PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TÍTULO

"*Calidad de atención de pacientes con Hipertensión Arterial, antes y después de la inserción de Médicos Familiares en el Centro de Salud El Carmen, en los años 2016 y 2019*"

AUTORES

Dra. García García Melissa Mayrena
Dra. Moscoso Macías Roxi Yohomara

DIRECTOR

Dr. Hugo Pereira

Santo Domingo de los Tsáchilas, 2021

AGRADECIMIENTO

“Quiero agradecer primeramente a Dios por darme la fuerza, la salud y la confianza para creer en mi sueño y luchar para lograrlo.

A mis principales apoyos y soportes: Mis padres Mélida y mi ángel Orlando que me enseñaron la vida con el ejemplo, sostuvieron mis manos por muchos años, me apoyaron a través de alegrías y lágrimas.

A mi esposo y mis amados hijos que son mi fuerza, mi lucha constante, decirles gracias es muy corto para ellos, porque sé la falta que les hice, pero este sacrificio tiene sus frutos y esta bendición es nuestra.

Mis suegros: Cristóbal, Delia, mis cuñados, concuñados y mis sobrinos. No olvido el papel que ha jugado la Universidad PUCE Sede Santo Domingo a lo largo de mi viaje; por eso estoy agradecida por los recursos y el apoyo que siempre me ofreció y sobre todo a nuestro tutor de tesis Dr. Hugo Pereira por su guía constante.

Todos los sacrificios, el esfuerzo y el arduo trabajo valieron la pena, hoy puedo decir con enorme regocijo que alcancé un triunfo significativo en mi vida. Mirar hacia atrás y ver todo el camino recorrido, me llena el alma de infinita dicha. No hay palabras que puedan describir la emoción y la alegría que siento en mí; y que a pesar de todo lo que me ha tocado vivir estoy de pie en la línea de meta que he llamado «Especialidad al fin»”

Dra. Melissa García García.

Agradezco a Dios, porque con su bendición, protección y ayuda, me ha permitido lograr esta meta anhelada, por darme la fuerza y fe en mis momentos de debilidad y tristeza, por ser mi luz para seguir por el buen camino, lleno de aprendizajes y experiencias.

A mi tutor de tesis, Dr. Hugo Pereira, por su aporte invaluable, principal colaborador, por guiar mis ideas, por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir sus valiosos conocimientos y experiencias profesionales, que han sido la clave para el trabajo realizado, muchas gracias estimado tutor.

A los docentes de la PUCE, gracias por la dedicación, por brindarme sus conocimientos y las herramientas necesarias para mi formación académica, fortaleciendo mis competencias y habilidades técnicas, que son pilares importantes en el ejercicio de mi especialidad como médico familiar.

A mis padres, mi madre Solanda y a la memoria de mi difunto padre Emilio, gracias por haberme dado la vida, por su amor, sus sacrificios y apoyo incondicional en todo momento, por inculcarme valores y principios, por ser un ejemplo de vida a seguir como padres y profesionales en la Medicina y la Docencia.

Padre amado, aunque no te encuentres físicamente y aún duele tu partida, sé que este triunfo hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí y desde el cielo me acompañarás, papi siempre estarás en mi memoria y mi corazón, tu fuiste mi consejero y motivador para alcanzar mis anhelos, mi ejemplo de lucha, perseverancia y superación, muchas gracias por dejarme la educación, que es la mejor herencia que los padres pueden dejar a sus hijos, lo que siempre me decías, ahora entiendo y valoro gracias a ti y a mi amada madre.

A mis hermanos, mi hermana Karla y a la memoria de mi fallecido hermano Cristhian, mis mejores compañeros en la vida, con los que compartí juegos, alegrías y experiencias que recordaré, gracias por brindarme su amor y todo su apoyo en las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida. Hermano Cristhian, fuiste un lindo hermano, alegre, cariñoso y amoroso, tan noble y humanitario con tus pacientes, Dios te llevo muy pronto junto a mi sobrina tu hija, eres mi ángel en el cielo.

A mis hijas, Tanyi, Melina y Nayeli, quienes son mis grandes tesoros y amadas hijas, mis regalos de Dios, la razón de mi existencia, son mi inspiración, motivación y fortaleza para seguir avanzando, gracias por su amor, tolerancia y paciencia hacia su madre ausente en los

momentos que tuve que cumplir con mi rol de estudiante y profesional, ustedes cedieron su tiempo para que mamá estudie, este logro alcanzado no es solo una meta personal y profesional, sino también una meta familiar para su bienestar y futuro, así como uno de mis ejemplos de legado que dejo para ustedes.

A mi pareja Estalin, por estar conmigo en todo momento de mi vida, por tu paciencia y comprensión especialmente en aquellos instantes que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, gracias por ser un buen padre para nuestras hijas, por brindarme tu amor, tus cuidados y apoyo, siempre me animas a seguir adelante y ser mejor cada día.

A Melissa, mi compañera de tesis, fuiste un gran apoyo, aunque a veces sostuvimos discusiones constructivas de carácter académico y personal, nos acoplamos y complementamos para la realización de este trabajo, gracias por tu amistad amiga.

A los entrevistados mis pacientes, que son el motor de mi profesión, gracias por su participación en las entrevistas, sin su colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Dra. Roxi Moscoso Macías.

Tabla de contenido

1. ABREVIATURAS 9

2. RESUMEN 10

3. ABSTRACT 13

4. INTRODUCCIÓN 16

5. OBJETIVOS 18

5.1. Objetivo General 18
5.2. Objetivos Específicos 18

6. METODOLOGÍA 19

6.1. Sitio de estudio y población 19
6.2. Diseño de estudio 19
6.3. Fuentes de información 20
6.4. Análisis de datos 20
6.5. Consideraciones bioéticas 21

7. RESULTADOS 22

7.1 De las entrevistas (enfoque cualitativo) 22
7.2 De la revisión de Historias clínicas (enfoque cuantitativo) 29
7.2.1 Descripción de las variables de estudio – Estadística descriptiva 29
7.2.2 Estadística comparativa - analítica 33

8. DISCUSIÓN 37

9. CONCLUSIONES 41

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

11. ANEXOS 44

12. PLAN DE PUBLICACIÓN 53

LISTA DE TABLAS

TABLA 1
Edad de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen. Año 2016.

TABLA 2
Edad de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen. Año 2019.

TABLA 3
Sexo de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2016.

TABLA 4
Sexo de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2019.

TABLA 5
Lugar de Residencia de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2016.

TABLA 6
Lugar de Residencia de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2019.

TABLA 7
Estado Civil de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2016.

TABLA 8
Estado Civil de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2019.

TABLA 9
Nivel de Instrucción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2016.

TABLA 10
Nivel de Instrucción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2019.

TABLA 11
Categorías de presión arterial de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2016.

TABLA 12
Categorías de presión arterial de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud del Carmen 2019.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1
Edad de los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud El Carmen en el 2016 y 2019.

GRÁFICO 2
Número de atenciones de pacientes hipertensos que acuden al centro de salud El Carmen en el 2016 y 2019.

GRÁFICO 3

Tensión arterial sistólica antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

GRÁFICO 4

Tensión arterial diastólica antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

GRÁFICO 5

Tiempo de hipertensión antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

1. ABREVIATURAS

HTA: Hipertensión Arterial

PA: Presión Arterial

CS: Centro de Salud

HC: Historia Clínica

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RCV: Cálculo de Riesgo Cardio Vascular

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

ONU: Organización de las Naciones Unidas

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

ECV: Enfermedad Cardio Vascular

MSP: Ministerio de Salud Pública

MF: Médico Familiar

MFYC: Medicina Familiar y Comunitaria

MOPECE: Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades

2. RESUMEN

Antecedente:
El mejoramiento de la calidad de la atención constituye un reto para todos los que brindan servicios de salud, con solo modificar los resultados que no sean satisfactorios y de sensibilizar a la sociedad de la necesidad de adoptar hábitos saludables de vida, que acudan al control y seguimiento del tratamiento bajo la especialidad de médicos familiares para disminuir notablemente su morbimortalidad.

Objetivo: Analizar la percepción de la calidad de atención recibida de los pacientes con hipertensión arterial antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

Metodología: Se realizó una investigación descriptiva cualitativa que permitió analizar la calidad de atención desde la percepción de los pacientes a través de entrevistas; y cuantitativa, mediante estudio transversal comparativo, que nos permitió contrastar variables e indicadores de la información recogida de las historias clínicas.

Se realizó la búsqueda de historias clínicas de personas con hipertensión arterial que fueron atendidas en los años 2016 y 2019. Tomándose como referencia 200 historias clínicas del 2016 y 200 historias clínicas del 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para el vaciamiento y análisis de los resultados se utilizó para las categorías el análisis del mensaje de Daniel Prieto Castillo que se fundamenta en el modo de prédica y el grado de referencialidad; y para el análisis de variables se empleó el análisis univariado mediante estadística descriptiva; y se realizó comparación de medias para las variables cuantitativas mediante la prueba Z y comparación de proporciones para las variables cualitativas. Y por último para la recolección de datos los pacientes firmaron el documento de consentimiento informado.

Resultados: En el método cualitativo se realizaron entrevistas abiertas y semiestructuradas a 6 pacientes hipertensos que acudieron a la consulta externa de los servicios de Medicina

Familiar del Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, revelan como datos un modo de prédica en acción, un grado de referencialidad alto con una representación social consolidada; además una mayor representación positiva para el médico familiar (MF) por su calidad humana, porque tiene una comunicación con una escucha empática y un diálogo abierto, un trato cordial y amigable, mejor contacto visual, mayor interés y preocupación por el cuidado de la salud los pacientes, indagación de su entorno, relaciones y apoyo de su familia, una evaluación completa y minuciosa, mejor preparación profesional, mayor conocimiento y capacidad resolutiva, brindó una información clara de sus enfermedades y prescripciones no farmacológicas y farmacológicas, recomendaron cambios en el estilo de vida con hábitos de alimentación saludable y actividad física, demostraron interés en el seguimiento que realiza por sus problemas de enfermedad y continuidad en la atención médica integral.

En el método cuantitativo podemos mencionar que el grupo de edad que más acude al Centro de Salud El Carmen son las personas los de 61 años y más (2016: 94 -47%- 2019: 112 -56%), con un predominio de mujeres (2016: 150-75%-2019:158-79%) , y un incremento en el promedio de la edad de dos años (2016: 59,515-2019:61,88), así mismo en su mayoría son de unión libre (2016: 100-50%-2019:101-50,50%), de área urbana (2016:156-76,50%-2019:151-75,50%) y con nivel de instrucción entre ninguna y primaria incompleta (2016 Primaria incompleta:68-34%-2019 Ninguna:65-32,50%).

La diferencia de los promedios de la Presión Arterial Sistólica y Diastólica entre el 2016 y 2019 es probablemente real según el resultado de la prueba Z (valor de $p < 0.05$); así mismo existe una gran diferencia en la tasa de re-consulta (valor de $p < 0.05$).

Conclusión: La percepción de los pacientes hipertensos sobre la calidad de la atención brindada por los médicos familiares es de una atención integral en las esferas biopsicosocial lo que se evidenció en las entrevistas realizadas, además indican al médico de familia como un profesional humanitario, respetuoso, empático, comunicativo, capacitado con mejor competencia académica-científica, entendimiento más humano y capacidad resolutiva, lo que favorece la continuidad y seguimiento en la atención de los pacientes.

En cuanto a las presiones arteriales, en el año 2019 hubo una gran mejoría en respecto del año 2016, situación similar se muestra con la tasa de re consulta; lo que sugiere una influencia positiva de los médicos de familia en el control y seguimiento de las personas con hipertensión arterial en el Centro de Salud El Carmen.

Palabras clave: Percepción de los usuarios, calidad de la atención, hipertensión arterial, médicos familiares.

3. ABSTRACT

Background: Improving the quality of care constitutes a challenge for all those who provide health services, with only modifying the results that are not satisfactory and raising awareness in society of the need to adopt healthy lifestyle habits, to control and monitor the Treatment under the speciality of Family Physicians significantly reduces their morbidity and mortality.

Aim: Analyze the perception of the quality of care received from patients with arterial hypertension before and after the insertion of family doctors in the Carmen Heath Center in 2016 and 2019.

Methodology: A qualitative descriptive research will be carried out that will allow to analyze the quality of care from the perception of the patients through interviews; and quantitative, through a comparative cross-sectional study, which will allow us to contrast variables and indicators of the information collected from the medical records.

The variables studied will be related to the quality of human resources, the availability of material resources, the fulfillment of the main activities established in the care process. The total number of medical records of people with Arterial Hypertension who were treated in the years 2016 and 2019 will be taken (a total of 400 medical records is expected).

For the emptying and analysis of the results, the analysis of the message by Daniel Prieto Castillo, which is based on Mode of Preaching and Degree of Referentiality, will be used for the categories; and for the analysis of variables the univariate analysis using descriptive statistics will be used; and comparison of means for the quantitative variables will be carried out by means of the Z test and comparison of proportions for the qualitative variables. And finally, for data collection, the Informed Consent will be signed by the patient.

Results: In the qualitative method, open and semi-structured interviews were conducted with 6 hypertensive patients who attended the outpatient consultation of the Family Medicine services of the El Carmen Health Center in 2016 and 2019, revealing as data a mode of

preaching in action, a high degree of preferentiality with a consolidated social representation; In addition, a greater positive representation for the family doctor due to his human quality, because he has a communication with empathic listening and open dialogue, a cordial and friendly treatment, better eye contact, greater interest and concern for the health care of patients, investigation of his environment, relationships and support of his family, a complete and thorough evaluation, better professional preparation, greater knowledge and resolution capacity, provided clear information on his diseases and non-pharmacological and pharmacological prescriptions, recommended changes in lifestyle with healthy eating habits and physical activity, they showed interest in the follow-up they carry out for their disease problems and continuity in comprehensive medical care.

In the quantitative method, we can mention that the age group that most attends the El Carmen Health Center are those aged 61 years and over, with a predominance of women, and an increase in the average age of two years, as well as in Most of them are from free union, from urban areas and with a level of education between none and incomplete elementary school.

The difference of the averages of the Systolic and Diastolic Blood Pressure between 2016 and 2019 is probably real according to the result of the Z test (value of $p < 0.05$); Likewise, there is a great difference in the re-consultation rate, probably advantageous as an improvement in the quality of life and also for better treatment, trust and re-consultation of the same service.

Conclusion: The perception of hypertensive patients about the quality of care provided by family doctors is of comprehensive care in biopsychosocial spheres, which was evidenced in the interviews carried out, they also indicate the family doctor as a humanitarian, respectful, empathetic professional, communicative, trained with better academic-scientific competence, more human understanding and resolution capacity, which favors continuity and follow-up in patient care.

Regarding blood pressures in both 2016 and 2019, there was a great improvement since there was evidence of a decrease in them and with this the influx of patients to control their underlying disease subsequently.

Keywords: User perception, quality of health care, arterial hypertension, family doctors.

4. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es sin duda, “una de las grandes amenazas para la salud de estos tiempos, por lo que su conocimiento y abordaje constituye en gran parte el trabajo de los médicos de la atención primaria” (OMS, 2010). Mientras que la calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. “Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos” (Varo, 2014).

Es por ello que se establece la especial urgencia e importancia del rol del médico familiar ya que más allá del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión el paciente requiere regresar a una semblanza de vida normal con una percepción de salud y bienestar equivalente a su realidad de vida antes de la enfermedad y “esto solo se lo logra con una intervención integral en su estilo de vida y motivando a la familia a que lo apoye y acompañe en el proceso ya que sin el respaldo del círculo familiar no será posible la recuperación del paciente” (Lorente & Jiménez, 2009).

La detección y vigilancia de estos pacientes debe ser responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención. “Resulta evidente que, para lograr tal propósito, estas unidades deben contar con personal de salud capacitado” (Panamerican Health Organization, 2016).

El presente estudio aborda uno de los conceptos más estudiados en la actualidad, como lo es la “calidad de atención”, este es sin duda un factor de extrema importancia en lo que corresponde a servicios de salud de primer nivel y cuidado hospitalario, de ella depende la recuperación y calidad de vida del paciente, así como el éxito de los profesionales de la salud en brindar bienestar al paciente; más aún cuando se trata de pacientes que sufren de una enfermedad cardiovascular como lo es la hipertensión Arterial.

Por otra parte, en los últimos años aumentó el interés por la calidad de la atención médica y su evaluación, debido al desarrollo social (UNESCO, 2019), la evolución del pensamiento, del cuestionamiento de la práctica médica, el incremento de las competencias profesionales

y económicas, entre otros. “Su propósito fundamental es el de compensar las necesidades de los usuarios del servicio, mediante el compromiso de la organización con la participación del personal, lo que conlleva a la mejora continua de los procesos de atención de salud” (Donabedian, 2016).

¨Es evidente que, para lograr esta meta, se demanda de una atención de calidad, para ello se precisa contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema funcional, organizado, donde se evalúe de manera sistemática y sistémica las variables que se ven involucradas en este amplio concepto” (Rubinstein, Colantonio, Caporale, Garcia, & Kopitowki, 2019).

En cuanto a la relación que se establece entre el médico familiar y el paciente, estudios identifican una relación positiva cuando la persona atendida percibí que recibe un mejor control y se siente valorado por el equipo médico, lo que contribuye a elevar su autoestima y su estado anímico, comprender su enfermedad o usar estrategias para mejorar “la adherencia a su tratamiento y visitas al equipo de salud en su entorno familiar a fin de causar empatía y afianzamiento de las acciones que permitirán alcanzar un mejor estado de salud en el paciente” (Troncoso, 2016).

“La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla” (Pérez, 2009).

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Analizar la percepción de la calidad de atención recibida de los pacientes con hipertensión arterial antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir la percepción de la relación médico paciente, antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

- Analizar la percepción del desarrollo de la autonomía, antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

- Comparar los valores de HTA antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

- Comparar la tasa de concentración de atención a personas con HTA antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

6. METODOLOGÍA

6.1. Sitio de estudio y población

Población de referencia:

Para el enfoque cuali-cuantitativo: participaron personas con HTA que asistieron al Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, este Centro de Salud es catalogado como tipo A según el MSP, se encuentra ubicado en la calle Carlos Alberto Aray y calle Caracas, del cantón El Carmen-Manabí, que tiene una población de aproximadamente 89.021 habitantes, de las que 45.517 son hombres y 43.504 mujeres, según el último censo de población y vivienda realizado en Ecuador en el año 2010.

Muestra:

Para el enfoque cualitativo: se utilizaron un número de 6 entrevistas a actores clave, se aplicó el concepto de saturación para lograr obtener la información necesaria que permita el posterior análisis del pensar y sentir de la población hipertensa, que acudieron al Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

Para el enfoque cuantitativo: se realizó la búsqueda de historias clínicas de personas con hipertensión arterial que fueron atendidas en los años 2016 y 2019. Tomándose como referencia 200 historias clínicas del 2016 y 200 historias clínicas del 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión.

6.2. Diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo comparativo, con un:

Enfoque cualitativo: permitió analizar la calidad de atención desde la percepción de los pacientes con hipertensión arterial antes y después de la inserción de los médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

Enfoque cuantitativo: estudio transversal comparativo que nos sirvió para comparar algunos indicadores indirectos de la calidad de atención a personas con hipertensión arterial en el Centro de Salud El Carmen, antes y después de la inserción de médicos familiares (años 2016 y 2019).

6.3. Fuentes de información

Para el enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas a profundidad a personas con HTA que acudieron a su control en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, para lo que se utilizó una guía de preguntas **(ver anexo 1). ** Como paso previo, se efectúo una prueba de campo para evaluar la pertinencia de las preguntas.

Para el enfoque cuantitativo, se revisaron las historias clínicas de personas con HTA que acudieron a su control al Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, para esto se utilizó una matriz de registro **(ver anexo 2).**

6.4. Análisis de datos

6.4.1. Plan de Análisis para las categorías de análisis (enfoque cualitativo): se realizó mediante el análisis del mensaje de Daniel Prieto Castillo que se fundamenta en el modo de prédica y el grado de referencialidad (Prieto Castillo. D. (1988), a través de la atención médica en la consulta externa, donde se utilizó un banco de preguntas que fueron resueltas mediante un conversatorio y posteriormente se transcribieron en hojas de Word.

6.4.2. Plan de Análisis para las variables (enfoque cuantitativo): se utilizó análisis univariado mediante estadística descriptiva como:

- Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desviación estándar) y de posición (límites inferior y superior, cuartiles).
- Para las variables cualitativas: frecuencias absolutas y relativas, que fueron graficadas con organizadores visuales (tablas, cuadros, gráficos, etc.).

Se usó el programa Microsoft Excel para la organización, agrupación y procesamiento de los mismos a través del Epi Info.

Se realizó comparación de medias para las variables cuantitativas mediante la prueba Z (de los valores de la presión arterial del 2016 y 2019, tiempo de evolución de la HTA y número de atenciones) y comparación de proporciones para las variables cualitativas (clasificación de la presión arterial 2016 y 2019), mediante la utilización de fórmulas que proponen la OPS y OMS (2002), en el Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE).

6.5. Consideraciones bioéticas

Para el desarrollo de la investigación, el protocolo fue aprobado por el Subcomité de Bioética de la PUCE; y el Centro de Salud El Carmen autorizó el permiso para la recolección de datos. Los pacientes brindaron su información de manera voluntaria previo a la firma del documento de consentimiento informado (formato de la OMS); y sus datos procesados de manera privada y confidencial para garantizar el anonimato de la información. Se siguieron los lineamientos éticos y legales para asegurar la no vulneración de los derechos de los participantes del estudio **(ver anexo 3).**

Se realizaron entrevistas a los pacientes hipertensos que acuden de manera consecutiva a sus controles en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, lo que no representa riesgo alguno para los participantes.

7. RESULTADOS

7.1 De las entrevistas (enfoque cualitativo)

Se entrevistaron a 6 pacientes que fueron atendidos en los años 2016 y 2019.

El análisis crítico de la información generada a partir de las entrevistas se realizó e interpretó siguiendo el modelo de Daniel Prieto-Castillo (1988). El análisis de la información desarrollado por Prieto considera los siguientes aspectos:

Análisis de contenido:

- **Idea núcleo.** Es la parte fundamental y central en la que se expresa todo el discurso, el verdadero mensaje de lo comunicado. A la vez puede presentar sintagmas, es decir palabras parecidas que, en sí, disponen la misma idea núcleo, las cuales serán reiteradas en el discurso (Daniel Prieto Castillo, 1988).

- **Modo de prédica.** Se refiere a la forma en la que el entrevistado relata la información, si lo hace en primera persona corresponde a un modo de prédica de acción y si lo realiza en tercera persona se trata de un modo de prédica de estado.

- **Grado de referencialidad**. Un mensaje expresado siempre va encaminado a citar algo, a referir lo que comprende todo individuo, idea, vivencia, ya sea esta real o no. Tiene relación con el tipo de referencia: alta, distorsionada o baja, en función de la relación entre la información que aporta el individuo y las características del informante. La referencialidad es alta cuando en el mensaje se trata de llegar lo más próximo a las características de una situación o problema, la referencialidad es discordante cuando se muestran características que tienen una relación parcial con el sujeto y la referencialidad es baja cuando aporta muy pocas características que el sujeto tiene.

Preguntas:

Percepción de la relación médico paciente.

Figura 1. ¿Cuándo está con el médico se siente escuchado y en confianza?



[1]

El análisis del discurso presenta un modo de predica de estado, con bajo grado de referencialidad según lo expresado por los entrevistados del médico general y alto grado de referencialidad del médico familiar.

Respecto a la relación con el médico general los entrevistados refirieron que no fue buena, en comparación con la del médico familiar que indicaron que fue muy buena, evidenciándose diferencias con una mejor atención por parte del médico familiar con empatía, esto puede ser porque se les trata bien, tiene paciencia, pregunta por todo, escucha atentamente mediante contacto visual, desde sus problemas de salud hasta cómo se sienten, permitiéndoles expresar lo que les preocupa, examina todo el cuerpo, evidenciándose empatía, en cambio el médico general indicaron, que les atiende rápido, no tiene paciencia, no permite dialogar, no se preocupa por sus problemas, no mira a la cara, no los examina. La manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados de este (Márquez H. Araceli. 2017).

[1] Se trata del antes y después de la inserción de Médicos Familiares

Las siguientes citas reflejan los conceptos mencionados:

"El médico general no da una buena atención, atiende rápido, no lo escucha ni lo toca a uno, no me da confianza, en cambio el médico familiar si da una muy buena atención, trata con amor y cariño, pregunta por todo, escucha con paciencia no me apura, si dialoga conmigo, me toca todo el cuerpo para ver que tengo, me ayuda con otra cita para seguir con mi control (entrevistado N°1)". La manera en que un médico consulta a sus pacientes puede hacer una diferencia significativa en los resultados de este (Márquez H. Araceli. 2017).

"No me gusta como atiende el médico general, no tiene paciencia, no conversa, no pregunta cómo me siento, no se preocupa por mis problemas de salud, ni me toca solo me da la receta", no así el médico familiar que me atiende bien, escucha atentamente mirándome a la cara, él si me pregunta cómo me siento, como estoy con mi esposo con mis hijos, se preocupa por mis problemas, me examina, no me reta, él aconseja, explica cómo debo tomar mi medicación (entrevistado N°2)".

Demostrando que el médico familiar a diferencia del médico general tiene una mejor relación médico-paciente, mediante una escucha activa, comunicación más asertiva y abierta, destaca el valor de los sentimientos del paciente, combina conocimientos y habilidades técnicas con las necesidades de los pacientes.

Percepción del desarrollo de autonomía.

Figura 2. ¿El médico le indica que ejercicios hacer o que le gusta hacer, qué alimentos comer o cuáles pueden comprar?



El análisis del discurso presenta un modo de predica de acción, con bajo grado de referencialidad según lo indicado por los entrevistados del médico general y alto grado de referencialidad del médico familiar.

De acuerdo a lo que expresaron los entrevistados se evidencian grandes diferencias sobre medidas no farmacológicas como seguir una alimentación saludable y realizar actividad física para el cuidado de la salud de los pacientes, obtener un mejor control de sus enfermedades y disminuir los riesgos cardiovasculares. La mayoría de los entrevistados refirieron que el médico general no informa sobre realizar ejercicios, no pregunta qué tipo de ejercicios les gusta hacer, que ejercicios realizar, lo que deben comer y no comer, cuales alimentos comprar para introducir a su dieta, en cambio el médico familiar valora su estado nutricional, da recomendaciones sobre actividad física, pregunta que ejercicios les gusta y recomienda cuales realizar, explica que alimentos deben comer y no comer o disminuir su ingesta, recomienda que alimentos comprar para su dieta habitual, mediante la promoción y prevención de hábitos saludables, que influyendo positivamente en el proceso salud-enfermedad, mejorando calidad de vida de los pacientes.

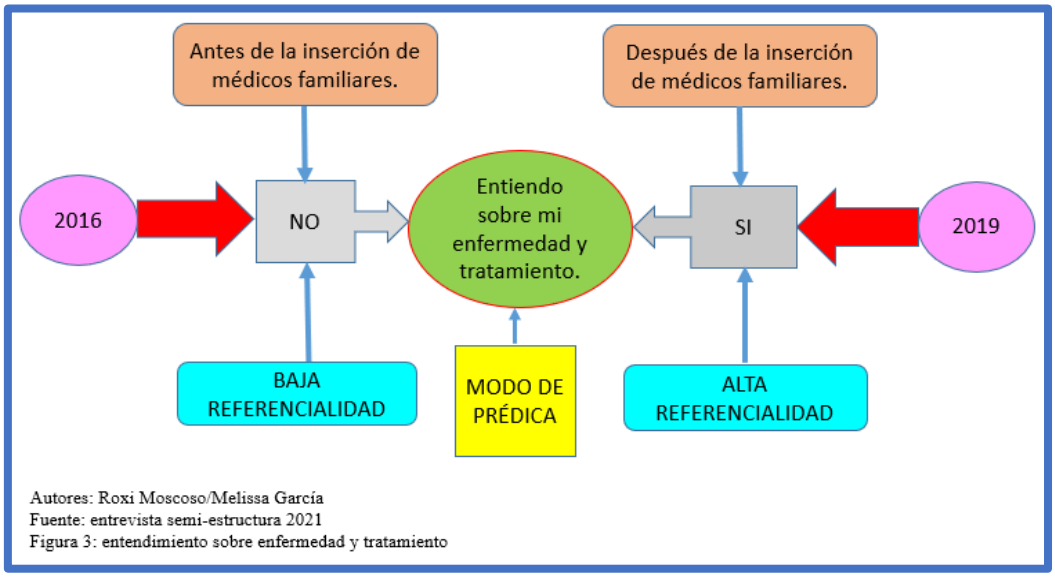
Las siguientes citas detallan los conceptos mencionados:

“El médico general, me dice que estoy muy gorda, que baje de peso, pero no me dice que alimentos debo comer, cuales debo comprar, no explica que ejercicios me gustan o que ejercicios puedo hacer porque a mí me duele mucho las rodillas no puedo caminar mucho porque me siento mal”, en cambio el médico familiar si me explica despacio con paciencia que alimentos puedo comer y los que no debo comer porque me hacen daño para mi salud, que coma bajo en sal y en azúcar, más pollo, pescado, ensaladas, carnes rojas menos, no coma fritos, también me dice que camine despacio, que haga ejercicios de estiramiento”, me cuida, mi doctora es muy buena (entrevistado N°3)”.

“El médico familiar me da consejos sobre como tengo que alimentarme, dibuja un plato y me dice la cantidad que tengo que comer, los alimentos que puedo comprar y que no cuestan tanto, pregunta que ejercicios me gustan y dice que camine 30 minutos todos los días o por lo menos 3 veces a la semana, me explica bien; pero el médico general solo me dice que estoy pasada de peso, que no coma tanto y que haga ejercicios, pero no me explica nada (entrevistado N°4)”.

Autopercepción del entendimiento de las indicaciones y cumplimiento de las mismas.

Figura 3. ¿Entiende claramente lo que el médico le indica de su enfermedad y tratamiento?



Autores: Roxi Moscoso/Melissa García
Fuente: entrevista semi-estructura 2021
Figura 3: entendimiento sobre enfermedad y tratamiento

De acuerdo con lo informado por los entrevistados el análisis del discurso presenta un modo de predica de acción, con bajo grado de referencialidad sobre la percepción del entendimiento relacionado con la enfermedad y tratamiento proporcionado por el médico general y alto grado de referencialidad hacia el médico familiar.

Se evidenció que los pacientes tienen mejor comunicación y mayor entendimiento con el médico familiar que con el médico general, porque la mayoría refieren que el médico familiar le explica sobre su enfermedad, las complicaciones, los riesgos, motiva sobre el cumplimiento de las indicaciones y recomendaciones, informa sobre efectos adversos de los medicamentos, bien detallado y con letra clara en la receta los medicamentos que debe tomar y en que horarios.

Las siguientes citas reflejan los conceptos mencionados:

“El médico general no me habla sobre mi enfermedad, no me dice porque tengo que cuidarme, no me explica, solo me da la receta y dice que ahí está todo escrito, que lea, en cambio el médico familiar si me explica sobre mi enfermedad, que tengo riesgo y puedo complicarme si no me cuido, él me motiva a que me cuide, a cumplir con sus indicaciones y consejos, explica despacio y señala que medicamentos tengo que tomar, a qué hora, me escribe bien en la receta, también la reacción que puede hacerme el medicamento y que si me siento mal vaya a la emergencia del hospital (entrevistado N°5)”.

“El médico general no me habla de mi enfermedad, no me dice que tengo que hacer para cuidarme, le pregunto y me dice que en la próxima cita me explica que ahora no tiene tiempo, me da la receta, pero hay cosas que no entiendo de lo que escribe siempre le pido al señor de la farmacia que me explique cómo debo tomar; en cambio el médico familiar si me explica tiene paciencia para hablarme sobre mi enfermedad, los riesgos que tengo por mi enfermedad, dice que me puede pasar si no me cuido, le entiendo cuando me habla y lo que escribe en la receta (entrevistado N°6)”.

Percepción respecto a la atención en general.

Figura 4. ¿Considera que hay comparación en la atención entre los médicos generales y los médicos de familia?



El análisis del discurso presenta un modo de predica de estado, con alto grado de referencialidad sobre la percepción la comparación entre el médico general y familiar.

Se evidenció notables diferencias entre el médico general y familiar, la mayoría expresó que el médico familiar brinda un buen trato, los recibe alegre, escucha empáticamente sus problemas, se preocupa por su salud, da consejos sobre cómo cuidarse relacionados con una alimentación saludable y actividad física aconsejando que tipos de ejercicios realizar según su condición de salud, que tiene más conocimientos y habilidades porque da con la enfermedad, atiende con amor, cariño a niños, adolescentes, adultos, embarazadas y adultos mayores, se preocupa por la salud del paciente y la familia; en cambio el médico general no les trata tan bien, se enoja y los reta si no cumplen con el tratamiento, no aconseja, solo da la receta no explica y si lo hace es rápido no tiene paciencia, según lo expresado por la mayoría de los entrevistados.

Bajo la percepción de los entrevistados el médico familiar brinda una atención integral con un enfoque biopsicosocial, dando respuestas a las necesidades y expectativas de los pacientes, con abordaje de los problemas de salud del individuo y su familia, además brinda información y consejería sobre el proceso de salud-enfermedad y resuelve las patologías.

7.2 De la revisión de Historias clínicas (enfoque cuantitativo)

7.2.1 Descripción de las variables de estudio – Estadística descriptiva

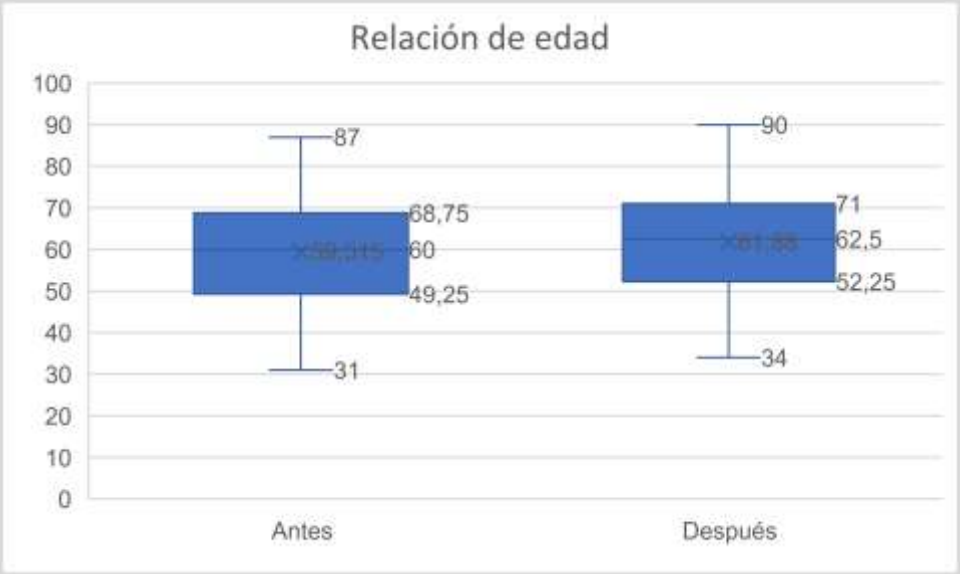


Gráfico 1. Edad de los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud El Carmen en el 2016 y 2019.
Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

La diferencia en el promedio de edad que se observa es probablemente real según el resultado de la prueba Z ($p < 0,05\%$) (**ver anexo 4**).

TABLA 1: Edad de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen. Año 2016.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
30-40 años	13	6,50%	6,50%	3,51%- 10,86%
41-50 años	43	21,50%	28,00%	16,02%- 27,85%
51-60 años	50	25,00%	53,00%	19,16%- 31,60%
61 años y más	94	47,00%	100,00%	39,92%- 54,17%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 2: Edad de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen. Año 2019.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
30-40 años	6	3,00%	3,00%	1,11-6,42%
41-50 años	33	16,50%	19,50%	11,64-22,38%
51-60 años	49	24,50%	44,00%	18,71-31,06%
61 años y más	112	56,00%	100,00%	48,83-62,99%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Podemos evidenciar que la variable muestra que más del 50% de las personas con HTA, son mayores de 61 años tanto en el 2016 como en el 2019.

TABLA 3: Sexo de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2016.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Femenino	150	75,00%	75,00%	68,40%- 80,84%
Masculino	50	25,00%	100,00%	19,16%- 31,60%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 4: Sexo de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2019.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Femenino	158	79,00%	79,00%	72,69-84,43%
Masculino	42	21,00%	100,00%	15,57-27,31%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Lo que demuestra que tanto en el 2016 y 2019 existe un predominio de asistencia al Centro de Salud del sexo femenino con cerca del 80% en ambos periodos.

TABLA 5: Lugar de Residencia de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2016.

Zona	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Rural	47	23,50%	23,50%	17,81%-30,00%
Urbana	153	76,50%	100,00%	70,00%-82,19%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 6: Lugar de Residencia de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2019.

Zona	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Rural	49	24,50%	24,50%	18,71-31,06%
Urbana	151	75,50%	100,00%	68,94-81,29%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Lo que manifiesta que tanto en el 2016 como en el 2019 los pacientes que más frecuentan al Centro de Salud corresponden al área urbana.

TABLA 7: Estado Civil de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2016.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Casado/a	56	28,00%	28,00%	21,90%- 34,77%
Divorciado/a	12	6,00%	34,00%	3,14%- 10,25%
Soltero/a	19	9,50%	43,50%	5,82%- 14,44%
Unión libre	100	50,00%	93,50%	42,87%- 57,13%
Viudo/a	13	6,50%	100,00%	3,51%-10,86%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 8: Estado Civil de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2019.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Casado/a	67	33,50%	33,50%	27,00-40,50%
Divorciado/a	6	3,00%	36,50%	1,11-6,42%
Soltero/a	15	7,50%	44,00%	4,26-12,07%
Unión libre	101	50,50%	94,50%	43,36-57,63%
Viudo/a	11	5,50%	100,00%	2,78-9,63%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Teniendo como resultados que tanto en el 2016 y 2019 existe un realce que en su mayoría son de unión libre. La mayoría de las personas con HTA, vive en pareja (casada o en unión libre), en ambos periodos mayor al 50%.

TABLA 9: Nivel de Instrucción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2016.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Ninguna	15	7,50%	7,50%	4,26%- 12,07%
Primaria completa	31	15,50%	23,00%	10,78%- 21,27%
Primaria incompleta	68	34,00%	57,00%	27,47%- 41,02%
Secundaria completa	60	30,00%	87,00%	23,74%- 36,86%
Secundaria	5	2,50%	89,50%	0,82%- 5,74%
Superior completa	7	3,50%	100,00%	1,42%- 7,08%
Superior incompleta	12	6,00%	96,50%	3,14%-10,25%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 10: Nivel de Instrucción de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2019.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Ninguna	65	32,50%	32,50%	26,06-39,47%
Primaria completa	24	12,00%	44,50%	7,8417,33%-
Primaria incompleta	34	17,00%	61,50%	12,07-22,94%
Secundaria completa	50	25,00%	86,50%	19,16-31,60%
Secundaria incompleta	8	4,00%	90,50%	1,74-7,73%
Superior completa	7	3,50%	94,00%	1,42-7,08%
Superior incompleta	12	6,00%	100,00%	3,14-10,25%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Es notorio que los pacientes que acuden al centro de salud tanto en el 2016 y 2019 se encuentran con un nivel de instrucción entre primaria incompleta y ninguna. Siendo la frecuencia un poco mayor en el 2019 ninguna (32,50%) que en el 2016 primaria incompleta (34%) la suma de ambas condiciones representa una gran mayoría de los pacientes hipertensos da como resultado 66,50 %.

7.2.2 Estadística comparativa - analítica

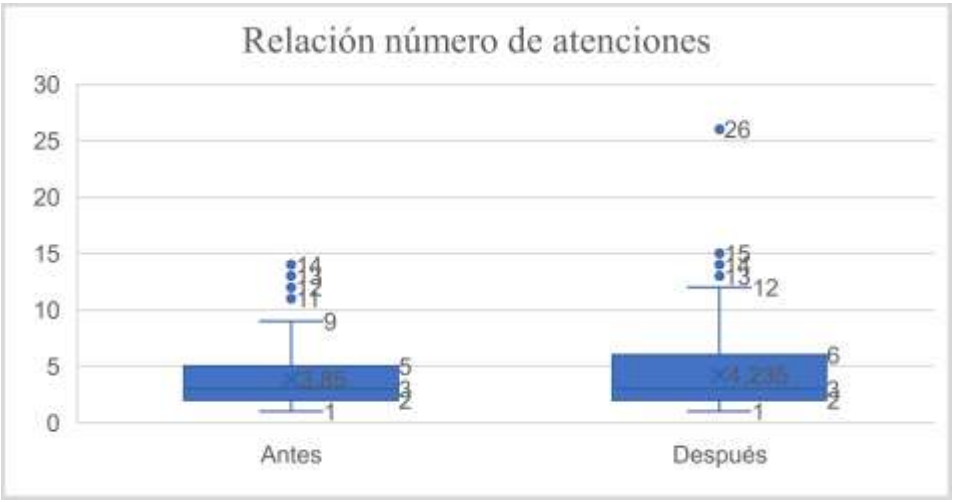


Gráfico 2. Número de atenciones de pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud El Carmen en el 2016 y 2019.

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

El gráfico 2 muestra una diferencia con relación al número de atenciones entre el 2016 y 2019, ya que por sus controles subsecuentes se evidencia la concurrencia al Centro de Salud El Carmen.
El cálculo de la prueba Z reporta un valor de p < a 0,05%, es decir que esta diferencia es probablemente real (**ver anexo 5**).

TABLA 11: Categorías de presión arterial de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2016.

Categorías de presión arterial	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Crisis Hipertensiva	12	6,00%	6,00%	3,14%- 10,25%
Elevada	48	24,00%	30,00%	18,26%- 30,53%
Hipertensión Estadio I	39	19,50%	49,50%	14,25%- 25,68%
Hipertensión Estadio II	97	48,50%	98,00%	41,39%- 55,65%
Normal	4	2,00%	100,00%	0,55%- 5,04%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

TABLA 12: Categorías de presión arterial de los pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa del Centro de Salud El Carmen 2019.

Categorías de presión arterial	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	IC 95%
Crisis Hipertensiva	2	1,00%	1,00%	0,12-3,57%
Elevada	48	24,00%	25,00%	18,26-30,53%
Hipertensión Estadio I	28	14,00%	39,00%	9,51-19,59%
Hipertensión Estadio II	43	21,50%	60,50%	16,02-27,85%
Normal	79	39,50%	100,00%	32,68-46,64%
Total	200	100,00%	100,00%	

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Por lo que podemos observar que, en el 2016, de los 200 pacientes en estudio en su mayoría están en hipertensión estadio II y en el 2019, de los 200 pacientes en estudio se encuentran en presión normal.

La comparación de proporciones de la hipertensión arterial estadio II entre los años 2016 y 2019, arrojo un valor de p < 0.05; por lo que podemos afirmar que esta diferencia es probablemente real, es decir, existe un mejor control de la PA en el año 2019 (**ver anexo 6**).

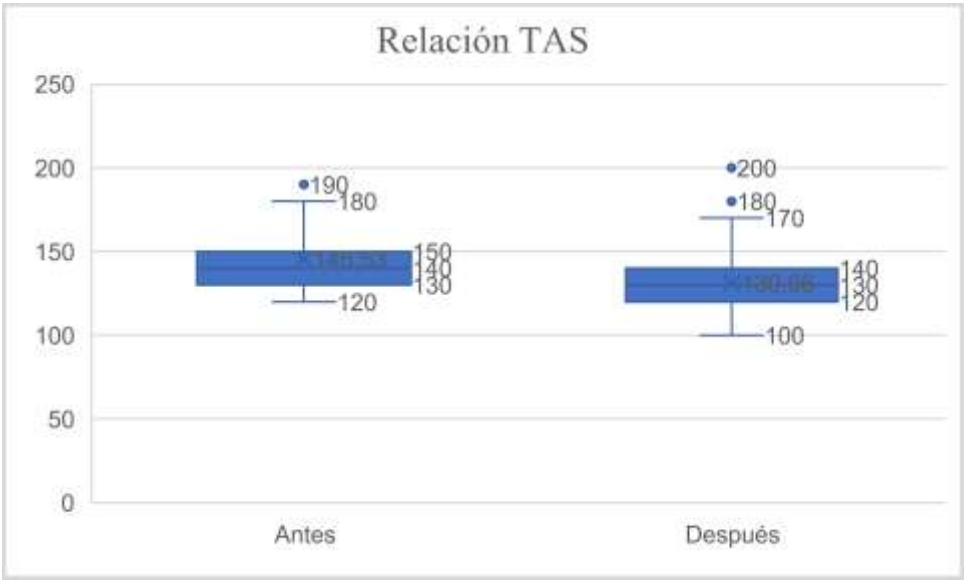


Gráfico 3. Tensión arterial sistólica antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

El gráfico 3 muestra diferencia en el comportamiento de la presión sistólica entre el 2016 y 2019, más elevada en 2016.

El cálculo de la prueba Z reporta un valor de p < 0,05%, es decir que esta diferencia es probablemente real (**ver anexo 7**).

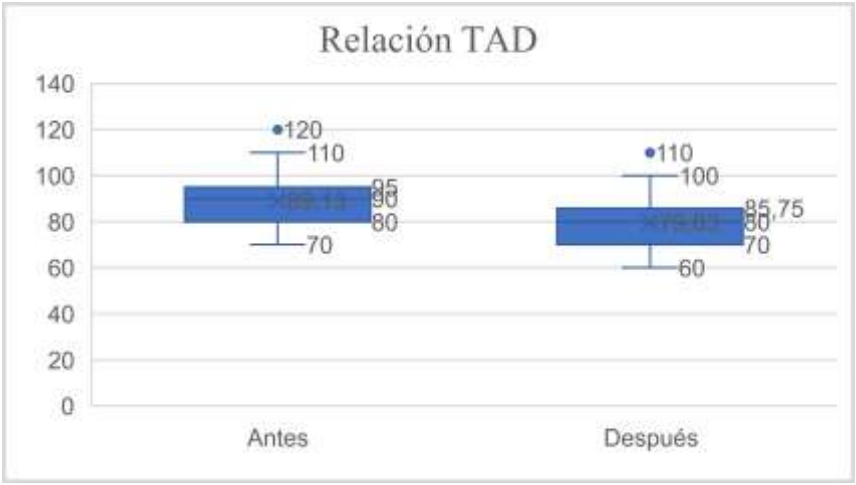


Gráfico 4. Tensión arterial diastólica antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

El gráfico 4 muestra diferencia en el comportamiento de la presión diastólica entre el 2016 y 2019, más elevada en 2016.

El cálculo de la prueba Z reporta un valor de p < 0,05%, es decir que esta diferencia es probablemente real (**ver anexo 8**).

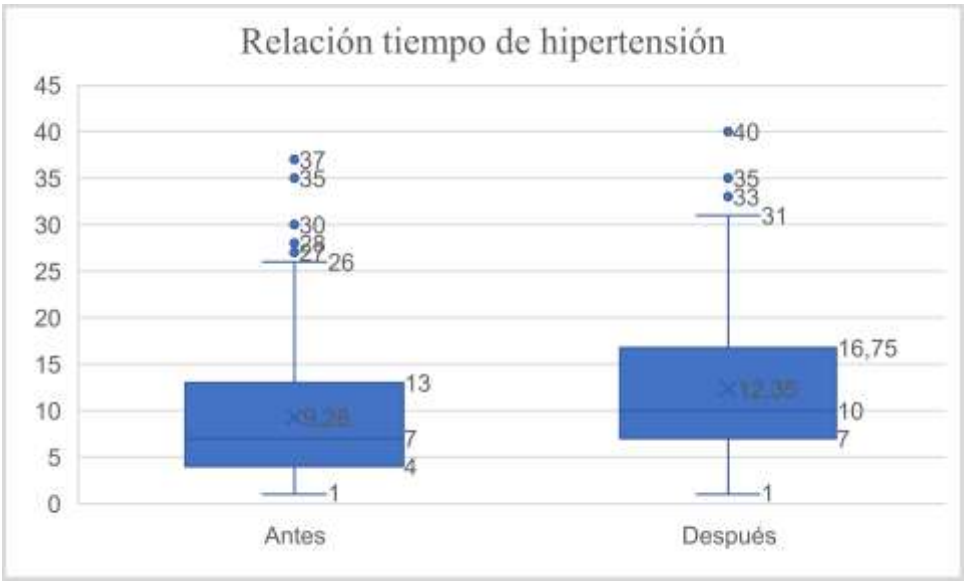


Gráfico 5. Tiempo de hipertensión antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.
Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

El gráfico 5 muestra una diferencia con relación al tiempo de hipertensión entre el 2016 y 2019, ya que podemos evidenciar que los pacientes acuden para mejorar su patología de base, pese al tiempo transcurrido y se evidencia en sus visitas subsecuentes.

El cálculo de la prueba Z reporta un valor de p < 0,05%, es decir que esta diferencia es probablemente real. (**ver anexo 9**).

8. DISCUSIÓN

La metodología cualitativa empleada mediante las entrevistas abiertas y semiestructuradas que se realizaron a los pacientes hipertensos que acudieron a la consulta externa de los servicios de Medicina General y Medicina Familiar del Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019, revelan como datos un modo de prédica en acción, un grado de referencialidad alto con una representación social consolidada para el médico familiar y para el médico general un modo de prédica de acción y de estado un grado de referencialidad bajo, con una representación social no consolidada, evidenciándose a través de las expresiones verbales y no verbales, la búsqueda del significado de su discurso mediante el análisis crítico de sus percepciones, preocupaciones y emociones respecto a su salud-enfermedad y bienestar experimentados en la atención por médicos generales y médicos familiares en el Centro de Salud El Carmen en los años 2016 y 2019.

El enfoque cualitativo permitió evidenciar diferencias en la calidad de atención recibida, los entrevistados expresaron una mayor representación positiva para el médico familiar por su calidad humana, porque tuvo una buena comunicación con una escucha empática y un diálogo abierto con ellos mediante un trato cordial y amigable, mayor contacto visual entre el médico y paciente, aspectos que influyen en la vivencia emocional de la enfermedad, tal y como reflejan Pope y Mays (1995), en sus reflexiones sobre la investigación cualitativa en el sistema de salud de Reino Unido, se realza la importancia de la comunicación en los procesos crónicos, donde una relación óptima y cercana con el personal médico adquiere especial relevancia, acorde con un estudio reciente efectuado en Andalucía (Escudero et al., 2006).

A demás el médico familiar demostró mayor interés y preocupación por el cuidado de la salud los pacientes, indagación de su entorno, relaciones y apoyo de su familia, brindó una evaluación completa y minuciosa, muy atenta con mejor preparación profesional, mayor conocimiento y capacidad resolutiva, consideraron que les dio una información clara de sus enfermedades y prescripciones no farmacológicas y farmacológicas, recomendaron cambios en el estilo de vida con hábitos de alimentación saludable y actividad física y demostraron interés en el seguimiento que realiza por sus problemas de enfermedad y continuidad en la

atención médica integral. Lo anterior es corroborado en un estudio realizado por Girón et al., (2002), el médico de familiar resultó mejor valorado que el médico tradicional por su calidad humana y porque demostró mayor interés por el estado de salud de los pacientes (Girón, Beviá, Medina, & Talero, 2002).

Es notable que en este estudio podemos evidenciar que el grupo de edad que más acuden al Centro de Salud El Carmen son los de 61 años y más, existe un predominio de mujeres, lo que podría coincidir con una mayor prevalencia de la enfermedad en las mujeres, sin embargo, puede ser que los hombres asistan con menor frecuencia, por descuido mas no por una menor prevalencia. Además, se ha visto un incremento en el promedio de la edad para los pacientes de HTA, es decir, se ha ganado más de dos años lo que obedece a una mejor calidad de vida ya que el padecimiento de esta enfermedad está estrechamente ligado al sedentarismo, el estrés y a los desórdenes alimenticios como el alto consumo de sal. Un estudio mixto de tipo descriptivo, transversal y fenomenológico, realizado en Honduras en el período de abril 2017-abril 2018 a una población con diagnóstico de HTA, mayores de 20 años, usuarios de los servicios ambulatorios del Hospital Juan Manuel Gálvez y Centro Integral de Salud Genaro Muñoz Hernández, se encontró en los resultados obtenidos en el estudio un predominio del sexo femenino, presentando más de la mitad de los participantes un rango de edad mayor o igual a 60 años (Durón et al., 2020); coincidiendo con un estudio realizado en México, donde se encontró predominio de los participantes pertenecientes al sexo femenino y con un rango de edad entre 60 y 84 años (Pérez et al., 2014), lo cual concuerda con lo descrito en el The Eighth Joint National Committee (JNC8), donde se evidencia que la prevalencia de HTA incrementa con la edad, encontrándose mayor incidencia en el grupo de 60 a 69 años (MSP, 2019).

El área urbana tiene un comportamiento porcentual muy similar en ambos grupos de análisis, por otro lado en su mayoría son de unión libre; este caso es de gran interés y se debería considerar profundizar en las características de la calidad de vida de las personas en unión libre y por qué esto coincide con la prevalencia de la HTA; mantienen un nivel de instrucción entre ninguna y primaria incompleta; lo que claramente denotaría que el nivel de preparación de los pacientes tiene relación con el padecimiento de la HTA así como con el estilo de vida de ellos.

Es decir, las muestras del 2016 y 2019 son similares en sus características sociodemográficas, además el tiempo de evolución de la enfermedad es mayor en el 2019 (valor de $p < 0.05$).

La diferencia de los promedios de la presión arterial sistólica y diastólica entre el 2016 y 2019 que se registra en las HC, es probablemente real según el resultado de la prueba Z (valor de $p < 0.05$); esta diferencia, sugieren avance positivo en el control de la presión arterial en el 2019. Mejoría que puede atribuirse a una mejor organización del servicio y del sistema local de atención en salud, lo que lleva a un mejor acceso a medicamentos, exámenes de laboratorio, insumos, etc. Pero esta diferencia, también podría estar influenciada por la presencia de médicos familiares en el sistema, al menos abre la posibilidad de hacernos la pregunta de si el médico de familia influye en un mejor control de la PA. Se puede definir a la intervención que realiza el médico familiar con la asistencia y coordinación de un equipo médico, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de los pacientes a fin de promover un mejor estilo de vida desde la participación de la familia y de todo su círculo de influencia con el objetivo de diagnosticar, curar, o mejorar sus condiciones de salud o prevenir una enfermedad" (Gallegos, 2011).

Así mismo podemos encontrar una gran diferencia en la tasa de re-consulta; evidenciándose a través de la prueba Z (valor de $p < 0.05$); con una comparación entre el 2016 y 2019 probablemente ventajosa; ya que por la estimación de su resultado en la estadística ha sido muy concurrente la asistencia a las consultas médicas periódicas para el control de su enfermedad de base, en este caso la hipertensión arterial; o tal es el caso que esta afluencia puede ser posible por el mejor trato del paciente en la consulta, o por la confianza hacia el médico de familia. Es posible que en el 2019 gracias a la atención de los médicos de familia sea motivo de la asistencia a las consultas médicas mensuales y así mismo de la reducción de los valores de presiones; ya que se encuentran dentro de parámetros normales; la mayoría de los pacientes entrevistados recomiendan consultar en el mismo servicio de Medicina Familiar (Ross et al., 2002).

Por lo que el médico familiar representa una figura fundamental y básica e irremplazable en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el control de las patologías de mayor incidencia, morbilidad y mortalidad (Rubinstein, A., 2006).

La Academia Americana de Medicina Familiar la define como la especialidad médica que provee el cuidado de la salud al individuo y a su familia de manera continua e integral. Es una especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El alcance de la Medicina Familiar engloba todas las edades, ambos sexos, cada sistema, órganos y todas las enfermedades (Halabe, J., et al, 2018).

En relación a las limitaciones del estudio se concluye lo siguiente:

- La comparación no fue entre médicos generales y médicos familiares, esto por la complejidad operativa; en este caso en el 2016 no existían médicos familiares y fueron al azar escogidas las historias clínicas; en relación al año 2019 que ya se encontraban en la atención primaria los médicos familiares, no fue posible identificar HC donde la atención fue brindada solo por estos profesionales; por tal motivo es en la entrevista donde surge dicha comparación.
- Las condiciones impuestas por las restricciones durante la pandemia, esto impidió comenzar más temprano las entrevistas por lo que solo se pudo lograr 6 de las 10 planificadas

9. CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de atención recibida en los pacientes hipertensos por los médicos familiares es de una atención integral bajo un enfoque biopsicosocial, lo que se evidenció en las entrevistas realizadas, obteniéndose diferencias importantes entre el médico familiar y el médico general, destacando por parte del médico familiar una atención satisfactoria, resaltando una comunicación empática como una de las habilidades más representativas, que genera un ambiente de confianza y una adecuada relación médico-paciente.

Dentro de las características percibidas por los entrevistados del médico familiar a diferencia del médico general destacan las de un profesional humanitario, respetuoso, empático, comunicativo, con mejor competencia académica-científica y habilidades técnicas que le permiten una mayor capacidad resolutiva, educa sobre prácticas de promoción y prevención de la salud, brinda seguimiento y continuidad en la atención, generando satisfacción y predilección por la atención que brinda el médico familiar.

Las comparaciones de la presión arterial mostraron un mejor control en el 2019, lo que sugiere una influencia positiva de la actuación de los médicos familiares en el manejo y control de la presión arterial.

La comparación de la tasa de re consulta es mayor en el año 2019, diferencia que es significativa; lo que traduce un mejor seguimiento a las personas con hipertensión arterial, mejora en la que la presencia de médicos de familia por su formación puede tener una importante influencia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Donabedian, A. (2016). *La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?* Bogota: Rev Calidad Asistencial.

Durón, D. et al. (2020). Satisfacción en la calidad de atención de salud en pacientes hipertensos, municipio de Gracias,Honduras. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 15-25.

Escudero, M. et al. (2006). La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo I. Un estudio cualitativo. Atención Primaria. Vol. 38, nº 1, pp. 8-18.

Galvis, J. Calidad de la atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III. Venezuela, Mérida. [Tesis de Especialista]. [Internet]. Universidad Católica Andrés Bello; 2006 [citado 24 de febrero de 2017].

Gallegos, R. (2011). *Relación Médico Paciente.* España: Psicología Clínica.

Girón, M. et al (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(5), 561–575.

Halabe, J. et al. *La importancia del médico familiar en la atención cotidiana*. Aten Fam. 2018; 25(3); 89-90. http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65304.

Lorente, J. et al (2009). *La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial.* La Habana: Facultad de Ciencias Médicas de la DIAZ Habana.

Moreno, F. et al (2015). Percepción sobre las competencias personales y profesionales del médico familiar de los usuarios del Centro de Medicina Familiar Vozandes “La Y ” y el Hospital del día “ Eloy Alfaro ” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

MSP, Ministerio de Salud Pública (2019). Hipertensión arterial. Guía de Práctica Clínica (GPC). *Dirección Nacional de Normatización*, 1–70. http://salud.gob.ec

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Modulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Washington D.C., Estados Unidos: Type Assessoría Editorial Ltda.

Panamerican Health Organization. (2016). *Managing Diabetes in Primary Care in the Caribbean.* Panama: Panamerican Health Organization.

Pérez, C. (2009). *La relación medico paciente en el Sistema Nacional de Salud.* Italia: Sistema Nacional de Salud.

Pérez, C. et al (2014). Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. *Duazary*, *11*(1), 14–21. http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/716/930

Pope, C. et al (1995). Qualitative Research: Reaching the Parts other Methods Cannot Reach: an Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. British Medical Journal. Vol. 311, pp. 42-45.

Prieto, D. (1988). *Manual de análisis de mensajes.* Quito, Ecuador: CIESPAL.

Ross, A.et al (2002). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud*, 93–98. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700012&lng=pt&nrm=iso

Rubinstein, A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.

Rubinstein, A. et al (2019). *Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuibles a factores de riesgo modificables en Argentina.* Argentina: Rev Panam Salud Pública.

Troncoso, C. (2016). *Adherencia al Control Nutricional en Varones con Patologias Crónicas.* Chile: Revista Chilena Nutricional.

Varo, J. (2014). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios.* España: DE SANTOS, S. A.

11. ANEXOS

Anexo 1

Guía de preguntas para la entrevista.

Percepción en la Calidad de Atención en Salud en pacientes con "hipertensión arterial"

Señor usuario, esta es una GUÍA DE PREGUNTAS que permitirá conocer sus opiniones sobre la calidad de atención recibida y percibida en la consulta antes y después de la inserción de Médicos de Familia en su control de Hipertensión en el Centro de Salud El Carmen en el periodo 2016 y 2019. Agradecemos llenarla lo más sincera posible, sus aportes ayudaran a mejorar el servicio.

Marque con una(X) o rellene los espacios en blanco, para cada una de las siguientes preguntas:

Edad: _____ Sexo: F 1 M 2
Lugar de Residencia: Urbano Rural
Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Nivel Educativo: Ninguna Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior Incompleta Superior Completa
Consultas: # en el año 2016 # en el año 2019
Valores de Cifras tensionales:

Preguntas:

Percepción de la relación médico paciente.

1.- ¿Cuándo fue atendida por el médico como fue la relación?
2.- ¿Cuándo está con el médico se siente escuchado y en confianza?
3.- ¿Usted alguna vez sintió que la maltrataron?

Percepción del desarrollo de autonomía.

1.- ¿Su médico le permite tomar decisiones en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad?
2.- ¿El médico le indica que ejercicios hacer o que le gusta hacer, que alimentos comer o cuales puede comprar?
3.- ¿Regresaría a los controles con el médico que le atendió?

Autopercepción del entendimiento de las indicaciones y cumplimiento de las mismas.

1.- ¿Entiende claramente lo que el médico le indica de su enfermedad y tratamiento?
2.- ¿El médico le explica sobre los riesgos al no cumplir con el tratamiento?

Percepción respecto a la atención en general.

1.- ¿Considera que hay comparación en la atención entre los médicos generales y los médicos de familia?
2.- ¿Qué considera que hace falta en el Centro de Salud para mejorar la atención?

Anexo 2

Matriz de registro

Paciente:				
Historia clínica:				
Cédula de identidad:				
Sexo:	Femenino		Masculino	
Edad:				
Etnia:	Blanco		Mestizo	
	Afrodescendiente		Indígena	
Estado civil:	Soltero		Viudo	
	Casado		Unión libre	
	Divorciado			
Nivel de instrucción:	Ninguna		Secundaria completa	
	Primaria incompleta		Superior incompleta	
	Primaria completa		Superior completa	
	Secundaria incompleta			
Lugar de residencia:	Urbana		Rural	
Teléfono:				
Continuidad de la atención:	Primera consulta 2016		Primera consulta 2019	
	Consulta subsecuente 2016		Consulta subsecuente 2019	
Valores de Presión Arterial (cifras tensionales)	2016		2019	
	140-159/ 90-99 mmHg		140-159/ 90-99 mmHg	
	160-179/100-109 mmHg		160-179/100-109 mmHg	
	≥180 / ≥110 mmHg		≥180 / ≥110 mmHg	
	≥140 / <90 mmHg		≥140 / <90 mmHg	

Normal
Elevada
HTA estadio I
HTA estadio II
Crisis Hipertensiva

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ……

Yo, …… con C.I.: ……, he sido informado(a) por el equipo de investigación acerca del estudio que se encuentran realizando para su tema de tesis. "Calidad de atención de pacientes con Hipertensión Arterial, antes y después de la inserción de Médicos Familiares en el Centro de Salud El Carmen, en los años 2016 y 2019".

He recibido suficiente información en relación a la investigación. Entiendo que la participación es voluntaria, así como también que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones. También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente acerca de la confidencialidad de los datos personales que se obtienen en este consentimiento, así como las preguntas que se utilicen para la investigación.

Le garantizamos que usted y su familia continuarán recibiendo servicios sanitarios, a pesar de su salida del programa, si es su deseo.

Se puede consultar en cualquier momento de la investigación si tienen dudas con:

Dra. García García Melissa Mayrena; dirección Vía a Chone-El Carmen-fono: 0967536196
Dra. Moscoso Macías Roxi Yohomara dirección Vía a Chone-El Carmen-fono: 0983359789.

Estoy de acuerdo con la entrevista que se me ha propuesto, he sido informado y se me ha explicado de forma clara en que consiste. He escuchado leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar la entrevista. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

En caso de aceptar su participación en el estudio necesitamos que firme a continuación.

Consentimiento de participación en el estudio si ___ no _____

_____	_____	_____
Nombre completo del paciente	Cédula de ciudadanía	Firma del paciente o huella

Anexo 4

Promedio de edad de los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud El Carmen en el 2016 y 2019.

Comparación de medias

Datos necesarios		
Tamaño del grupo 1	**n1**	200
Promedio del grupo 1 X1		**61,88**
Desviación standard del grupo 1 DE1		1,33
Tamaño del grupo 2	**n2**	200
Promedio del grupo 2 X2		**59,515**
Desviación standard del grupo 2 DE2		1,71
Procedimiento		

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:

Z=	X1-X2	2,365
		0,0088445
		0,0146205
		0,153
		15,4390604

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Anexo 5

Visitas subsecuentes de los pacientes con HTA que acuden al Centro de Salud el Carmen en el 2016 y el 2019

Comparación de medias

Datos necesarios		
Tamaño del grupo 1	**n1**	200
Promedio del grupo 1 X1		**4,24**
Desviación standard del grupo 1 DE1		1,33
Tamaño del grupo 2	**n2**	200
Promedio del grupo 2 X2		**3,85**
Desviación standard del grupo 2 DE2		1,71

Procedimiento

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:

Z=	X1-X2	0,39
		0,0088445
		0,0146205
		0,153
		2,54597613

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Anexo 6

La comparación de proporciones de la hipertensión arterial estadio II entre los años 2016 y 2019.

Comparación de medias

Datos necesarios		
Tamaño del grupo 1	**n1**	200
Promedio del grupo 1 X1		**140**
Desviación standard del grupo 1 DE1		1,33
Tamaño del grupo 2	**n2**	200
Promedio del grupo 2 X2		**43**
Desviación standard del grupo 2 DE2		1,71
Procedimiento		

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:

Z=	X1-X2	97
		0,0088445
		0,0146205
		0,153
		633,229961

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Anexo 7

Tensión arterial sistólica antes y después de la inserción de médicos familiares en el centro de salud El Carmen (2016 y 2019).

Comparación de medias TAS 2016-2019			
Datos necesarios			
Tamaño del grupo 1	2016	n1	200
Promedio del grupo 1 X1			145,53
Desviación standard del grupo 1 DE1			15,53
Tamaño del grupo 2	2019	n2	200
Promedio del grupo 2 X2			130,96
Desviación standard del grupo 2 DE2			17,02
Procedimiento			

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:	Z=	X1-X2	14,57
			1,2059045
			1,448402
			1,629
			8,94301618

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Anexo 8

Tensión arterial diastólica antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

Comparación de medias TAD 2016-2019			
Datos necesarios			
Tamaño del grupo 1	**2016**	**n1**	200
Promedio del grupo 1 X1			**89,13**
Desviación standard del grupo 1 DE1			8,77
Tamaño del grupo 2	**2019**	**n2**	200
Promedio del grupo 2 X2			**79,83**
Desviación standard del grupo 2 DE2			9,80
Procedimiento			

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:

Z=	X1-X2	9,3
		0,3845645
		0,4802
		0,930
		10,0007834

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

Anexo 9

Relación tiempo de hipertensión antes y después de la inserción de médicos familiares. El Carmen, 2016 y 2019.

Comparación de medias

Datos necesarios		
Tamaño del grupo 1	**n1**	200
Promedio del grupo 1 X1		**12,35**
Desviación standard del grupo 1 DE1		1,33
Tamaño del grupo 2	**n2**	200
Promedio del grupo 2 X2		**9,28**
Desviación standard del grupo 2 DE2		1,71
Procedimiento		

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{DE1^2/n1 + DE22/n2}}$$

Resultado:	Z=	X1-X2	3,07
			0,0088445
			0,0146205
			0,153
			20,0414019

Realizado por Melissa García y Roxi Moscoso

12. PLAN DE PUBLICACIÓN

Se plantea enviar el presente escrito como artículo de investigación; el cual estará basado en los datos reales y estadísticos que se presenta en este manuscrito, a 3 revistas elegidas cumpliendo con los derechos de autor, políticas anti plagio y normas éticas.

Las revistas mencionadas por sus particularidades en el contenido de nuestro documento serán las escogidas para su debida publicación, son:

- **Revista del programa formativo de actualización en Medicina de Familia de la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria (AMF-SEMFYC).**

AMF, Actualización en Medicina de Familia, es el programa de formación continuada a distancia de la semFYC. Tiene como objetivo proporcionar a los médicos de familia una herramienta de formación continuada, basada en el programa de la especialidad, diseñada y elaborada por médicos de familia, tiene una orientación práctica y rigurosa. Combina los grandes temas de la medicina de familia (que se revisan cada 4 años), con otros aspectos o problemas a menudo olvidados.

AMF se rige por un Comité Directivo. Los contenidos del programa dependen del Comité de Redacción, que cuenta con la asesoría del Comité Editorial y la colaboración de un grupo de revisores. El trabajo técnico corre a cargo de Congreso y Ediciones semFYC. Todos ellos actúan atendiendo a la misión, valores y compromisos de AMF.

La revista AMF tiene como principal objetivo proporcionar a los médicos una herramienta de formación continuada, basada en el nuevo programa de la especialidad, diseñada y elaborada por y para médicos de familia. AMF revisa temas concretos desde perspectivas muy diferentes que son de gran ayuda en la consulta diaria del médico de familia. Ya desde el año 2006, AMF publica un total de 10 números anuales, de los cuales dos son monográficos que están disponibles para todos los médicos de familia en formato papel y electrónico previa suscripción. En la versión electrónica además todos los meses se ofrecen varios recursos en abierto.

AMF dispone de un sistema de evaluación semestral únicamente para los suscriptores. La suscripción a AMF le permitirá acceder a la totalidad de los créditos otorgados al Programa de Formación: 8,5 créditos semestrales concedidos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (CFC del SNS)- Consejo Catalán de Formación Médica Continuada (CCFMC) y 60 horas semestrales por el Sistema de Acreditación de Actividades de Formación Continuada en Atención Primaria (SaAP).

- **Revista médica Scielo**

(Scientific Electronic Library Online) es un modelo para la publicación de revistas científicas en Internet. Su objetivo principal es aumentar la difusión y visibilidad de la ciencia generada en Latinoamérica, el Caribe, España y Portugal.

Es un modelo cooperativo descentralizado que agrupa colecciones nacionales y temáticas de revistas científicas que cumplen unos ciertos criterios de calidad. Su filosofía es facilitar el acceso universal y gratuito a las publicaciones científicas del ámbito latinoamericano y de este modo aumentar su visibilidad.

SciELO (http://www.scielo.org) se encuentra incluido en la "Biblioteca Virtual en Salud" (BVS) (http://regional.bvsalud.org)[1], un proyecto más amplio que incluye otras herramientas y fuentes de información, como bases de datos bibliográficas, directorios, comunidades virtuales, herramientas terminológicas

- **Revista Medicina clínica de Elsevier**.

Es una revista cuyo objetivo principal es promocionar la investigación y la práctica clínica entre los especialistas en medicina interna y otras especialidades. En ella se publican artículos científicos originales, editoriales, originales breves, revisiones, así como otra información relevante para la medicina interna y las áreas relacionadas.

Medicina Clínica priorizará aquellos artículos que faciliten la transparencia y reproducibilidad de sus resultados. Aconsejamos a los autores seguir las guías de publicación de la red Equator, refrendadas por el ICMJE, como CONSORT o STROBE.

ARTÍCULOS ESPECIALES

Para esta sección se contemplan artículos que reflejen opiniones originales e interpretaciones de temas relevantes y revisiones narrativas y prácticas. Las contribuciones voluntarias se someterán a la consideración del comité de redacción. El texto puede tener un máximo de 4000 palabras. Se aceptará un máximo de 4-5 figuras o tablas y de 30 referencias para la bibliografía. Se aceptan hasta 4 autores como máximo.