicas y de la salud

1.5.2 Sublínea: Servicios de Salud

1.6 LOCALIDAD E INSTITUCIÓN

Se desarrolló en el establecimiento de salud Hospital San Vicente de Paul.

1.7 PERIODO DE EJECUCIÓN

1.7.1 Fecha de inicio

Se comenzará a recolectar datos desde el mes de junio del 2018.

1.7.2 Fecha de finalización

La investigación culmina en el mes de abril del 2019.

1.8 COSTO TOTAL Y FINANCIAMIENTO

La investigación tendrá un costo total de 708 dólares americanos, la cual será financiada con fondos propios.

CAPITULO II

2.1 INTRODUCCION

En la actualidad existe una prevalencia relevante en cuanto a la hipertensión arterial (HTA) tanto a nivel mundial como local. Cuando los pacientes son diagnosticados de HTA; inicialmente se les capacita con medidas generales como la dieta, actividad física, seguido del tratamiento farmacológico que a pesar de ello no se logra un control de manera apropiada y por ende hay valores de presión arterial elevada a pesar del tratamiento impuesto en el paciente debido a la falta de adherencia terapéutica.

Según la organización mundial de la salud, en el 2017 entre el 20% y 35% de adultos de América Latina y el Caribe tienen hipertensión. El número de hipertensos está incrementando en los últimos años y muchos no conocen su condición. De acuerdo con un estudio en 4 países de Sudamérica, (Brasil, Argentina, Chile y Colombia), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional y sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.¹

Esta situación es similar a la de los países desarrollados, siendo los porcentajes de control de la hipertensión arterial (HTA) entre los pacientes tratados (Bélgica 17,9%, Canadá 28%, Alemania 11,7%, Grecia 21,5%, Italia 21,7%, Suecia 19,3%, Suiza 20,1%, España 20,9%).¹

Un artículo publicado en el 2016, según Maldonado F., y colaboradores realizaron un estudio en México, se encuestó a 322 pacientes hipertensos con el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau (MBG), concluyó que un adecuado control de la presión arterial está relacionado directamente con la adherencia terapéutica.²

En el 2014, se realizó en México, un estudio del grado de adherencia terapéutica en hipertensos aplicando el cuestionario de MBG, con una muestra de 231, donde se encontró el grado de adherencia total del 1%, adherencia parcial del 88% y no adherencia del 18% de los pacientes estudiados.³

En el estudio realizado en Perú, TORNASOL II (2011), se encontró que el porcentaje de pacientes tratados a nivel nacional fue de 39,3%: en la costa de 44,1%, en la sierra de 32,6% y en la selva de 39,8%. Asimismo, del total de pacientes hipertensos, solo el 20,6% tuvo HTA controlada: en la costa fue de 22,8%, en la sierra de 17,3% y en la selva de 21,4%.⁴

En Riobamba se realizó un estudio con una muestra de 85 participantes donde el 37.6% de pacientes 56(n=32) resultaron tener una adherencia parcial y el 62.4% restante (n=53) una adherencia total mediante la aplicación del cuestionario MBG.⁵

Según la última encuesta realizada en el Ecuador, (ENSANUT-ECU 2012) en la provincia El Oro, presenta una prevalencia en una población de 18-59 años de edad de prehipertensión de 41,6% y de hipertensión arterial del 11,8%.⁶

En investigaciones realizadas por Salazar P. en Lima 2016, de Hipertensión en el adulto mayor, se observa el grupo etario de mayor frecuencia se encontró en el rango entre 60 y 69 años correspondiendo al 46,3%; de 70 a 79 años 56,3%.⁷

Otros estudios realizados a nivel Nacional como Orbea M. Ambato 2017, de factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial se encontró el rango de 60-69 años un 29% y de 70-79 años el 37%⁸, según Coque L, Quito 2012; nos muestra el grupo de edad de mayor influencia de 46 a 60 años correspondiente al 51% de los pacientes.⁹

Estudios sobre adherencia terapéutica en hipertensos encontraron, que la población hipertensa predomina el sexo femenino según Marquina R. en Lima; 2018 con el 57%.¹⁰ Esto coincide con el reporte de Bravo B, 2015 en Santa Rosa donde la prevalencia es relativamente mayor con 66,6%.¹¹ En un estudio internacional de acuerdo con Guarín G. en Bogotá, 2016, se encontró predominio el sexo femenino con 66,2%.¹² Estos resultados difieren del estudio realizado por Rodríguez A. Granada 2014, que presentó mayor frecuencia el sexo masculino del 52,2%.¹³

Según Orbea M. Ambato 2017; la literatura muestra que en la mujer; la hipertensión arterial (HTA) constituye una de las patologías más comunes, con una prevalencia de hasta un 80% en los adultos mayores.⁸

Los datos de Rueda J, Santa Rosa 2018, donde la residencia urbana alcanzo el 80.8%¹⁴, cifras inferiores se encontraron en el estudio realizado por García A. en España 2014, alcanzando en la zona urbana el 53%.³⁴

Un artículo de Castaño J, Colombia 2012, muestra que a nivel de la instrucción con mayor frecuencia es la primaria en la población hipertensa con el 59,5%.¹⁵ En contraste con lo que presenta Salcedo A. Bogotá 2014;⁴⁰ en un artículo con el 72,4% y un estudio de Chiluzza M. Ambato 2016, con el 75,5%.¹⁶

Una publicación realizada por Ofman S. Salvador 2013, presenta que el desempleo presenta el 29%.¹⁷ A diferencia del estudio por Rodriguez M, Colombia 2014, con el 0,72%¹⁸ que se relaciona con el artículo de Varleta P. Chile 2015, que presenta el 3,55%.¹⁹

Otros estudios realizados por Orellana D. 2016, la prevalencia de hipertensión fue de 38.4%. La prevalencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo alcanzó el 39.9%, siendo el factor más importante para la no adherencia el relacionado al paciente.²⁰ Con resultados similares de Rodríguez J, lima 2015; presento en la adherencia parcial el 53,3%.²¹

Según Pomares A. Cuba 2017, en el tiempo de evolución de la enfermedad se encontró en un estudio con mayor frecuencia > de 10 años con el 40,7%.²² Breceda U., en un estudio de Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial en México; obtuvo valores de presión arterial menos de 140/90 mmHg con el 71,8%.²³

En el estudio de Azapa G, Perú 2013, presente valores de presión arterial <140/90 mmHg fueron adherentes en un 70,4%.²⁴ Los datos encontrados por Kunert J, Paraguay 2015, nos muestra en pacientes hipertensos con presión normal el 37%, y prehipertensión con 25,9% son adherentes mientras que los pacientes con niveles de presión en grado I representan el 29% y grado II 14,8% no son adherentes.²⁵

Solo un 16% de los pacientes hipertensos tienen un control adecuado de la presión arterial esto se debe a la falta de adherencia terapéutica determinado por desconocimiento de la enfermedad, nivel de instrucción, factores

socioeconómicos, ausencia de cumplimiento del tratamiento, inadecuado esquema farmacológico.²⁶

2.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es una de las patologías que se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores, siendo esto un problema en el ámbito social como en la calidad de vida de las personas.

El comportamiento de adherencia a los tratamientos es uno de los indicadores con mayor relevancia a evaluar en los pacientes con factores de riesgo para la salud cardiovascular, ya que la falta de adherencia conduce a altos índices de morbimortalidad. (Guerra, 2013)

Aproximadamente 55% de los pacientes con acceso a tratamiento farmacológico antihipertensivo no logran un control satisfactorio de la presión arterial (PA). Solo el 41% de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial (HTA) utilizan el tratamiento farmacológico que solamente corresponde al 23%, de los cuales el 6.7% de estos representan una presión arterial en rangos normales.²⁷

Además, la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo puede llegar a disminuir drásticamente la calidad de vida de los pacientes hipertensos, ya que se relaciona directamente con el desarrollo de complicaciones cardiovasculares (evento cerebro-vascular, infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardiaca, entre otras), que son la primera causa de muerte a nivel mundial, por lo descrito, la HTA es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el factor de riesgo activo que más muertes causa en el mundo.²⁸

Tomando en cuenta, que a pesar de los avances en la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial (HTA), aún muchos pacientes tienen dificultad para cumplir el tratamiento recomendado. Se considera que una de las principales causas radica en la influencia de los factores de riesgo y la mala adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que no ha permitido disminuir los valores de tensión arterial en relación al cumplimiento del objetivo propuesto.²⁹

El objetivo del tratamiento es la recuperación de la calidad de vida de los pacientes hipertensos, recordando que no se tratan las cifras de tensión arterial sino el riesgo que representan.³⁰

A pesar de los esfuerzos por controlar la Hipertensión Arterial, la adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las recomendaciones no farmacológicas es muy baja, lo que dificulta la disminución de la presión arterial y su mantenimiento en niveles controlados.

La adopción responsable del tratamiento con antihipertensivos es fundamental para el control adecuado de las cifras tensionales, la prevención de complicaciones e inclusive la muerte. Por tanto, el control de la presión arterial según tratamiento se entendía como la colaboración, participación proactiva y voluntaria del paciente para obtener mejores condiciones de salud, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional sanitario. Por este motivo es importante la evaluación del nivel de adherencia terapéutica y control de presión arterial en relación con los factores socioeconómicos, antecedentes patológicos y hábitos que presente el paciente.³¹

Un buen control de la hipertensión arterial significa la reducción de la morbimortalidad en la población. Sin tener un resultado favorable el uso inadecuado del tratamiento solamente agravaría más esta enfermedad crónica.³¹

La pregunta de investigación es: ¿Cuál es la relación que existe entre el grado de adherencia al tratamiento y el control de los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos del Hospital San Vicente de Paul junio 2018-abril 2019?

2.2 JUSTIFICACION

En la provincia El Oro, cantón pasaje no existen datos científicos del nivel de adherencia terapéutica y control de la presión arterial en pacientes hipertensos, motivo por el cual es una investigación innovadora, de gran importancia médica a nivel de la atención primaria en salud. Es importante conocer si los pacientes hipertensos tienen una adecuada adherencia al tratamiento, control de la presión arterial y sus factores influyentes. Alcanzando resultados que cambie nuestra perspectiva de la prescripción médica con el uso de fármacos antihipertensivos, y suprimir un tratamiento generalizado.

De igual manera aportará para los conocimientos del personal médico, en las actualizaciones científicas basada en evidencias de las cifras meta de presión arterial en hipertensos con relación a la edad y las recomendaciones para un tratamiento óptimo.

Discutir sobre la adherencia en hipertensos es hablar sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico; en el caso de la hipertensión arterial el tratamiento tiene 2 pilares fundamentales, lograr un control óptimo de la presión arterial y evitar las complicaciones a largo plazo mediante el cumplimiento de una adherencia terapéutica eficaz.

La adherencia terapéutica forma parte del comportamiento personal del paciente y expresión de la responsabilidad de los individuos con su cuidado y mantenimiento, es un régimen que permite al paciente mantenga y continúe el tratamiento y conseguir cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.

Finalmente ayudará a mejorar la calidad de vida del paciente, con el fin de disminuir las complicaciones de esta enfermedad crónica, con un control adecuado de la presión arterial y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

CAPITULO III

3.1 FUNDAMENTACION TEORICA

3.1.1 Definición

La presión arterial es una medición que muestra el funcionamiento del sistema cardiovascular y es un indicador para generar grupos de riesgo en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. El registro de la presión arterial tiene 2 componentes: la denominada presión arterial sistólica, que es un primer valor, mayor que el segundo y que refleja la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared de la arteria cuando el corazón se contrae para expulsarla, y la presión arterial diastólica, valor menor, que representa la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra relajado. Podemos definir como hipertensión arterial cuando la presión arterial sistólica es mayor a 140 mmHg y la diastólica es mayor a 90 mmHg.⁶

3.1.2 Clasificación

Según la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología 2018 se divide en 7 categorías: óptima, normal, normal-alta, HTA de grado 1, 2 y 3 e HTA sistólica aislada con los respectivos valores de presión arterial sistólica y diastólica indicada en la siguiente figura 1.³²

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

^aLa categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica.

^bLa HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados.

Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

Figura 1. Williams B. et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78.

3.1.3 Factores de riesgo

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular que más muertes provoca. Se estima alrededor de 7,5 millones de fallecimientos al año se deben a esta enfermedad. El porcentaje de mortalidad global que se le atribuye a la hipertensión arterial (HTA) (12,8%) es mayor que el del tabaquismo (8,7%), la diabetes mellitus (5,8%), el sedentarismo (5,5%), el sobrepeso/obesidad (4,8%). Por ello, su control podría reducir 40% el riesgo de ictus y 15% el de infarto agudo de miocardio.³³

En un artículo del 2014 según García A., de los 1.306 pacientes con HTA, 46,9% eran hombres, 64% tenían 65 o más años y 53% residían en una zona urbana o semiurbana. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron obesidad según cálculo de IMC (37,8%) y diabetes mellitus (23,6%). El 61,8% recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo. El 55,9% presentó cifras de mal control de PA.³⁴

Numerosas investigaciones metabólicas han demostrado que la distribución regional del tejido adiposo es el principal factor que explica la relación entre adiposidad y riesgo cardiometabólico.³⁵

3.1.4 Adherencia terapéutica antihipertensiva

La adherencia terapéutica se define como el nivel o grado de comportamiento que tiene una persona para tomar los medicamentos, régimen alimenticio, realización de cambios en su estilo de vida y demás indicaciones otorgados por el médico con la finalidad de resguardar la salud y complicaciones futuras de la enfermedad (Marchant & Alvarado, 2013)³⁶

En el 2017, un estudio realizado en la Habana, se obtuvo resultados de nivel de adherencia con la encuesta Martin-Bayarre-Grau (MBG) adherencia total del 16,08%, adherencia parcial, del 74,13% y no adherencia del 9,79% con una muestra de 100 pacientes.³⁷

En el estudio realizado en Brasil por Da Silva Barreto, M. et al., a diferencia de nuestro estudio encontraron que las variables: edad ($p=0,002$), clase económica ($p=0,001$) y tiempo de diagnóstico ($p=0,005$) fueron estadísticamente significativas sobre la adherencia al tratamiento (Da Silva et al., 2014).³⁸

La media de años de tratamiento antihipertensivo fue de 10,2 (\pm 9,3) años, el 89,0% usaban una o dos pastillas para la HTA, el 90,8% tomaban uno o dos fármacos antihipertensivos y un total de 3,7 (\pm 2,3) pastillas promedio por paciente sumando los prescritos para controlar su presión arterial más las indicadas para otras patologías. La causa de no adherencia más frecuente fue olvido en el 54,0% de los casos, porque se sienten bien en el 28,6% y por posibles efectos adversos en el 12,7%.³⁹

3.1.5 Factores que determinan la adherencia terapéutica

Son cuatro los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial: “los factores socioeconómicos, los sistemas relacionados con el proveedor, sistemas y equipos de salud, los factores relacionados con la terapia, y los factores relacionados con las características propias del paciente”.⁴⁰

La adherencia es un proceso que debe cumplirse multilateralmente ya que la responsabilidad de la adherencia recae no solo sobre el paciente, sino sobre la familia, el servicio de salud y el profesional, ya que todos son responsables de la educación y el monitoreo del cumplimiento del tratamiento del paciente, otros factores relevantes son la disponibilidad de medicamentos y la tolerancia de los medicamentos antihipertensivos.⁴¹

La adhesión cubre una variedad de conductas diversas entre las que se incluyen:

- Formar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Acudir a las consultas programadas.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Desempeñar cambios adecuados en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, etc.)
- Realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario.
- Evitar comportamientos que signifiquen un riesgo para la salud (fumar, consumir drogas, etc.)⁴²

3.1.6 Cuestionario validado para la adherencia al tratamiento de Martín–Bayarre–Grau

Se realizó un estudio en el 2012 donde con la aplicación de este cuestionario el cual está compuesto por los ítems en forma de 12 afirmaciones que recorren las categorías que se considera conforman la definición operacional de adherencia terapéutica. El cuestionario recoge además, datos generales del paciente (nombre, edad, sexo, ocupación, años de diagnosticada la enfermedad e información acerca del tratamiento médico que tiene indicado: medicamentoso y/o higiénico-dietético.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como Adheridos Totales a los que obtienen de 38 a 48 puntos, Adheridos Parciales de 18 a 37 puntos y No Adheridos a los que obtienen entre 0 y 17, de modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido.

Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala de lickerts, los cuales están compuestos por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Se evalúa con una puntuación según sus lickerts; nunca con un valor de 0, casi nunca: 1, a veces: 2, casi siempre: 3 y siempre equivale a 4, dando un total de 48 puntos.⁴²

3.1.7 Recomendaciones para el manejo de la hipertensión

Según the Eighth Joint National Committee (JNC) 8, en la población general de 60 o más años, el tratamiento farmacológico se comienza para reducir la presión arterial con una presión arterial sistólica (PAS) de 150 mmHg o mayor, o con una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o mayor, y trate hasta una meta de PAS menor de 150 mm Hg y una meta de PAD menor de 90 mm Hg.⁴³

En la población general menor de 60 años, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de 90 mm Hg (para edades entre 30 y 59 años; para edades entre 18 y 29 años, de igual manera inicie el tratamiento farmacológico

antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg, y trátelo hasta una meta de menos de 140 mm Hg.

En la población general con 18 años o más y con diabetes, inicie el tratamiento farmacológico antihipertensivo para reducir la PAS que sea mayor o igual a 140 mm Hg y la PAD que sea mayor o igual a 90 mm Hg, y trátela hasta una meta de menos de 140 mm Hg y menos de 90 mm Hg respectivamente.

En la población general, incluyendo a los diabéticos pero exceptuando a los negros, el tratamiento inicial debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador del receptor de angiotensina (ARA).⁴³

3.1.8 Tratamiento

Solo en un artículo encontramos que hay un moderado control de la presión arterial; los datos del Registro Español de monitorización ambulatoria de presión arterial (PA) de 24 h (MAPA) también mostraron que un 51,6% de los hipertensos tratados estaban controlados por MAPA frente a un 23,6% en la consulta, que dos tercios de los pacientes que no están controlados ya están con 3 fármacos, y que un 15% de ellos presenta una HTA resistente. En el estudio PRESCAP-2010 un 63,6% de los hipertensos recibían 2 o más fármacos antihipertensivos.⁴⁴

Estos datos indican que el control de la presión arterial (PA) en los hipertensos es mejorable y lo es particularmente en aquellos que necesitan 2 o más fármacos para su control, lo que representa alrededor de un 50% del total de tratados.

Sin embargo, un inicio precoz del tratamiento antihipertensivo y la utilización de combinaciones adecuadas en dosis propias continúa siendo un factor de enorme relevancia. De hecho, el arsenal terapéutico de que disponemos hoy en día no parece capaz de evitar que un porcentaje relevante de pacientes lleguen a ser diagnosticados de hipertensión arterial resistente. Es un hecho demostrado que ninguno de los fármacos antihipertensivos disponibles en la actualidad es capaz, usado en monoterapia, de controlar una mayoría de casos de hipertensión arterial (HTA).⁴⁵

En el estadio 1 se puede iniciar con diuréticos tiazidicos y si no hay un control adecuado, adicionar IECA, ARA II, Betabloqueadores (BB) o calcioantagista (CA) según criterio médico.

En el estadio 2 se debe usar la combinación de dos o más agentes hipertensivos usualmente IECA, tiazidas, ARA II, calcioantagonistas o betabloqueantes.

El antihipertensivo ideal debe: tener un buen perfil hemodinámico, evitar el daño de órgano blanco, tener pocos efectos adversos, ser eficaz en monoterapia, tener índice pico valle mayor de 0.5, permitir buena adherencia al tratamiento, ser de bajo costo e, idealmente, tener una duración mayor de 24 horas, que mantenga al paciente protegido si olvida tomar una dosis.⁴⁵

Fig. 2 Esquema de tratamiento según grado de hipertensión y factores de riesgo

Otros Factores de riesgo, DO o enfermedad	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA Grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA Grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros Factores de Riesgo	No intervención de PA	No intervención PA	Cambio estilo vida algunos meses, después fármacos si no hay control	Cambios estilo vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios estilo vida + Tratamiento inmediato
1-2 Factores de Riesgo	Cambios Estilo de vida	Cambios Estilo de Vida	Cambios Estilo vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios Estilo Vida algunas semanas, después fármacos si no hay control	Cambios Estilo Vida + Tratamiento inmediato
≥ 3 Factores Riesgo, SM o DO	Cambios Estilo Vida	Cambios Estilo Vida y considerar fármacos	Cambios Estilo de Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato
Diabetes	Cambios Estilo Vida	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo de Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato
Enfermedad renal o CV Establecida	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato	Cambios Estilo Vida + Tratamiento Farmacológico Inmediato

Fig.2 Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Heagerty AV, Kjeldsen SE, et al. Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. 2007. disponible en: <http://fiaiweb.com/wp-content/uploads/2017/05/guias-europeas-hta-version-en-espa%C3%B1ol.pdf>

CAPITULO IV

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo General:

- Determinar la adherencia terapéutica y su relación con el control de la presión arterial en hipertensos atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl, pasaje junio 2018- abril 2019.

4.1.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar al paciente hipertenso según variables sociodemográficos y características clínicas.
- Establecer el nivel de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos a través del cuestionario de Martin- Bayarre-Grau.
- Determinar la asociación entre el nivel de adherencia terapéutica y variables sociodemográficas, características clínicas
- Relacionar la adherencia terapéutica con los niveles de tensión arterial de la población en estudio.

4.2 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

- La adherencia al tratamiento antihipertensivo está influenciada por factores sociodemográficos, características clínicas como comorbilidades, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento.
- Los pacientes con menor adherencia terapéutica tienen menor control de los niveles de tensión arterial.

CAPITULO V

5.1 DISEÑO METODOLÒGICO

5.1.1 Tipo de investigación y diseño general

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, transversal de tipo descriptivo, el cual permite identificar el nivel de adherencia terapéutica y control de la presión arterial en hipertensos.

5.1.2 Definiciones operacionales de las variables

- Variables independientes: factores sociodemográficos, características clínicas: tiempo de evolución de enfermedad, tipo de tratamiento, grupo de fármacos.
- Variables dependiente: nivel de adherencia terapéutica y control de tensión arterial.

5.1.3 Operalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años	Numérica <ul style="list-style-type: none"> • 50 -64 • 65-79 • ≥ 80
Sexo	Características fenotípicas que diferencian en hombre y mujer	Rasgos biológicos	Cedula	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • femenino
Raza	Característica física de origen de cada persona que se transmiten hereditariamente.		Etnia	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Negra • Blanca • Mestiza • Indígena
Estado civil	Condición legal de un individuo en relación a otra persona y reconocida por la ley.	Relación con otra persona.	Cédula	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Unión libre • Casado • Divorciado

				<ul style="list-style-type: none"> • Viudo
Residencia	Localización geográfica donde vive habitualmente, de forma permanente junto a su familia.	Lugar donde vive la paciente	Lugar	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
Condición socioeconómica	Medida económica y sociológica de cada persona.	Necesidades básicas	INEC	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Alta • Media • Baja
Nivel de instrucción	Es el grado más alto de educación dentro del sistema educativo nacional.	Años aprobados o asistidos.	Años	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior • Cuarto nivel
Ocupación	Clase de trabajo que efectúa una persona ocupada.		Situación laboral	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Agricultor • Empleado • Desempleado

				<ul style="list-style-type: none"> • Pensionado
CARACTERITICAS CLINICAS				
Factores dependientes del tratamiento Farmacológico	Aspectos condicionantes de la adherencia del tratamiento	Tipo de tratamiento	Prescripción en la historia clínica	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Monoterapia • Tratamiento combinado
Tratamiento farmacológico	Inducción de compuestos químicos farmacéuticos	Cuidado personal	Tratamiento integral sobre órgano diana	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos • Bloqueadores beta • Bloqueadores alfa • Antagonistas del calcio • IECA • ARA-II.
Niveles de presión arterial	Valores por encima de rango normal de la presión arterial	Sociedad Europea de cardiología	Clasificación de la presión arterial	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Optima PAS<120 PAD <80

				<ul style="list-style-type: none"> • Normal PAS 120-129 PAD 80-84 • Normal alta PAS 130-139 PAD 85-89 • HTA grado I PAS 140-159 PAD 90-99 • HTA grado II PAS 160-179 PAD 100-109 • HTA grado III PAS ≥ 180 PAD ≥ 110 • HTA sistólica aislada PAS ≥ 140 PAD < 90
Tiempo de evolución de enfermedad	Tiempo transcurrido desde la identificación de una enfermedad mediante la	Tiempo	Años	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • 1-5 • 5-10 • ≥ 10

	observación de sus signos y síntomas característicos.			
Control de presión arterial	La hipertensión arterial se define por las cifras tensionales de presión arterial sistólica: > 140 mmHg, que corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole y Presión arterial diastólica: >90mmHg, que corresponde al valor mínimo de tensión arterial cuando el corazón está en diástole. ⁶	Niveles de presión arterial	Controlada <140/90 No controlada >140/90	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Si • no
ADHERENCIA TERAPEUTICA				
Grado de adherencia al tratamiento	Acción voluntaria y activa del paciente con cifras tensionales altas, en relación con la toma del medicamento y cambio en el estilo de vida, obteniendo un		Cuestionario de Martin-Bayarre-Grau Lickerts: Siempre	Ordinal Grado de adheridos totales: 38 a 48 puntos Grado de adheridos parciales: 18 a 37 puntos

	resultado deseado y control óptimo de la presión arterial		Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	Grado de no adheridos: 0 a 17 puntos
--	--	--	--	---

5.1.4 UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

El universo consta de todos los pacientes mayores de 50 años diagnosticados de hipertensión arterial que acudan a consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de pasaje en el periodo de junio 2018 – abril 2019.

5.1.5 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se empleó la fórmula de estimación de una proporción, se consideró de varios estudios un porcentaje estimado de adherencia al tratamiento y control de la presión arterial en un 16%, con un margen de error de inferencia del 5%, nivel de confianza del 95%.

En el cual el universo es infinito y se lo obtuvo mediante la fórmula $n = \frac{pqxz^2}{e^2}$:

$$n = \frac{pqxz^2}{(e)^2}$$

n= número

p= prevalencia: 0.16 dato obtenido de la menor prevalencia de adherencia terapéutica total obtenida de los estudios revisados, por Castillo M, realizado en la Habana en 2017 en una población 100 pacientes.

$$q = 0.50$$

$$z^2 = 3.84$$

$$(e^2) = (0.05)^2$$

$$n = \frac{0.16 \times 0.5 \times 3.84}{(0.05)^2} : 122 \text{ pacientes}$$

El resultado es de un universo infinito de pacientes con hipertensión arterial y la muestra mediante la fórmula se obtuvo 122 pacientes ya diagnosticados con Hipertensión arterial.

En la asignación de los pacientes al estudio, para garantizar la representatividad de todas los pacientes con Hipertensión arterial se utilizará un muestreo aleatorio simple, utilizando el programa de Excel.

5.1.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes ya diagnosticados de hipertensión arterial, que reciban tratamiento farmacológico por más de 1 año y acudan al Hospital San Vicente de Paul.
- Pacientes con hipertensión arterial de >50 años de edad.
- Pacientes que acudan a medicina interna en consulta externa del Hospital San Vicente de Paul.
- Que en la historia clínica este prescrito el tratamiento farmacológico.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades catastróficas.
- Pacientes que presenten enfermedad coronaria.
- Pacientes con discapacidad física o mental.
- Pacientes embarazadas.
- Historias clínicas incompletas
- Pacientes que no deseen formar parte de la investigación.

5.2 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

- Una vez que el protocolo de investigación haya sido aprobado por el comité de investigación y el comité de ética de la Universidad Católica de Cuenca, se procederá a determinar las unidades de observación de acuerdo a los criterios definidos en la asignación.
 - El instrumento para la recolección de la información será a través de la historia clínica, una encuesta y el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau el cual fue validado por Alfonso Libertad Martín en Cuba en el año 2008.
- Se tomara la presión arterial en el brazo izquierdo con el mismo estetoscopio (Litman classic III) y tensiómetro (Riester), en un ambiente con las mismas condiciones a todos los pacientes en la hora de consulta externa de 8H00- 14H00 consultorio 1 y de 14h00-

18h00 en consultorio 2, de los cuales deben haber permanecido sentados al menos 5 minutos, antes de la toma de presión arterial.

- Se tomarán las medidas antropométricas con la balanza digital y el tallímetro del establecimiento de salud.
- Previo a la revisión de estas, esta será validada con un grupo de 1 licenciada, y 1 internos de medicina, para conocer su validez y factibilidad.

5.3 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

- Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.
- Autonomía: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar o no en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Además usted puede retirarse del estudio cuando así lo desee.
- Privacidad: La información se guardará absoluta confidencialidad, es decir que no se publicarán o no se darán a conocer los datos reales de las personas que participaron en el estudio como edad, sexo, número de cédula, etc., para ello cada variable será decodificadas de manera específica.
- Se respetarán los tratados de Helsinki para investigaciones o estudios con seres humanos.
- La investigadora de la presente investigación declara, que no existe conflicto de interés con los pacientes que participaron en ella.
- Para el inicio del estudio se contará con la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

5.4 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos en las historias clínicas, encuesta y cuestionario de Martín Bayarre Grau, la toma de la presión arterial la cual será respaldada en la base de datos estos serán transcritos a una base digital y analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS 24.

El análisis consistirá en la descripción de las variables mediante frecuencias, porcentajes, y para determinar la razón de prevalencia. Para las variables cuantitativas se determinará el tipo de distribución de los datos, se hará mediante estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión con la desviación estándar.

CAPITULO VI

6.1 ANALISIS ESTADISTICO

6.1.1 RESULTADOS

Caracterización general del paciente hipertenso según variables sociodemográficas

En este estudio se evidencia dentro de las variables sociodemográficas; el grupo etario de pacientes hipertensos que predominó fueron aquellos que se encontraron en el rango de 60-75 años de edad con un 53,3%, con una moda de 66 años. Según el sexo existió mayor frecuencia del femenino sobre el masculino con el 57,7%. En relación al lugar de residencia, obtuvimos mayor porcentaje de hipertensión en la población urbana con 70,5%. Referente al estado civil los casados obtuvieron el 74,6%. La raza prevaleció la mestiza 91,8%, mientras que el nivel de instrucción con mayor frecuencia es la primaria con el 47,5%. De acuerdo con la ocupación, el desempleo alcanzó un 35,2% y el nivel socioeconómico bajo predominó en la población estudiada con el 54,9%. (Tabla 1)

Tabla 1.			
Caracterización general del paciente hipertenso según variables sociodemográficas			
Variables		frecuencia	Porcentaje %
Edad (años)	50-59 adulto maduro	34	27,9
	60-75 adulto mayor	65	53,3
	>76 anciano	23	18,9
Sexo	Hombre	51	41,5
	Mujer	71	57,7
Residencia	Urbana	86	70,5
	Rural	36	29,5
Estado Civil	Soltero	10	8,2
	Unión libre	12	9,8
	Casado	91	74,6
	Divorciado	3	2,5
	Viudo	6	4,9
Raza	Mestiza	112	91,8
	Indígena	4	3,3
	Negra	6	4,9
Nivel de instrucción	Analfabeto	4	3,3
	Primaria	58	47,5
	Secundaria	28	23,0
	Superior	5	4,1
	Ninguno	27	22,1
Ocupación	Campeño	30	24,6
	Empleado	18	14,8
	Desempleado	43	35,2
	Pensionado	10	8,2
	Ama de casa	21	17,2
Nivel socioeconómico	Media	55	45,1
	Baja	67	54,9
Fuente: base de datos del estudio	Elaborado por: María Belén Ayala Bravo		

Características clínicas del paciente hipertenso

Referente a las características clínicas; en los años de evolución de la enfermedad en nuestra población en estudio el tiempo de duración de la enfermedad de mayor frecuencia fue de 1 a 5 años correspondiente al 47,5%. El tipo de tratamiento con mayor influencia hubo la monoterapia con 65,6%. El grupo de fármaco con mayor prevalencia son los ARA II representado un 40,1%. Los niveles de presión arterial pertenecieron a los pacientes con Hipertensión arterial grado I (PAS: 140-159mmHg; PAD: 90-99 mmHg) con el 43,4%. Respecto al control de la presión arterial, la controlada obtuvo mayor porcentaje del 50,8% mientras que la no controlada fue del 49,2%. (Tabla 2)

Tabla 2. Características clínicas del paciente hipertenso			
VARIABLES		Frecuencia	Porcentaje%
Años con HTA	1-5 Años	58	47,5
	6-10 Años	26	21,3
	>10 Años	38	31,1
Tipo de tratamiento	Monoterapia	80	65,6
	Tratamiento combinado	42	34,4
Tratamiento farmacológico	ARA II	67	40,1
	IECAS	49	29,3
	DIURETICOS	27	16,2
	BLOQUEADORES BETA	5	3,0
	BLOQUEADORES ALFA	1	0,6
	ANTAGONISTA DE CALCIO	18	10,8
Niveles de presión arterial	Optima	1	8
	Normal	18	14,8
	Normal alta	43	35,2
	HTA grado I	53	43,4
	HTA grado II	7	5,7
Control de la presión arterial	CONTROLADA (PA: ≤140/90)	62	50,8
	NO CONTROLADA (PA: ≥140/90)	60	49,2
Fuente: base de datos del estudio	Elaborado por: María Belén Ayala Bravo		

Grado de adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos

Se observa en los pacientes hipertensos el grado de adherencia parcial con el 81.1% que predominó en este estudio, mientras que el grado de adherencia total obtuvimos un 17,2% y finalmente el grado de no adherencia del 1,6%. (Tabla 3)

Tabla 3. Grado de adherencia terapéutica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	grado de adheridos totales	21	17,1	17,2	17,2
	grado de adheridos parciales	99	80,5	81,1	98,4
	grado de no adherencia	2	1,6	1,6	100,0
	Total	122	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,8		
Total		123	100,0		
Fuente: base de datos del estudio		Elaborada por: María Belén Ayala Bravo			

Asociación del grado de adherencia terapéutica, variables sociodemográficas

Al asociar la variable grado de adherencia terapéutica con las características sociodemográficas en nuestro estudio obtuvimos: que los pacientes con mayor porcentaje fueron aquellos con un grado de adherencia parcial con un 56.5% en edades comprendidas entre los 60-75 años de edad y siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia con 59.6%. Referente al lugar de residencia predominó la urbana con 70,7%, seguido del estado civil donde predominó los casados con un 73,7%, mientras en la raza obtuvimos la mayor frecuencia de mestiza del 92.9%, en el nivel de instrucción en los pacientes con menor escolaridad (primaria) alcanzaron 49,5%, referido a la ocupación prevaleció el desempleo correspondiente al 35,4%, finalmente el nivel socioeconómico bajo predominó en la población hipertensa con 54,4%.(Tabla 4)

Tabla 4. Grado de adherencia terapéutica y variables sociodemográficas

Variables		Grados de Adherencia					
		Grado de adheridos totales		Grado de adheridos parciales		Grado de no adherencia	
		Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Edad (años)	50-59 adulto	7	33,3	27	27,3	0	0,0
	maduro	8	38,1	56	56,6	1	50,0
	60-75 adulto	6	28,6	16	16,2	1	50,0
	mayor >76 anciano						
Sexo	Hombre	9	42,9	40	40,4	2	100,0
	Mujer	12	57,1	59	59,6	0	0,0
Residencia	Urbana	15	71,4	70	70,7	1	50,0
	Rural	6	28,6	29	29,3	1	50,0
Estado Civil	Soltero	1	4,8	9	9,1	0	0,0
	Unión libre	1	4,8	11	11,1	0	0,0
	Casado	16	76,2	73	73,7	2	100,0
	Divorciado	1	4,8	2	2,0	0	0,0
	Viudo	2	9,5	4	4,0	0	0,0
Raza	Mestiza	18	85,7	92	92,9	2	100,0
	Indígena	2	9,5	2	2,0	0	0,0
	Negra	1	4,8	5	5,1	0	0,0
Nivel de instrucción	Analfabeto	3	14,3	1	1,0	0	0,0
	Primaria	7	33,3	49	49,5	2	100,0
	Secundaria	8	38,1	20	20,2	0	0,0
	Superior	0	0,0	5	5,1	0	0,0
	Ninguno	3	14,3	24	24,2	0	0,0
Ocupación	Campeño	4	19,0	25	25,3	1	50,0
	Empleado	3	14,3	15	15,2	0	0,0
	Desempleado	8	38,1	35	35,4	0	0,0
	Pensionado	3	14,3	6	6,1	1	50,0
	Ama de casa	3	14,3	18	18,2	0	0,0
Nivel socioeconómico	Media	9	42,9	45	45,5	1	50,0
	Baja	12	57,1	54	54,4	1	50,0

Asociación del grado de adherencia terapéutica y las características clínicas

En la asociación del grado de adherencia terapéutica y las características clínicas se demostró las variables con mayor frecuencia del grado de adherencia parcial; relacionado al tipo de tratamiento prevaleció la monoterapia con 64,4%. En los años diagnosticados con la enfermedad en los pacientes hipertensos, con mayor frecuencia con rango de 1-5 años representa el 45,5%, en cuanto al tratamiento farmacológico los ARA II obtuvieron mayor frecuencia de 57,6%. Finalmente el control de la presión arterial no controlada, con más porcentaje del 51,5%. (Tabla 5)

Tabla 5. Grado de adherencia y características clínicas

Variables		Grado de adheridos totales		Grado de adheridos parciales		Grado de no adherencia	
		Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Tipo de tratamiento	Monoterapia	15	71,4	64	64,4	1	50,0
	Tratamiento combinado	6	28,6	35	35,4	1	50,0
Años con HTA	1-5 Años	12	57,1	45	45,5	1	50,0
	6-10 Años	1	4,8	24	24,2	1	50,0
	>10 Años	8	38,1	30	30,3	0	0,0
Tratamiento farmacológico	Ara II	9	42,9	57	57,6	1	50,0
	IECAS	10	47,6	38	38,4	1	50,0
	Diuréticos	3	14,3	23	23,2	1	50,0
	Bloqueadores Beta	1	4,8	4	4,0	0	0,0
	Bloqueadores Alfa	1	4,8	0	0,0	0	0,0
	Antagonista de Calcio	3	14,3	14	14,1	1	50,0
Control de presión arterial	CONTROLADA (PA: ≤140/90)	14	66,7	48	48,5%	0	0,0
	NO CONTROLADA (PA: ≥140/90)	7	33,3	51	51,5%	2	100%

Relación de la adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial

Observamos la relación de la adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos en donde el grado de adherencia parcial obtuvimos la presión arterial óptima (PAS: >120mmHg PAD: <80mmHg) de mayor frecuencia con el 1%. La presión arterial normal (PAS: 120-129mmHg, PAD; 80-84mmHg) se consiguió el 14,1%, mientras que la presión normal alta (PAS: 130-139mmHg, PAD: 85-90mmHg) prevaleció con el 33,3%. En hipertensión arterial grado I presento la mayor frecuencia del 46,5% en la población del estudio, finalmente la hipertensión arterial grado II alcanzo un 5,1%. (Tabla 6)

Tabla 6. Adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial

			Grado de adherencia terapéutica			Total
			grado de adheridos totales	grado de adheridos parciales	grado de no adherencia	
Niveles de la presión arterial	Óptima PAS: >120 PAD: <80	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	0,0%	1,0%	0,0%	0,8%
	Normal PAS: 120-129, PAD; 80-84	Recuento	4	14	0	18
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	19,0%	14,1%	0,0%	14,8%
	normal alta PAS: 130-139, PAD: 85-90	Recuento	10	33	0	43
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	47,6%	33,3%	0,0%	35,2%
	HTA grado I PAS: 140-159, PAD: 90-99	Recuento	5	46	2	53
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	23,8%	46,5%	100,0%	43,4%
	HTA grado II PAS: 160-179, PAD;100-109	Recuento	2	5	0	7
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	9,5%	5,1%	0,0%	5,7%
	Total	Recuento	21	99	2	122
		% dentro de Grado de adherencia terapéutica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: base de datos del estudio		Elaborado por: María Belén Ayala Bravo				

CAPITULO VII

7.1 DISCUSION

La caracterización general de los pacientes hipertensos que obtuvimos en nuestro estudio fueron: el grupo etario más prevalente se encontró entre los 60-75 años de edad con 53,3%, resultados similares se observaron en investigaciones realizadas por Salazar P. en Lima 2016, cuyo grupo etario de mayor frecuencia se encontró en el rango entre 60 y 69 años correspondiendo al 46,3%; de 70 a 79 años 56,3%,⁷ otros estudios realizados a nivel Nacional como Orbea M. Ambato 2017, se encontró el rango de 60-69 años un 29% y de 70-79 años el 37%,⁸ contrario a los estudios previos de Coque L, Quito 2012; nos muestra el grupo de edad de mayor frecuencia fue de 46 a 60 años correspondiente al 51% de los pacientes.⁹

Con respecto a la variable sexo; el femenino tuvo mayor frecuencia con un 57,7% esto se correlaciona con los datos de otros estudios según Marquina R. en Lima; 2018 con el 57%.¹⁰ Esto coincide con el reporte de Bravo B, 2015 en Santa Rosa donde la prevalencia es relativamente mayor con 66,6%.¹¹ En un estudio internacional de acuerdo con Guarín G. en Bogotá, 2016, se encontró predominio el sexo femenino con 66,2%.¹² Estos resultados difieren del estudio realizado por Rodríguez A. Granada 2014, que presentó mayor frecuencia el sexo masculino del 52,2%.¹³ Según Orbea M. Ambato 2017; la literatura muestra que en la mujer; la hipertensión arterial (HTA) constituye una de las patologías más comunes, con una prevalencia de hasta un 80% en los adultos mayores.⁸

Referente a la variable de lugar de residencia obtuvimos mayor porcentaje, la urbana con 70,5% se corrobora con los datos de Rueda J, Santa Rosa 2018, donde la residencia urbana alcanzó el 80,8%,¹⁴ cifras inferiores se encontraron en el estudio realizado por García A. en España 2014, alcanzando en la zona urbana el 53%.

Dentro del nivel de instrucción la primaria se muestra con el 47,5% parecido al artículo de Castaño J, Colombia 2012, con 59,5%.¹⁵ En contraste con lo que presenta Salcedo A. Bogotá 2014; en un artículo con el 72,4%⁴⁰ y un estudio de Chiliza M. Ambato 2016, con el 75,5%.¹⁶

En la ocupación se reveló que el desempleo ocupa con mayor influencia el 35,2%. A diferencia de un estudio realizada por Ofman S. Salvador 2013, que empleado representa 39%;¹⁷ que se relaciona con el artículo de Varleta P. Chile 2015, que presenta el 37,2%.¹⁹ A diferencia del estudio por Rodríguez M, Colombia 2014, ama de casa con 49,1%.¹⁸

En nuestro estudio el nivel socioeconómico bajo predominó 54,9%, según Rodríguez M. Colombia, 2014 en un artículo su población demuestra el 76,23% con esta condición,¹⁸ mientras con un resultado inferior Córdova M. Ambato 2019; muestra el 27,1%.⁵

Según las características clínicas en nuestro estudio se encontró que la mayor frecuencia de años de diagnóstico de la enfermedad predominó entre 1-5 años correspondiendo al 47,5% el cual se relaciona con el estudio de Maldonado F. México 2016, con el 37,6% pacientes con menos de 5 años de evolución de la hipertensión arterial.² En contraste con los datos que se encontraron en el estudio realizado por Breceda U., México 2017, con un mayor porcentaje en los > de 5 años con un 73,8%²³ y Pomares A. Cuba 2017, con mayor frecuencia > de 10 años con el 40,7%.²²

En la variable tipo de tratamiento con mayor frecuencia fue la monoterapia con 65,6%, al igual que el estudio de Bravo B. 2015 con el 76%,¹¹ según Coque L., Quito 2012, presentó con 63%, siendo el grupo farmacéutico de mayor predominio los ARA II con el 40,1%,⁹ con valores ligeramente mayores a los encontrados por Valera P. Chile 2015, correspondiendo al 47,7%,¹⁹ y los de Rueda J., Perú 2018 del 48,9%,¹⁴ por el contrario con cifras inferiores Coque L., Quito 2012, los IECAS predominó en su estudio, presentando el 21,4%.⁹

Según a los niveles de presión arterial encontramos que la mayor frecuencia de pacientes con Hipertensión arterial mantenía presiones arteriales entre 140-159 mmHg PAD: 90-99 mmHg, correspondiente al grado I con el 43,4%, datos similares fueron obtenidos en el estudio de Castaño J, Colombia 2012, con el 45%.¹⁵ Según Breceda U., México 2017 obtuvo valores de presión arterial menos de 140/90 mmHg con el 71,8%.²³

De acuerdo con el grado de adherencia terapéutica los resultados obtenidos de la investigación actual identificamos que en mayor frecuencia los pacientes hipertensos tuvieron una adherencia terapéutica parcial con un 81,1% (n=99) seguido de la adherencia terapéutica total del 17,2% (n=17), y no adheridos el 1,6% (n=2), utilizando el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau; según estudios realizados, Córdova M. Riobamba 2019; este dato es inferior, con una adherencia total del 62,4% (n=54),⁵ otro estudio realizado por Chiliza M, en Ambato 2016 presenta una adherencia total del 13,6%, adherencia parcial del 38,2% y no adherentes del 48,2%,¹⁶ sin embargo en un estudio internacional realizado por Ruiz T. en México 2014, obtuvieron una adherencia parcial de 88% y adherencia total del 1%.³ En un estudio realizado por Maldonado F. en México 2016, consiguieron una adherencia parcial del 59% (n=190), adherencia total del 36% (n=126) y no adheridos 2% (n=6).² Con resultados similares de Rodríguez J, Lima 2015; presentó en la adherencia parcial el 53,3%.²¹

En la asociación de la variable grado de adherencia terapéutica con las características sociodemográficas en nuestro estudio obtuvimos: que los pacientes con mayor porcentaje fueron aquellos con un grado de adherencia parcial en edades comprendidas entre los 60-75 años de edad con un 56.5%. El sexo femenino el de mayor frecuencia con 59.6%. Con respecto el nivel de instrucción en los pacientes con menor escolaridad (primaria) alcanzó 49,5%. Datos de Rueda J., Perú 2018; presenta que de las personas mayores de 65 años, el 67.7% son adherentes.¹⁴ Se relaciona con los resultados de Coque L., Quito 2012 en pacientes mayores de 55 años con 52%,⁹ con un mayor porcentaje Maldonado F. México 2016; en el rango de edad de 50-69 años se obtuvo el 71,4%.² Estudios de Pomares A. Cuba 2017; muestra que el sexo femenino presenta cifras mayores del 76,5%,²² según Chiliza M. Ambato 2016; presento el 52,4%,¹⁶ relacionado lo descrito por Rodríguez J, lima 2015; con 54,3%.²¹ Otros estudios realizados por Castaño J, Colombia 2012; describe que el nivel de instrucción presentó el 43,5%,¹⁵ con cifras mayores presento Rodríguez J, lima 2015, un 61,4%,²¹ con cifras mayores el estudio de Rueda J., Perú 2018, con 75%.¹⁴ Según Salcedo A. Colombia 2014; la literatura muestra que un nivel de instrucción bajo, nivel socioeconómico deficiente y el desempleo son un factor de alto riesgo para la falta de adherencia terapéutica.⁴⁰

En la asociación del grado de adherencia terapéutica y las características clínicas se demostró las variables con mayor frecuencia del grado de adherencia parcial; relacionado al tipo de tratamiento prevaleció la monoterapia con 64,4%. Según López S., Cuba 2016; se manifestó con el 73,9%. En cuanto al tratamiento farmacológico los ARA II obtuvieron mayor frecuencia de 57,6%. Rueda J., Perú 2018; presento 38%.¹⁴ En los años diagnosticados con la enfermedad en los pacientes hipertensos, con mayor frecuencia se encontraron entre el rango de 1-5 años representando el 45,5%, los datos encontrados por Rodríguez J, lima 2015, muestran el 61,8%,²¹ al igual que el estudio de Rueda J., Perú 2018 con 51%.¹⁴

Observamos la relación de la adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos en donde el grado de adherencia parcial obtuvimos en hipertensión arterial grado I presento la mayor frecuencia del 46,5% en la población del estudio, mientras que la presión normal alta (PAS: 130-139mmHg, PAD: 85-90mmHg) prevaleció con el 33,3%. La presión arterial normal (PAS: 120-129mmHg, PAD; 80-84mmHg) se consiguió el 14,1%y la hipertensión arterial grado II (PAS: 160-179, PAD: 100-109 mmHg), alcanzo un 5,1%, finalmente la presión arterial óptima (PAS: >120mmHg PAD: <80mmHg) de mayor frecuencia con el 1%. En el estudio de Azapa G, Perú 2013, presente valores de presión

arterial <140/90 mmHg fueron adherentes en un 70,4%.²⁴ Según Rueda J., Perú 2018, presentan adherencia los pacientes hipertensos con PA: >140/90mmHg correspondiente al 53,1%.¹⁴ Los datos encontrados por Kunert J, Paraguay 2015, nos muestra en pacientes hipertensos con presión normal el 37%, y prehipertensión con 25,9% son adherentes mientras que los pacientes con niveles de presión en grado I representan el 29% y grado II 14,8% no son adherentes.²⁵

7.2 CONCLUSIONES

- En este estudio la caracterización general de la población hipertensa dentro de las variables sociodemográficas se encontró; el grupo etario de pacientes hipertensos que predominó fueron aquellos que se encontraron en el rango de 60-75 años de edad. Según el sexo existió mayor frecuencia del femenino sobre el masculino. En relación al lugar de residencia, obtuvimos mayor porcentaje de hipertensión en la población urbana, mientras que el nivel de instrucción con mayor frecuencia es la primaria. De acuerdo con la ocupación, prevaleció el desempleo y el nivel socioeconómico bajo predominó en la población estudiada.
- Referente a las características clínicas; en los años de evolución de la enfermedad en nuestra población en estudio el tiempo de duración de la enfermedad de mayor frecuencia fue de 1 a 5 años. El tipo de tratamiento con mayor frecuencia fue la monoterapia. El grupo de fármaco con mayor prevalencia son los ARA II. Según los niveles de presión arterial pertenecieron a los pacientes con Hipertensión arterial grado I (PAS: 140-159mmHg; PAD: 90-99 mmHg).
- Se observó en los pacientes hipertensos el grado de adherencia parcial que predominó en este estudio, seguido del grado de adherencia total y finalmente el grado de no adherencia.
- Observamos la relación de la adherencia terapéutica con los niveles de presión arterial en los pacientes hipertensos donde los que tuvieron adherencia parcial mantenían niveles de presión arterial mayores o iguales a 140/90 (hipertensión GI) demostrando así que no hubo un adecuado control de la presión arterial.

CAPITULO VIII

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orduñez P, Martínez R, Niebylski M, Campbell N; Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean. *The J of Clin Hypertension*.2015;17(7):, 499-592.
2. Maldonado F., Vazquez V., y cols. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martin- Bayarre-Grau. *Aten Fam.*, 2016; 23(2):48-52.
3. Ruiz T. Grado de adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial en la unidad de Medicina Familiar número 64 de Córdova Veracruz.2014.
4. Herrera P., Pacheco J., Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev. perú. med. exp. salud pública*. 2017; 34(3): 497-504.
5. Córdova M. Asociación del conocimiento sobre hipertensión arterial (HTA) y adherencia al tratamiento en pacientes del club de hipertensos del Centro de Salud No1 del Distrito Chambo-Riobamba 06D01”, Universidad de Cuenca, pág.55-56. 2019.
6. Freire W., Ramírez M., Belmont P., Mendieta M., Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. (2014). Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. pág. 669-685.
7. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered [Internet]*. 2016 Ene [citado 2019 Abr 04] ; 27(1): 60-66.
8. Orbea M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial del adulto mayor residente en la parroquia Cunchibamba en el período abril a junio 2017. Universidad regional autónoma de los Andes, Ambato .2017, 25-30.
9. Coque L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo marzo del 2011. Universidad Técnica de Ambato, 2012, Ambato 2012, pag 96-102.
10. Marquina R., Nivel de adherencia al tratamiento de hipertensión arterial en los adultos mayores servicio de medicina hospital nacional dos de mayo diciembre 2016. Universidad San Juan Bautista, Perú, 49-44, 2016

11. Bravo B. Adherencia al tratamiento en adultos hipertensos: propuesta de intervención integral. Santa Rosa-El Oro, 2016. Universidad Nacional de Loja, 2015, 30-9,2015.
12. Guarín G., Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014, 651 Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 651-7,2014.
13. Rodríguez A. Seguimiento farmacoterapéutico en el control de pacientes hipertensos (emdader-hta), Universidad de Granada, Jun, pag 112-120, 2014.
14. Rueda J. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes atendidos por consultorio externo del hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018. Universidad Nacional de Piura, pag, 49-62, 2018.
15. Castaño J. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (colombia) 2011, Rev. Fac. Med. Vol. 60 No. 3: 179-197. 2012.
16. Chuluiza M. Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, parroquia San Andrés. Universidad Técnica de Ambato, Ambato, 92-102 2016.
17. Ofman S. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género. Julio 2013, 91-106.
18. Rodríguez M. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33 (2): 192-199.
19. Varleta P, et al . Assessment of adherence to antihypertensive therapy. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 Mayo [citado 2019 may 03] ; 143(5): 569-576.
20. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Rev Med HJCA 2016; 8(3): 252-258.
21. Rodríguez J. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 1: 55-60, 2015.
22. Pomares A. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, hospital General Universitario. Pag, 2-5, 2017

23. Breceda U. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Aten Fam.* 2017;24(3):116-120.
24. Apaza G. Adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en los pacientes del programa de hipertensión arterial de essalud -red tacna febrero 2013. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, Perú, pag 51-64. 2013.
25. Kunert J, Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios en un hospital urbano. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int* setiembre 2015; 2 (2):43-51.
26. Zurera I, Caballero M, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2014 Dic; 17(4): 251-260.
27. Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, Romero T. Evaluación del control de la presión arterial y la adherencia terapéutica en hipertensos seguidos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV): Asociación con características clínicas, socioeconómicas y psicosociales. *Rev Chil Cardiol [Internet]*. 2015 Abr ; 34(1): 18-27.
28. Rivera A. Trends and heterogeneity of cardiovascular disease and risk factors across Latin American and Caribbean countries. *Prog Cardiovasc Dis.* 2014 Nov-Dec;57(3):276-85.
29. Chobanian, G.L. Bakris, H.R. Black, W.C. Cushman, L.A. Green, J.L. Izzo, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Hypertension. *Diciembre de*, 42 (6) (2013), pp. 1206-1252
30. García A, Divisón J, García S, Morata García de la Puerta F, Montesinos A, Ávila L. Análisis coste-eficacia de los antihipertensivos en dosis fijas. *Semergen.* :Mar 2013; 39(2): 77-84.
31. Corbalan M, Alonso S, Ros E, Moya A, Colominas M, Hernández B. Evaluación del cumplimiento farmacológico en adultos mayores con hipertensión arterial. *Gerokomos [Internet]*. 2013 Dic ; 24(4): 164-167.
32. Williams B. et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(2):160.e1-e78.
33. Cortés C, Cardona D, Segura Á, Garzón M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Antioquia, Colombia, 2012. *Rev. salud pública [Internet]*. 2016 Mar; 18(2): 167-178

34. Garcia A., y cols. Factores asociados al control de la presión arterial en la cohorte del estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León (RECCyL). *Hipertens Riesgo Vasc.* 2014.
35. Bryce-Moncloa Alfonso, Alegría-Valdivia Edmundo, San Martín-San Martín Mauricio G. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *An. Fac. med.* 2017 Abr [citado 2019 abril 04]; 78(2)
36. Marchant, S., & Alvarado, L. Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria. Chile. . (2013).
37. Castillo M, Martín A, Almenares K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Mayo 28] ; 33(4).
38. Da Silva, M., Almeida, A., & Silva, S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3). (2014).
39. Berenstein C., Relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes ambulatorios. Registro de Hipertensión Arterial en la Comarca Andina del Paralelo 42 (REHTACAP 42), *Rev Argent Cardiol* 2017;85:268-269. /
40. Salcedo A., Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, Universidad Industrial de Santander - UIS Colombia. 32(1), pag 34-43. 2014.
41. Edelmiro Menéndez, Elías Delgado, Prevalence, Diagnosis, Treatment, and Control of Hypertension in Spain. Results of the Study *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, Volume 69, Issue 6, June 2016, Pages 572-578
42. Martín A, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Mar [citado 2019 Mayo 21] ; 34(1).
43. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).
44. Moreno A. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hipertensión arterial. Estudio PRESCAP 2010, *Medicina de Familia. SEMERGEN*. febrero de 2013;39(1):3-11.

45.Barros M. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2014;22(4):547-53.2013

8.2 RECURSOS EMPLEADOS

Recursos humanos

- Investigador
- Director
- Asesor

Recursos Materiales

- Computadora
- Cuaderno de apuntes
- Bolígrafos
- Impresora
- Cartucho de impresora
- Carpetas
- Lápiz
- Hojas de papel bond
- Borrador
- Estetoscopio
- Tensiómetro
- Tallimetro
- Balanza
- Flash memory
- Cámara fotográfica

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES 1 Jun	MES 2 Jul	MES 3 Agost	MES 4 sept	MES 5 oct	MES 6 nov	MES 7 dic	MES 8 ene	MES 9 feb	MES 10 mar	MES 11 abr	MES 12 may	MES 13 jun
Revisión y recopilación bibliográfica	X	X	X	X	X								
Elaboración del Protocolo de Tesis					X	X	X	X	X				
Elaboración del Marco Teórico										X	X	X	
Recopilación de datos presentes en las historias clínicas				X	X	X	X	X	X	X	X		

Conclusiones y Recomendaciones														X
Revisiones														X
Correcciones														X
Entrega Final														X

PRESUPUESTO

Rubro	Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Flash Memory	Guardar información	1	\$12.00	\$12.00
Transporte	Llevar a cabo el trabajo de campo	572	\$0.55	\$314.60
Internet	Para realizar las investigaciones	289	\$ 0.60	\$173.40
Energía Eléctrica	Se necesita energía para el funcionamiento de la computadora e internet		\$ 31.80	\$33.00
Copias e impresiones	Recopilación de información bibliográfica	1300	\$0.05	\$65
empastado	Presentación del trabajo final	4	\$20.00	\$80.00
Gastos imprevistos	Situaciones no previstas durante el desarrollo de la investigación			\$30.00
TOTAL				\$ 708

ANEXOS

Anexo 1: Evidencia rubrica 1, **Oficio de bioética.**

Anexo 2: Evidencia de rubrica 2, **Oficio de Coordinación de Investigación**

Anexo 3: Evidencia rubrica 3, **Formulario o Encuesta lleno**

Anexo 4: Evidencia rubrica 4, **Informe del antiplagio**

Anexo 5: Evidencia rubrica 5: **Rubrica de pares revisores, Rubrica de revisión de dirección de carrera**



COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONTROL DE PRESION ARTERIAL EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PASAJE JUNIO 2018 ABRIL 2019.
Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra)	UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Nombre del Investigador principal	MARIA BELEN AYALA BRAVO
Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email)	0979054632 belenayalabravo@gmail.com

Descripción del proyecto de Investigación
<p>En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.</p> <p>Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre Adherencia terapéutica y control de presión arterial en hipertensos del Hospital San Vicente de Paúl, pasaje junio 2018 abril 2019. Se trata de un estudio prospectivo, observacional de corte transversal, en hipertensos del área de consulta externa de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl, periodo junio 2018- abril 2019. La información se obtendrá a través de la aplicación de una encuesta que recopila los datos sociodemográficos, características clínicas y el cuestionario de Martín-Bayarre-Grau que medirá el nivel de adherencia terapéutica, con la finalidad de determinar si la adherencia terapéutica está directamente relacionada con el control de hipertensión arterial.</p>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes ya diagnosticados de hipertensión arterial, que reciban tratamiento farmacológico por más de 1 año y acudan al Hospital San Vicente de Paul.• Pacientes con hipertensión arterial de >50 años de edad.• Pacientes que acudan a medicina interna en consulta externa del Hospital San Vicente de Paul.• Que en la historia clínica este prescrito el tratamiento farmacológico.• Pacientes que firmen el consentimiento informado. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pacientes con enfermedades catastróficas.• Pacientes que presenten enfermedad coronaria.• Pacientes con discapacidad física o mental.

<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes embarazadas. • Historias clínicas incompletas • Pacientes que no deseen formar parte de la investigación.
<p>OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una muestra de 122 pacientes se va a determinar el grado de comportamiento que tiene una persona para tomar los medicamentos, régimen alimenticio, realización de cambios en su estilo de vida y demás indicaciones autorizadas por el médico y su relación con el control de la presión arterial en hipertensos atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl, pasaje junio 2018- abril 2019.
<p>DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El instrumento para la recolección de la información será a través de la historia clínica, una encuesta y el cuestionario de Martin-Bayarre-Grau el cual fue validado por Alfonso Libertad Martín en Cuba en el año 2008. • Se tomara la presión arterial en el brazo izquierdo con el mismo estetoscopio (Litman classic III) y tensiómetro (Riester), en un ambiente con las mismas condiciones a todos los pacientes en la hora de consulta externa de 8H00- 14H00 consultorio 1 y de 14h00-18h00 en consultorio 2, de los cuales deben haber permanecido sentados al menos 5 minutos, antes de la toma de presión arterial. • Se tomaran las medidas antropométricas con la balanza digital y el tallimetro del establecimiento de salud.
<p>RIESGOS Y BENEFICIOS</p> <p>Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.</p> <p>Beneficios: aportara información para mejorar la calidad de vida del paciente, con el fin de disminuir las complicaciones de esta enfermedad crónica, con un control adecuado de la presión arterial y el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.</p>
<p>CONFIDENCIALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • ES PRIORIDAD PARA TODO EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN MANTENER SU CONFIDENCIALIDAD • LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SE IDENTIFICARÁ CON UN CÓDIGO QUE REEMPLAZARÁ SU NOMBRE Y SE GUARDARÁ EN UN LUGAR SEGURO DONDE SOLO EL INVESTIGADOR TENDRÁN ACCESO. • SI SE TOMAN MUESTRAS DE SU PERSONA ESTAS MUESTRAS SERÁN UTILIZADAS SOLO PARA ESTA INVESTIGACIÓN Y DESTRUIDAS TAN PRONTO TERMINE EL ESTUDIO <ul style="list-style-type: none"> • SU NOMBRE NO SERÁ MENCIONADO EN LOS REPORTES O PUBLICACIONES
<p>AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)</p> <p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.</p>
<p>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO</p> <p>Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec</p>

<p>Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
<p>Firma del participante:</p>	<p>Fecha:</p>
<p>Firma del Testigo:</p>	<p>Fecha:</p>
<p>Firma del Investigador:</p>	<p>Fecha:</p>



ENCUESTA

Nº.....

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

- Edad:.....
- Sexo: masculino..... femenino.....
- Residencia urbana..... rural.....
- Estado civil: Soltero (a)Casado (a)Viudo (a)Divorciado (a)..... Unión Libre otro:.....
- Raza: mestizoindígena.....blanca.....negro.....
- Ocupación: Ama de casa.....Campesino.....Empleado.....Desempleado

Pensionado.....

- Grado instrucción:

Analfabeta..... Primaria..... Secundaria..... Superior.....Ninguna.....

- Nivel socioeconómico alto..... medio..... bajo.....

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Antecedentes de diabetes mellitus?

SI () NO ()

- Hábitos

Consume: alcohol SI () NO ()

Tabaco

SI () si su respuesta es si, más de 4 tabacos diarios SI () NO ()

NO ()

- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO.....

TALLA.....

IMC.....

SIGNOS

- PRESION ARTERIAL :

Tipo de tratamiento

- Monoterapia..... Tratamiento combinado.....

- Dentro del tratamiento farmacológico ¿qué medicamento toma?

ARA II cual.....

IECAS cual.....

DIURÉTICOS cual.....

BLOQUEADORES BETA cual.....

BLOQUEADORES ALFA cual.....

ANTAGONISTAS DEL CALCIO cual.....

III. Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: _____

Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____

2. No _____



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Adherencia Terapeutica y control de la presión arterial en hipertensos del Hospital San Vicente de Paul, passage, junio 2018 abril 2019

Nombre del estudiante: Maria Belén Ayala Bravo

Director: Dra. Lizette Espinoza

Título a obtener: Médico

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				1 /1
Redacción Científica				1 /1
Pensamiento crítico				1 /1
Marco teórico				1 /1
Anexos				1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:



[Handwritten signature]



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Dr. Rodrigo José Mendoza Rivas
CARDIÓLOGO CLÍNICO
E INTERVENCIÓNISTA
ESPECIALISTA EN CATETERISMO CARDIOVASCULAR
MSP 03461709 / SENESCYT 8624110501 / 8624116462

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS
DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, PASAJE JUNIO-2018- ABRIL 2019

Nombre del estudiante: MARIA BELEN AYAU BRAVO

Director: Dra. Lizette Espinoza Martin

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis		X		0,8 /1
Redacción Científica	X			0,9 /1
Pensamiento crítico	X			0,9 /1
Marco teórico	X			1 /1
Anexos	X			1 /1
Total				4,6/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	
Tesis apta para publicación con modificaciones	X
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Falta el índice y la estructura de la tesis va según el
documento oficial

Handwritten mark



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Dr. Gabriel A. Hugo Merino
Medicina Interna
MSP L45 Fi 2 N° 766
INHMT # 17 08 04846

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: la alumna AYALA BRAVO MARIA BELEN ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONTROL DE PRESION ARTERIAL EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PASAJE JUNIO 2018 ABRIL 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 9,5/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49,6/100

Revisores: DR. GABRIEL HUGO/ DR. RODRIGO MENDOZA

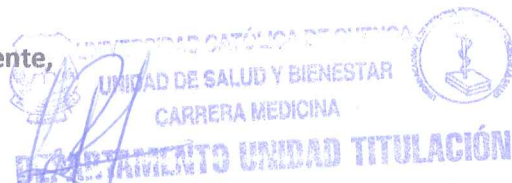
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

16 JUL 2019

RECIBIDO

HORA: 10h 47 FIRMA: *

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 15 de julio del 2019

Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE

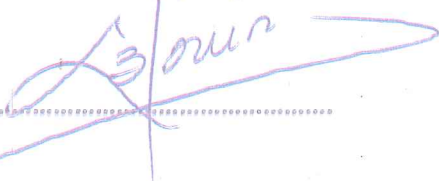
Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "ADHERENCIA TERAPEUTICA Y CONTROL DE PRESION ARTERIAL EN HIPERTENSOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PASAJE JUNIO 2018 ABRIL 2019". Realizado por el estudiante María Belén Ayala Bravo, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo. Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

MsC. Lizette Espinosa Mar
Espec. II Grado Med
Libro 3 Folio 332 No. 6



Dra. Lizette Espinoza Martin

Médico especialista en Medicina Interna

Catedrático de semiología de la Universidad Católica de Cuenca



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Adherencia Terapéutica y control de presión arterial en hipertensos del Hospital San Vicente de Paul, pasaje junio 2018 - abril 2019.

Nombre del estudiante: María Belén Ayala Bravo

Nombre del responsable de la calificación

Director: Dra. Lizette Espinoza Martín

asesor: Dra. Karina Pucha

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
estructura de tesis	/			/	
redacción Científica	/			/	
ensamblaje crítico	/			/	
marco teórico	/			/	
temas	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CÁRDENAS
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo María Belén Ayala Bravo portadora de la cédula de ciudadanía No. 1106000415. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "Adherencia terapéutica y control de la presión arterial en hipertensos del Hospital San Vicente de Paul, Pasaje junio 2018 abril 2019." De conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, así mismo; autorizo a la universidad par4a que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de julio del 2019


1106000415

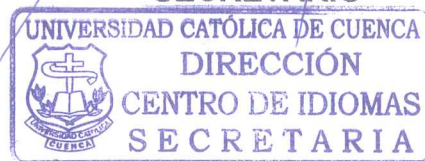


CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 15 de julio del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO



3/3

INFORME FINAL DE TITULACION MARIA BELEN AYALA BRAVO

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ dspace.utpl.edu.ec

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias

< 40 words