

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**Tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria**

**CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD Y LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A PACIENTES
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C
NUEVA SAN RAFAEL EN EL PERIODO JUNIO A SEPTIEMBRE
2021**

AUTORA:

LADY XIOMARA ORELLANA AIZAGA

DIRECTOR:

MTR. PATRICIA ORTIZ

ESMERALDAS, 2021

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi Dios, por todo lo bueno que siempre me brinda y me da fuerzas para seguir adelante.

A mis queridos padres por el apoyo que me han brindado durante toda mi carrera estudiantil tanto en el pre y posgrado.

A mi familia, a mis hijos Carlos y Valentina por ser mi sustento emocional que siempre han estado presentes dándome alegrías a mi vida.

A todos los tutores que guiaron mi vida académica en mi carrera de especialización como Médico Familiar y a mi tutora de investigación quien me orientó con la elaboración de mi estudio.

DEDICATORIA

Mi trabajo de investigación se la dedico a mis queridos hijos que siempre han estado a mi lado regalándome alegría y paciencia por no poder en ocasiones pasar con ellos, pero me llevo la satisfacción que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Hijos: Carlitos y Valentina

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es la principal causa de enfermedad cardiovascular y muerte prematura en todo el mundo, con una prevalencia que va en aumento, especialmente en los países de ingresos medianos y bajos. Los sistemas de salud influyen en el diagnóstico, manejo y control de la hipertensión arterial, y deben cumplir varias acciones para lograr intervenir de manera positiva en el control adecuado de la HTA, acciones como brindar el mejor tratamiento posible, la adhesión de los profesionales a un protocolo ordenado, adherencia del paciente a tomar sus medicamentos, estimular cambios en el estilo de vida, educación adecuada e identificación oportuna de las complicaciones. **Objetivo:** Analizar la gestión de los servicios de salud y las características de los procesos de atención que se brinda a los pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La recolección de información se realizó a través de la revisión de las historias clínicas de una muestra de 259 pacientes hipertensos que acudieron a la unidad de salud, además se aplicó el cuestionario SERVPERF a una submuestra de 159 pacientes, previo a la aplicación de los instrumentos, los participantes firmaron su consentimiento informado. Con la información recolectada se elaboró una base de datos en el programa Microsoft® Excel 2019 posteriormente se realizó el procesamiento y análisis de datos en el programa IBM®SPSS® Statistics versión para obtener medidas. **Plan de análisis de datos:** Se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión en el caso de variables cuantitativas y en las categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos. **Resultados:** En cuanto a la gestión administrativa únicamente la cobertura de médicos familiares resultó insuficiente en comparación con los demás profesionales de la salud; igualmente la cobertura de los equipos tensiómetros, balanzas y tallímetros con relación a los consultorios fue insuficiente. En relación a la percepción de satisfacción con la atención recibida se encontró un mayor porcentaje de usuarios pocos satisfechos. En cuanto a la gestión clínica de los

pacientes, el 44,8% estuvieron no controlados, el 23,9% de las historias clínicas contaron con resultados de laboratorio. Se brindó una adecuada consejería sobre la alimentación en el 92,7% de los pacientes y el 33,5 % no recibió consejería sobre actividad física. El tratamiento terapéutico de mayor frecuencia prescrita fueron los receptores de la angiotensina II con un 64,9% y dentro de las combinaciones más utilizada fue e los antagonistas de los receptores de angiotensina II + calcio antagonistas con el 9,3.

Conclusiones: La atención del paciente hipertenso en consulta externa incide en el cumplimiento del tratamiento terapéutico, encontrándose en el estudio que la familia de medicamentos antihipertensivos más recetados fueron los ARAII; en cuanto al proceso de atención en el centro de salud actualmente no se dispone de un mecanismo de seguimiento y evaluación del mismo. El nivel de satisfacción está íntimamente relacionado con el uso continuo de los servicios de salud lo cual en presente estudio se encontraron pocos usuarios satisfechos con la atención recibida.

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is the leading cause of cardiovascular disease and premature death worldwide, with an increasing prevalence, especially in low and middle-income countries. Health systems influence the diagnosis, management and control of arterial hypertension, and must comply with several actions to achieve a positive intervention in the adequate control of hypertension, actions such as providing the best possible treatment, the adherence of professionals to an orderly protocol, patient adherence to taking their medications, stimulating changes in lifestyle, adequate education and timely identification of complications. **Objective:** To analyze the management of health services and the characteristics of the care processes provided to hypertensive patients treated in the outpatient clinic of the Nueva San Rafael type C health center. **Methodology:** a descriptive, cross-sectional study was carried out. The collection of information will be carried out through the review of the medical records of a sample of 259 hypertensive patients who attended the health unit, in addition, the SERVPERF questionnaire was applied to a subsample of 159 patients, prior to the application of the instruments, the participants in it will provide their informed consent. With the information collected, a database will be prepared in the Microsoft® Excel 2019 program, later the data processing and analysis was carried out in the IBM® SPSS® Statistics version to obtain measurements. **Data analysis plan:** Measures of central tendency and dispersion in the case of quantitative and categorical variables. Absolute and relative frequencies were calculated. The results were presented in tables and graphs. **Results.** Among the results obtained, in terms of administrative management, only the coverage of family doctors was insufficient in comparison with the other members of the health sector; Among the teams that we currently have, it was possible to show that the coverage of tensiometers, scales and height meters turned out to be insufficient with regard to the doctor's offices. In addition, it was possible to show that the care received with the highest percentage was found to be few satisfied compared to the satisfied users. In the control of

blood pressure, they were found to be controlled with 55.2% compared to the uncontrolled with 44.8%. In relation to the complementary examinations, only 23.9% of the medical records had laboratory results, more than three-quarters of the records did not have this information. Appropriate advice on feeding was given to 92.7% of the patients, evaluating this criterion as adequate, since it exceeds the established standard in 90%. As risk factors, 10.4% admitted tobacco consumption and 13.1% alcohol consumption and 33.5% did not receive counseling on physical activity. In the therapeutic treatment, angiotensin II receptors were observed as drugs with a higher frequency with 64.9% and within the most used combinations that of angiotensin II receptor antagonists + calcium antagonists with 9.3%. As for the care process in the existing health center, there is currently no monitoring and evaluation mechanism, where the majority had at least three consultations and did not receive home visits by health personnel **Conclusions:** In the care of hypertensive patients by outpatient consultation, it affects compliance with therapeutic treatment, finding in the study that the family of antihypertensive drugs most prescribed the AIIRAs, It should be emphasized that regarding the process of care in the health center there is, there is currently no monitoring and evaluation mechanism available. The level of satisfaction is closely related to the continuous use of health services, which in our study found few users satisfied with the care received.

ÍNDICE

	PAG.
1. AGRADECIMIENTO	I
2. DEDICATORIA	II
3. RESUMEN	III

CAPITULO I

1.-INTRODUCCIÓN.....	1
----------------------	---

CAPITULO II

2.MARCO TEORICO	3
2.1 Hipertensión Arterial.....	3
2.1.1. Definición.....	3
2.1.2 Fisiopatología.....	3
2.1.3 Diagnostico.....	4
2.1.4 Tratamiento	6
2.1.4.1 Modificaciones de estilo de vida.....	6
2.1.4.2 Tratamiento farmacológico.....	11
2.2 Satisfacción del paciente.....	16

CAPITULO III

3.METODOLOGIA.....	18
3.1 Pregunta de investigación.....	18
3.2 Objetivos.....	18
3.2.1 General.....	18
3.2.2 Específicos.....	18
3.3 Hipótesis.....	19
3.4 Justificación.....	19
3.5 Tipo de estudio.....	20
3.6 Muestra.....	20
3.7 Variables.....	21
3.8 Operacionalización de variables	22
3.9 Técnicas de recolección de datos.....	27
3.10 Instrumentos de recolección de datos	30
3.11 Plan de análisis de datos.....	28
3.12 Aspectos bioética.....	28

CAPITULO IV

4.RESULTADOS.....	29
4.1 Características Sociodemográficas.....	29
4.2 Análisis de la gestión de la atención médica.....	30
4.2.1 Exámenes complementarios e IMC	30

4.2.2	Consejería sobre estilos de vida.....	31
4.2.3	Seguimiento de pacientes hipertensos.....	32
4.2.4	Tratamiento farmacológico.....	33
4.2.5	Control de la hipertensión arterial.....	35
4.2.6	Comorbilidades.....	35
4.3	Satisfacción.....	35
4.4	Gestión de servicios de salud.....	37
4.4.1	Gestión de recursos humanos.....	37
4.4.2	Equipos.....	38
4.4.3	Capacitación en el manejo de la hipertensión arterial.....	38

CAPITULO V

5 DISCUSION	39
--------------------------	-----------

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
6.1 Conclusiones	42
6.2 Recomendaciones.....	43
BIBLIOGRAFIAS	45
ANEXOS.....	54
Anexo 1. Consentimiento informado.....	54
Anexo 2. Cuestionario SERVPERF.....	58

Anexo 3. Ficha de recolección de datos equipos	59
Anexo 4. Ficha de recolección de datos recursos humanos... ..	60
Anexo 5 Información de los pacientes con HTA	61

CAPÍTULO I

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud estima que el 54% de accidentes cerebrovasculares y 47% de los casos de cardiopatía isquémica son la consecuencia directa de la presión arterial alta, que en la actualidad constituye uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular (Jordan, Kurschat & Reuter, 2018). La disminución de la incidencia de accidentes cerebrovasculares se explica en gran medida por la reducción de la presión arterial (Vangen-Lønne et al., 2017).

En la actualidad es reconocida la asociación entre la hipertensión arterial (HTA) como factor de riesgo modificable para la morbimortalidad cardiovascular y a pesar de que se encuentran disponibles tratamientos anti-hipertensivos baratos y efectivos (Chobanian et al., 2003), la presión arterial (PA) a menudo no se controla adecuadamente. Este hecho puede deberse a que no se realizan mediciones de PA, el médico no reacciona ante valores elevados de la misma (Oliveria et al., 2002), no se proporciona el tratamiento de manera óptima o el paciente no toma la medicación necesaria con regularidad (Ho et al., 2008). En pacientes que padecen HTA resistente al tratamiento, la PA no puede controlarse adecuadamente incluso si el paciente toma la medicación prescrita con regularidad (Jordan, Kurschat & Reuter, 2018).

El control de las enfermedades crónicas como la hipertensión demanda que el paciente conozca y participe activamente en el manejo de su enfermedad. Las conductas individuales como tener una nutrición sana y realizar actividad física, cumplir con las instrucciones del médico en cuanto a consumo de medicamentos, solicitar consultas y asistir a ellas, desempeñan un rol importante en el control de la hipertensión (Patel, 2017).

En pacientes con hipertensión esencial, ninguno de los métodos clínicos actualmente disponibles puede detectar una causa específica de la presión arterial elevada. Las causas de

la hipertensión secundaria, como la estenosis de la arteria renal, el hiperaldosteronismo o el feocromocitoma, deben considerarse en el diagnóstico diferencial, sobre todo en los pacientes más jóvenes y aquellos cuya presión arterial es difícil de controlar (Jordan, Kurschat & Reuter, 2018).

El control de la hipertensión es difícil pero posible. Un obstáculo importante para el control adecuado de la presión arterial (PA) en algunas áreas, es la falta de servicios integrales de atención en el primer nivel, el acceso limitado a medicamentos, la falta de métodos para brindar prevención y tratamiento de manera efectiva (Ikeda, et al., 2014).

Para hacer frente a esta problemática, se plantea el fortalecimiento de los sistemas de salud con base en la implementación del manejo estandarizado de la HTA, e intervenciones basadas en la evidencia (Patel, et al., 2016). Es decir, el control de la hipertensión se puede lograr a través del suministro adecuado de medicamentos, seguimiento y monitoreo del progreso de los pacientes mediante un sistema regular de registro, empoderamiento del paciente, atención basada en equipos y participación de la comunidad (Angell, De Cock & Frieden, 2015).

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. *Hipertensión arterial*

2.1.1. Definición

La hipertensión arterial se ha definido como los valores de presión arterial sobre los cuales los beneficios terapéuticos (ya sea a través de medicamentos o modificaciones en los estilos de vida), sobrepasan los potenciales riesgos de estos (Williams et al., 2018).

Con base en las principales normativas, se recomienda definir hipertensión en el momento en que la presión arterial sistólica (PAS) de un individuo en el consultorio o la clínica es igual o mayor a 140 mm Hg y/o su presión arterial diastólica (PAD) es igual o mayor a 90 mm Hg posteriores a un examen repetido (Unger et al., 2020).

2.1.2. Fisiopatología.

La presión arterial elevada se debe a un gasto cardíaco elevado, una resistencia vascular periférica elevada o una combinación de ambos. Cada uno de estos mecanismos es regulado, a su vez, por procesos hemodinámicos, neurales, humorales, y renales, todos los cuales varían en su contribución de un individuo a otro (Figura 1) (Jordan, Kurschat & Reuter, 2018).

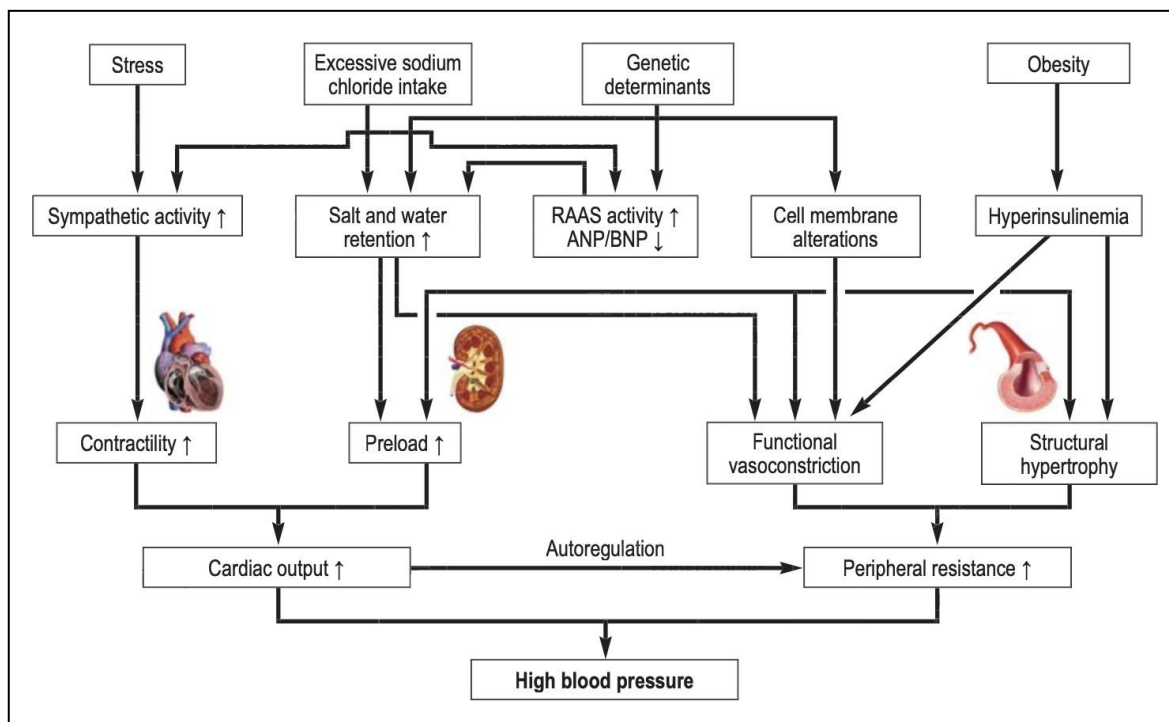


Figura 1. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial.

ANP: péptido natriurético auricular; BNP: péptido natriurético de tipo B; RAAS: sistema renina-angiotensina-aldosterona

Fuente: Jordan, Kurschat & Reuter, 2018

Al tiempo que la población envejece, la causa predominante de hipertensión, es la resistencia vascular periférica elevada, a menudo en combinación con una mayor rigidez de los vasos, que se manifiesta clínicamente hipertensión sistólica aislada (Wallace et al., 2007). La predisposición genética y la interacción con factores ambientales, como la ingesta de sal y calorías y el grado de ejercicio físico, determina qué tan grave será el incremento de la presión arterial (Jordan, Kurschat & Reuter, 2018).

2.1.3. Diagnóstico

2.1.3.1. Medición de la presión arterial en el consultorio

a. Evaluación inicial

Se debe realizar la toma de la PA en ambos brazos, idealmente de manera simultánea. En caso de encontrarse una constante diferencia entre brazos >10 mmHg en repetidas

mediciones, se usará el valor de PA más alto. Cuando la diferencia sea >20 mmHg, se debe considerar la realización de nuevas investigaciones (Unger et al., 2020).

b. Presión arterial en bipedestación

En pacientes con hipertensión arterial tratada, se debe medir después de un minuto y de nuevo posterior a tres minutos, en presencia de sintomatología que sugieran hipotensión postural, igual en la primera consulta en caso de adultos mayores y diabéticos (Unger et al., 2020).

c. Hipertensión no controlada en el consultorio

Varias tomas automáticas de la PA, valoradas en el momento en que el paciente permanece solo en el consultorio, proporcionan una evaluación más estandarizada, pero también niveles más bajos de PA que las mediciones habituales en el consultorio con un umbral incierto para el diagnóstico de hipertensión (Stergiou et al., 2018; Muntner et al., 2019). La confirmación con la medición de PA fuera del consultorio es necesaria para la mayoría de las decisiones terapéuticas (Unger et al., 2020).

2.1.3.2. Medición de la presión arterial fuera del consultorio.

Las valoraciones de la PA fuera del consultorio (realizadas por los pacientes en el hogar o con monitoreo ambulatorio de la presión arterial [MAPA] las 24 horas) son más reproducibles que las mediciones en el consultorio, y están asociadas con el daño orgánico inducido por la hipertensión y el riesgo de afecciones cardiovasculares, además para identificar la hipertensión de bata blanca y los fenómenos de hipertensión enmascarada (Whelton et al., 2018; Kario et al., 2019).

De igual manera, este tipo de medición suele ser necesaria para el diagnóstico preciso de

hipertensión y para las decisiones de tratamiento. En sujetos no tratados o tratados con PA en el consultorio clasificada como PA normal alta o hipertensión de grado 1 (sistólica 130–159 mmHg y/o diastólica 85–99 mmHg), el nivel de PA debe confirmarse mediante monitorización de PA domiciliaria o ambulatoria (Whelton et al., 2018; Kario et al., 2019).

2.1.4. Tratamiento

Los dos pilares del tratamiento antihipertensivo son el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico. Las modificaciones en los hábitos de vida siempre deben considerarse en primer lugar como un medio para reducir la presión arterial, y debe mantener estos cambios incluso después del inicio del tratamiento farmacológico (Williamset al., 2018).

2.1.4.1. Modificaciones de estilos de vida

La práctica de hábitos de vida saludables puede provocar el retraso, e incluso prevenir la aparición de PA alta, al mismo tiempo pueden reducir el riesgo cardiovascular (Piepoli et al., 2016). Los cambios de los estilos de vida también constituyen la primera línea de tratamiento antihipertensivo, ya que pueden mejorar los efectos del tratamiento antihipertensivo (Gay, Rao, Vaccarino & Ali, 2016; Cicero et al., 2019; Fadak et al., 2019).

a. Reducción de peso

La disminución del peso corporal es una recomendación fundamental y debe llevarse a cabo a través de una disminución de la ingesta calórica y el incremento de la actividad física (Neter, Stam, Kok, Grobbee & Geleijnse, 2003). El efecto reductor de la PA de la disminución de peso en pacientes hipertensos es consistente con la pérdida aproximada de 1 mmHg por kilogramo de peso perdido. Lograr y mantener la pérdida de peso mediante el

cambio de comportamiento es un desafío, pero factible durante períodos prolongados de seguimiento (Look AHEAD Research Group et al., 2013).

Para quienes las intervenciones no farmacológicas fueron insuficientes para alcanzar sus objetivos de pérdida de peso, se puede considerar la farmacoterapia o procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos y bariátricos. Los métodos quirúrgicos suelen ser más efectivos, pero generalmente se encuentran reservados para los pacientes afectados de obesidad severa e intratable debido a las eventuales complicaciones (Jensen et al., 2014).

b. Dieta DASH

La estrategia alimentaria DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), es hasta el momento, la dieta que ha resultado más eficiente en la reducción de la PA. Dado que la dieta DASH al ser rica en frutas, verduras y productos derivados de la leche bajos en grasa, proporciona un ambiente adecuado para mejorar el consumo de calcio, magnesio, potasio y fibra. En adultos con o sin presión arterial elevada, la dieta DASH ha provocado la reducción general de la PAS en aproximadamente 11 mmHg y 3 mmHg, respectivamente, siendo esta dieta significativamente más efectiva en población afrodescendientes. En casos de combinación con la reducción de peso y la ingesta de sal, el tamaño del efecto aumentó sustancialmente (Sacks et al., 2001; He, Li & MacGregor, 2013).

c. Reducción de la ingesta de sodio

Las estrategias de disminución de sodio previenen la hipertensión y reducen la PA en sujetos hipertensos, en especial en pacientes con valores más elevados de PA, negros, adultos mayores y otras personas que son especialmente susceptibles al impacto del sodio en la presión arterial; además pueden prevenir las enfermedades cardiovasculares (Mozaffarian et al., 2014). Las intervenciones de cambio los hábitos de vida (conductuales) generalmente

inducen una reducción en el consumo de sodio en aproximadamente un 25% (1000 mg por día) y en promedio dan como resultado una reducción aproximada de 2 mmHg a 3 mmHg en la PAS, en individuos sin hipertensión arterial a pesar de que esta disminución puede elevarse a más del doble en sujetos más susceptibles, hipertensos y en los que se encuentran adicionalmente bajo el plan de dieta DASH o que reciben una intervención de reducción de peso (Sacks et al., 2001).

La disminución del consumo de sodio en adultos hipertensos que se encuentran con tratamiento farmacológico reduce aún más la PA en aproximadamente 3 mmHg y puede promover el cese de la terapia medicamentosa; sin embargo, esto lleva implícito el mantenimiento de las modificaciones en los estilos de vida, un control minucioso, conjuntamente con la disminución del peso.

Una disminución del consumo de sodio también puede reducir considerablemente la PAS en sujetos hipertensos resistentes que se encuentran consumiendo varias drogas antihipertensivas (Pimenta et al., 2009). Se ha informado que la disminución dietética del sodio aumenta los efectos reductores de la PA de la terapia con bloqueadores del sistema renina angiotensina. La reducción del consumo de sodio constituye un desafío, es probable que incluso una mínima reducción sea segura y beneficiosa, en especial para los pacientes con PA es sensible a la sal (Aburto et al., 2013; Whelton, 2014).

d. Ingesta de potasio

La cantidad de potasio en la dieta y una ingesta alta de frutas y verduras está inversamente relacionada con los valores de PA e hipertensión, y con un menor apareamiento de accidentes cerebrovasculares. Las acciones basadas en el potasio han resultado eficaces en la reducción de la PA, sobre todo en sujetos con un exceso de sodio y en personas de etnia negra (Whelton & He, 2014). El resultado de reducción de la PA luego de la ingesta de 60

mmol (1380 mg) de cloruro de potasio ha sido alrededor 2 mmHg y 4 a 5 mmHg en adultos normotensos e hipertensos respectivamente, aunque la respuesta es hasta el doble en personas cuya dieta es alta en sodio (Cook et al., 2009).

La disminución del índice sodio/potasio puede resultar más significativa que los cambios en cualquier otro electrolito solo (Cook et al., 2009). Algunos estudios, proponen que los efectos de las estrategias podrían restringirse a personas adultas con niveles bajos de consumo (1500 mg a 2000 mg) de potasio por día (Kieneker et al., 2014). La Organización Mundial de la Salud promulga el consumo de al menos 90 mmol de potasio(3510 mg) diarios contenidos en alimentos en adultos. Las frutas y verduras son excelentes fuentes de potasio, así como productos bajos en grasa derivados de la leche, carnes seleccionadas, pescado, productos de soja y nueces. Por lo general, de 4 a 5 porciones de frutas y verduras proporcionarán de 1500 a > 3000 mg de potasio. Esto se puede alcanzar con una dieta, como la estrategia DASH, con un alto contenido de potasio (WHO, 2012).

e. Actividad física

En ensayos clínicos se ha demostrado repetidamente un efecto de la actividad física en la reducción de la PA, principalmente con el ejercicio aeróbico dinámico, pero además en el curso del entrenamiento de resistencia dinámico, y ejercicio isométrico estático. Las disminuciones promedio de la PAS mediadas por la actividad aeróbica son aproximadamente de 2 a 4 mmHg y de 5 a 8 mmHg en pacientes adultos con normotensión e hipertensión, respectivamente (Cornelissen & Smart, 2013; Carlson, Dieberg, Hess, Millar & Smart, 2014). Gran parte de las investigaciones clínicas se han desarrollado en un tiempo relativamente corto; sin embargo, el ejercicio físico ha sido un componente fijo de las intervenciones utilizadas para la disminución de peso a largo plazo, de PA y la prevención de la hipertensión.

Igualmente, estudios han informado del efecto del ejercicio de menor y mayor intensidad en la disminución de la PA, así como el con entrenamiento continuo e intercalado, sugieren que el ejercicio isométrico da como resultado una disminución sustancial de la PA (Inder et al., 2016).

f. Consumo de alcohol

Las investigaciones realizadas refieren una relación directa y fuerte entre la PA y la ingesta de bebidas alcohólicas, principalmente cuando el consumo está por sobre 3 bebidas estándar por día (alrededor de 15 onzas de vino, 36 onzas de cerveza normal o 4.5 onzas de bebidas espirituosas destiladas) (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017). Los estudios realizados han reportado una disminución sustancial en la PAS y la PAD con la reducción de la ingesta de alcohol. Los beneficios parecen ser consistentes en todos los ensayos clínicos, sin embargo, se limita a aquellos que ingieren ≥ 3 bebidas/día, además dependen de la dosis; los que consumen ≥ 6 bebidas/día y reducen su consumo de alcohol alrededor de un 50%, experimentan una disminución promedio en la PAS/PAD de más o menos 5.5/4.0 mmHg (Roerecke et al., 2017). Se dispone de información limitada sobre los efectos de la disminución de la ingesta de alcohol en la PA en población negra.

En contraposición, el alcohol aparenta tener beneficios sobre varios biomarcadores del riesgo de ECV (Evento Cerebrovascular), entre los que se incluye el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL). Los estudios observacionales han encontrado un patrón inversamente proporcional entre la ingesta alcohólica y la cardiopatía coronaria, en un rango moderado (alrededor 12–14 y ≤ 9 bebidas estándar/semana para hombres y mujeres, respectivamente). Parecería razonable que quienes consumen alcohol en cantidades moderadas (≤ 2 bebidas/día) continúen con este patrón de consumo (Whelton et al., 2017).

g. Variación estacional de la PA

La PA presenta variaciones estacionales con niveles más bajos a temperaturas más altas y más altos a temperaturas más bajas. Se producen cambios similares en personas que viajan de lugares con temperaturas frías a calientes, o viceversa. Un metaanálisis mostró una disminución media de la PA en verano de 5/3 mmHg (sistólica/diastólica). Los cambios en la PA son mayores en los hipertensos tratados y deben tenerse en cuenta cuando aparecen síntomas que sugieran un tratamiento excesivo con el aumento de la temperatura o cuando la PA aumenta durante el clima frío. Se debe considerar una PA por debajo del objetivo recomendado para una posible disminución, particularmente si hay síntomas que sugieran un tratamiento excesivo (Stergiou et al., 2020).

2.1.4.2. Tratamiento farmacológico

Datos actuales de más de 100 países sugieren que en promedio, menos del 50% de los adultos con hipertensión reciben medicación para la PA (Geldsetzer et al., 2019; NCD Risk Factor Collaboration [NCD-RisC], 2019). Esto a pesar de que una diferencia en la PA de 20/10 mmHg se asocia con una diferencia del 50% en el riesgo cardiovascular (Williamset al., 2018; Jones, McCormack, Constanti & McManus, 2020).

Las siguientes estrategias recomendadas de tratamiento farmacológico son ampliamente compatibles con las guías más recientes de Estados Unidos (EE. UU.) (Figuras 2–4) (Whelton et al., 2018) y Europa (Williams et al., 2018; Jones, McCormack, Constanti & McManus, 2020).

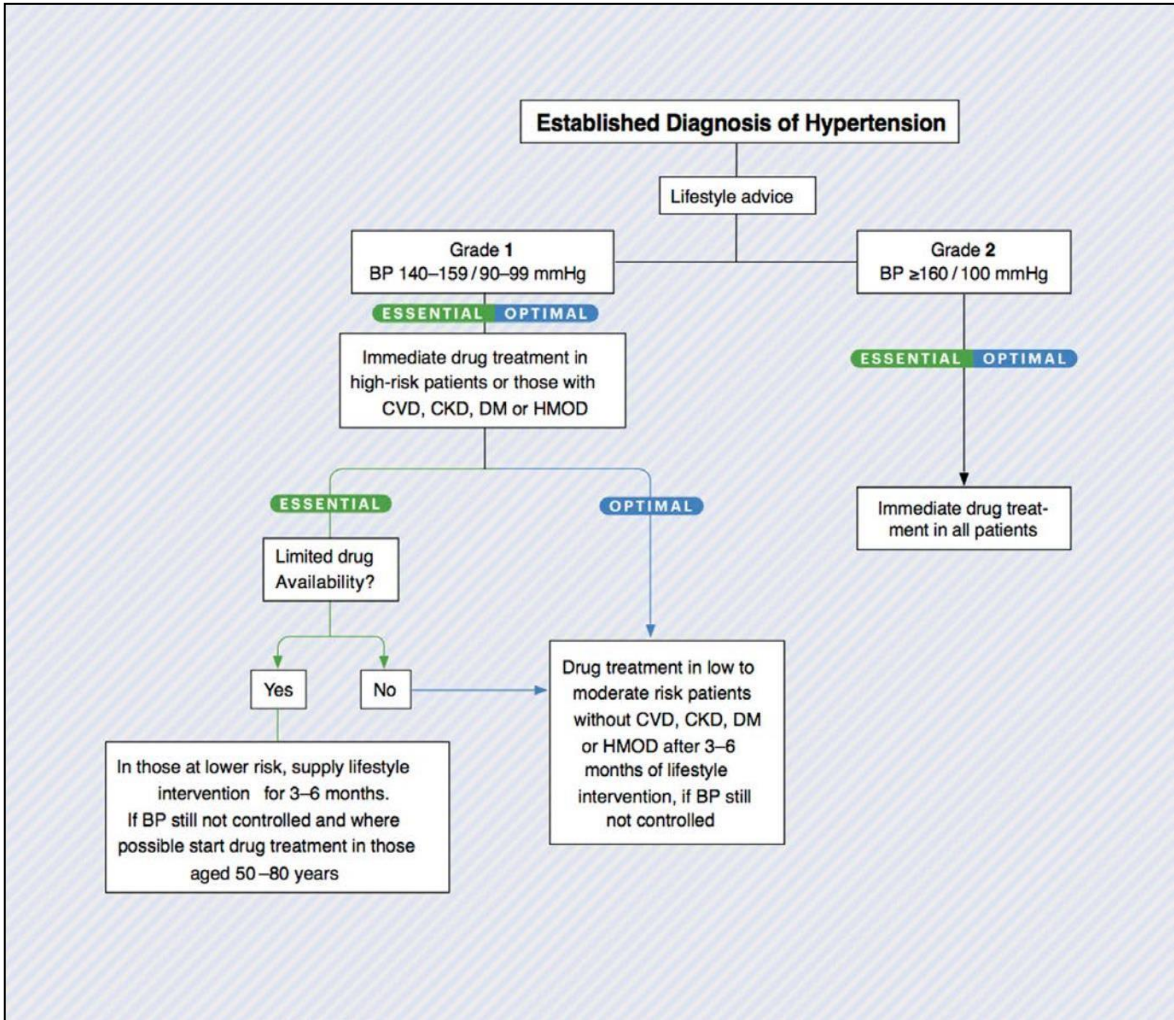


Figura 2. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

Fuente: Unger et al., 2020

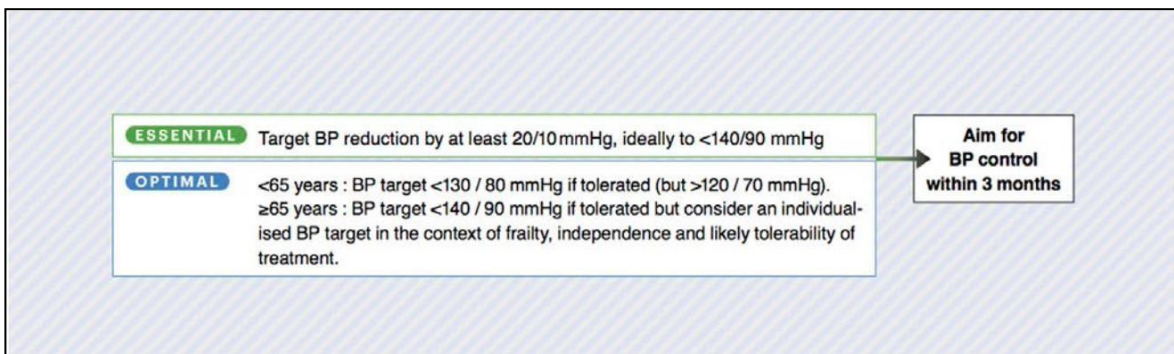


Figura 3. Objetivos de presión arterial en el consultorio para la hipertensión tratada

Fuente: Unger et al., 2020

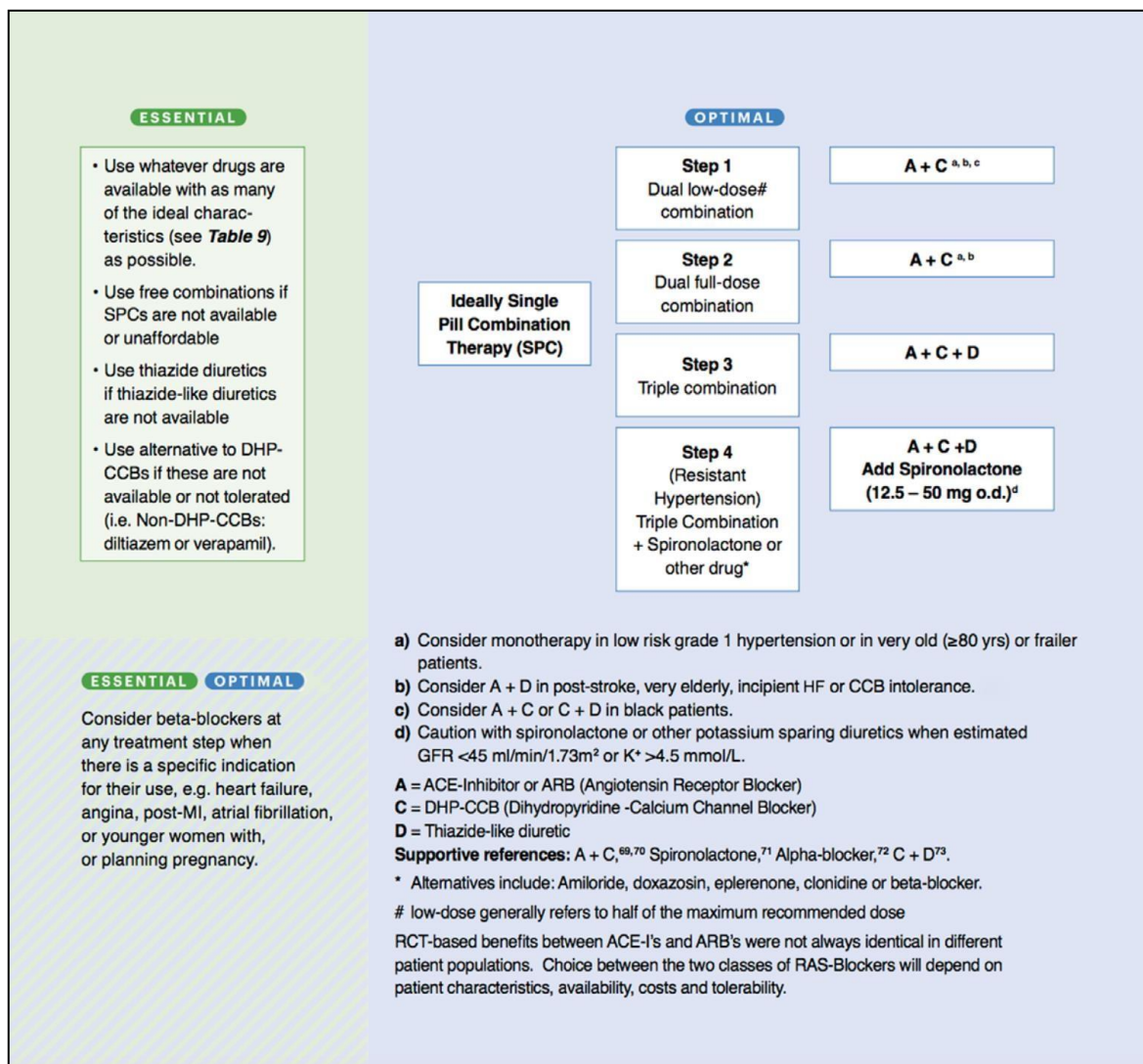


Figura 4. Estrategia básica de tratamiento farmacológico de la Sociedad Internacional de Hipertensión

Fuente: Unger et al., 2020

a. Principios generales de la farmacoterapia

Las drogas antihipertensivas, sumadas a los cambios de los estilos de vida, constituyen la base para el manejo de la hipertensión arterial. Un gran número de estudios señalado que la terapéutica antihipertensiva disminuye la PA, pero además produce un descenso en el riesgo de ECV y la muerte (Kostis et al., 2011).

Hay una gran cantidad de medicamentos hipertensivos para el tratamiento de la PA

elevada, de los cuales, preferentemente se deben usar aquellos que han demostrado reducción de los eventos clínicos. Por tal motivo, los agentes de primera línea para el tratamiento de la hipertensión arterial incluyen inhibidores de la ECA, diuréticos tiazídicos, BCC ARA II. A pesar de que se dispone de muchos otros fármacos, no se dispone de evidencia suficiente que estos medicamentos reducen los hallazgos clínicos en una proporción equivalente al de los fármacos primarios o la seguridad y la tolerabilidad pueden relegar su función al uso como fármacos secundarios. En particular, no se han presentado las evidencias necesarias que respalden el uso en primera instancia de betabloqueantes para hipertensos sin patologías cardiovasculares específicas (Whelton et al., 2017).

En la terapéutica farmacológica inicial de la PA elevada, se pueden considerar diferentes tipos de estrategias. Varios pacientes están en condiciones de iniciar con un único fármaco, sin embargo, en aquellos con hipertensión en etapa 2, se debe iniciar con dos medicamentos diferentes. Por otro lado, se debe tomar en cuenta otros factores específicos del sujeto como la edad, la medicación concurrente, las interacciones farmacológicas, la adherencia a la medicación, el régimen de tratamiento general, los costos económicos y las comorbilidades. Desde una perspectiva social, se debentener en cuenta los costos totales. La incorporación de una decisión compartida, el paciente junto con el juicio médico, debe impulsar la selección final de las drogas antihipertensivas (Whelton et al., 2017).

Muchos pacientes que inician con monoterapia, posteriormente requerirán dos o más fármacos de distintas familias farmacológicas para alcanzar sus objetivos de PA. Los regímenes farmacológicos con actividad complementaria, en los que se utiliza un segundo fármaco que bloquee los mecanismos compensatorios de la droga inicial o afectación de un mecanismo presor diferente, podrían provocar una reducción adicional de la PA. Así, los diuréticos tiazídicos son capaces de producir una estimulación del sistema renina-angiotensina aldosterona. Añadiendo I ECA o un BRA al diurético tiazídico, se puede

alcanzar un efecto reductor de la PA adicional. La utilización de terapéutica combinada además puede mejorar la adherencia.

Existen disponibles varias combinaciones farmacológicas de 2 y 3 dosis fijas, con mecanismos de acción complementarios entre los componentes. No obstante, se debe considerarse combinaciones de dosis triples pueden incorporar una dosis de diurético tiazídico por debajo de la óptima (Whelton et al., 2017).

b. Elección de la medicación inicial

La inmensa mayoría de los sujetos con PA lo suficientemente elevada que justifique una terapia farmacológica pueden ser tratados más efectivamente con 2 agentes iniciales. Cuando sea apropiado el inicio de la terapia farmacológica con un solo medicamento, se debe prestar atención a las comorbilidades (p. Ej., IC, ERC) para las que están indicadas clases específicas de medicamentos para reducir la PA (Reboussin et al., 2018). Los medicamentos de primera línea como la clortalidona (diurético tiazídico) resultó superior al amlodipino (CCB) y al lisinopril (IECA) en cuanto a la prevención de la IC. A más de esto, los IECA resultaron menos efectivos que las tiazidas y los BCC para reducir la PA y prevenir los accidentes cerebrovasculares.

En el caso de los sujetos de etnia negra, los IECA resultaron significativamente menos efectivos que los BCC al momento de prevenir la IC y accidentes cerebrovasculares. En este grupo poblacional los ARB se pueden tolerar de mejor manera que los IECA, con una reducción notable de la tos y el angioedema, pero en relación con la limitada experiencia disponible, no proporcionan ninguna ventaja comprobada sobre los IECA en la prevención de accidentes cerebrovasculares o ECV, haciendo que las tiazidas (principalmente la clortalidona) o los BCC sean la mejor opción inicial para la monoterapia.

En el caso de accidentes cerebrovasculares, en la población general, los betabloqueantes

resultaron menos efectivos que los BCC (36% menos de riesgo) y las tiazidas (30% menos de riesgo). Además, se ha encontrado que los BCC son equivalentes en eficacia con los diuréticos en la reducción de todos los episodios de ECV distintos de la IC, y los BCC se consideran una alternativa adecuada para el tratamiento inicial en el caso de no tolerancia de los diuréticos tiazídicos. Los alfabloqueantes no son utilizados como tratamiento de primera línea para la hipertensión porque su eficacia es menor en la prevención de los ECV sobre el resto de los fármacos de primer paso, como las tiazidas (Ogedegbe et al., 2015).

2.2. Satisfacción del paciente

En tiempos actuales, los usuarios y su satisfacción se han convertido en la piedra angular de los servicios sanitarios. Bajo esta perspectiva, sobresale una nueva cultura de gestión con base en varias prioridades como el mejoramiento en la participación del usuario, el acceso al sistema, la continuidad asistencial por un mismo especialista o la elección libre de los servicios de salud que apuntan a ser confortables, más personalizados y de alta calidad humana y científico técnica. Todo lo antes mencionado son elementos considerados como esenciales de un servicio de alta calidad global y total, cuya finalidad se orienta a la satisfacción del usuario (Díaz, 2002).

La satisfacción del paciente se ha conceptualizado como la evaluación positiva que éste realiza de la atención médica en sus diferentes dimensiones (Linder-Pelz, 1982). Esta evaluación cimienta su importancia en varias razones: la medición de dicha variable se orienta al conocimiento de las percepciones del usuario sobre los estilos de prácticas, de los elementos administrativos y de las modalidades terapéuticas (Rubin et al., 1993).

La satisfacción se asocia a mejores niveles de salud y adherencia terapéutica; además está relacionada a la fidelidad en el uso de los servicios de salud, lo que se transforma en un indicador de calidad y, en consecuencia, da lugar a una competitividad mercantil, que a su

vez influye en los costos e imagen de las instituciones (Monteagudo et al., 2003). Además, el monitoreo de satisfacción es imperativo que el usuario depende de la eficiencia del sistema (Feldman et al., 2007).

2.3. Evaluación de la satisfacción del paciente

Se ha considerado a la satisfacción del paciente como una variable compleja y a la vez mixta, y ha sido estudiada tanto desde el punto de vista de la sociología, así como de la salud (Zas, 2002). Algunos investigadores conciben a la satisfacción del usuario desde un enfoque psicológico, mediante el planteamiento de dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales del servicio médico prestado (Wolf, Putman, James & Stiles, 1978). Otros autores coinciden en que la evaluación realizada por el paciente incorpora de manera predominante dimensiones organizacionales (Feldman et al., 2007).

2.3.1. Modelo SERVPERF

El modelo SERVPERF obtiene su nombre de la exclusiva atención brindada a la valoración del desempeño (SERVice PERFormance) utilizada en la medición del nivel de calidad de un servicio. Dicho modelo parte de la realización de varias investigaciones empíricas en diversas organizaciones de servicios, cuyos resultados determinaron que el modelo SERVQUAL, no era el idóneo en la evaluación de la calidad del servicio (Cronin & Taylor, 1994).

Los autores del modelo SERVPERF afirman que, la medición de la calidad del servicio se basa en las percepciones y presentan una mejor alternativa para evaluar dicho concepto y provee información relacionada al orden causal de las relaciones entre la calidad de servicio o satisfacción del usuario, además de medir el impacto en la calidad de servicio y la satisfacción del usuario sobre el propósito de consumo (Cronin & Taylor, 1992).

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de la gestión de los servicios y de los procesos de atención a pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud tipo C Nueva San Rafael en el periodo junio a septiembre 2021?

3.2. Objetivos

3.2.1. General

- Analizar la gestión de los servicios de salud y las características de los procesos de atención que brindan a los pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael en el periodo de junio a septiembre 2021.

3.2.2. Específicos

- Identificar las características demográficas como la edad, sexo, identificación étnica, nivel de escolaridad y estado civil de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta en el centro de salud tipo C Nueva San Rafael en el periodo junio a septiembre 2021.
- Describir la gestión de los servicios en cuanto a disponibilidad, calibración de equipos, de medicamentos.
- Determinar el nivel de control de la presión arterial en los pacientes hipertensos.
- Describir el proceso de atención integral de salud a los pacientes hipertensos en cuanto al diagnóstico clínico, consejería sobre estilos de vida, manejo farmacológico y seguimiento.
- Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes hipertensos con la disponibilidad de

los recursos humanos para la provisión de medicamentos en el cuidado de su patología.

3.3. Hipótesis

- Los pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael presentan niveles de control inadecuados de presión arterial.
- El proceso de atención médica a pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael es adecuado.
- Los pacientes hipertensos atendidos en la consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael están satisfechos con los servicios de salud recibidos.

3.4. Justificación

La hipertensión (HTA) tiene una alta prevalencia y es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares; su morbilidad y mortalidad, plantea además un problema socioeconómico importante en todo el mundo. A pesar de los considerables avances en la educación, el diagnóstico y el tratamiento de la HTA, menos de la mitad de los pacientes hipertensos tienen una presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg (Wermelt & Schunkert, 2017).

La tasa de prevalencia de esta patología a nivel mundial se encuentra alrededor del 30%, siendo los países de bajos ingresos los que manejan tasas más elevadas y peores controles. En Ecuador, la HTA como problema sanitario, se encuentra en sexto lugar entre las 10 principales causas de mortalidad en el sexo masculino y el quinto en el caso del sexo femenino. Se estima que, de cada 100.000 habitantes, aproximadamente 1.300 están afectados de HTA; más de un tercio de la población mayor de 10 años; de ellos alrededor de 700 000 con edades entre 10 y 59 años sufren de esa patología (Coello–Viñán y Coello–Viñán, 2018).

Dentro del contexto descrito, resulta indispensable conocer las características y la calidad de la atención recibida, con la finalidad de detectar posibles problemas o procesos potencialmente mejorables en el marco de la asistencia sanitaria que recibe el paciente hipertenso en una unidad de salud.

Por otro lado, la satisfacción se asocia a mejores resultados en relación a la salud y a la adherencia terapéutica; niveles adecuados de satisfacción están íntimamente correlacionados con el uso continuo de los servicios de salud, convirtiéndose en un indicador de calidad, lo que implica una mayor competitividad en el mercado, con repercusiones en los costos e imagen institucional (Monteagudo et al., 2003). El monitoreo de la satisfacción es primordial, si se considera que la percepción de la satisfacción por parte del usuario depende de la eficiencia del sistema (Feldman et al., 2007).

En consecuencia, se planteó el presente trabajo de investigación con la finalidad lograr una identificación de las características de la gestión de los servicios de salud y de los procesos de atención que reciben los pacientes hipertensos en la unidad de salud de San Rafael, de esta manera, se obtendrá la información necesaria para orientar la implementación de estrategias encaminadas al mejoramiento de la atención a este grupo prioritario.

3.5. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

3.6. Muestra

El universo de estudio estuvo conformado por un total de 700 pacientes hipertensos usuarios de consulta externa del centro de salud tipo C Nueva San Rafael, según datos del año 2020. El tamaño muestral inicialmente fue de 363 registros clínicos de las personas con diagnóstico de hipertensión, sin embargo debido a que muchos de los pacientes registrados no

volvieron a la consulta en el 2021 o fallecieron, fue necesario recalcular el tamaño de muestra obteniendo una muestra de 249 , la cual fue calculada con el programa EpiData 3.1, considerando como criterios: una prevalencia del 40% para el control de la hipertensión arterial, un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y un efecto de diseño de 1,25.

Posteriormente se tomó una submuestra de 159 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario SERVPERF para evaluar la satisfacción de los pacientes hipertensos.

3.7. Variables

3.7.1. Independientes

- Gestión de los servicios de salud.
- Procesos de atención

3.7.2. Dependientes

- Nivel de control de la presión arterial.
- Nivel de satisfacción con la atención.

3.7.3. Intervinientes

- Edad.
- Auto identificación étnica.
- Sexo
- Nivel de escolaridad.
- Estado civil.

3.8. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Edad.	Número de años cumplidos contados a partir del nacimiento hasta la fecha de realización de la investigación.	Años cumplidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Menor a 45 años. - 45 a 65 años. - Mayor o igual a 65 años. 	Entrevista.
Auto identificación étnica.	Manera en la que un sujeto se percibe a sí mismo considerando sus costumbres y tradiciones.	Grupo etario.	<ul style="list-style-type: none"> - Mestizo. - Afroecuatoriano. - Mulato. - Montubio. - Blanco. - Indígena. 	Entrevista.
Sexo.	Características genotípicas que diferencian a las personas en hombres y mujeres.	Proporción de hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino. - Femenino. 	Entrevista.
Nivel de escolaridad.	Nivel más alto de estudios realizados, sin considerar si se han finalizado o se encuentran incompletos.	Años aprobados.	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeto. - Primaria. - Secundaria. - Superior. 	Entrevista.
Estado civil.	Situación de las personas en dependencia de sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Proporción de estado civil reportado por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero. - Casado. - Unión de hecho. - Divorciado. - Viudo. 	Entrevista.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR		ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Gestión de los servicios de salud	Síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector sanitario para la promoción, prevención y recuperación de la salud.	Gestión de los recursos humanos	Cobertura de médicos	Número de médicos que laboran en los consultorios.	Suficiente: si el 95% de los consultorios cuentan con médicos. Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Cobertura de enfermeras	Número de enfermeras que laboran en los consultorios.	Suficiente: si el 95% de los consultorios cuentan con enfermeras/os. Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Coberturas de médicos familiares.	Número de especialistas en medicina familiar y comunitaria.	Suficiente: si el 50% de los consultorios cuentan con un especialista en medicina familiar. Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Cobertura de nutricionistas.	Número de nutricionistas.	Suficiente: si a la unidad operativa se encuentra vinculado al menos un nutricionista Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
		Equipos	Cobertura de tensiómetros.	Número de tensiómetros calibrados en los consultorios	Suficiente: si el 100% de los consultorios médicos cuentan con tensiómetros calibrados Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Cobertura de estetoscopios.	Número de estetoscopios en los consultorios	Suficiente: si el 100% de los consultorios médicos cuentan con un estetoscopio Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Cobertura de balanzas.	Número de balanzas calibradas.	Suficiente: si el 100% de los consultorios cuentan con balanzas calibradas Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
			Cobertura de tallímetros.	Número de tallímetros calibrados	Suficiente: si el 100% de los consultorios cuentan con tallímetros calibrados Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos
		Capacitación en manejo de hipertensión arterial.	Capacitación del personal.	Proporción de personal capacitado en hipertensión arterial.	Suficiente: si al menos el 70% del personal recibió una capacitación sobre HTA en el último año Insuficiente: si no cumple con lo anterior	Ficha de registro de datos

		Atención médica	Estado nutricional	IMC	Rango según IMC: <ul style="list-style-type: none"> - Peso bajo - Peso normal - Sobrepeso - Obesidad 	Historias clínicas
			Exámenes complementarios	Nº de historias clínicas donde aparecen indicados exámenes complementarios	Adecuado: si al 90% o más de los pacientes se les indicaron exámenes complementarios esenciales y aparecen reflejados en la historia clínica Inadecuado: si no cumple lo anterior.	Historias clínicas
		Consejería sobre estilos de vida	Asesoría sobre alimentación	Nº de historias clínicas donde aparece reflejada asesoría sobre alimentación saludable.	Adecuado: si el 90% de los pacientes recibieron asesoría sobre alimentación saludable y lo reflejan en la historia clínica Inadecuado: si no cumple lo anterior	Historias clínicas
			Consumo de tabaco	Proporción de pacientes con hábito de consumo de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> - Si. - No. - A veces. 	Historias clínicas
			Consumo de alcohol	Proporción de pacientes con hábito de consumo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> - Si. - No. - A veces. 	Historias clínicas
		Tratamiento farmacológico	Pacientes con tratamiento farmacológico (TF)	Proporción de pacientes hipertensos que reciben tratamiento farmacológico.	Adecuado: si el 90% o más de los pacientes tiene TF Inadecuado: si no cumple lo anterior	Historias clínicas

			Tipo de medicamento	Frecuencia de pacientes según familia de fármaco prescrito	<ul style="list-style-type: none"> - Calcio antagonista. - ARA II. - IECA. - Betabloqueantes. - Diuréticos tiazídicos. - Diuréticos de ASA. 	Historias clínicas
--	--	--	---------------------	--	---	--------------------

		Seguimiento de pacientes hipertensos	Consultas	Proporción de pacientes hipertensos según número de consultas en el último año.	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 3 consultas. - De 3 a 6 consultas. - Más de 6 consultas. 	Historias clínicas
			Visitas domiciliarias	Proporción de pacientes hipertensos que fueron visitados en su domicilio en el último año.	<ul style="list-style-type: none"> - Si. - No. 	Historias clínicas

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Control de la hipertensión arterial	Paciente hipertenso, diagnosticado como tal, que presenta cifras de presión arterial menores de 140 mmHg de presión arterial sistólica y menos de 90 mmHg de presión diastólica (Williams <i>et al.</i> ,2018).	Frecuencias y porcentajes de pacientes según hipertensión arterial controlada	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertenso controlado: presión arterial menor a 140/90 mmHg. - Hipertenso no controlado: presión sistólica mayor o igual a 140 o presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg. 	Historias clínicas

Satisfacción del paciente	Medida que resulta de la interacción entre los servicios de salud y el paciente (Donabedian, 2005).	Frecuencias y porcentajes de pacientes según nivel de satisfacción	- Nada satisfecho. - Poco satisfecho. - Medianamente satisfecho. - Muy satisfecho	Encuestas.
----------------------------------	---	--	--	------------

3.9. Técnicas de recolección de datos

3.9.1. Revisión Documental

Se realizó una cuidadosa revisión de las historias clínicas de los participantes para recolectar la información necesaria para el estudio y la revisión de los documentos del servicio de salud sobre la gestión del servicio.

3.9.2. Encuesta personal

Se aplicó el cuestionario SERVPERF (Anexo 2) a los sujetos incluidos en el estudio y fue conducida por la investigadora, quien realizó una explicación sobre las particularidades de la misma, además se aclararon las dudas e inquietudes previa la firma del consentimiento informado. La encuesta fue desarrollada durante la consulta del paciente considerando la comodidad, confort y privacidad.

3.10. Instrumentos de recolección de datos

3.10.1. Ficha de registro de datos

La ficha de registro de datos (Anexo 3) basada en los instrumentos empleados por el proyecto de evaluación de la iniciativa HEARTS y recolectó información demográfica de los pacientes y del proceso de atención recibida obtenida de la revisión de las historias clínicas.

3.10.2. Cuestionario

Se utilizó el cuestionario SERVPERF para medir el nivel de satisfacción de los pacientes en relación con el servicio recibido en la unidad operativa. Dicho instrumento está conformado por 22 ítems divididos en 5 dimensiones: elementos tangibles (preguntas 1 –4), fiabilidad (preguntas 5 – 10), capacidad de respuesta (preguntas 11 – 12), seguridad

(preguntas 13 –17) y empatía (preguntas 18 – 22), que se evalúan según una escala de Likert con un valor de 1 a 5 corresponde a: muy insatisfactorio, insatisfactorio, indiferente, satisfecho y muy satisfecho.

3.11. Plan de análisis de datos

Con la información recolectada se elaboró una base de datos en el programa Microsoft® Excel2019 para Windows; el procesamiento y el análisis estadístico se lo realizó con el programa IBM® SPSS® Statistics versión 22.

En el análisis descriptivo se obtuvo medidas de tendencia central y dispersión en el caso de variables cuantitativas y para variables categóricas se calculó frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se presentaron en tablas o gráficos para facilitar su comprensión e interpretación.

3.12. Aspectos bioéticos

El estudio respetó las normas establecidas en la Declaración de Helsinki para investigaciones en seres humanos como la confidencialidad, anonimato y la participación voluntaria. A todos los participantes se les explicó el estudio propuesto, la metodología y los objetivos; se obtuvo la aceptación para participar en la investigación mediante la firma de un consentimiento informado.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el por Subcomité de bioética de la facultad de Medicina.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Características sociodemográficas

En el presente trabajo de investigación se incluyó un total de 259 registros clínicos correspondiente a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que acudieron al centro de salud tipo C Nueva San Rafael en el periodo enero a septiembre 2021. Del total de historias clínicas revisadas, la mayoría fueron del sexo femenino (68,0%), la media de la edad de los pacientes fue de 61 (DE±11,5) con rango de 29 años a 97 años, predominando el grupo de 45 a 64 años con el 57,1%. En relación a estado civil más de la mitad fueron solteros (55,2%), más de los tres cuartos de los pacientes fueron mestizos y con instrucción primaria (64,1%). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según características sociodemográficas de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Media (DS)
Sexo			
Masculino	83	32,0	
Femenino	176	68,0	
Edad			61(11,5)
29 – 44 años	17	6,6	
45 – 64 años	148	57,1	
65 años y más	94	36,3	
Nacionalidad			
Ecuatoriana	257	99,2	
Colombiana	2	0,8	
Estado civil			
Soltero	143	55,2	
Casado	68	26,3	
Unión libre	26	10,0	
Divorciado	9	3,5	
Viudo	13	5,0	
Etnia			
Afroecuatoriano/a	11	4,2	
Mestizo/a	195	75,3	
Montubio/a	3	1,2	
Mulato/a	12	4,6	

Negro/a	38	14,7
Nivel de escolaridad		
Analfabeto	23	8,9
Primaria	166	64,1
Secundaria	45	17,4
Superior	25	9,7

SD: Desviación estándar.

Fuente: Historias clínicas (Sistema de información del MSP PRAS).

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2. Análisis de la gestión de la atención médica

4.2.1. Exámenes complementarios e IMC

De los registros clínicos de los pacientes. se encontró que la mayoría presentaron sobrepeso o diferentes grados de obesidad (36,3% y 44,8% respectivamente) mientras que, un grupo minoritario de pacientes presentó peso normal (1,2%) (Tabla 2).

En relación a los exámenes complementarios, apenas el 23,9% de las historias clínicas contó con resultados de laboratorio, más de las tres cuartas partes de los registros no disponían de esta información criterio que fue evaluado como inadecuado.

Considerando los registros con información disponible de glucosa (n=47), se observó que el 29,8% presentó valores elevados, hipercolesterolemia se presentó en el 32,5% (13/40), colesterol LDL elevado en un 18,8% (3/16), y valores de triglicéridos alto con un 24,4,1 % (10/41).

Además, el 16,2% tenía un electrocardiograma, al 10,4% se le realizó examen de fondo de ojo y 0,8% tenía radiografía de tórax (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de la dimensión Atención médica

	Criterio	Frecuencia	Porcentaje	Estándar	Evaluación del criterio
Índice de masa corporal (Kg/m²)	18,10–18,49	3	1,2		
	18,5–24,99	46	17,8		
	25,00–29,99	94	36,3		
	30,00–34,99	73	28,2		
	35,00–39,99	30	11,6		
	40,00–56,44	13	5,0		
Exámenes complementarios	Si	62	23,9	90%	Inadecuado
	No	197	76,1		
Glucosa	126,00–349	14	29,8		
	110–125,99	7	14,9		
	59,00–109,99	26	55,3		
Colesterol total	240–372	13	32,5		
	200–239	18	45,0		
	142–199	9	22,5		
Colesterol LDL	40,00–119,99	13	81,3		
	120,00–166,99	3	18,8		
Triglicéridos	□500	1	2,4		
	200–499	9	22,0		
	150–199	14	34,1		
	48–149	17	41,5		
Creatinina	□1,10	1	10,0		
	0,70–1,09	9	90,0		
Úrea	12–54	20	100,0		
EKG	No se realizó	214	83,6		
	Si se realizó	42	16,4		
Fondo de ojo	No se realizó	229	89,5		
	Si se realizó	27	10,5		
Rx de tórax	Si se realizó	2	100,0		

Fuente: Historias clínicas.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2.2. Consejería sobre estilos de vida

En lo relacionado a los estilos de vida, se brindó asesoría sobre alimentación al 92,7% de los pacientes, evaluando este criterio como adecuado, pues supera el estándar establecido en el 90%. La dieta hiposódica fue la más recomendada con el 69,1%; seguida de la dieta DASH con el 18,4%; la dieta hipocalórica con el 4,6% y finalmente la dieta híper proteica con el 0,4%. En relación a la recomendación de actividad física aeróbica de 30 a 60 minutos 5 días a la semana el 65% de los pacientes recibieron consejería sobre este tema.

Con respecto a los factores de riesgo el 10,4% admitió consumo de tabaco y el 13,1% consumo de alcohol (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la dimensión Consejería sobre estilos de vida

	Criterio	Frecuencia	Porcentaje	Estándar	Evaluación del criterio
Asesoría sobre alimentación	Si	240	92,7	90%	Adecuado
	No	19	7,3		
	Dieta hiposódica	179	69,1		
	Dieta DASH	48	18,5		
	Dieta hiperproteica	1	0,4		
	Dieta hipocalórica	12	4,6		
	Actividad física	Si	165		
	No	92	35,5		
Consumo de tabaco	Si	27	10,4		
	No	232	89,6		
Consumo de alcohol	Si	34	13,1		
	No	259	86,9		

Fuente: Historias clínicas.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2.3. Seguimiento de pacientes hipertensos

En cuanto al seguimiento de los pacientes, la mayoría tuvieron al menos tres consultas (58,7%), seguidos por quienes acudieron entre tres a seis (37,8%) y finalmente el 3,5% asistieron a más de seis consultas en el último año. Se encontró que el 60,2% de los pacientes no recibieron visitas domiciliarias por el personal de salud. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de la dimensión Seguimiento de pacientes hipertensos

	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Consultas	Menos de 3 consultas	152	58,7
	De 3 a 6 consultas	98	37,8
	Más de 6 consultas	9	3,5
Visitas domiciliarias	Si	103	39,8
	No	156	60,2

Fuente: Historias clínicas.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2.4. Tratamiento farmacológico

La familia de medicamentos antihipertensivos más recetados a los pacientes correspondió a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) con el 64,9%, específicamente Losartán de 100 mg (60,2%); seguidos por los bloqueadores de los canales de calcio con el 25,4%. Mientras que los menos utilizados fueron los diuréticos ahorradores de potasio con el 2,3% (Tabla 5).

Por otro lado, se encontró que el 27,44% pacientes se les prescribió combinaciones de fármacos siendo la combinación más utilizada la de los antagonistas de los receptores de angiotensina II + calcio antagonista con el 9,3%; seguidos de la combinación de antagonistas de los receptores de angiotensina II + diuréticos con el 6,2% (Tabla 6).

Tabla 5. Distribución según tipo de medicamento antihipertensivo.

Familia	Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
IECA	Enalapril 20 mg	38	14,7
	Enalapril 10 mg	22	8,5
ARA II	Losartán 100 mg	156	60,2
	Losartán 50 mg	9	3,5
	Valsartán 160 mg	3	1,2
Diuréticos tiazídicos	Clortalidona 50 mg	16	6,2
	Clortalidona 25 mg	12	4,6
	Hidroclorotiazina 25 mg	1	0,4
	Hidroclorotiazina 50 mg	1	0,4
Diuréticos ahorradores de potasio	Espironolactona 25 mg	1	0,4
	Espironolactona 50 mg	5	1,9
Bloqueadores betaadrenérgicos	Atenolol 25 mg	3	1,2
	Atenolol 50 mg	1	0,4
	Carvedilol 12.5 mg	2	0,8
	Carvedilol 6.25 mg	4	1,5
	Carvedilol 25 mg	2	0,8
Bloqueadores de los canales de calcio	Amlodipino 5 mg	5	1,9
	Amlodipino 10 mg	61	23,6

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** antagonistas de los receptores de la angiotensina II; **mg:** miligramos.

Fuente: Entrevista.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

Tabla 6. Distribución según combinaciones de fármacos antihipertensivos.

Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
ARAII-BB	4	1,5
ARAII-BB-CA	1	0,4
ARAII-CA	24	9,3
ARAII-DIURETICO	16	6,2
ARAII-DIURETICO-CA	4	1,5
BB-CA	1	0,4
DIURETICO-BB-CA	1	0,4
DIURETICO-CA	4	1,5
IECA-ARAII-CA	1	0,4
IECA-BB	2	0,8
IECA-CA	5	1,9
IECA-DIURETICO	7	2,7
IECA-DIURETICO-BB	2	0,8

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** antagonistas de los receptores de la angiotensina II; **CA:** Calcio antagonistas; **BB:** Bloqueadores Beta.

Fuente: Entrevista.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2.5. Control de la hipertensión arterial

Se encontró que, del total de pacientes, el 44,8 % presentaron valores de PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg catalogado como no controlados (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución según control de la hipertensión arterial

	Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Control de la hipertensión arterial	Controlada	143	55,2
	No controlada	116	44,8

Fuente: Historias clínicas.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.2.6. Comorbilidades

Se evidenció que el 30,9% de los pacientes presentaban algún tipo de comorbilidad, siendo la diabetes mellitus la predominante con el 20,8%, seguido por la obesidad, hipercolesterolemia, insuficiencia cardiaca, secuelas de ACV e insuficiencia renal con el 5,4%; 2,3%; 1,2%; 0,8% y 0,4% respectivamente (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de pacientes según comorbilidades

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	54	20,8
hipercolesterolemia	6	2,3
Obesidad	14	5,4
Secuelas ECV	2	0,8
Insuficiencia cardíaca	3	1,2
Insuficiencia Renal	1	0,4

ECV: Evento cerebrovascular

Fuente: Historias clínicas

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.3. Satisfacción

4.3.1. Dimensión del Nivel de satisfacción

Se aplicó a una sub-muestra de 159 pacientes con diagnóstico de HTA el cuestionario

SERVPEF para evaluar el nivel de satisfacción con el servicio de salud, a partir de la cual se obtuvo un promedio de 83,93 en el puntaje total de la escala, con un valor mínimo de 55 y máximo 103 (tabla 9). A partir de los valores encontrados se clasificó en pacientes satisfechos, moderadamente satisfechos, poco satisfechos e insatisfechos, siendo la mayor frecuencia aquellos pacientes pocos satisfechos, a pesar de que hubo pequeñas diferencias entre los grupos (gráfico N°1).

En relación a las dimensiones de satisfacción, las mejores evaluadas fueron seguridad (media 19,3) y capacidad de respuesta (media 7,6), y la peor evaluada fue la empatía (20,6).

Tabla 9. Dimensiones de Satisfacción

Dimensiones Satisfacción	Media	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Valor mínimo	Valor Máximo
Tangibles	14,6855	13,0000	15,0000	16,0000	4,00	20,00
Fiabilidad	21,7484	20,0000	22,0000	24,0000	7,00	30,00
Capacidad de respuesta	7,6918	7,0000	8,0000	8,0000	2,00	10,00
Seguridad	19,3711	18,0000	20,0000	21,0000	12,00	24,00
Empatía	20,6918	20,0000	20,0000	22,0000	11,3	59,00
Satisfacción (Total)	83,9371	80,0000	85,0000	89,0000	55,00	103,00

Fuente: Encuestas

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

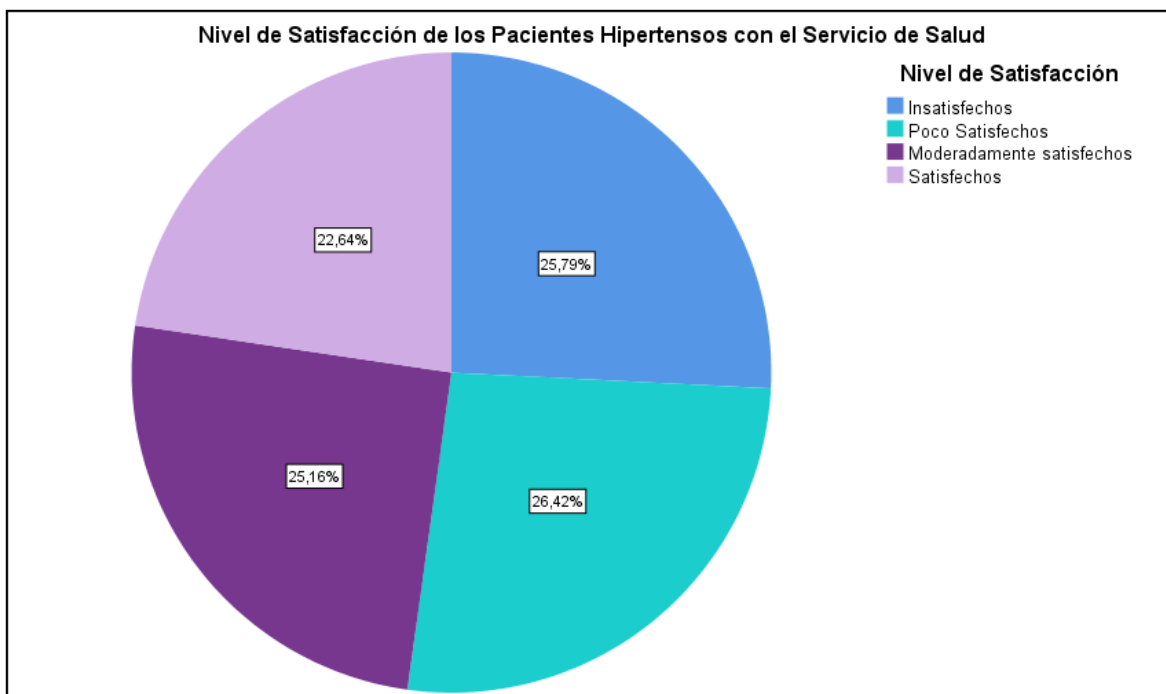


Gráfico 1. Nivel de satisfacción

Fuente: Encuestas

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.4. Gestión de los servicios de salud

4.4.1. Gestión de los recursos humanos

Con relación a la gestión administrativa, se pudo evidenciar que las coberturas de médicos, enfermeras y nutricionistas por número de consultorios del centro de salud resultaron suficientes superando el estándar propuesto para cada criterio, únicamente la cobertura de médicos familiares resultó insuficiente (Tabla 10).

Tabla 10. Evaluación de la dimensión Gestión de los recursos humanos

Criterio	Consultorios	Personal	Estándar	Resultado	Evaluación del criterio
Cobertura de médicos	8	11	95%	137,5%	Suficiente
Cobertura de enfermeras	8	9	95%	112,5%	Suficiente
Coberturas de médicos familiares	8	1	50%	11,2%	Insuficiente
Cobertura de nutricionistas	8	1	1	1	Suficiente

Fuente: Ficha de registro de datos.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.4.2. Equipos

Los equipos se evaluaron de acuerdo a la disponibilidad de los mismos por consultorio, encontrándose que únicamente la cobertura de estetoscopios alcanzó el estándar propuesto (100%); mientras que, las coberturas de tensiómetros, balanzas y tallímetros resultaron insuficientes (Tabla 11).

Tabla 11. Evaluación de la dimensión Equipos

Criterio	Consultorios	Equipos	Estándar	Resultado	Evaluación del criterio
Cobertura de tensiómetros	8	5	100%	62,5%	Insuficiente
Cobertura de estetoscopios	8	8	100%	100%	Suficiente
Cobertura de balanzas	8	1	100%	12,5%	Insuficiente
Cobertura de tallímetros	8	2	100%	25,0%	Insuficiente

Fuente: Ficha de registro de datos.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

4.4.3. Capacitación en el manejo de la hipertensión arterial

La capacitación del personal en manejo de hipertensión arterial superó el estándar propuesto (70%) con el 95,5%, por lo tanto, fue catalogado como suficiente (Tabla 12).

Tabla 12. Evaluación de la dimensión Capacitación en manejo de hipertensión arterial

Criterio	Personal total	Personal capacitado	Estándar	Resultado	Evaluación del criterio
Capacitación del personal	22	21	70%	95,5%	Suficiente

Fuente: Ficha de registro de datos.

Realizado por: Lady Xiomara Orellana Aizaga.

CAPÍTULO V

5. Discusión

Existe una larga historia de investigación sobre las manifestaciones, el tratamiento y las causas de las enfermedades; sin embargo, el reconocimiento de la importancia de la investigación en la gestión de los servicios de salud como un componente necesario para el funcionamiento adecuado y el mejoramiento de los servicios sanitarios, se ha desarrollado con bastante lentitud.

Solo en los últimos 50 años ha habido un intento de coordinar y fomentar la investigación de los servicios de salud. Existen varias razones para este abandono, quizá el más importante ha sido la creencia de que los avances en el tratamiento y la tecnología médica son infinitos y que el desarrollo de métodos de tratamiento adecuados resolverá la mayoría de los males. Se ha creído erróneamente que el gasto en servicios de salud mejoraría la salud de la población y, por lo tanto, conduciría a una menor demanda de asistencia sanitaria. Ahora se reconoce que este no es el caso y que la evaluación de los servicios de salud es vital para que el gobierno o la sociedad asignen recursos a este sector de manera razonable (Holland, 2014).

Actualmente la hipertensión arterial es sin duda, un riesgo para la salud, por lo tanto, su conocimiento y abordaje desde todos los enfoques posibles, es fundamental para evitar complicaciones que incidan directamente no solo en los pacientes, sino también en el sistema de salud.

Mediante los diferentes componentes planteados en el presente estudio, es posible valorar la calidad de la atención brindada a los pacientes hipertensos, además identificar la organización del servicio de salud, los recursos disponibles y las relaciones que se establecen en los procesos de atención.

En el caso de la gestión de recursos humanos, si bien se encontraron coberturas adecuadas

de médicos generales, enfermeras y nutricionistas, el déficit de médicos de familia debe ser subsanado desde el ámbito gubernamental, ya que esta limitación conlleva en una mayor carga laboral del personal disponible para cumplir con las acciones y procedimientos establecidos. Contar con el número adecuado de médicos familiares en el primer nivel de atención para la población de referencia, puede descongestionar los niveles de atención superiores y como consecuencia tener menos complicaciones con la consecuente reducción de los gastos y una mejor distribución de los recursos.

En cuanto a la cobertura de los equipos, se encontró una insuficiente disponibilidad de los mismos, ya sea por falta de ellos o porque no eran funcionales. Este aspecto no solo crea incomodidad tanto en el personal sanitario como en los pacientes, limita una atención de calidad, pero sobre todo, puede proporcionar mediciones erróneas de la PA; la iniciativa HEARTS recomienda la inspección, calibración y validación regular de los equipos (OPS 2019).

En cuanto al proceso de atención en el centro de salud, actualmente no se dispone de un mecanismo de seguimiento y evaluación estructurado, sin embargo, la mayoría de los pacientes tuvieron al menos tres consultas y no recibieron visitas domiciliarias por el personal de salud. Un deficiente seguimiento puede ocasionar un inadecuado control de la PA, mayor riesgo hospitalario, disminución de la eficiencia clínica y mayor mortalidad (Lee 2019). En el estudio se evidenció, además que la mayoría de los pacientes tiene sobrepeso y diferentes grados de obesidad, hipercolesterolemia, lo que refleja un seguimiento deficiente y la falta de un abordaje integral en el manejo de esta patología.

La hipertensión arterial requiere de una modificación de los estilos de vida, de los factores de riesgos como el consumo de tabaco y alcohol, por lo que el personal de salud desempeñan un rol importante para guiar a los pacientes para cambiar sus comportamientos poco saludables y mantenerlos, por lo que es fundamental la consejería durante las consultas de

seguimiento sobre dieta, la reducción del consumo de sal, consumo de frutas y verduras, ejercicio físico, la eliminación del consumo de cigarrillo y alcohol (OPS 2019), sin embargo en el presente estudio se observó que el 63,9% daban consejería sobre dieta hipo sódica y con menor frecuencia (18,3%) se abordaba la dieta DASH, evidenciando que la consejería fue incompleta.

En la atención del paciente hipertenso incide en el cumplimiento del plan terapéutico, encontrándose en el estudio que la familia de medicamentos antihipertensivos son los más recetados a los pacientes corresponde a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) el 64,9%, y del grupo de combinaciones la más utilizada la de los antagonistas de los receptores de angiotensina II + calcio antagonista con un 9,3%.

Con respecto a los exámenes complementarios tanto de laboratorios como de imagen, se evidenció apenas el 23,9% de las historias clínicas contaban con esta información, a pesar que la GPC de hipertensión del MSP recomienda realizar pruebas de laboratorio para evaluación de la función renal como urea, creatinina, filtrado glomerular, índice sodio/potasio, al menos cada 6 meses (MSP 2019).

La satisfacción se asocia a resultados óptimos en relación a la salud y a la adherencia terapéutica; niveles adecuados de satisfacción están íntimamente relacionados con el uso continuado de los servicios de salud, lo que se transforma en un inequívoco indicador de calidad. Se evaluó con el cuestionario SERVPERF con 5 dimensiones como es la tangibilidad, fiabilidad, seguridad, la capacidad de respuesta y la empatía además se observó un mayor porcentaje los pacientes se encontraban pocos satisfechos en la atención recibida en el establecimiento de salud.

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

A nivel global, la HTA es al momento una de las principales causas de morbi-mortalidad general, en este sentido resulta imperativo que el sistema sanitario cuente por lo menos, con los requerimientos mínimos necesarios, tanto en personal como equipamiento, que permita solventar todas las necesidades del grupo poblacional afectado por esta patología.

Se ha evidenciado un bajo porcentaje de pacientes hipertensos que cuentan exámenes paraclínicos registrados en sus expedientes. Inclusive, de estos últimos la gran mayoría no cuentan con los resultados de las pruebas básicas, necesarias para llevar un buen seguimiento y control de su patología. Por otro lado, un gran número de hipertensos, presentaron alteraciones por exceso en su índice de masa corporal, factor que por si solo constituye un indicativo de mal manejo y consecuentemente de mal control de la hipertensión arterial.

La consejería sobre alimentación saludable, se ha proporcionado a casi la totalidad de los pacientes investigados, sin embargo, es evidente que los mismos no acatan las recomendaciones prescritas por el personal de salud, esto es comprobable debido a los altos índices de masa corporal encontrados.

En cuanto al seguimiento de pacientes, más de la mitad de los mismos cuentan con menos de 3 consulta en el último año y una proporción mayor no ha recibido visitas domiciliarias, lo que califica a este parámetro como inadecuado.

El total de pacientes incluidos en el estudio, se encuentran recibiendo terapia farmacológica, siendo los antagonistas de los receptores de angiotensina II, los fármacos más utilizados con un porcentaje del 60,2%. Además, aproximadamente un tercio de los pacientes reciben una combinación de 2 o 3 fármacos antihipertensivos de diferentes

familias.

En relación al nivel de control de la presión arterial, se determinó que alrededor de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio presentan valores de presión arterial que los catalogan como no controlados.

Los niveles de satisfacción encontrados, no determinaron diferencias considerables entre los pacientes satisfechos e insatisfechos, lo cual es un indicador importante del tipo de manejo y atención que están recibiendo los usuarios del centro de salud.

En cuanto a la gestión de los recursos humanos, se encontraron coberturas adecuadas de médicos generales, enfermeras y nutricionistas; sin embargo, el número de médicos familiares no es el adecuado para solventar las necesidades de este grupo poblacional en particular. Por otro lado, un alto porcentaje del personal manifestó haber recibido capacitación relacionada con la hipertensión arterial, en contraste con la disponibilidad de los equipos necesarios, los cuales no abastecen los requerimientos de la unidad.

6.2. Recomendaciones

Se debe mejorar la disponibilidad de los profesionales de la salud, especialmente de médicos familiares en la Unidad de salud tipo c de San Rafael, quienes tienen la competencia para brindar una atención integral, trabajar con las familias y la comunidad, considerando que el 80% de las patologías se resuelven en el primer de atención.

Se debe implementar un plan de seguimiento organizado y estructurado para brindar una orientación adecuada a los pacientes hipertensos, mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y farmacológico para alcanzar los objetivos de tratamiento.

Implementar programa de educación continua dirigida al equipo de salud para actualizar en el manejo a los pacientes, así como estandarizar el tratamiento farmacológico.

Realizar una continua evaluación sobre el conocimiento y manejo de los pacientes al

personal de profesional de salud.

Mejorar el equipamiento de la unidad y contar con un plan sistemático de mantenimiento y calibración de los equipos.

Brindar la consejería nutricional en base a las condiciones socioeconómicas de los pacientes, bajo el criterio tanto del personal de nutrición como del médico familiar, debido a que muchas veces los pacientes no cumplen las indicaciones por falta de recursos económicos.

Capacitar al personal en la prescripción de estilos de vida saludable, especialmente en lo relacionado a la actividad física individualizada para cada paciente, pues este es un factor importante en el control de la patología.

Estimular la participación de los pacientes en cuanto al manejo de su patología, mediante la conformación de grupos y clubs de hipertensos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aburto, N. J., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliott, P., Cappuccio, F. P., & Meerpohl, J. J. (2013). Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 346(apr03 3), f1326–f1326. doi:10.1136/bmj.f1326
- ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 138(17). doi:10.1161/cir.0000000000000601
- Angell, S. Y., De Cock, K. M., & Frieden, T. R. (2015). A public health approach to global management of hypertension. *Lancet (London, England)*, 385(9970), 825–827. doi:10.1016/S0140-6736(14)62256-X
- Carlson, D. J., Dieberg, G., Hess, N. C., Millar, P. J., & Smart, N. A. (2014). Isometric Exercise Training for Blood Pressure Management: A Systematic Review and Meta-analysis. *MayoClinic Proceedings*, 89(3), 327–334. doi:10.1016/j.mayocp.2013.10.030
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., ... Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute, & National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206–1252. doi: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
- Cicero, A., Grassi, D., Tocci, G., Galletti, F., Borghi, C., & Ferri, C. (2019). Nutrients and Nutraceuticals for the Management of High Normal Blood Pressure: An Evidence-Based Consensus Document. *High blood pressure & cardiovascular prevention: the official journal of the Italian Society of Hypertension*, 26(1), 9–25. doi: org/10.1007/s40292-018-

0296-6

- Coello-Viñán, B. E., y Coello-Viñán, J. E. (2018). Reflexiones con enfoque salubrista sobre la actividad física y la hipertensión arterial. *Revista Eugenio Espejo*, 12(2), 77–89. doi: 10.37135/ee.004.05.08
- Cook, N. R., Obarzanek, E., Cutler, J. A., Buring, J. E., Rexrode, K. M., Kumanyika, ...Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group (2009). Joint effects of sodium and potassium intake on subsequent cardiovascular disease: the Trials of Hypertension Prevention follow-up study. *Archives of internal medicine*, 169(1), 32–40. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.523>
- Cornelissen, V. A., & Smart, N. A. (2013). Exercise Training for Blood Pressure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2(1), e004473– e004473. doi:10.1161/jaha.112.004473
- Cronin, J.J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68. doi:10.1177/002224299205600304
- Cronin, J.J., & Taylor, S. A. (1994). Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125–131. doi: 10.1177/002224299405800110
- [de-excelenciaen-la-calidad-d.html](#)
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(1), 22–29. doi: 10.1016/S1134-282X(02)77470-8
- Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4),691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Expert Panel. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(3), 317–335. doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.069

- Fedak, K. M., Good, N., Walker, E. S., Balmes, J., Brook, R. D., Clark, M. L., ... Peel, J. L. (2019). Acute Effects on Blood Pressure Following Controlled Exposure to Cookstove Air
- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Alviarez, V., Pérez, M. G., y Bustamante S. (2007). La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación, *22*(3), 133 – 140. doi: 10.1016/S1134-282X(07)71208-3
- Gay, H. C., Rao, S. G., Vaccarino, V., & Ali, M. K. (2016). Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, *67*(4), 733–739. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.06853
- Geldsetzer, P., Manne-Goehler, J., Marcus, M. E., Ebert, C., Zhumadilov, Z., Wesseh, C. S., ... Jaacks, L. M. (2019). The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet (London, England)*, *394*(10199), 652–662. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30955-9
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, *346*(apr03 3), f1325–f1325. doi:10.1136/bmj.f1325
- Ho, P. M., Magid, D. J., Shetterly, S. M., Olson, K. L., Peterson, P. N., Masoudi, F. A., & Rumsfeld, J. S. (2008). Importance of therapy intensification and medication nonadherence for blood pressure control in patients with coronary disease. *Archives of internal medicine*, *168*(3), 271–276. doi: 10.1001/archinternmed.2007.72
- Holland, W. W. (2014). How to improve our health services. *Clinical Medicine*, *14*(3), 223–224. doi:10.7861/clinmedicine.14-3-223
- Ikeda, N., Sapienza, D., Guerrero, R., Aekplakorn, W., Naghavi, M., Mokdad, A. H., ... Lim,

- S. S.(2014). Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 10–19C. doi: 10.2471/BLT.13.121954
- Inder, J. D., Carlson, D. J., Dieberg, G., McFarlane, J. R., Hess, N. C., & Smart, N. A. (2015). Isometric exercise training for blood pressure management: a systematic review and meta-analysis to optimize benefit. *Hypertension Research*, 39(2), 88–94. doi:10.1038/hr.2015.111
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... Yanovski, S. Z. (2013). 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*, 129(25 suppl 2), S102–S138. doi:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee
- Jones, N. R., McCormack, T., Constanti, M., & McManus, R. J. (2020). Diagnosis and management of hypertension in adults: NICE guideline update 2019. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(691), 90–91. doi: 10.3399/bjgp20X708053
- Jordan, J., Kurschat, C., & Reuter, H. (2018). Arterial Hypertension. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(33-34), 557–568. doi:10.3238/arztebl.2018.0557
- Kario, K., Shin, J., Chen, C. H., Buranakitjaroen, P., Chia, Y. C., Divinagracia,... Wang, J. G. (2019). Expert panel consensus recommendations for ambulatory blood pressure monitoring in Asia: The HOPE Asia Network. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 21(9), 1250–1283. doi: 10.1111/jch.13652
- Kieneker, L. M., Gansevoort, R. T., Mukamal, K. J., de Boer, R. A., Navis, G., Bakker, S. J. L., & Joosten, M. M. (2014). Urinary Potassium Excretion and Risk of Developing Hypertension: The Prevention of Renal and Vascular End-Stage Disease Study. *Hypertension*, 64(4), 769–776. doi:10.1161/hypertensionaha.114.03750

- Kostis, J. B., Cabrera, J., Cheng, J. Q., Cosgrove, N. M., Deng, Y., Pressel, S. L., & Davis, B. R. (2011). Association Between Chlorthalidone Treatment of Systolic Hypertension and Long-term Survival. *JAMA*, 306(23), 2588. doi:10.1001/jama.2011.1821
- Linder-Pelz S. U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science & medicine* (1982), 16(5), 577–582. doi: 10.1016/0277-9536(82)90311-2
- Look AHEAD Research Group, Wing, R. R., Bolin, P., Brancati, F. L., Bray, G. A., Clark, J. M.,... Yanovski, S. Z. (2013). Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *The New England journal of medicine*, 369(2), 145–154. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1212914>
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., ... Herruzo, R. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista Calidad Asistencial*, 18(5), 263–271. doi: 10.1016/S1134-282X(03)77619-2
- Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *The Journal of Clinical Hypertension*, 18(12), 1284–1294. doi:10.1111/jch.12861
- Mozaffarian, D., Fahimi, S., Singh, G. M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Engell, R. E., ... Powles, J. (2014). Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 624–634. doi:10.1056/nejmoa1304127
- Muntner, P., Einhorn, P. T., Cushman, W. C., Whelton, P. K., Bello, N. A., Drawz, P. E.,... 2017 National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group. (2019). Blood Pressure Assessment in Adults in Clinical Practice and Clinic-Based Research: JACC Scientific
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2017). What Is A Standard Drink?. Recuperado de <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2019). Long-term and recent trends in

hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *Lancet (London, England)*, 394(10199), 639–651. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31145-6

Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*

(Dallas, Tex. : 1979), 42(5), 878–884.

<https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE>

Ogedegbe, G., Shah, N. R., Phillips, C., Goldfeld, K., Roy, J., Guo, Y., ... Bangalore, S. (2015). Comparative Effectiveness of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor-Based Treatment on Cardiovascular Outcomes in Hypertensive Blacks Versus Whites. *Journal of the American College of Cardiology*, 66(11), 1224–1233. doi:10.1016/j.jacc.2015.07.021

Oliveria, S. A., Lapuerta, P., McCarthy, B. D., L'Italien, G. J., Berlowitz, D. R., & Asch, S. M. (2002). Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Archives of internal medicine*, 162(4), 413–420. doi: 10.1001/archinte.162.4.413

Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M. C., Hassell, T., Wyss, F., ... Angell, S. (2016). Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, ... ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice

- (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European heart journal*, 37(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Pimenta, E., Gaddam, K. K., Oparil, S., Aban, I., Husain, S., Dell'Italia, L. J., & Calhoun, D. A. (2009). Effects of Dietary Sodium Reduction on Blood Pressure in Subjects With Resistant Hypertension: Results From a Randomized Trial. *Hypertension*, 54(3), 475–481. doi:10.1161/hypertensionaha.109.131235
- Pollution in the STOVES Study. *Journal of the American Heart Association*, 8(14), e012246. doi: org/10.1161/JAHA.119.012246
- Reboussin, D. M., Allen, N. B., Griswold, M. E., Guallar, E., Hong, Y., Lackland, D. T., ... Vupputuri, S. (2018). Systematic Review for the 2017
- Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S. W., Gmel, G., Hasan, O. S. M., & Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(2), e108–e120. doi:10.1016/s2468-2667(17)30003-8
- Rubin, H. R., Gandek, B., Rogers, W. H., Kosinski, M., McHorney, C. A., & Ware, J. E., Jr (1993). Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 270(7), 835–840. doi: 10.1001 / jama.1993.03510070057036
- Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., ... Cutler, J. A. (2001). Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 3–10. doi:10.1056/nejm200101043440101
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Asmar, R., Bilo, G., de la Sierra, A., Head, ... Parati, G. (2018).

- Blood pressure monitoring: theory and practice. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability Teaching Course Proceedings. *Blood pressure monitoring*, 23(1), 1–8. doi: 10.1097/MBP.0000000000000301
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Modesti, P. A., Asayama, K., Asmar, R., Bilo, G.,... Parati, G. (2020). Seasonal variation in blood pressure: Evidence, consensus and recommendations for clinical practice. Consensus statement by the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. *Journal of hypertension*, 38(7), 1235–1243. doi: 10.1097/HJH.0000000000002341
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D.,... Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
- Vangen-Lønne, A. M., Wilsgaard, T., Johnsen, S. H., Løchen, M. L., Njølstad, I., & Mathiesen, E. B. (2017). Declining Incidence of Ischemic Stroke: What Is the Impact of Changing Risk Factors? The Tromsø Study 1995 to 2012. *Stroke*, 48(3), 544–550. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.014377
- Wallace, S. M., Yasmin, McEniery, C. M., Mäki-Petäjä, K. M., Booth, A. D., Cockcroft, J. R., & Wilkinson, I. B. (2007). Isolated systolic hypertension is characterized by increased aortic stiffness and endothelial dysfunction. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 50(1), 228–233. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.089391
- Wermelt, J. A., & Schunkert, H. (2017). Management der arteriellen Hypertonie. *Herz*, 42(5), 515–526. doi:10.1007/s00059-017-4574-1
- Whelton, P. K. (2014). Sodium, Potassium, Blood Pressure, and Cardiovascular Disease in Humans. *Current Hypertension Reports*, 16(8). doi:10.1007/s11906-014-

0465-5

Whelton, P. K., & He, J. (2014). Health effects of sodium and potassium in humans.

Current Opinion in Lipidology, 25(1), 75–79. doi:10.1097/mol.0000000000000033

Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr, Collins, K. J.,

DennisonHimmelfarb, C.,... Wright, J. T., Jr. (2018).

2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in

Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association

Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13–e115. doi:

10.1161/HYP.0000000000000065

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M.,...

Desormais, I. (2018). 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood pressure*, 27(6), 314–340. doi: 10.1080/08037051.2018.1527177

Wolf, M., Putman, S., James, S., & Stiles., W. (1978). The medical interview satisfaction

scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behaviour. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 391–401. doi: 10.1007 / BF00846695

World Health Organization. (2012) Guideline: Potassium Intake for Adults and

Children. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504829>

Zas, B. (2002). La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios

de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 541 – 548. Recuperado de

<https://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador->

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Centro de Salud tipo C Nueva San Rafael del cantón Esmeraldas y que se les invita a participar de la investigación denominada “Caracterización de la gestión de los servicios de salud y los procesos de atención a pacientes hipertensos atendidos en el centro desalud tipo C Nueva San Rafael en el periodo junio – septiembre 2021”.

Investigadores: Md. Lady Xiomara Orellana Aizaga. Celular:
Dirección: E-mail:

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas –
Posgrado de Medicina Familiar y comunitaria.

Lugar de ejecución: Centro de Salud tipo C Nueva San Rafael, cantón Esmeraldas,
provincia de Esmeraldas.

El presente Documento de Consentimiento Informado está conformado por dos partes:
– Información (proporciona información sobre el estudio).
– Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado

1. PARTE I: Información Introducción

Mi nombre Lady Xiomara Orellana Aizaga, médico posgradista de medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Esmeraldas. Estamos

investigando acerca de la gestión de los servicios de salud y los procesos de atención a pacientes hipertensos. Le proporcionare información e invitarle a participar de esta investigación. No es necesario que decida hoy mismo sobre su participación, antes puede consultar con alguien de su entera confianza para que le ayude a tomar la decisión. En el caso de que mencione alguna palabra que no entienda o tenga alguna duda, por favor, me comunica para aclarar sus dudas.

2. Propósito

La gestión de los servicios de salud y los procesos de atención constituyen una parte fundamental para lograr el control de la presión arterial en los pacientes con hipertensión. Por lo tanto, proponemos un estudio para determinar las características de los servicios de salud y los procesos de atención brindados en el centro de salud Nueva San Rafael, así como, el nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios recibidos con la finalidad de obtener información que ayude a mejorar dichas variables.

3. Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluye la aplicación de un cuestionario por una única ocasión.

4. Selección de participantes

Estamos invitando a todos los pacientes hipertensos atendidos en consulta externa del centro de salud Nueva San Rafael.

5. Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuará recibiendo todos los servicios ofertados por el centro de salud y nada cambiará.

6. Duración

Su participación en la investigación se realizará en un único encuentro destinado para la aplicación de la encuesta, con una duración de 30 minutos.

7. Confidencialidad

No se compartirá la identidad de los pacientes que decidan participar en la investigación. La información recolectada durante el estudio se mantendrá confidencial, de igual manera su identidad será reemplazada por un código alfanumérico, y únicamente la investigadora conocerá a quien pertenece dicho código.

8. Compartiendo los resultados

Los resultados de la investigación serán presentados como parte del trabajo de tesis de la investigadora y se compartirán en forma general con las instituciones al final del estudio, conservado en todo tiempo la confidencialidad y el anonimato de las personas encuestadas.

9. Costos, incentivos y beneficios.

Su participación en este estudio no tiene ningún costo, no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será de ayudar al servicio de salud a mejorar la atención que brinda a los pacientes con presión alta.

10. Derecho a negarse o retirarse

Usted no está obligado a participar en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

11. PARTE II: Formulario de consentimiento

He sido invitado/a a participar en una investigación que permitirá determinar las características de los servicios de salud y los procesos de atención brindados en el centro de salud Nueva San Rafael, así como, mi nivel de satisfacción con los servicios que recibo.

Entiendo que se me realizará una encuesta que los investigadores prepararán con anterioridad. Sé que probablemente no exista beneficios para mi persona y que no seré recompensado/a por mi participación. Se me han proporcionado el nombre de la investigadora, así como la información necesaria para contactarlas en el caso de que lo requiera.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha:

Día/mes/año

11.1. En caso de informante analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo

Firma del testigo

Huella dactilar del participante

Fecha:

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la investigadora

Firma de la investigadora

Fecha:

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del/la investigador/a)

Anexo 2. Cuestionario SERVPERF

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5
1	El centro de salud cuenta equipamiento moderno					
2	Las instalaciones físicas del centro de salud son visualmente atractivas					
3	El personal del centro de salud tiene apariencia limpia y prolija.					
4	Los materiales relacionados con el servicio (carteles indicativos, afiches, entre otros) son visualmente atractivos					
5	Cuando el servicio promete hacer algo en cierto tiempo, realmente lo hace					
6	El personal del centro de salud muestra sincero interés en atender los deseos y necesidades de los pacientes					
7	El servicio se presta de la manera correcta desde la primera vez					
8	El servicio concluye la atención en el tiempo prometido					
9	El servicio se presta sin cometer errores en registros, extractos, anotaciones					
10	Los empleados del centro de salud informarán el momento en el que serán brindados los servicios					
11	El servicio brindado es rápido					
12	El personal del centro de salud está siempre dispuesto a ayudar a los pacientes					
13	Cuando el paciente plantee una necesidad, el personal del centro de salud siempre está disponible (no ocupado) para atender.					
14	El comportamiento de los empleados del centro de salud infunde confianza					
15	Los pacientes se sienten seguros en sus trámites con el centro de salud					
16	Los empleados del centro de salud se comportan de manera cortés y amable					
17	Los empleados del centro de salud tienen conocimiento para responder a las preguntas a sus pacientes					
18	El centro de salud brindará a sus pacientes una atención individualizada					
19	Los horarios de atención del centro de salud resultan convenientes para todos los pacientes					
20	Los empleados del centro de salud brindan atención personal (asesoramiento) a sus pacientes					
21	El centro de salud tiene su principal interés en los pacientes.					
22	Los empleados del centro de salud comprenden las necesidades específicas de los pacientes					

Para la valoración de cada uno de los ítems se emplearán 5 categorías

Muy insatisfactorio (1)

Insatisfactorio (2)

Indiferente (3)

Satisfecho (4)

Muy satisfecho (5)

Anexo 3. Ficha de recolección de datos



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**FICHA DERECOLECCIÓN DE DATOS – EQUIPOS CENTRO DE SALUD TIPO
C NUEVA SAN RAFAEL**

EQUIPOS	Lugar (estación de enfermería, consultorios...)	Cantidad	Calibración en2021 (fecha)	Estado de funcionamiento	
				óptimo	No óptimo
Tensiómetro					
Tallímetro					
Balanza					



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS – RECURSOS
HUMANOSCENTRO DE SALUDTIPO C NUEVA SAN RAFAEL**

TIPO DE RRHH	Cantidad	Recibió capacitación en HTA			Involucrado en la atención a personas con HTA	
		SI	NO	Fecha de capacitación	SI	NO
Médicos generales						
Médicos Rurales						
Médicos Familiares y comunitarios						
Médicos generales integrales						
Médicos Posgradistas de MFyC						
Enfermeras/os (de planta)						
Enfermeras/os rural						
Nutricionista						



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS – INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES CON HTA
CENTRO DE SALUD TIPO C NUEVA SAN RAFAEL

Historia clínica: _____ Edad en años: _____ Sexo: _____ Étnia: _____

Nivel de escolaridad: _____ Estado civil: _____ Fuma: SI NO Consume alcohol: SI NO

Fecha de atención		PAS	PAD	Exámenes complementarios		Consejería		Tratamiento farmacológico		
C. Externa	<u>Vist. Dom.</u>			SI	NO	SI	NO	Medicamento	Dosis	Frecuencia