

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL**

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD A LOS PACIENTES HIPERTENSOS.
CENTRO DE SALUD DE PASCUALES. AÑO 2018”**

AUTOR:

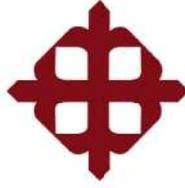
DR.: ROMMEL EMANUEL LITARDO SALINAS.

DIRECTOR:

DR.: YUBEL BATISTA PEREDA.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el
Dr.: Rommel Emanuel Litardo Salinas, como requerimiento parcial para
la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y*
Comunitaria.

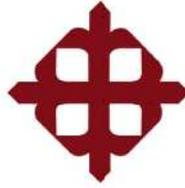
Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr.: Yubel Batista Pereda

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr.: Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Rommel Emanuel Litardo Salinas

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos. Centro de salud de pascuales. Año 2018” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Rommel Emanuel Litardo Salinas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Rommel Emanuel Litardo Salinas.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos. Centro de salud de pascuales. Año 2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

Rommel Emanuel Litardo Salinas

1 Agradecimiento

A mi tutora y amiga, que me ha guiado durante estos tres años, no solo en el transcurso de este arduo trabajo sino también en los obstáculos que se presentan en la vida; y que sin su orientación y palabras de aliento no hubiera podido lograr esta meta, a mis compañeros y amigos que mediante sus atenciones nutrieron este estudio para obtener resultados.

2 Dedicatoria

A Dios que me brindó la oportunidad de volver a ver la vida de un modo distinto, de trabajar justo cuando lo necesitaba y de amar nuevamente; a mi pareja que me acompañó en esas noches de desvelo con la finalidad de poder culminar este trabajo y a mis padres que aunque no han estado presente, sus principios y orientaciones me guiaron en el desarrollo de este estudio para que sea lo más ético y que permita a otras personas desarrollar más investigaciones.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE

5ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 AGRADECIMIENTO	V
2 DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
5ÍNDICE DE CONTENIDOS	V
6ÍNDICE DE TABLAS	VI
7ÍNDICE DE ANEXOS	VII
8RESUMEN	VIII
9ABSTRACT	IX
10INTRODUCCIÓN	2
11EL PROBLEMA	7
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	7
11.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
11.3 FORMULACIÓN	7
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
12.1 GENERAL.....	8
12.2 ESPECÍFICOS.....	8
13 MARCO TEÓRICO	9
13.1 MARCO CONCEPTUAL.....	9
El valor percibido	11
Sistema de Control de Garantía de la Calidad	16
La hipertensión arterial como objeto de estudio.	17
13.2 MARCO REFERENCIAL	29
13.3 MARCO CONTEXTUAL	30
13.4 MARCO LEGAL.....	33
Constitución Política de la República del 2008	33
Ley Orgánica de Salud	34
14 MÉTODOS	35
14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	35
14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	35
14.2.2 Criterios de inclusión	35
14.2.3 Procedimiento de recolección de la información	36
14.2.4 Técnicas de recolección de información	37
14.2.5 Técnicas de análisis estadístico	38
14.3 VARIABLES	39
14.3.1 Operacionalización de variables	39
15PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
16CONCLUSIONES	53
17VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	55
18REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

6ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de los pacientes hipertensos atendidos por el posgrado. Centro de Salud Pascuales. 2018	43
Tabla 2: Nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Centro de Salud Pascuales. 2018.....	44
Tabla 3: Distribución de pacientes hipertensos según el cumplimiento del interrogatorio. Centro de Salud Pascuales. Año 2018	45
Tabla 4 : Distribución de pacientes hipertensos según la medición de antropometrías. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.....	46
Tabla 5: Distribución de pacientes hipertensos según cumplimiento del examen físico. Centro de Salud Pascuales. 2018	47
Tabla 6: Distribución de pacientes hipertensos según la definición del diagnóstico médico. Centro de Salud Pascuales. 2018	47
Tabla 7: Distribución de pacientes hipertensos según las indicaciones de actividades de promoción, prevención y rehabilitación. Centro de Salud Pascuales. 2018.....	48
Tabla 8: Distribución de pacientes hipertensos según cumplimiento del protocolo en terapéutica. Centro de Salud Pascuales. 2018	49
Tabla 9: Distribución de pacientes hipertensos según la realización de la clasificación dispensarial. Centro de Salud Pascuales. 2018	49
Tabla 10: Cumplimiento de los controles en pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018	50
Tabla 11: Control de la presión arterial en pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018	50
Tabla 12: Calidad de atención integral a pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018	51

7ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXOS 2: TEST PARA MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE ENFERMEDADES CRONICAS	64
ANEXO 3: FICHA PARA VALORACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN A PACIENTES HIPERTENSOS	66

8Resumen

Antecedentes: A nivel mundial, la Hipertensión arterial presenta una alta incidencia y su prevalencia creciente se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. El control médico del manejo protocolizado a los pacientes hipertensos depende de diversos factores pero está íntimamente relacionado a las debilidades del sistema de salud, es así que los constantes cambios en las guías clínicas y el protagonismo del usuario en razón de la calidad de atención, le obligan al médico a actualizarse y a mejorar la calidad de su servicio. **Materiales y métodos:** el tipo de investigación es: observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva que incluyó a los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Pascuales con residencia en los sectores delimitados para atención de los posgradistas. Las variables principales son: instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico, calidad de la elaboración de la historia clínica, cumplimiento del protocolo en terapéutica y la satisfacción del usuario. **Resultados:** Los datos obtenidos de una población de 150 historiales revisados indicó que existe un conocimiento del protocolo en un medio a alto porcentaje de profesionales; que la atención brindada es buena en un 82,7% n= 124, regular en un 14,7% n= 22; y mala en un 2,7% n= 4. **Conclusiones:** La calidad de atención integral se analizó mediante un valor porcentual por el cumplimiento de los 10 indicadores; siendo ésta catalogada como buena por el alto porcentaje alcanzado pero se identifica la necesidad de apego a los protocolos existentes y así lograr la calidad que establece en su visión el sistema de salud.

Palabras clave: PRESION ARTERIAL, INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD, EVALUACION

9Abstract

Background: Worldwide, hypertension has a high incidence and its increasing prevalence is attributed to the increase in population, its aging and risk factors related to behavior, such as unhealthy diet, the harmful use of alcohol, inactivity physical, overweight or prolonged exposure to stress. The medical control of the protocolized management of hypertensive patients depends on several factors but it is closely related to the weaknesses of the health system, so the constant changes in the clinical guidelines and the role of the user in terms of the quality of care, They force the doctor to update themselves and improve the quality of their service. **Materials and methods:** the type of research is: observational, retrospective, cross-sectional and descriptive that included hypertensive patients treated at the Pascuales Health Center with residence in the areas defined for postgraduate care. The main variables are: instruments for the adequate care and diagnosis, quality of the elaboration of the clinical history, compliance with the therapeutic protocol and user satisfaction. **Results:** The data obtained from a population of 150 reviewed records indicated that there is a knowledge of the protocol in a medium to high percentage of professionals; that the attention provided is good at 82.7% n = 124, regular at 14.7% n = 22; and bad by 2.7% n = 4. **Conclusions:** The quality of comprehensive care was analyzed using a percentage value for compliance with the 10 indicators; this is classified as good because of the high percentage achieved, but the need to adhere to the existing protocols is identified and thus achieves the quality that the health system establishes in its vision.

Key words: ARTERIAL PRESSURE, INDICATORS OF THE QUALITY OF HEALTH CARE, EVALUATION.

10INTRODUCCIÓN

A nivel global, la Hipertensión arterial – HTA presenta una alta incidencia; se considera responsable de aproximadamente 17 millones de decesos por año y sus complicaciones causan cada año 9,4 millones de muertes; y su prevalencia progresiva se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con los hábitos y estilos de vida nocivos que se presentan en la cotidianidad.¹

Bayarre muestra una herramienta para la evaluación de la calidad de atención médica al adulto mayor.² La evaluación que brinda el artículo analiza la información general (datos de filiación) y la específica (anamnesis, examen físico, diagnóstico y terapéutica); con la finalidad de mejorar el servicio médico. Así también Lagos et al, evalúa a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar, de manera que examina los resultados de la implementación de determinado modelo de aplicación en la atención médica, la relación entre la evaluación de la atención otorgada y los indicadores de compensación del programa de salud cardiovascular.³

En América del Sur, la HTA presenta incidencia elevada, al igual que los datos de complicaciones y mortalidad mundial; por tal motivo cada país ha desarrollado guías prácticas clínicas o protocolos para brindar calidad a los pacientes.

En la ciudad de Cuenca (Ecuador) se valida un programa de atención con el fin de: identificar los factores de riesgo, aplicar un programa de intervención educativa, evaluar la adherencia al tratamiento y los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la hipertensión arterial; de tal forma que se genere un análisis sobre las diversas situaciones para mejorar la calidad de atención.⁴

Esta enfermedad degenerativa en nuestro país se encuentra entre las primeras 20 enfermedades del perfil epidemiológico del 2017 teniendo una alta incidencia, tratándose de una patología crónica, es algo llamativo y es por

esto que analizamos la calidad de atención de los profesionales para el diagnóstico oportuno y el seguimiento que otorgan al paciente.⁵

La hipertensión afecta mayormente a las comunidades desarrolladas, se trata de una patología prevalente, y se considera realmente un gran reto para la medicina moderna. El aumento de los elementos de riesgo precipitantes a la elevación de la presión arterial, van a determinar la presencia de las complicaciones cardiovasculares, y esto constituye una causa de mortalidad y de incapacidad temporal y/o permanente.

El número de pacientes que acuden a la consulta con cifras elevadas de presión arterial cada día es mayor. Suele ser un hallazgo en el momento de la exploración y no siempre es el motivo de la consulta. Este problema es normalmente asintomático, al hacer seguimiento de la elevación de la presión se observa que suele ser estable y sostenida.

En cualquiera de estos panoramas, el médico debe enfrentarse a varios problemas que van desde la detección de la enfermedad, al estudio de la etiología, patogenia de la enfermedad, evaluar el grado de afectación en los demás órganos, los factores de riesgo que están asociados al cuadro, el pronóstico del paciente, y la valoración para la toma de decisiones terapéuticas.

En todas estas situaciones, los médicos deben manejarse por criterios en la calidad de atención, con un mínimo exigido y tratar siempre de alcanzar un máximo recomendado o asumible.

Las sociedades científicas, exhortan las pautas éticas que deben tener todos los profesionales en cada uno de sus actos, por lo tanto, los indicadores de calidad son un instrumento necesario en cada uno de los aspectos permanentes de la atención para modificarlos en razón de la realidad local o mejorarlos según la satisfacción del usuario.

Debe existir un sistema de control que utilice estos indicadores para la medición de la calidad en las diferentes unidades de salud y para que las

funciones sean cumplidas en su totalidad y así considerar todos los aspectos en la atención.

Actualmente la calidad establece un concepto que se ha ido modificando a lo largo de la historia dentro de las sociedades. Antes se consideraba un tema ligado a cumplir modelos simples y se relacionaba con procedimientos que ya estaban pre existentes y que involucraba tiempo y dinero, y que además era responsabilidad de pocos profesionales, pero hoy en día la finalidad del cumplimiento de la calidad es satisfacer las expectativas y necesidades del cliente, se busca ahorrar tiempo y dinero, de la misma manera la calidad se ha convertido en responsabilidad de todos y no solo se enfoca en detectar errores sino también en prevenirlos.

Por esto, la calidad y la medicina están profundamente unidas y relacionadas continuamente porque se debe conseguir un nivel adecuado de calidad predeterminado en todas las prácticas de la salud, que satisfagan a los usuarios.

La calidad se aplica desde la docencia, la investigación, la gestión de todos los profesionales de la salud asociados como los enfermeros, equipos de laboratorio, y estadísticos, promotores de salud entre otros; todo esto inmerso en la atención médica.

La elaboración de un buen sistema de garantía de la calidad de los servicios sanitarios se realiza mediante la planificación, organización, dirección y control de los servicios de salud. La calidad de servicios es un problema de salud en concreto, en este caso la atención de los pacientes hipertensos, y la calidad del conjunto de actividades relacionadas directamente con esta patología y la recuperación de la salud del paciente hipertenso.

La calidad debe ser alcanzada en todos los niveles establecidos en el párrafo anterior para poder ver resultados satisfactorios.

Se necesita la participación de todos los profesionales de la salud, la comprobación de la satisfacción plena de los pacientes en sus necesidades y

con el menor impacto económico.

La calidad está definida por las necesidades y expectativas del paciente; por lo tanto siempre está en constante mejoramiento, se debe mantener los aspectos que son positivos y que hayan demostrado buenos resultados, además se incorporan nuevas ideas consecutivamente.

Esta calidad la podemos observar directamente cuando las modificaciones que se producen son visibles y pueden ser demostrados mediante la valoración clínica en el estado de salud de los pacientes.

También puede percibirse de forma colateral cuando la calidad está condicionada a la posibilidad de obtener una mejor rehabilitación de la salud mediante la prevención de las complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Hablamos de una calidad percibida cuando mediante la misma percepción del usuario se obtienen datos sobre el trabajo técnico realizado, sobre la relación médico - paciente, y el nivel de satisfacción en cuanto a las características del cuidado que recibió el paciente. Por último, la calidad demostrada se comprueba mediante datos y análisis de resultados de una investigación profunda.

Los pacientes entienden por calidad varias circunstancias de la atención por ejemplo que los profesionales estén bien formados académicamente y que lo demuestren, mediante la dedicación en la consulta o siendo amables, cercanos, cálidos con ellos durante todo el proceso de la atención médica.

Se puede medir los resultados de salud obtenidos de cada paciente, el control del funcionamiento del sistema sanitario, del cuidado a los pacientes, las acciones de los agentes de salud, y la satisfacción general de la población.

Los factores a considerarse pueden determinar la calidad, por ejemplo, la accesibilidad no necesariamente es una actitud de amistad sino de cercanía con los pacientes, la interacción entre pacientes y personal, los resultados

deben obtenerse en condiciones reales y habituales, deben ser efectivos y eficaces, medirse la eficiencia, es decir la relación que existe entre los resultados obtenidos y los costos de recursos que se emplearon.

Otros factores son la continuidad, que es la atención constante y el seguimiento del paciente durante todos los niveles de atención y tratamiento, la confidencialidad, la seguridad del ambiente, la equidad y actuar siempre bajo la ley y en beneficio del paciente.

Por último, para gestionar esta calidad de los servicios y tener siempre en cuenta la mejora continua de la calidad, existen los sistemas de gestión de la calidad.

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

El control de la Hipertensión arterial se corresponde mayoritariamente con las debilidades del sistema de salud en países en vías de desarrollo, se considera la valoración de la calidad en el proceso de atención a los pacientes hipertensos atendidos por los posgradistas de la segunda cohorte de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como un problema a dilucidar a través de un estudio que evalúe el cumplimiento del protocolo para los pacientes hipertensos.

11.2 Justificación

La importancia de la investigación radica en conocer el grado de eficacia del estudiante de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en mejorar el estilo de vida de los pacientes; explorar la aplicación de las guías clínicas o protocolos de la entidad rectora del sistema de salud y valorar el respectivo control. Estas orientaciones que se mencionan se preestablecen en el enfoque del nuevo modelo de salud de nuestro país que entre sus elementos se determina al servicio de salud como una determinante a ser modificada para mantener la visión de calidad que intenta ofrecer el sistema de salud.

11.3 Formulación

¿Cuál es la calidad de la atención a los pacientes hipertensos por parte de los posgradistas de la segunda cohorte de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Evaluar la calidad de la atención integral de salud en los pacientes hipertensos de la población que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud de Pascuales, en el año 2018.

12.2 Específicos

Caracterizar la población de estudio sociodemográficamente.

Evaluar los indicadores de estructura establecidos en los protocolos de atención al paciente con hipertensión arterial.

Evaluar los indicadores de proceso establecidos en los protocolos de atención al paciente con hipertensión arterial.

Evaluar indicadores de resultado en los pacientes con hipertensión arterial.

Determinar la calidad de la atención integral de salud en los pacientes hipertensos de la población de estudio.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Marco conceptual

Las enfermedades no transmisibles continúan siendo uno de los mayores desafíos en este nuevo siglo, ya sea por su impacto en las diferentes esferas de la sociedad, así como en el manejo y control de las mismas. Si bien hubo en la última década una reducción del número de muertes de origen cardiovascular en los países en desarrollo, esto no fue así en los países de bajo y medianos ingresos donde se registró un incremento significativo.⁶

La combinación de diferentes factores de riesgo cardio-metabólicos que predisponen al desarrollo de enfermedad cardiovascular se conoce como Síndrome Metabólico y se ha demostrado un vínculo entre la obesidad y otras enfermedades cardiovasculares en los últimos años.⁷

Las enfermedades crónicas son un conglomerado amplio de enfermedades que dan lugar a una alta prevalencia y mortalidad, éstas se caracterizan por el extenso lapso de tiempo que precisan para generar sus múltiples y posibles causas, y cuyo estudio epidemiológico y de acción suelen ser comunes. Afectan de manera importante la calidad de vida de los pacientes y perturba los determinantes sociales y según la Organización Mundial de la Salud – OMS define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.¹

El Ministerio de Salud Pública - MSP entiende como enfermedades de interés en Salud Pública aquellas que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial y enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura.⁸

La calidad en el servicio se establece por diferentes autores como la acumulación de satisfacciones continuas de un cliente con la organización,

dentro de la cual los momentos de verdad que tiene en el ciclo de servicio se convierten en aspectos vitales y en los cuales se debe trabajar con fundamental importancia.⁹ Todo este planteamiento lo desarrollo bajo la metodología de escalas de herramientas y cuestionarios para evaluar la calidad del servicio.

En la prestación de los servicios de salud hay un patrón, norma, medida que se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares. Los estándares son promedios que en la valoración muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable.¹⁰ En estudios de calidad se centra el interés en estándares mínimos, en cumplimiento de las normas mínimas establecidas. Los estándares son indicadores cualitativos, permiten evaluar en un mismo servicio aspectos de estructura, procesos, resultados y los niveles de satisfacción del usuario.

La atención en los servicios de la salud cumple de forma similar como debe hacerlo cualquier tipo de servicio que es prestado en beneficio de personas,¹¹ con un conjunto de elementos que le dan el calificativo de calidad en términos generales, entre ellos los siguientes:

- **Accesibilidad:** se considera terminológicamente como la posibilidad de obtener un servicio de salud en términos de ubicación geográfica y en el ámbito económico, de acuerdo con las necesidades del paciente.¹⁰
- **Oportunidad:** se define como la manera de satisfacer la necesidad de salud del paciente en el momento que requiere el servicio, tomando como indicador de medición los tiempos adecuados para la atención del usuario.¹⁰
- **Continuidad:** se relaciona con la frecuencia de la atención del paciente, a través de una serie de acciones del proceso de la atención (promoción, prevención y rehabilitación) y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.¹⁰

- **Suficiencia e Integridad:** la atención de calidad es suficiente e integral si brinda el nivel de satisfacción oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma apropiada a su estado de salud y de manera completa, entendidas como acciones de promoción y prevención, curación y rehabilitación.¹⁰
- **Racionalidad Lógica y Científica:** el conocimiento médico, optométrico y tecnológico se reúnen para atender un problema de salud, con criterios de lógica y adecuado manejo de recursos.¹⁰
- **Efectividad:** es vista a partir de la respuesta obtenida en la salud de los pacientes una vez aplicados los tratamientos efectivos, la efectividad establece un concepto que se relaciona con la exactitud de los logros obtenidos por el cuerpo técnico y profesional.¹⁰
- **Satisfacción del usuario y atención humanizada:** tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida que mantengan en alto la dignidad del paciente.¹⁰

El valor percibido

En resumen, puede definirse rápidamente el grado de satisfacción del usuario mediante la siguiente ecuación:

Valor percibido – expectativas = Grado de satisfacción

El valor percibido es aquel valor que el usuario supone haber obtenido a través del desempeño de determinado producto o servicio que adquirió.⁹ Los aspectos más relevantes del valor percibido son:

- Son estipulados por el cliente y no por la empresa.⁹
- Se obtiene de acuerdo a los resultados que el cliente obtiene con el producto o servicio.⁹

- Se modifica continuamente por las percepciones del cliente, y no necesariamente en la realidad.⁹
- Se alteran por los comentarios de otras personas que influyen en el cliente.⁹
- Obedece a las emociones del cliente y de sus cuestionamientos.⁹

Dada su complejidad, el Valor Percibido puede ser determinado luego de una profunda investigación que comienza y termina en el cliente.

Las expectativas, en cambio, nacen de las esperanzas que los clientes tienen al obtener algo, y se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones:

- Los ofrecimientos que hace la organización acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio.⁹
- Las experiencias de compras anteriores.⁹
- Las opiniones de amigos, familia y personajes de los medios de comunicación (p.ej.: deportistas famosos).⁹
- Las promesas que ofrecen los competidores.⁹

Ante los elementos que dependen directamente de la empresa, ésta se encuentra con el dilema de establecer el nivel óptimo de intereses, ya que las expectativas demasiado bajas no atraen a una alta cantidad de clientes; pero las expectativas demasiado altas generan clientes desilusionados luego del servicio o producto obtenido.¹³

Una reflexión muy interesante a tener en consideración es que la disminución de la satisfacción esperada por el cliente no siempre está asociada a una disminución en la calidad de los productos o servicios; en muchos casos, es el resultado de un aumento en las perspectivas del cliente, algo atribuible a las actividades de mercadeo.

Los objetivos esenciales que persigue un sector de salud son, en principio, los siguientes:

- **Equidad:** Por equidad se entiende la igualdad que debe tener el conjunto de la población en el acceso a los servicios de salud, sin diferenciar sus niveles de renta. A nivel económico se resume en la afirmación según la cual la equidad consiste en dotar a la sociedad de las posibilidades reales y efectivas de que cada uno de los pobladores tenga la capacidad de ser un demandante de servicios de salud. De la misma manera la equidad hace alusión a que los servicios recibidos por la población.¹⁴
- **Eficacia macroeconómica:** La eficacia macroeconómica se refiere a la definición por parte del gobierno del nivel de gasto adecuado que quiere tener en salud, definido como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Esta definición corresponde tanto a sus objetivos, como a sus políticas y posibilidades y debe comprender el conjunto de gastos que se realizan en la formación económica correspondiente en el sector.¹⁴
- **Eficacia microeconómica:** En primer lugar, hace relación con la maximización de los recursos disponibles en términos de lograr la mejor atención de la salud y con una cobertura universal; en segundo término, abarca la necesidad de lograr la minimización de los costos en la prestación de los servicios de salud (eficiencia técnica); esta minimización de costos debe incluir, en una visión general, los que se originan a partir de los tiempos de espera de los pacientes.¹⁴
- **Libertad de elección para los consumidores:** Finalmente un objetivo importante es el relacionado con la posibilidad de los consumidores de elegir libremente los servicios médicos a los cuales quieren tener acceso, en términos de los proveedores de los mismos, bien sea a partir de la elección de los médicos (generales y especialistas) o de las instituciones mismas.¹⁴

La hipertensión arterial es uno de los grandes retos de la medicina contemporánea en muy diferentes aspectos. Es un proceso que afecta indistintamente a las sociedades desarrolladas así como subdesarrolladas; es extraordinariamente prevalente, por lo que al menos uno de cada cuatro ciudadanos de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial, lo que se hace más patente entre los mayores de 65 años, que uno de cada dos presenta hipertensión.¹⁶

Este aumento de las cifras tensionales determina un incremento del riesgo de padecer complicaciones cardiovasculares, que se constituyen entre las primeras causas de mortalidad de nuestra población, y una de las más notables causas de incapacidades laborales transitorias y permanentes. Es, en suma, un problema de salud real que afecta a múltiples estamentos implicados en la salud de la población.

En la consulta de un médico del Médico Familiar o de alguna especialidad se atiende cada día a un considerable número de pacientes con cifras altas de tensión arterial. En ocasiones, no es más que un simple hallazgo exploratorio asociado a otra enfermedad preeminente que ha motivado la consulta. Sin embargo, es cada vez más frecuente que constituya el problema central de la visita médica de un individuo, habitualmente asintomático, al que en un examen normal se le ha detectado una elevación estable y sostenida de las cifras de presión arterial.¹⁶

En cualquiera de tales situaciones, el trabajo del médico debe basarse en criterios de calidad que, como en todos los órdenes de nuestra responsabilidad, deben superar el mínimo exigido y alcanzar, siempre que sea posible, el máximo asumible.

Entre las gestiones de las comunidades científicas es la de establecer los reglamentos éticos de actuación de todos los profesionales, para lo que los indicadores de calidad suponen una magnífica herramienta.

Los programas de salud pública como estrategia tienen componentes de acción colectiva, protocolos de intervención individual y documentos

accesorios a la historia clínica para la recolección de datos a partir de los cuales se elaboran los indicadores que permiten analizar el impacto del programa; son varios los indicadores que permiten evaluar la calidad de un programa de salud pública.¹⁷ Ejemplo: Adherencia al tratamiento, modificación de manera permanente de los factores de riesgo, calidad de la historia clínica (HC), uso adecuado de laboratorio, que en la evaluación del impacto de cualquier programa de salud pública deben tenerse en cuenta al momento de medir su eficacia

El concepto para una buena calidad de los servicios de salud es complejo y ha sido objeto de muchos análisis. Desde el criterio de quienes gestionan los servicios de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no se puede distanciar de la eficiencia puesto que, si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, la eficacia de los servicios será menor que el supuestamente posible.¹⁸ La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es un elemento de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las valoraciones subsecuentes.

El defecto más notorio en la valoración del paciente hipertenso es la forma en cómo se enfoca a este tipo de pacientes en los niveles de atención básica que conlleva a un seguimiento erróneo y a una mala consignación de datos en la historia clínica; aparte del inadecuado control médico, se debe tener en cuenta que el elemento educativo tanto del paciente como de su familia es un pilar clave en la evolución exitosa del paciente hipertenso¹⁹. Es de vital importancia concientizar al paciente, de que esta patología requiere de su compromiso con la adherencia al tratamiento y al nuevo estilo de vida que debe ser modificado de sus costumbres. Se debe recordar que para realizar un adecuado manejo clínico inicial se debe tener en cuenta que la valoración de estos pacientes debe ser realizada desde un enfoque multidisciplinario para lograr de esta forma una evolución completa del paciente.

Sistema de Control de Garantía de la Calidad

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. ²⁰ El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

1. Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad. ²⁰
2. Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación. ²⁰
3. Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo. ²⁰
4. La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica. ²⁰
5. Implementación de Auditoria Integral en Salud. ²⁰
6. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada. ²⁰
7. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos. ²⁰
8. Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica. ²⁰
9. Sistema de fármaco vigilancia. ²⁰
10. Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud. ²⁰

La red pública integral de salud establecerá los equipos multidisciplinarios que organicen los ciclos de mejoramiento continuo de la calidad ubicados en los tres niveles de atención.

Durante las dos últimas décadas, las calificaciones de los estudios realizados demuestran que la calidad y seguridad de la moderna atención sanitaria tiene

limitaciones, a pesar del hecho de que la mayoría de los médicos están bien entrenados y trabajan intensamente.⁸ Sin embargo, la evidencia es indiscutible, con una clara documentación de la existencia de variaciones importantes en los esquemas de cuidados sanitarios, que ni están apoyados en la evidencia, ni justificados por los resultados, grandes discrepancias entre buenas prácticas basadas en la evidencia y la práctica real, y el asombroso número de errores médicos.

El reconocimiento de estos problemas de calidad y seguridad ha generado un gran cambio del pensamiento y de la práctica, con modernas tecnologías, métodos, modelos de entrenamiento, sistemas de incentivos y otros aspectos. Para conocer la magnitud del problema y poder abordarlo, se requiere entender la medida de la calidad y de la mejora, la seguridad de los pacientes y el valor, que es la unión entre seguridad, calidad y costo.²²

Un indicador de calidad es el elemento utilizado para medir la calidad en un aspecto concreto de la atención médica. Un sistema de los indicadores como sistema de medida de la calidad asistencial y, para que sea efectivo, debe ser completo y medir todos los aspectos clave de la atención.²³ Como aspecto clave está la aplicación del método clínico en el ejercicio de los profesionales de las ciencias médicas.

La clínica es la ciencia misma aplicada al conocimiento del enfermo, más que una rama específica de la medicina, involucra a todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente y, sin lugar a duda, constituye la más importante del aprendizaje médico, porque es aquella que permite integrar los conocimientos adquiridos antes de su práctica, la que verdaderamente forma al médico como curador de enfermos.²⁴

La hipertensión arterial como objeto de estudio.

La hipertensión arterial se debe a un proceso en donde están envueltos numerosos factores entre éstos los genéticos y ambientales que determinan cambios estructurales y funcionales en el sistema circulatorio, esto da como resultado el aumento de la presión arterial, se disminuye la vasodilatación

arteriolar y se produce una mala funcionalidad del endotelio disminuyendo la elasticidad de los vasos sanguíneos importantes como la aorta y las grandes arterias y se reduce la capacidad de alojar el volumen de sangre que se bombea al corazón.²⁵

La hipertensión arterial es una patología sistémica que consiste en la elevación crónica de las cifras de tensión arterial por encima de los valores considerados como los normales, es decir una presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y una presión arterial diastólica mayor de 90 mmHg.²⁶

Estos valores pueden considerarse siempre y cuando sean tomados de la forma adecuada y bajo las condiciones correctas.

Historia familiar de hipertensión arterial

Se ha comprobado que la correlación entre la presión arterial de hermanos consanguíneos es muy superior a la de hermanos adoptados, así como la correlación de los valores de presión arterial entre padre e hijo y madre e hijo son muy superiores en los hijos naturales que en los adoptados.

Entre los gemelos monocigotos la correlación de las cifras de presión arterial es muy superior a la de los dicigotos. La historia familiar de hipertensión presagia de forma significativa la afectación futura por la hipertensión en miembros de esa familia. La fuerza de la predicción depende de la definición de historia familiar positiva y del sexo y la edad de la persona en riesgo: presenta un alto riesgo de padecerla cuantos más familiares de primer grado la presenten, cuando la presentaron a edad más temprana, cuanto más joven es el sujeto en riesgo, y para la misma definición y edad, siempre mayor en las mujeres.²⁷

Interacción genética-ambiente

La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y el ejercicio físico, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial.

Esta interacción determina los denominados fenotipos intermedios, mecanismos que determinan el fenotipo final de hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total. Los fenotipos intermedios incluyen, entre otros: el sistema nervioso autónomo, el sistema renina angiotensina, factores endoteliales, hormonas vasopresoras y vasodepresoras y volumen líquido corporal. Los límites entre la influencia del ambiente y de los genes son imprecisos.

Sobre todo, con la detección del retardo del crecimiento intrauterino como fuerte indicador predictivo de hipertensión futura. El antecedente familiar de hipertensión predice de forma significativa la afectación futura por la hipertensión en miembros de esa familia; tal como se lo explico en párrafos precedentes.

La fuerza de la predicción depende de la definición de historia familiar positiva y del sexo y la edad de la persona en riesgo: es mayor el riesgo de padecerla cuantos más familiares de primer grado la presenten, cuando la presentaron a edad más temprana, cuanto más joven es el sujeto en riesgo, y para la misma definición y edad, siempre mayor en las mujeres.²⁸

Los estudios de familias han indicado que menos de la mitad de las variaciones de la presión arterial en la población general son explicadas por factores genéticos.

Hay muchos genes que pueden participar en el desarrollo de hipertensión. La mayoría de ellos están involucrados, directa o indirectamente, en la reabsorción renal de sodio.

Factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial

Se han descrito los siguientes factores que modifican la presión arterial (provocan elevación de la misma):

1. Obesidad.
2. Resistencia a la insulina.

3. Ingesta elevada de alcohol.
4. Ingesta elevada de sal en pacientes sensibles a la sal.
5. Edad y sexo
6. Sedentarismo.
7. Estrés.
8. Ingesta baja de potasio.
9. Ingesta baja de calcio.

Muchos de estos factores son aditivos, tal como ocurre con la obesidad y la ingesta de alcohol.

Medición de la tensión arterial

La medición de la tensión arterial puede realizarse tanto con un aparato electrónico de tensión arterial como con un fonendoscopio y un manguito. Este último es el método tradicional de toma de presión arterial; se llevan a cabo una serie de pasos que se describen a continuación:

1. El paciente permanece sentado y apoya el brazo relajado y sin ropa encima de la mesa a la altura del corazón.
2. Se enrolla el manguito y, tras palpar la arteria braquial, se coloca el fonendoscopio.
3. Se insufla el manguito de manera continua y rápida y se va desinflando el manguito.
5. Se escuchan los ruidos de Korotkoff, los cuales son los ruidos que se pueden escuchar en la toma de la tensión arterial. Se pueden diferenciar las fases:

I: Ruidos suaves y claros que corresponden con la tensión arterial sistólica.

II: Ruidos suaves.

III: Ruidos más fuertes.

IV: Ruidos que se convierten en suaves y sibilantes.

V: Ruidos que desaparecen que corresponde con la tensión arterial diastólica.

Para que la toma de la tensión arterial sea óptima se deben hacer tres mediciones con un intervalo de tiempo de 2 minutos entre ellas. Además, se debe individualizar cada caso, ya que hay de tener en cuenta los antecedentes personales, las enfermedades actuales que padece, la medicación que consume, y que cada persona tenemos unas cifras habituales de tensión arterial.

Clasificación

TENSIÓN ARTERIAL	TAS (mmHg)	TAD (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal elevada	130-139	85-89
Estadio 1 de HTA	140-159	90-99
Estadio 2 de HTA	160-179	100-109
Estadio 3 de HTA	>179	>109

Según la afectación de los órganos:

- Fase 1: No se observan signos de alteraciones.
- Fase 2: Aparece uno de los signos de afectación:
 - Hipertrofia de ventrículo izquierdo.
 - Estrechez de las arterias retinianas.
 - Proteinuria y/o aumento de la creatinina.

- Fase 3: Aparecen signos y síntomas de lesión en diferentes órganos:
 - Insuficiencia ventricular.
 - Hemorragia cerebral, cerebelar o del tallo encefálico o encefalopatía hipertensiva.
 - Hemorragia o exudado retiniano.

Signos y síntomas

La hipertensión leve no produce afectación de los órganos diana, y suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Aunque el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de presión arterial, pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, normalmente se presenta en las primeras horas de la mañana. En la hipertensión arterial moderada, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Entre otros síntomas tenemos: zumbidos de oídos, epistaxis, mareos, visión borrosa, precordialgia, manchas en los ojos.²⁵

En lo que respecta a la hipertensión arterial grave: afecta a nivel de los sistemas; así como a nivel cardíaco, en el que pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a un infarto cerebral a nivel de carótida interna o vertebro basilar, infarto lacunar que podrían desencadenar una demencia vascular o una hemorragia cerebral.²⁵

Métodos de diagnóstico

Para diagnosticar a una persona como hipertensa se requiere de al menos dos valoraciones que podríamos hacerlo durante el transcurso de un mes. La medición de la presión arterial se puede realizar en la consulta por un médico, personal de enfermería o auxiliar entrenado. Se debe tener en cuenta que la PA es un parámetro muy variable ya que existen personas que sólo son

hipertensos en el momento de la consulta conocida más bien como hipertensión arterial de bata blanca o mejor denominada hipertensión aislada.

En cambio, existe la auto medición (AMPA) o medición ambulatoria de 24 horas (MAPA) que nos dan registros más reales de la presión arterial y por lo tanto se determina que el paciente realmente padece de hipertensión arterial. Debemos también recurrir a la historia clínica, a la anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio en donde se revisa:

- Antecedentes familiares de hipertensión,
- Nefropatía o enfermedad cardiovascular,
- Antecedentes personales,
- Factores de riesgo cardiovascular,
- Síntomas relacionados con posibles causas etiológicas secundarias: patología renal, endocrina, ingesta de fármacos (esteroides, anticonceptivos, vasoconstrictores nasales)
- Historia previa de hipertensión,
- Fecha del diagnóstico,
- Tipo de tratamiento y respuesta al mismo.²⁹

Examen físico

- Medición de la presión arterial, peso y talla.
- Inspección general: mediante la observación hacia el paciente, identificaremos la raza, el sexo, el estado nutricional, su comportamiento.
- Exploración cardíaca: a menudo se escucha un desdoblamiento del primer ruido en la punta, o también el segundo ruido aórtico es chasque ante.
- Exploración vascular: Auscultar el territorio carotideo es fundamental en el paciente hipertenso para detectar procesos oclusivos ateromatosos, así como territorios renales y femorales.

- La presencia de soplos lumbares o en los flancos del abdomen, sugiere estenosis de las arterias renales, que constituye una causa importante de hipertensión arterial.
- Exploración abdominal: La presencia de una masa pulsátil es sugestiva de un aneurisma aórtico; la palpación de masas en los flancos abdominales puede indicar la existencia de riñón es poliquisticos, hidronefrosis, tumores renales.
- Examen fundoscópico (fondo de ojo): Debe ser una exploración rutinaria en todo paciente hipertenso, ya que las arterias retinianas son las únicas accesibles a la exploración física y pueden expresar el grado de afectación orgánica, la gravedad y la duración de la hipertensión arterial.

Exploraciones y exámenes complementarios

- Creatinina sérica: evalúa daño renal o causa renal de hipertensión arterial.
- Potasio sérico: evalúa posible hiperaldosteronismo e hiponatremia.
- Perfil lipídico: estratifica riesgo cardiovascular, el colesterol total/HDL, triglicéridos y colesterol LDL en donde el paciente debe mantenerse en ayunas de 12 a 14 horas.
- Glicemia: evalúa presencia de diabetes como factor de riesgo asociado.
- Ácido úrico: evalúa contraindicaciones terapéuticas.
- Análisis de orina: evalúa afectación renal por la cantidad y el tipo de factor de riesgo prescrito.
- Electrocardiograma: evalúa afectación cardíaca.
- Calcemia: descarta Hiperparatiroidismo como causa de hipertensión arterial.
- Microalbuminuria: evalúa lesión renal incipiente.

- Ecocardiograma: evalúa afectación cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda. Es necesario en caso de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca.
- Radiografía de tórax: evalúa salud general del paciente y afectación cardíaca.

Complicaciones

Las principales complicaciones cardiovasculares de la enfermedad hipertensiva en el adulto afectan a las patologías cardíacas, aumenta el trabajo cardíaco y puede conducir a una insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica e hipertrofia ventricular izquierda; así como a la patología cerebrovascular como pueden ser los accidentes hemorrágicos o isquémicos.³⁰

- Hipertrofia ventricular izquierda (HVI).
- Insuficiencia cardíaca.
- Isquemia miocárdica.
- Arritmias
- Infarto agudo de miocardio
- Muerte

Tratamiento de la hipertensión arterial

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial (PA) y el control de otros factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV), sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, factores de riesgo como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere disminuir significativamente su riesgo cardiovascular.

La normalización de la presión arterial se obtiene, en algunos casos, con modificaciones en el estilo de vida y, mientras que, en otros, es necesario el agregado de medicamentos. En ambas situaciones, son necesarias la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento, Las metas terapéuticas son llegar a las siguientes cifras de presión arterial:

- En consultorio presión arterial < 140-90 mm Hg
- Con control domiciliario < 135-85 mm Hg
- Con monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) < 125-80 mm Hg

Modificaciones del estilo de vida

En todos los hipertensos deberán indicarse modificaciones del estilo de vida. Por sí solas pueden normalizar la presión arterial en algunos hipertensos, y en todos contribuyen al descenso de la misma y a mejorar la eficacia antihipertensiva de los fármacos.

- Reducción de peso (si hay obesidad o sobrepeso)
- Reducción de la ingesta de sodio
- Reducción de la ingesta de alcohol
- Ejercicio aeróbico regular
- Abandono del tabaquismo
- Tratamiento del estrés en aquellos que parece ser un factor importante
- Adopción de dieta DASH (dietary approaches to stop hypertension) rica en potasio y calcio

Tratamiento farmacológico

Los antihipertensivos no deben emplearse como sustitutos de las medidas no farmacológicas sino como complemento de las mismas. La reducción de las cifras de presión arterial mediante el uso de medicamentos disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

La reducción de la presión arterial mediante el tratamiento farmacológico también ha demostrado ser útil en las prevenciones de la insuficiencia cardíaca, de la progresión de la hipertensión arterial a formas más severas y de la mortalidad por todas las causas.³¹

De acuerdo al JNC-VII el tratamiento farmacológico está indicado en todos los hipertensos que luego de las modificaciones en el estilo de vida no lograron la meta. No especifica lapsos entre modificaciones en el estilo de vida e inicio del tratamiento farmacológico ni tiene en cuenta el riesgo cardiovascular.³²

Principios del tratamiento farmacológico ideal

1. Debe ser individualizado.
2. Por vía oral
3. Exento de efectos indeseables.
4. De bajo costo.
5. Debe controlar la PA en decúbito y en ortostatismo durante el reposo y la actividad.
6. Debe mejorar o no empeorar la calidad de vida.
7. Debe prevenir las lesiones en órganos diana y revertirlas.

Elección del antihipertensivo

La Sociedad Europea de Hipertensión establece que en los hipertensos estadios 1 y 2 el tratamiento farmacológico puede iniciarse con cualquiera de los siguientes medicamentos, a las dosis mínimas:

- Diuréticos (D).
- Bloqueantes beta-adrenérgicos (BB).
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).
- Bloqueantes de los canales del calcio (BC).
- Antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA).³³

Seguimiento

Cuando un medicamento no es efectivo para normalizar la se puede optar por alguna de las siguientes conductas:

- Aumentar la dosis hasta la máxima recomendada.
- Sustituirlo por otro con diferente mecanismo de acción.
- Adicionar una segunda droga, y usar ambas en dosis medias.

Actualmente se prefiere la última opción, ya que disminuye la frecuencia de efectos colaterales y se obtienen efectos aditivos hipotensores.

El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto inicialmente es el abandono del tratamiento.

Las medidas que procuran disminuirlo son:

1. Explicar al paciente la índole de su afección y discutir con él, teniendo en cuenta las evidencias disponibles y sus necesidades y preferencias, las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) probablemente dure toda su vida y que el abandono del tratamiento ocasionará que la PA se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento
2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga normalizar la PA con el fin de estimularlo en el cumplimiento de las indicaciones.
3. Evitar que el paciente tenga esperas prolongadas en el consultorio.
4. Lograr la comprensión y ayuda del grupo familiar.
5. El paciente deberá ser controlado siempre por el mismo profesional.
6. Si es necesario utilizar medicamentos antihipertensivos proponer el esquema más simple y en lo posible una sola toma matinal.

13.2 Marco referencial

El estudio se realiza en la ciudad de Guayaquil en la parroquia Pascuales, en donde se realiza la tutoría en servicio del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria; en el período correspondiente a julio 2017 hasta junio del año 2018.

Las condiciones financieras se dieron por autofinanciamiento ya que se elaborará un análisis en razón de las carpetas de los pacientes hipertensos que reposan en el área de estadística del centro de salud.

13.3 Marco contextual

El enunciado del estudio se refiere a la valoración de la calidad de la atención que recibe el paciente hipertenso en razón de la guía vigente en nuestro país que es el manual de enfermedades crónicas no transmisibles; en donde se establecen ciertos indicadores que deben de estar presentes dentro de la atención habitual.²⁹ Además existe el Manual de Atención Integral de la Salud que es un texto guía y también denominado “Modelo de Salud” que nos orienta sobre el trabajo intra y extramural; y con las determinantes sociales para conocer las necesidades poblacionales.

Las variables presentes van a determinar lo siguiente:

La edad le permitirá al investigador conocer el grupo etario predominante y debido a un mejor análisis se tomaron datos en quintiles, iniciando desde el quintil 35-39 debido a que en el corte realizado se encontraron pacientes a partir de esas edades.

El sexo es una variable que nos determinará que género es más prevalente en los historiales analizados.

El nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, se medirá por medio de un test elaborado con preguntas básicas sobre conceptualización de la enfermedad, terapéutica, fomento y referenciación; en donde los médicos posgradistas puedan alcanzar las siguientes puntuaciones:

10 – 8: Alto en conocimiento de la guía.

7 – 5: Medio en conocimiento de la guía.

Menos de 5: Bajo en conocimiento de la guía.

De tal manera que demuestren el grado de conocimiento de las guías estatales, a pesar que en nuestro país esta guía tiene una vigencia desde el año 2011.

Los instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico es otra variable de estructura que valorará que tan completo, incompleto o no posee los elementos básicos para brindar una consulta que permita llegar al diagnóstico de un hipertenso.

El interrogatorio establecerá la descripción de los síntomas que presente el paciente durante su consulta de seguimiento y la valoraremos como completa si posee un seguimiento adecuado, incompleta si no detalla la semiología de los elementos y no se realiza, en el caso que no la tenga escrita en la carpeta correspondiente.

Las medidas antropométricas corresponderán a las medidas de peso, talla e índice de masa corporal; que las estableceremos como tomadas o no tomadas y cuya importancia radica en que nos permitirá establecer el diagnóstico nutricional del paciente.

El examen físico establecerá la descripción de los signos que presente el paciente durante su consulta de seguimiento y la valoraremos como completa, incompleta y no se realiza, en el caso que no la tenga escrita.

El diagnóstico médico indicará si se han establecido los diagnósticos en razón del interrogatorio y examen físico; entonces lo calificaremos como correcto, incorrecto y no se realiza.

Las actividades de promoción, prevención y rehabilitación deben estarán indicadas y desglosadas en el cuadro de medidas generales ya que como futuros especialistas en primer nivel, la prevención es nuestro principal rol a cumplir en atención primaria.

El cumplimiento del protocolo en terapéutica se referirá a la lógica existente entre el cuadro mencionado, diagnóstico y tratamiento indicado hacia el paciente, todo apegado a las guías clínicas de atención.

La clasificación dispensarial establecerá si ha existido contacto entre el paciente y el médico en la comunidad y que además de haber sido censado se

haya establecido una planificación de actividades por cumplir ya sea intra o extramural.

El control de la presión arterial es una variable de resultado en la que se tomará de referencia los tres últimos controles y que según la guía debe estar $\leq 130/80$ mmHg para estar controlada, pero si fuese mayor a éste valor se considera como no controlado.

El cumplimiento de los controles médicos indicará el grado de satisfacción que pueda presentar el usuario y que lo motiva a acudir con la continuidad indicada por su médico; este cumplimiento lo valoramos siguiendo las especificaciones del Modelo de Atención Integral de Salud (recoge el número de controles realizados en el periodo de julio 2017 a abril 2018) de la siguiente manera:

6 – 4 controles: Cumple con las visitas.

3 ó menos controles: No cumple con las visitas.

Por último la calidad de atención integral a pacientes hipertensos se analizará en razón de los diez indicadores mencionados, y se determinará de la siguiente manera

100 – 70%: La calidad de atención es buena.

69 – 40%: La calidad de atención es regular.

Menos del 40%: La calidad de atención es mala.

De esta manera se dará salida a nuestro estudio en donde se determinará si existe calidad en la atención otorgada a los usuarios que padecen de una enfermedad crónica como la Hipertensión arterial.

13.4 Marco Legal

Constitución Política de la República del 2008

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.³³

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ³³

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. ³³

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. ³³

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. ³³

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que

ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.³³

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.³³

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”. “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”³⁴

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.³⁴

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizaran la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.³⁴

14 MÉTODOS

14.1 Justificación de la elección del método

Se realizó una investigación con el propósito de evaluar la atención integral del paciente hipertenso a través de la Guía de Protocolo de Manejo de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud Pública en los consultorios pertenecientes al posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud de Pascuales en el año 2018.

El diseño del estudio corresponde al nivel investigativo descriptivo por contar con una sola variable de estudio (calidad de la atención); observacional porque no hubo intervención del investigador; prospectivo porque la planificación de la toma de datos se realizó con pacientes que acudieron a su control a partir de la fecha de inicio del estudio (fuente de información primaria); y por la medición de la variable de estudio fue transversal porque solo se tomaron los datos establecidos dentro del registro de valoración de los consultorios en una sola ocasión (último control) a excepción del cumplimiento de control de la presión arterial ya descrito previamente.

14.2 Diseño de la investigación

14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio está constituida por los pacientes hipertensos de los 23 consultorios y que hayan sido atendidos por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2018.

Los posgradistas que realizan el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud de Pascuales en el periodo indicado previamente.

14.2.2 Criterios de inclusión

Los estudiantes del posgrado que acepten mediante la firma del

consentimiento informado la valoración de los historiales médicos de sus pacientes hipertensos.

14.2.3 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los profesionales para autorizar la revisión de las evoluciones de los historiales médicos de sus pacientes.

La recolección de datos constó de varias etapas:

El primer paso fue la consolidación de una base de datos guiados por el registro diario de atenciones (RDACCA), mediante el cual se procedió a filtrar la información de nuestro estudio, es decir, la totalidad de hipertensos que atiende la cohorte de posgradistas de la especialidad de Medicina Familiar en sus sectores dispensarizados de Pascuales.

Se tomaron 150 historiales debido a que esa cantidad se encontró disponible en el área de estadística en la fecha de corte preestablecida dentro de la planificación de la realización de la presente investigación.

El siguiente paso consistió en asignar valores numéricos a los pacientes para luego incorporar en las columnas las variables de estudio, entre éstas tenemos: Edad; sexo; nivel científico; valoración de instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico; cumplimiento del interrogatorio; medición de antropometrías; cumplimiento del examen físico; definición del diagnóstico médico; indicación de actividades de promoción, prevención y rehabilitación; cumplimiento del protocolo en terapéutica; realización de la clasificación dispensarial; cumplimiento de los controles; control de la presión arterial (últimos tres controles) y calidad de atención integral a pacientes hipertensos.

Las variables se recolectaron de la información de las historias clínicas en el mes de abril del 2018 a excepción de la variable cumplimiento de los controles que recoge el número de controles realizados en el periodo de julio 2017 a abril 2018.

Por último se procedió a realizar un análisis del historial médico (documento físico) de cada paciente para luego ingresar los datos a las columnas mencionadas, de tal forma que se pueda trasladar al programa IBM SPSS Statistics versión 22 para el procesamiento de análisis de la información y así poder establecer conclusiones y recomendaciones, que permitieron evaluar la calidad de atención que se brinda a este grupo de pacientes que padecen la enfermedad.

14.2.4 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Documental
Sexo	Documental
Nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Encuesta (test a médicos)
Valoración de instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico	Documental
Cumplimiento del interrogatorio	Documental
Medición de antropometrías	Documental
Cumplimiento del examen físico	Documental
Definición del diagnóstico médico	Documental
Indicación de actividades de promoción, prevención y rehabilitación	Documental

Cumplimiento del protocolo en terapéutica	Documental
Realización de la clasificación dispensarial	Documental
Cumplimiento de los controles	Documental
Control de la presión arterial (Últimos tres controles)	Documental
Calidad de atención integral a pacientes hipertensos	Documental

14.2.5 Técnicas de análisis estadístico

De acuerdo a que el estudio que se realizó es descriptivo para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas, frecuencias relativas (porcientos) y se presentaron de forma resumida en tablas.

14.3 Variables

14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos.	35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años + 85 años	Numérica discreta
Sexo	Masculino/Femenino	Masculino/Femenino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	10 a 8 puntos 7 a 5 puntos Menos de 5	Alto/ Medio/ Bajo	Categórica ordinal
Valoración de instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico	Tensiómetro, estetoscopio, tallímetro, balanza, cinta métrica y oftalmoscopio	Completa/ Incompleta/ No posee	Categórica nominal politómica

Cumplimiento del interrogatorio	Descripción de síntomas elaborados semiológicamente	Completa/ Incompleta/ No se realiza	Categoría nominal politémica
Medición de antropometrías	Si se realizaron las mediciones correspondientes a la antropometría.	Tomadas/No tomadas	Categoría nominal dicotómica
Cumplimiento del examen físico	Descripción completa y correcta del examen físico por aparatos	Completa/ Incompleta/ No se realiza	Categoría nominal politémica
Definición del diagnóstico médico	Si se ha realizado correctamente el diagnóstico al paciente en relación a síntomas y signos	Correcto/ Incorrecto/ No se realiza	Categoría nominal politémica
Indicación de actividades de promoción, prevención y rehabilitación	Si existe registro de consejería en cada uno de los controles	Completa/ Incompleta/ No se realiza	Categoría nominal politémica
Cumplimiento del protocolo en terapéutica	Indicaciones de medicamentos registrados en el Protocolo de Enfermedades Crónicas no	Correcto/ Incorrecto/ No se realiza	Categoría nominal politémica

	transmisibles		
Realización de la clasificación dispensarial	Si la clasificación dispensarial de la ficha familiar está realizada según el MAIS	Correcto/ Incorrecto/ No se realiza	Categórica nominal politómica
Cumplimiento de los controles	6 a 4 controles/año 3 o menos/año controles	Cumple No cumple	Categórica nominal dicotómica
Control de la presión arterial (Últimos tres controles)	$\leq 130/80$ mm de Hg $> 130/80$ mm de Hg	Controlado No controlado	Categórica nominal dicotómica
Calidad de atención integral a pacientes hipertensos	100 a 70 % cumplidos 69 a 40 % cumplidos Menos de 40 % cumplidos	Bueno Regular Mala	Categórica ordinal

15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La abrumadora cantidad de información sobre hipertensión arterial, las guías y protocolos internacionales para el conocimiento de la enfermedad siguen un objetivo común; la determinación de la calidad medible por el grado de control de la presión arterial y la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiovasculares regularmente no son concluyentes.

La calidad de atención es equitativamente proporcional a la calidad de vida del paciente, es por esto que se debe analizar la atención brindada a los usuarios del sistema de salud cumpliendo los principios éticos de la práctica médica, esto es, la satisfacción de las necesidades, expectativas y a un bajo costo.

El objetivo 1; trata de la caracterización sociodemográfica de los historiales médicos de los pacientes analizados; así tenemos:

Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de los pacientes hipertensos atendidos por el posgrado. Centro de Salud Pascuales. 2018

Grupo de edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
35-39 años	2	1,3	1	0,7	3	2,0
40-44 años	0	0,0	4	2,7	4	2,7
45-49 años	1	0,7	9	6,0	10	6,7
50-54 años	3	2,0	13	8,7	16	10,7
55-59 años	8	5,3	12	8,0	20	13,3
60-64 años	5	3,3	19	12,7	24	16,0
65-69 años	9	6,0	13	8,7	22	14,7
70-74 años	8	5,3	18	12,0	26	17,3
75-79 años	8	5,3	7	4,7	15	10,0
80-84 años	3	2,0	2	1,3	5	3,3
+ 85 años	2	1,3	3	2,0	5	3,3
Total	49	32,7	101	67,3	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

Las carpetas de historiales médicos de los pacientes hipertensos se caracterizaron de manera sociodemográfica en base al total analizado de 150 pacientes demostrando que existe mayor porcentaje mujeres atendidas con un 67,3% en relación a hombres con un 32,7%; y de éstos el grupo de edad con más alto porcentaje de atenciones fue de 70 a 74 años de edad con un 17,3%.

La sala situacional de Pascuales (población general) registra una alta prevalencia de adultos mayores del sexo femenino que padecen esta patología crónica y que se correlaciona con nuestro trabajo tanto en el sexo como en grupos etarios. Así también tenemos a Arrieta et al en un estudio sobre el impacto de la hipertensión arterial en donde el 82% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y el 18% al masculino; el rango etario de los pacientes en mayor porcentaje los adultos mayores con un 45%; lo cual

corroborar con el estudio realizado en Pascuales en donde se obtienen datos similares en razón del género y ciclo de vida.³⁵

El objetivo 2; determina la medición los indicadores de estructura utilizados en el desarrollo de este estudio:

Tabla 2: Nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Centro de Salud Pascuales. 2018

Nivel de conocimiento	Total	Porcentaje
Alto	8	42,1
Medio	10	52,6
Bajo	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Test de conocimiento a posgradistas de Medicina Familiar año 2018

La medición del nivel de conocimiento del protocolo de enfermedades crónicas no transmisibles se realizó a través de un test realizado a todos los profesionales que cursan el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria dentro del centro de salud Pascuales, en donde se reportó que existe un nivel medio de conocimiento del protocolo en un 52,6%; mientras que un nivel alto alcanzó el 42,1% y el 5,3% fue bajo.

Pérez C., en su evaluación en el año 2014 en Colombia, con un universo de 204 pacientes hizo énfasis en la valoración general de la atención en sus indicadores de estructura y proceso; teniendo al proceso de atención al usuario con un 50% (nivel de conocimiento), reportó además la falta de clasificación, estadificación, seguimiento con un 100%. El estudio de Pascuales muestra un nivel de conocimiento alto en un 42,1% casi similar con el antes mencionado.³⁶

Valoración de instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico de hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018

El centro de salud Pascuales presenta instalaciones que tienen todos los elementos para la adecuada atención a los usuarios de los diferentes ciclos de vida, el pabellón designado para el posgrado de Medicina Familiar ha distribuido cada consultorio para 2 posgradistas que atienden a su población designada dentro de los cuales constan los hipertensos.

El objetivo 3; se encarga de evaluar el proceso de la atención al paciente, determinado mediante estos indicadores:

Tabla 3: Distribución de pacientes hipertensos según el cumplimiento del interrogatorio. Centro de Salud Pascuales. Año 2018

Interrogatorio	Nº	%
Completo	101	67,3
Incompleto	41	27,3
No se realiza	8	5,3
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El análisis de los historiales médicos de los pacientes atendidos por posgradistas registró que al realizar la descripción de signos y síntomas elaborados semiológicamente tenía un 67,3% de manera completa e incompleta en un 27,3%; mientras que aquellos que no indican ningún dato en la carpeta fue un 5,3%.

El estudio de Ariza A. y colaboradores realizado en el 2007, en Manizales-Colombia incluyó 217 pacientes en donde se valoró edad, sexo, asistencia al programa y llenado correcto de las historias clínicas; en donde llama la atención el llenado del historial médico que indica que en un 100% se

encuentra incompleto o no se realiza, mientras que nuestra investigación posee un 67,3% de llenado adecuado del historial médico.³⁸

Belkis V. en Cuba, en su propuesta para evaluación de historias clínicas resalta la importancia del interrogatorio dentro de una estrategia elaborada para valoración de la calidad de atención.³⁹

Tabla 4 : Distribución de pacientes hipertensos según la medición de antropometrías. Centro de Salud Pascuales. Año 2018

Medidas antropométricas	Nº	%
Tomadas	127	84,7
No tomadas	23	15,3
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

Las medidas antropométricas determinan si se realizó valoración del peso, talla y toma de presión arterial en los pacientes hipertensos que acuden a los controles de salud, de las cuales fueron tomadas en un 84,7% y no tomadas en un 15,3%.

Cabrera M. estableció en su estudio el impacto que tiene la determinación de las medidas antropométricas dentro del control del paciente hipertenso, su diseño involucraba a 60 pacientes que progresivamente decrecieron valores en su peso y éstas a su vez mejoraron las cifras tensionales de quienes adoptaron el esquema de fomento establecido por la profesional. Las diferencias del IMC por cantones se visualiza que Paute bajó de 50% de sobrepeso a 19.2%; en cambio, los de Guachapala tan solo bajaron de sobrepeso de 26.9 % a 23.1%; de ésta manera se demostró la importancia de ésta herramienta.⁴⁰

Tabla 5: Distribución de pacientes hipertensos según cumplimiento del examen físico. Centro de Salud Pascuales. 2018

Examen físico	N°	%
Completo	133	88,7
Incompleto	4	2,7
No se realiza	13	8,7
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El examen físico es la descripción completa y correcta por aparatos realizado a los pacientes hipertensos y se reporta que se realizó completo en un 88,7% y no se realizó en un 8,7%; mientras que solo se reportó 2,7% incompletos.

Díaz A. realizó un estudio sobre pacientes hipertensos en áreas urbanas, en donde analizó 1400 pacientes y se auditó a 68 médicos; quienes registraron en sus historiales médicos, la descripción del examen físico como completo en un porcentaje menor al 70%; siendo una evaluación inadecuada, a diferencia con la realizada en nuestro estudio.⁴¹

Tabla 6: Distribución de pacientes hipertensos según la definición del diagnóstico médico. Centro de Salud Pascuales. 2018

Diagnóstico médico	N°	%
Correcto	144	96,0
Incorrecto	2	1,3
No se realiza	4	2,7
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El diagnóstico médico se refiere a la coherencia de éste en razón de los signos y síntomas que se encuentran detallados en el interrogatorio y examen físico; de acuerdo a esto se determina que fue correcto en un 96%, incorrecto en un 1,3% y no se realiza en un 2,7%.

Tabla 7: Distribución de pacientes hipertensos según las indicaciones de actividades de promoción, prevención y rehabilitación. Centro de Salud Pascuales. 2018

Actividades de fomento	Nº	%
Completa	49	32,7
Incompleta	93	62,0
No se realiza	8	5,3
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

Las actividades de promoción, prevención y rehabilitación hacen relación a la presencia de medidas generales o consejería en cada uno de los controles médicos a los pacientes hipertensos; es así que se registró como incompleto 62%, completa en un 32,7% y no se realizaron medidas de fomento en un 5,3%.

El estudio de Azorín M. acerca de la adherencia a la dieta Mediterránea se realizó en 387 individuos, de los cuales siguieron las indicaciones en un 68,2%, considerándose una adherencia moderada, éstos pacientes presentaron niveles controlados de sus cifras tensionales. A diferencia con nuestro estudio que es bajo porque se registra de forma incompleta los datos de fomento, se presume que se realizó a manera de conversatorio y que por costumbre únicamente se escribía la frase “consejería nutricional” en el historial y no se especificaba el tipo de dieta que sigue el paciente o la actividad física que éste debía desempeñar en razón de sus comorbilidades o estado de salud.⁴²

Tabla 8: Distribución de pacientes hipertensos según cumplimiento del protocolo en terapéutica. Centro de Salud Pascuales. 2018

Cumplimiento del protocolo	Nº	%
Correcto	114	76,0
Incorrecto	33	22,0
No se realiza	3	2,0
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El cumplimiento de protocolo en terapéutica se refiere a las indicaciones de medicamentos registrados en el Protocolo de Enfermedades Crónicas no transmisibles en las atenciones realizadas por los posgradistas, que se reportó como correctas en un 76%, incorrecto en un 22% y no se realiza en un 2%.

Tabla 9: Distribución de pacientes hipertensos según la realización de la clasificación dispensarial. Centro de Salud Pascuales. 2018

Clasificación dispensarial	Nº	%
Correcto	147	98,0
Incorrecto	1	,7
No se realiza	2	1,3
Total	150	100,0

Fuente: Ficha familiar del centro de salud Pascuales año 2018

La clasificación dispensarial se refiere a la tipificación que se le dio a los pacientes que al ser hipertensos (enfermos crónicos) o si presentan alguna discapacidad deben estar registrados como grupo 3 ó 4 respectivamente; de los cuales estuvieron dispensarizados correctamente el 98%, no se realiza el 1,3% e incorrecto el 0,7%.

Tabla 10: Cumplimiento de los controles en pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018

Cumplimiento de los controles	Nº	%
Cumple	83	55,3
No cumple	67	44,7
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El cumplimiento de los controles establece en base a la norma que se deben realizar al menos 1 control cada 3 meses, de acuerdo a lo mencionado se cumple con el control en un 55,3% y no cumplen el 44,7%.

El objetivo 4, evalúa el indicador de resultado, estableciendo con este indicador la eficiencia del proceso, de acuerdo al grado de satisfacción que tenga el paciente.

Tabla 11: Control de la presión arterial en pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. 2018

Control de la presión arterial	Nº	%
Control	107	71,3
No control	43	28,7
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

El control de la presión arterial se ha valorado en los últimos tres controles, estableciendo un parámetro de control $\leq 130/80$ de acuerdo a nuestra guía; por ende en control se reportaron el 71,3% cifra que está por encima del Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud del 2009 de Colombia que mostró un control de 62-72% según informes de las instituciones prestadoras de salud.⁴³

Márquez V en su estudio de adherencia en hipertensos debutantes con un total de 120 pacientes; de los cuales se dividieron en 50/50 entre control e intervención; en el grupo intervención se encontraron quienes emplearon una estrategia educativa (grupo A) y quienes emplearon un dispositivo (grupo B); siendo este último los que tuvieron más control ya que se concluyó que no solo las estrategias educativas logran el objetivo de control. En nuestro estudio se verificó que solo el 55,3% cumplen mientras que la adherencia en el estudio antes mencionado fue del 50% ya que el resto de los pacientes no siguieron adecuadamente las instrucciones terapéuticas.⁴⁴

El objetivo 5, establece la calidad de forma global, tomando en consideración todos los indicadores involucrados en este proceso.

**Tabla 12: Calidad de atención integral a pacientes hipertensos.
Centro de Salud Pascuales. 2018**

Calidad de la atención	Nº	%
Bueno	124	82,7
Regular	22	14,7
Mala	4	2,7
Total	150	100,0

Fuente: Historia clínica del centro de salud Pascuales año 2018

La valoración integral de la calidad de atención brindada la determinamos mediante el cumplimiento de los elementos ya mencionados en donde se estableció una buena calidad de atención en 82,7%, regular en 14,7% y mala en 2,7 %.

Según Rocha y colaboradores menciona en su trabajo realizado en Cuba “la evaluación del proceso de atención es, sin duda, el aspecto de la atención primaria menos desarrollado y el que ofrece más dificultades operativas”. La experiencia de algunos países muestra que un trabajo consecuente y apoyado en la investigación permite avanzar en la definición de una atención clínica de calidad, expresión que sintetiza la calidad del proceso de atención. La

evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal que conduce y administra el sistema como del que se desempeña en ese nivel, y de la comunidad, ya que la capacidad resolutive y el adecuado desempeño del mismo condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema”⁴⁵.

Del análisis realizado se extrae lo más importante ya que la calidad en una determinada institución entenderá que los problemas u obstáculos que se susciten puedan ser anticipados, tomando medidas antes de que estos ocurran por lo que se debe realizar evaluaciones continuas para mediciones sistemáticas y periódicas en el cumplimiento de una actividad o norma, relacionándola con un estándar de referencia. Estas evaluaciones llevan implícitas el diseño y aplicación de intervenciones o planes de mejora cuando los resultados se encuentran deficientes.⁴⁶

No fue posible encontrar trabajos similares en Ecuador de evaluación de historia clínica hasta la fecha; por esta razón resulta de gran importancia partiendo de esta investigación motivar a otros grupos para que se evalúen los componentes de la historia clínica de los diferentes programas; en aras de diferenciar este análisis de tal forma que se tuviera una valoración integral en cuanto a suficiencia y oportunidad.

16 CONCLUSIONES

El concepto de calidad en salud es analizado de diferentes formas, ya que quienes administran este sector consideran la eficiencia como parte esencial de la misma teniendo en consideración la limitación que podría ocasionarse para otros usuarios debido al mal empleo de recursos; la medición de la calidad es un proceso complejo que involucra intereses que pueden involucrarse en los análisis posteriores.

La confección de este estudio permite la revisión de historiales médicos con sus respectivos controles anteriores; a su vez esto genera inconvenientes como los errores en la toma de datos, revisión de cada paciente, pérdida de información, entre otros; lo cual no prevé una serie de posibles resultados obtenidos.

Los datos obtenidos mostraron alta prevalencia de hipertensión arterial en mujeres y con predominio en el quintil de edades entre 70 – 74 años pero con el ciclo de vida del adulto maduro (50 -64 años) con más afectación; además se resalta que existió conocimiento de la norma de atención a pacientes hipertensos medianamente aceptable.

El indicador de estructura reportó que la dotación de cada consulta cuenta con equipamiento básico para la detección y seguimiento de los hipertensos, por tal motivo fue considerado como satisfactorio, debido a que en todos los consultorios se encuentran presentes al momento de la atención médica.

Los indicadores de proceso que implicaban el desarrollo de la atención realizada al usuario, reportaron: las medidas antropométricas, interrogatorio, examen físico, diagnóstico médico, fomento, cumplimiento del protocolo y la clasificación dispensarial; en su mayoría como satisfactorios, a excepción de las actividades de promoción que fueron incompletas, esta situación es llamativa ya que debe hacerse más hincapié en las medidas generales debido a que la atención primaria es el pilar fundamental de todo sistema de salud ya que elimina riesgos y promueve hábitos saludables.

El fomento de salud permite establecer estilos de vida adecuados para los pacientes hipertensos, que al no modificarse podrían generarse complicaciones que pueden derivarse del manejo inadecuado, repercutiendo en su calidad de vida y afectando la situación financiera personal, familiar y del propio sistema de salud.

El indicador de resultado se expresó mediante el control de la presión arterial y el seguimiento; el control se mostró con valores medianamente satisfactorios y el cumplimiento a controles o seguimiento fue satisfactorio ya que se reportaron atenciones subsecuentes mensuales de acuerdo a la normativa establecida para atención primaria (MAIS).

Dentro de las claves para el control de la enfermedad es el conocimiento de los pacientes de su enfermedad y la adherencia al tratamiento; de tal forma que éstos deben estar bien informados de acuerdo a su nivel cultural con la finalidad que mantengan una percepción del riesgo y así acudan a su control periódico y no descuiden su medicación.

Por último la calidad de atención integral se analizó mediante un valor porcentual por el cumplimiento de los 10 indicadores; siendo ésta catalogada como buena por el alto porcentaje alcanzado.

Es una necesidad que exista un apego a los protocolos para lo cual el sistema de salud no debe guiarse de matrices sino de equipos de profesionales que revisen periódicamente las historias clínicas y realicen los ciclos rápidos (capacitaciones cortas y continuas), para hacer más claros los objetivos a seguir en el manejo, terapéutica y seguimiento del paciente con hipertensión arterial.

17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La selección del tema de investigación fue fundamentada en el análisis de la situación de salud mundial que enfoca a la hipertensión arterial como una de las patologías con mayor incidencia y que genera diversas complicaciones que acarrearán a altos costos al sistema de salud.

La búsqueda de calidad en atención al paciente hipertenso mejorará su calidad de vida y reducirá el riesgo de desarrollar enfermedades discapacitantes.

El presente estudio contó con la total colaboración de las personas que han apoyado en todo momento su realización, no encontrando aspectos que limiten su desarrollo.

18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo [Internet]. [Consultado 2017 Sept 09]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

2.- Bayarre H, Álvarez M, Díaz J, Pérez J, Almenares K, Pría M. Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Mar [citado 2017 Sept 09]; 32(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100004&lng=es)

3.- Lagos E, Salazar A, Luengo Luis Humberto. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2016 [citado 2017 Sept 09]; 35(2): 99-108. Disponible en:

[http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000200002.](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000200002)

4.- Segarra E, Encalada L, García J. Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria [Internet]. [Consultado 2017 Oct 10]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5420/1/MASKANA%20si7285%20%285%29.pdf>

5.- Ecuador. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Ministerio de Salud. Sala de Situación Epidemiológica. Boletín semana 42. 2017.

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/SALA-DE-SITUACION%20N-EPIDEMIOLOGICA-SE-42_2017-Normal.pdf

6.- Landrove Rodríguez O, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. May 2018. N.- 42. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e23/es>

7.- Elvir Mayorquin N. Síndrome metabólico en pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, en una población afrodescendiente de Honduras. Dialnet [Internet]. 2016. Vol 2 (263-270). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5822217>

8.- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. Quito: MSP; 2013. Disponible en:

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

9.- Sciarroni R. Calidad y gestión [Internet]. La satisfacción del cliente y su importancia para la empresa [2005] Disponible desde:

http://calidad-gestion.com.ar/boletin/65_satisfaccion_del_cliente.html

10.- Duran L. Calidad en la prestación de servicios de salud [Internet]. [2011] Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5599360.pdf>

11.- Saturno Hernández P, et al. Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. Salud Pública México 2017; 59: 227-235. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/pdf/spm/2017.v59n3/227-235/es>

12.- Nebot Marzal et al. Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud [Internet]. España; Feb 2014. Vol. 29 (29-35). Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X1300119X>

13.- Alvarez Heredia F. Calidad y auditoría en salud. Tercera Edición. ECOE; 2015. Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=samWdGAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT17&dq=indicadores+de+calidad+servicio+hospitalario&ots>

14.- Organización Internacional de Normalización 9000. Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario 2005 [internet]. [Consultado 2017 Oct 10]. Disponible en:

<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-3:v1:es>

15.- Garis A. Instrumentos de medición y gestión de la calidad en la atención de los servicios hoteleros hospitalarios en base a la percepción de los pacientes [Trabajo de grado para título de Master en Administración de Negocios] Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2016. Disponible en:

<http://nulan.mdp.edu.ar/2535/1/garis.2016.pdf>

16.- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial primaria (HTA) [Internet]. Bogotá: Colombia; 2013. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf

17.- Ortiz-Benavides R, Torres-Valdez M, Sigüencia-Cruz W, Añez-Ramos R, Salazar-Vílchez J, Rojas-Quintero J et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Sept 25]; 33(2): 248-255. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200008

18. España. Ministerio de Salud. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. 2013. Disponible desde:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

19. Colombia. Ministerio de Salud. Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo a indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, clínica asbbsalud la enea (ese) [2007] Disponible desde:

<http://ridum.umanizales.edu.co>

20.- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Norma técnica para la derivación y financiamiento de cobertura internacional para la atención integral de salud de usuarios con condiciones catastróficas. Quito: Ecuador; 2013. Disponible en:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/06/DERIVACION-Y-FINANCIAMIENTO-DE-COBERTURA-INTERNACIONAL-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-DE-SALUD-DE-USUARIOS-CON-CONDICIONES-CATASTRIFICAS.pdf>

21. Sánchez V, Belkis M, Peña V, Costa M, Zerquera G, Blanco Y. Propuesta para evaluación de historias clínicas de pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. ccm [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Nov 24]; 21(1): 56-69. Disponible desde:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100006

22. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Mar [citado 2017 Nov 24]; 30(1). Disponible desde:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-34662004000100004

23.- Sánchez V, Rivas E, Zerquera G, Peraza D, Rosell I. Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2015 Abr 6]; 2(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en:

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/75>

24.-KotchenT et al. Vasculopatía hipertensiva. En: Kasper D et al. Harrison Principios de la Medicina Interna. Chile: McGraw-Hill Interamericana. 2014. (298).

25.- Castello Bescós E, Boscá Crespo A, Garcia Arias C, Sánchez Chaparro M. Estudio sobre hipertensión arterial 2014. Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

26.- Hunt SC, Williams RR, Barlow GK: A comparison of positive family history definitions for defining risk of future disease. J Chron Dis 1986; 39 (809-21).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3760109>

27.- Del Río Y, Castillo D, Mayo R. Contribución de los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la hipertensión arterial en estudios de gemelos en el municipio Chambas [internet]. [2013] Disponible desde: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol17_01_%202011/articulos/t-10.html

28.- Drazner M, The progression of hypertensive heart disease [internet]. 2011. [Consultado 2017 Oct 6]. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=71818>

29.- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT. Quito, Ecuador; 2011.

30.- Echeverría R, Riondet B. Tratamiento de la hipertensión arterial [Internet]. 2014. [Consultado 2017 Oct 6]. Disponible desde:

http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/trathta3.pdf

31.- Arguedas Quesada J. GUÍAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN LOS ADULTOS [Internet] 2014. Disponible en:

<http://www.cimgbc.sld.cu/Articulos/Guias%20para%20el%20manejo%20de%20la%20presion%20arterial.pdf>

32. Guidelines Committee. 2018 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. 2018. Disponible en:

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>

33.- Ecuador. Constitución del Ecuador. Montecristi, Ecuador. 2008. Disponible en:

http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

34.- Ecuador. Congreso Nacional. Código orgánico de salud. Artículo 69. 2006 (modificado 2015). Disponible en:

<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

35.- Arrieta Reales N, Blanquicet Jimenez R, Borrero Varela E. Impacto del Programa de Hipertensión Arterial en Un Centro de Salud de Soledad, Atlántico (Col). Ciencia e Innovación en Salud [Internet]. 2015 [citado 2018 May 21]. Disponible en:

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/32>

36.- Pérez et al. Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial. Duazary [revista en internet]. Manizales, Colombia; 2014 [citado 2018 May 21]. Vol11. Disponible en:

<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/716>

37.- Ariza et al. Evaluación de la historia clínica de pacientes hipertensos de acuerdo a indicadores de calidad del programa de hipertensión arterial, Clínica Assbasalud La Enea (ESE). [Internet]. 2009 Jun [citada 2018 May 01]. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380006.pdf>

39.- Belkis Mercedes V, Peña Ernesto V, Costa Cruz M, Zerquera Trujillo G, Blanco Fleites Y. Propuesta para evaluación de historias clínicas de pacientes hipertensos en la atención primaria de salud. *ccm* [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 May 29]; 21(1): 56-69. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S156043812017000100006

40.- Cabrera M. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “CORAZÓN FELIZ” PARA EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS, GUACHAPALA Y PAUTE, ECUADOR, 2015. [Trabajo de grado para título de Master en Gestión de los Servicios de Salud] Lima, Perú: Universidad Peruana Unión; 2016. Disponible en:

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/728>

41.- Díaz Molina M, Herrera Preval, Matéu López L. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Jul 29]; 48(4): 588-597. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152014000400008

42.- Azorín Ras Milagros, Martínez Ruiz Marta, Sánchez López Ana Belén, Ossa Moreno Mercedes de la, Hernández Cerón Inmaculada, Tello Nieves Gema M^a et al . Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes hipertensos en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Oct 29]; 11(1): 15-22. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2018000100015&script=sci_abstract&tlng=pt

43.- Colombia. Ministerio de Protección Social. 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá. MPS; 2009. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-incas-calidad-atencion-salud.pdf>

44.- Márquez V, Granados G, Rosales J. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes [Interne]. *ELSEVIER*. 2015. Vol. 47 (83-89). Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400136X>

45.- Rocha M, Álvarez M, Bayarre H. Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”. *Revista Cubana de*

Medicina General Integral. Abr.-jun.2015; 31(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86421252015000200004

46.- Ministerio de Salud de Chile. Metodología: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad. Chile. 2011. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles14451_recurso_1.pdf

ANEXOS 1

Guayaquil,.....de enero del 2018

Consentimiento informado

Declaro haber escuchado los objetivos del estudio a realizarse, y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos del centro de salud de Pascuales Julio 2017- Agosto 2018” y que consiento voluntariamente participar entregando mis evoluciones registradas en las historias clínicas del C.S. Pascuales.

Apellidos y Nombre:.....

Cédula de identidad:.....

Firma:.....

ANEXOS 2

Guayaquil,..... de del 2018

Unidad Operativa: **C.S. PASCUALES**

Nombre:.....

Test para medición del nivel de conocimiento del Protocolo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

1. Describa usted como considera a la hipertensión arterial.

- a.- Síndrome
- b.- Enfermedad
- c.- Factor de riesgo
- d.- Todas

2. ¿Cuáles son los valores rango de la hipertensión arterial en un paciente población general >60 años?

- a.- <150 – <90 mmHg
- b.- <120 - <80 mmHg
- c.- >140 - >90 mmHg
- d.- Ninguna

3. ¿Cuántas mediciones se requieren para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial?

- a. 1 toma al azar
- b. 2 – 3 tomas separadas por intervalos y ambulatoriamente.
- c. Tamizaje ambulatorio si P.A. >180/100.
- d. Todas

4. Determine la respuesta correcta. Entre las causas para sospechar de hipertensión arterial secundaria tenemos:

- a. Hipertiroidismo
- b. Nefropatía
- c. Todas
- d. Ninguna

5. ¿Cuáles son los elementos básicos para realizar el diagnóstico de hipertensión arterial?

- a.-Estetoscopio y tensiómetro.
- b.- Estetoscopio, tensiómetro y oftalmoscopio.
- c.- Tensiómetro, oftalmoscopio y tallímetro.
- d.- Ninguno

6. Detalle tratamiento de primera línea a paciente hipertenso de la población general

- a. IECA, ARA, BCC y Tiazídicos
- b. Betabloqueantes
- c. IECA + Diurético de Asa.
- d. Todos

7. ¿Cuál es antihipertensivo que no se debe indicar a un diabético sin co-morbilidades?

- a. Tiazídicos
- b. Betabloqueantes
- c. ARA
- d. Todos

8. ¿Qué ejercicios están indicados en el paciente hipertenso?

- a. Alto impacto
- b. Bajo impacto
- c. Dependiendo de comorbilidades
- d. Todos

9.- La dieta del hipertenso debe ser:

- a. Hipercalórica
- b. Hipoproteica
- c. Hiposódica
- d. Todos

10.- Las interconsultas a especialistas, ¿con qué frecuencia deben ser enviadas (a excepción de emergencias)?:

- a. Cardiología 1 vez cada año
- b. Nutrición 1 vez al año
- c. Todas
- d. Ninguna



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Litardo Salinas Rommel Emanuel, con C.C: # 0918046988 autor/a del trabajo de titulación: “Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos. Centro de salud de pascuales. Año 2018”; previo a la obtención del título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. _____

Nombre: Litardo Salinas Rommel Emanuel

C.C: 0918046988



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	"Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos. Centro de salud de pascuales. Año 2018"		
AUTOR(ES)	Rommel Emanuel Litardo Salinas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yubel Batista Pereda		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar, Calidad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Presión arterial, indicadores de la calidad de la atención de salud, evaluación		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: A nivel mundial, la Hipertensión arterial presenta una alta incidencia y su prevalencia creciente. El control médico del manejo protocolizado a los pacientes hipertensos depende de diversos factores pero está íntimamente relacionado a las debilidades del sistema de salud, es así que los constantes cambios en las guías clínicas y el protagonismo del usuario en razón de la calidad de atención, le obligan al médico a actualizarse y a mejorar la calidad de su servicio. Materiales y métodos: el tipo de investigación es: observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva que incluyó a los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Pascuales con residencia en los sectores delimitados para atención de los posgradistas. Las variables principales son: instrumentos para la adecuada atención y diagnóstico, calidad de la elaboración de la historia clínica, cumplimiento del protocolo en terapéutica y la satisfacción del usuario. Resultados: Los datos obtenidos de una población de 150 historiales revisados indicó que existe un conocimiento del protocolo en un medio a alto porcentaje de profesionales; que la atención brindada es buena en un 82,7% n= 124, regular en un 14,7% n= 22; y mala en un 2,7% n= 4. Conclusiones: La calidad de atención integral se analizó mediante un valor porcentual por el cumplimiento de los 10 indicadores; siendo ésta catalogada como buena por el alto porcentaje alcanzado pero se identifica la necesidad de apego a los protocolos existentes y así lograr la calidad que establece en su visión el sistema de salud.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-8528799	E-mail: rlitardos@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: 042206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			