

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis para optar al título de especialista en dirección de servicios de salud y epidemiología.

Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector de Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Autor: Lic. Melvin Uriel Herrera López.

Tutor: Dr. Walter Alexander Gómez.
Especialista Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.

Marzo de 2019

INDICE

Resumen	5
I. Introducción	1
II. Antecedentes.....	2
III. Justificación.	4
IV. Planteamiento del problema	5
V. Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivos Específicos	6
VI. Marco Teórico.....	7
VII. Diseño metodológico.....	31
VIII. Resultados.....	40
IX. Análisis y discusión de resultados	47
X. Conclusiones	50
XI. Recomendaciones	51
XII. Bibliografía.....	52
ANEXOS.....	55

¹Dedicatoria

A Dios nuestro señor todo poderoso por permitirme terminar esta investigación.

Agradecimiento

A las personas de la comunidad que colaboraron para orientar sobre el domicilio de los pacientes.

Valvino Casco Cruz, brigadistas de Salud, comunidad Corriente Lira.

Arcadia Aráuz, brigadistas de Salud, comunidad Las vueltas.

María Doris Polanco Paguaga, enfermera puesto salud de Malecon.

Dr. Walter Alexander Gómez por haber sido mi tutor y brindarme su apoyo en las diferentes etapas de la investigación.

Resumen

La hipertensión arterial por su frecuencia en las poblaciones y como una enfermedad crónica constituye un problema de salud pública, que requiere de una atención integral y de calidad para lograr el adecuado control de los pacientes, por ese motivo se planteó evaluar la calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018, este estudio fue descriptivo de corte transversal que contó con una muestra de 42 pacientes, se aplicaron 3 instrumentos, orientados al paciente, al expediente clínico y otro a la infraestructura del centro, obteniendo los siguientes resultados: el 62% eran del sexo femenino, el 43% tenían entre 50 – 59 años, al 61% se les tomó la presión arterial, el 40.4% esperaron más de 2 horas para ser atendidos, pero el 73% refirió sentirse bien atendido, solo 17% tiene exámenes de laboratorio y valoración por especialista en los últimos 6 meses, la infraestructura estaba completa en un 71%. Se concluye que a pesar de que algunos aspectos deben de mejorarse, los pacientes se sienten bien atendidos.

Palabras claves: Calidad de la atención, hipertensión arterial.

Opinión del tutor

I. Introducción

La demanda de servicios de salud por parte de la población se encuentra en aumento, producto del incremento de la población nicaragüense, el envejecimiento de la población y la aparición cada vez más frecuente de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial que registró para el año 2016, 271 casos por cada 10 mil habitantes según el mapa de padecimientos del Ministerio de Salud de Nicaragua; de ahí que la población solicite cada vez más una atención médica con calidad, exigiendo profesionales de salud formados de manera integral que logren un impacto real en la salud nicaragüense. (MINSAL, 2016)

Cuando se habla de calidad de los servicios de salud se debe de tomar en cuenta las normas sociales, las relaciones, la confianza y los valores, dado que no es suficiente la mejora técnica y de infraestructura de los servicios, si no la aceptación de estos por parte de la población incrementando la confianza de los pacientes en los equipos de salud, dando como resultado el acceso a más y mejores intervenciones médicas. Nicaragua en estos momentos se encuentra sumando esfuerzos para fortalecer el sistema de salud pública por medio de la calidad de los servicios de salud en todos sus ámbitos, logrando así dar una cobertura óptima de la población y mejorar su calidad de vida.

Por lo anterior, se realizó este estudio que permitió evaluar la calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018; con la información recolectada se logró ver como se encuentra la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los indicadores de atención en salud, con el objetivo de dar aportes u obtener una línea de base de la atención médica que permita a los directivos tomar decisiones que tengan un impacto real y óptimo en la población. Para poder realizar cambios en el sistema de atención a los pacientes, para alcanzar una calidad de atención en el sistema de atención en salud.

II. Antecedentes.

Según informe de (OMS, 2018) las enfermedades no transmisibles actualmente cobran el 71% de las muertes que se producen en el mundo cada año mueren 15 millones de personas y son muertes prematuras que ocurren entre 30 y 69 años de edad, debido a la transición epidemiológica, la mala alimentación, falta de ejercicio físico la desnutrición y los problemas que enfrentan los servicios de salud, la atención a los pacientes crónicos cada día es más compleja.

En Madrid, España Ávila Lillo, 2015 realizó un estudio sobre la Hipertensión arterial importancia de su prevención en España por la Facultad de farmacia universidad complutense, encontró que el 42% de los pacientes que acudían eran varones y el 58% eran mujeres, por lo que estas acudían más a los programas de crónicos y tenían más problemas de sedentarismo .

Chams Martínez y Rodríguez Parajo en Colombia evaluaron la calidad del programa de hipertensos en establecimientos prestadores de salud de Cartagena sede la Plazuela 2015, con el objetivo de evaluar la calidad del programa de hipertensos, en todas la dimensiones los usuarios evalúan de muy mala la calidad de atención por parte del programa para darle solución a su problema y que las opiniones no son tomadas en cuenta y que las perspectivas de soluciones son muy bajas, pero el trato del personal y la tecnología adecuada pueden ser potencializados para mejorar la percepción de la calidad de la atención.

En 2014 en la ciudad de Bogotá Avila, Bareño, Castro y Rojas realizaron un estudio descriptivo transversal aleatorio el cumplimiento de las guías es del 67% el cual se puede mejorar el control del paciente y disminuir la progresión de la enfermedad, recomendando hacer planes de educación al personal de salud en actualización de temas relacionados con programas de atención a pacientes crónicos y es necesario la creación de comité de calidad para la revisión de historias clínicas para el mejoramiento de la calidad de atención.

En el estudio realizado por Cruz Soto, sobre percepción del adulto mayor sobre la atención a enfermedades crónicas no transmisibles recibida en el centro de salud “ Pedro Altamirano” Managua III trimestre 2015, concluyó en el aspecto en la atención en salud y la percepción el 44.12% refiere ha recibido beneficio en favor a su salud, el 83.82% cumplió sus expectativas, solamente un 39.71% refirió haber esperado para ser atendido, 26.47% expreso que la consulta dura muy poco tiempo y el 51.57% no le realizaron examen físico y el 100% recibió buen trato y respeto en lo concerniente a la enfermedad y solo el 50% acudió a las actividades de los clubes.

Se realizó un estudio por Azcarate García, Hernández Torrez y Guzman Rivas en México 2013 sobre la percepción de la calidad en la relación médico-paciente en casos de hipertensión arterial sistémica, con un muestreo aleatorio concluyó que los pacientes con hipertensión controlada refirieron tener una buena relación con su médico y estar de acuerdo con la atención que recibieron en un 49% a diferencia con los que se encontraban descompensado dijeron estar satisfechos un 4% con la atención recibida.

En España Contel, Muntane y Camp, investigaron la atención al paciente crónico en situación de complejidad al reto de construir un escenario de atención integrada, en 2011 con el objetivo de crear propuestas de cambio la atención centrada en los pacientes crónicos integrada requiere diferentes acciones, se requiere la atención proactiva de los pacientes y creación de escenarios de profesionales combinando las estrategias de organizaciones y profesionales.

III. Justificación.

A partir del año 2008 en Nicaragua se comienza a trabajar con nuevos lineamientos de atención extramuros propuesto por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, en el que se orienta la atención integral a la familia en todos los ciclos de vida, abandonando el modelo anterior de atención las enfermedades infectocontagiosas y el binomio madre e hijo, ampliando así la cobertura de servicios a poblaciones tradicionalmente excluidas en el país, por medio de un abordaje integral que fomenta estilos de vida saludables.

A través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, se realizó la descentralización de los servicios de salud así como la implementación de programas que vienen a mejorar la atención del paciente, como el programa de atención a crónicos que se implementa en el municipio de Wiwili – Jinotega, donde la población hipertensa representa un número significativo, quienes debido a sus crisis hipertensivas acuden constantemente a los servicios de salud.

El mapa de padecimiento a nivel del municipio de Jinotega en el año 2017, refleja 1664 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con un aumento muy superior, es decir, 3718 pacientes crónicos censados de hipertensión arterial al primer semestre 2018, solo en el sector Malecón son un total de 111 paciente hipertensos, distribuidos en sus 7 comunidades.

Por lo anterior, se evaluó la calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018; aportando de esta forma datos para la mejora del abordaje integral y de calidad a los pacientes, detectando los aspectos que se deben mejorar en la atención de los pacientes, brindando datos que servirán como herramienta para la mejora continua de este programa que atiende a una gran parte de la población y por ende lograr alcanzar un mejor nivel de salud en la población.

IV. Planteamiento del problema

El ministerio de salud con su modelo de atención de calidad a la población, ha implementado la sectorización del área territorial y dispensarización en situaciones especiales, que incluye programas médicos, como el de enfermedades crónicas que cuentan con un censo de la población atendida, estos cambios organizativos responden a las demandas en salud de la población; pero es necesario la retroalimentación de los servicios que permita que se puedan mantener los estándares de calidad de forma que la población se sienta más y mejor atendida. (Contel , Muntané, & Camp, 2011)

La calidad de la atención de los servicios de salud es un derecho humano vinculado a la dignidad humana, tal y como lo establece el artículo 46 de la constitución política nicaragüense, donde se aceptan una serie de instrumentos jurídicos internacionales en materia de derechos humanos, que reflexionan sobre la importancia de la calidad de servicios de salud y no solo la simple atención médica.

Actualmente, la transición epidemiológica y el incremento de las enfermedades no transmisibles en las sociedades más pobres, en conjunto con los estilos de vida poco saludables, influyen enormemente en el aumento de los casos de enfermedades crónicas no transmisibles. Este es un problema de salud pública, que involucra principalmente a los sistemas de salud por lo que se tienen que establecer nuevas estrategias que apunten a mejorar la calidad de atención con programas que sean efectivos y que disminuyan el daño a las poblaciones más vulnerables, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo es la calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018?

V. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la calidad en la atención a pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial.
2. Describir la atención brindada a los pacientes con hipertensión arterial según las dimensiones de la calidad.
3. Valorar la calidad de la atención de los pacientes con hipertensión arterial según estructuras procesos y resultados.

VI. Marco Teórico.

Hipertensión arterial

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo.

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mmHg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada, la mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma; por ello se le conoce como el “asesino silencioso”. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre.

En Nicaragua los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se encuentran dispensarizados, de acuerdo al Manual de Funcionamiento y Organización del Sector define la Dispensarización como el Atención médica de elevada calidad técnica, científica y humana que se complementa con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños y rehabilitación con enfoque integral a través de la dispensarización de las familias que permite que estas se clasifiquen en cuatro grupos dispensariales. (Ministerio de Salud, Manual de organización y funcionamiento del sector, 2008)

Clasificación

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional de hipertensión (SIH) clasificaron la hipertensión arterial de la siguiente forma: La categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mmHg y se considera alta cuando supera 130-139 / 85-89 mmHg. Una persona padece hipertensión sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg.

La hipertensión ligera o de grado I comprende niveles de 140-159 / 90-99 mmHg. La hipertensión moderada o de grado II se sitúa entre 160-179 / 100-109 mmHg y la hipertensión severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mmHg. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Causas

Las causas de hipertensión arterial la primera causa esencial o primaria, que corresponde a aproximadamente el 90% de los casos. En un 10% de los pacientes se podrá detectar una causa corregible, situación denominada HTA secundaria. La HTA esencial es un trastorno poligénico. Sobre esta base genética, una serie de factores adquiridos o ambientales ejercen un efecto deletéreo para el desarrollo de HTA. Entre estos factores destacan el sobrepeso y la obesidad, el contenido elevado de sal en la dieta, la dieta pobre en potasio, el sedentarismo y la ingesta elevada de alcohol.

Las causas de HTA secundaria se clasifican en frecuentes e infrecuentes. Entre las primeras figuran la enfermedad renal parenquimatosa, la enfermedad renovascular, el hiperaldosteronismo primario, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la HTA inducida por fármacos o drogas, incluido el alcohol. Entre las causas infrecuentes destacan el feocromocitoma, el síndrome de Cushing, los distiroidismos, el hiperparatiroidismo, la coartación de aorta y varios síndromes de disfunción suprarrenal distintos a los anteriores. (Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial, 2017)

Diagnostico

Para medir la tensión arterial se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides la OMS recomienda el uso de dispositivos asequibles y fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manual estos dispositivos semiautomáticos permiten realizar mediciones manualmente cuando se agotan las baterías, un problema que no es infrecuente en entornos con recursos limitados. Como el mercurio es tóxico, se recomienda eliminar progresivamente los dispositivos que lo usan y reemplazarlos por dispositivos electrónicos.

Para utilizar dispositivos aneroides, como los esfigmomanómetros, es imprescindible calibrarlos cada seis meses y capacitar y evaluar a las personas que los usen. Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman dos mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. Las mediciones del primer día se descartan, y para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de todas las restantes. (OMS, 2013)

Crisis hipertensiva

Es la elevación aguda de la presión arterial con o sin afectación estructural y funcional a diferentes órganos. Su etiología puede ser multifactorial. La severidad de esta condición en algunas ocasiones no se relaciona con las cifras de presión arterial, pero sí con la rapidez del incremento de la presión arterial.

Urgencia hipertensiva

Elevación severa de la PA sin evidencia de daño a órgano blanco, el paciente puede estar asintomático o con síntomas inespecíficos, sin riesgos vitales inmediatos; su resolución debe ser en un plazo de 24 a 48 horas (hrs) y puede no requerir hospitalización.

Emergencia hipertensiva

Elevación de la PA con daño a órgano blanco (elevación de la presión arterial más encefalopatía o nefropatía aguda) que pone en peligro la vida del paciente de modo inminente y requiere descenso de la PA de minutos a horas independientemente de la situación clínica.

Examen Físico:

- a) Medir la presión arterial en ambos brazos.
- b) Calcular la presión arterial media.
- c) Evaluar el daño a órgano blanco, clasificar en urgencia o emergencia hipertensiva.
- d) Realizar fondo de ojo y evaluar la presencia de retinopatía con cambios arteriolar, hemorragias, exudados, papiledema.
- e) Evaluar los ruidos cardiacos y determinar la presencia de galope.
- f) Evaluar la presencia de edema agudo de pulmón.
- g) En abdomen auscultar y determinar la presencia de soplos que sugieren estenosis de la arteria renal.
- h) Evaluar los pulsos en las extremidades.
- i) Evaluar el estado mental, presencia de cefalea o alteración de la conciencia que puede ser indicativo de encefalopatía hipertensiva. Así como la lateralización neurológica.

Estudios de laboratorio a considerar:

- a) Creatinina y Nitrógeno de Urea (BUN).
- b) Electrolitos séricos.
- c) Biometría hemática completa.
- d) Uroanálisis.
- e) Electrocardiograma.
- f) Estudios radiológicos en base al cuadro clínico que presente el paciente:
 - a) Radiografía de tórax: si presenta disnea y dolor torácico.

- b) Tomografía axial computarizada o resonancia magnética de tórax o abdomen; en caso que se sospeche disección o aneurisma de la aorta (torácica y abdominal).
- c) Tomografía axial computarizada: cuando se sospeche de evento vascular cerebral (de acuerdo a disponibilidad y evolución del paciente).
- d) Cuando se sospeche de isquemia cardiaca, solicitar biomarcadores (CPK MB, CPK total y Troponina)

Tratamiento

La meta en el tratamiento es:

- a) Disminuir la presión diastólica en un 10 a 15% o hasta 110 mmHg en 30 a 60 min.
- b) En caso de disección aortica se debe disminuir la presión arterial sistólica a menos de 120 mmHg (en un periodo de 5-10 minutos).
- c) Considerar iniciar dosis y rangos de infusión a dosis bajas en >6 años.
- d) Realizar la transición de la vía intravenosa a la vía oral tan pronto como sea posible para estabilizar la presión.

Existe poca evidencia que los fármacos antihipertensivos reducen la morbimortalidad en los pacientes que presentan emergencias hipertensivas

Tratamiento farmacológico de la urgencia hipertensivas

Si ya está confirmado que no existe daño a órgano blanco, el tratamiento puede ser con medicación oral o sublingual. Sin embargo se requiere horas de observación, para disminuir la presión arterial en pocas horas pero se debe vigilar por un periodo de 6 a 12 horas se usa Captopril 25mg vía oral o sublingual repetir cuando sea necesario a los 15 y 30 minutos y Enalapril 20 a 40 mg oral o sublingual cuando sea necesario repetir a las 12 horas (MINSAL, 2010)

Toma correcta de la Presión arterial

Técnica como personal de la salud, nos interesa el bienestar de los pacientes y estamos convencidos de que un buen final debe tener un buen comienzo, así que la obtención de la información a partir de la cual podremos integrar nuestras conclusiones es

fundamental. Además de un interrogatorio completo, necesitamos obtener información utilizando nuestros sentidos para establecer las necesidades de atención de los pacientes. La obtención de la cifra de tensión arterial es uno de estos datos valiosos, por lo que a continuación describiremos los pasos necesarios para una correcta toma de este signo vital. Se puede dividir la técnica en tres aspectos: condiciones del paciente, del equipo y del observador.

Condiciones del paciente

Relajación física (evitar ejercicio físico en los 30 minutos previos a la medición). Reposo: por lo menos de 5 minutos antes de la toma de la presión. Evitar actividad muscular isométrica, con el paciente sentado con la espalda recta y un buen soporte; el brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón; piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo. Evitar hacer la medición en casos de malestar, con vejiga llena, necesidad de defecar, etc. Relajación mental: reducir la ansiedad o la expectación por pruebas diagnósticas. Propiciar un ambiente tranquilo. Minimizar la actividad mental: no hablar, no preguntar. Evitar el consumo de cafeína o tabaco (o estimulantes en general) en los 30 minutos previos, la administración reciente de fármacos con efecto sobre la PA (incluyendo los anti-hipertensivos). No se debe hacer el estudio en pacientes sintomáticos o con agitación psíquica/ emocional, y tiempo prolongado de espera antes de la visita

Condiciones del equipo

El esfigmomanómetro manual y el manómetro de mercurio o aneroide debieron ser calibrados en los últimos seis meses y hay verificar que la calibración sea correcta, la longitud de la funda del manguito debe ser suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad mientras que la longitud de la cámara debe alcanzar por lo menos el 80% de la circunferencia del brazo. El ancho de la cámara debe representar el 40% de la longitud del brazo.

Las cámaras o manguitos inadecuadamente pequeños tienden a sobreestimar la presión arterial. Se deben retirar las prendas gruesas y evitar que se enrollen para que no compriman el brazo; sin embargo, alguna prenda fina (menor de 2 mm de grosor) no modificará los resultados. Dejar libre la fosa antecubital (colocar el borde inferior del brazalete 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo) para poder palpar la arteria braquial y después colocar la campana del estetoscopio en ese nivel (nunca debe quedar por debajo del brazalete). El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial. El manguito debe quedar a la altura del corazón, no así el aparato (manómetro), que debe ser perfectamente visible para el explorador. Establecer primero la presión arterial sistólica (PAS) por palpación de la arteria braquial/radial, y mientras se palpa dicho pulso se inflará rápidamente el manguito hasta que éste desaparezca, con la finalidad de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de la misma. Desinflar a una velocidad de 2 a 3 mmHg/segundo usar el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de PAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (PAD). Ajustar las cifras auscultadas a números pares. En caso de que se continúen auscultando ruidos hasta un nivel muy cercano al cero, entonces se deberá tomar el cuarto ruido de Korotkoff (apagamiento) para determinar la cifra de PAD.

Por último, es necesario realizar como mínimo dos mediciones separadas al menos por un minuto; si se detecta una diferencia de presión arterial (PA) entre ambas, mayor de 5 mmHg, deberá realizarse una tercera toma. Es importante esperar al menos un minuto entre las mediciones, ya que si el sistema venoso se llena, será difícil la auscultación de los ruidos. En función de las cifras obtenidas, algunas guías recomiendan descartar la primera medición y realizar un promedio de las dos últimas la primera vez, medir ambos brazos, series alternativas si hay diferencia. En adultos mayores, realizar una medición

en ortostatismo entre el minuto 1 y el minuto 3 de haber adoptado la bipedestación, con la intención de identificar cambios posturales significativos.

Condiciones del observador

Mantener en todo momento un ambiente de cordialidad con el paciente, favorecer en la consulta un ambiente tranquilo y confortable, así como explicar al paciente paso a paso lo que vamos a realizar para la toma de su tensión arterial. Antes de tomar la lectura, conocer el equipo y verificar su adecuado funcionamiento.

Hay que familiarizarse con las particularidades de cada equipo e idealmente utilizar el equipo con el que uno se sienta más cómodo. Recordar que el manómetro o la columna de mercurio deben estar a menos de 30 cm y en línea recta a nuestra línea de visión en todo momento. En cuanto al estetoscopio, las olivas deben dirigirse hacia adelante, para estar perfectamente alineadas con los conductos auditivos externos del que toma la presión y optimizar la auscultación de la lectura comunicar al paciente su lectura de presión arterial y explicarle el significado de los valores que se obtuvieron. (Leon Maradiaga, Morales Lopez, & Alvarez Diaz, 2016)

Indicaciones de toma de presión arterial según Ministerio de salud.

- a) Tomarla en brazo dominante utilizando tensiómetro y estetoscopio.

Asegurarse de que la persona no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada.

- b) Medir la tensión arterial de la paciente en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas.
- c) Para una nueva toma confirmatoria subsecuente, verifique que el tensiómetro marque cero.
- d) La escala del esfigmomanómetro debe estar a la altura del corazón de la paciente y a nivel de los ojos del examinador.
- e) Los tubos de entrada y salida de aire del manguito constituyen su centro y debe estar ubicado encima del trayecto de la arteria humeral.

- f) Colocar el brazalete alrededor del brazo inmediatamente por encima del pliegue anterior del codo, dejando espacio suficiente para que alcance la campana del estetoscopio ubicado sobre la arteria humeral.
- g) Inflar el brazalete hasta una presión de 180 mm/hg.
- h) Abrir la válvula y desinflar a razón de 2 mm/hg. Por latido de la arteria humeral.
- i) No desinflar rápidamente pues da lecturas incorrectas.
- j) Al disminuir gradualmente la tensión aparece un sonido continuo y regular (ruidos de Korotoff) que corresponde a la tensión sistólica.
- k) Al continuar el descenso de la presión del brazalete, llega un momento en que desaparecen los ruidos o latidos y esto constituye la tensión diastólica.
- l) Repita la toma de la presión arterial dos o tres veces, promedie los valores y tómelo como los valores de la presión arterial.

Presión arterial media

Se calcula mediante la siguiente fórmula: dos multiplicado por la presión diastólica más la presión sistólica dividido entre tres ($2PD+PS/3$). Este es el método más efectivo para la determinación de la presión arterial.

Líneas de acción para el año 2018, Atención a pacientes con enfermedades crónicas Ministerio de Salud Nicaragua.

A Nivel de los ESAFC (Equipo de Salud Familiar y Comunitario)

1. Definir en cada SILAIS el flujo de atención para pacientes con enfermedades crónicas que contemple la atención especializada y de exámenes de laboratorio. organizar equipos multidisciplinarios, flujos de estudios complementarios (laboratorio, ultrasonidos entre otros) y la atención especializada de los pacientes crónicos a partir del censo.

2. En las asambleas comunitarias de los sectores, además de la evaluación y programación de actividades con la red comunitaria y otros temas en agenda, el equipo de salud familiar realizará conversatorios para dar a conocer la importancia de acudir a la cita, prevención de complicaciones de enfermedades crónicas y promoción de hábitos saludables en la familia.
3. En las visitas casa a casa del ESAFC y miembros de la red comunitaria se debe organizar, de acuerdo a la ruta programada, la visita a pacientes crónicos, personas con discapacidad, familias con embarazadas y niños menores de 6 años en el marco de Amor para los más chiquitos, y otros para optimizar la salida.
4. Se debe atender mensualmente a los pacientes con enfermedades crónicas, valorando su estado de salud de acuerdo a normas, anotando correctamente en expediente, enviando exámenes según lo establecido en los flujos de atención acordados y prescribiendo correctamente los medicamentos.

El Equipo de Dirección Municipal

1. Realizar vigilancia de la calidad de la atención por medio de la revisión de una muestra al azar de expedientes clínicos de pacientes crónicos que incluya a todos los sectores del municipio para: evaluar llenado del expediente de acuerdo a la Norma 004 Manejo del expediente clínico, analizar periodicidad de la atención de los pacientes crónicos, valorar la aplicación de las normas de atención y cotejar la cantidad de medicamento anotado en expediente clínico y lo prescrito en receta.
2. Incluir como punto de agenda permanente en consejo técnico municipales la organización y calidad de la atención, la entrega de medicamentos a pacientes con enfermedades crónicas.
3. Analizar el informe de atenciones de pacientes crónicos según censo municipal y el censo electrónico de la farmacia valorando: personas censadas contra pacientes atendidos en el mes (censo municipal), pacientes atendidos en el mes

frente a pacientes a los que se les despacha recetas (censo municipal y registro electrónico de farmacia) y número de pacientes según esquema de tratamiento (censo municipal y registro electrónico de farmacia).

4. Realizar visitas de acompañamiento a los sectores para revisar organización de la atención en el sector y en particular cumplimiento de normas y lineamientos de la atención a pacientes con enfermedades crónicas (incluida la revisión de expedientes para valorar calidad de atención).

El Equipo de Dirección de SILAIS

1. Capacitar a los equipos municipales encargados de organizar la atención integral a pacientes crónicos abordaje de las principales enfermedades crónicas.
2. Realizar visitas de acompañamiento a los municipios para revisar organización de la atención en el municipio, el seguimiento a la calidad de la atención, y en particular el cumplimiento de normas y organización de la atención a pacientes con enfermedades crónicas.
3. Analizar mensualmente entre los responsables de Servicios de Salud e Insumos Médicos el desarrollo de la atención a pacientes con enfermedades crónicas y presentarla al consejo técnico. (Minsa, 2018)

Modelo de atención a pacientes Crónicos desarrollado por Edward Wagner.

Los países han tomado varios desafíos y en sus sistemas de salud y al mismo tiempo han surgido diferentes modelos de atención a los pacientes enfocados a pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, basados en el Modelo de Atención a Crónicos (CCM) desarrollado por Edward Wagner esta teoría introduce un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas.

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global)
2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos)
3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente)
4. Sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación)
5. Cambios en la organización (por ejemplo, incentivos para mejorar la calidad)
6. Participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios)

Figura 1.



Tomado del modelo de Edward Wagner, 2011

Con este Modelo de Atención a Crónicos CCM lo que se quiere es cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual sin contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Este modelo cabe mencionar que este modelo ha sido implementado en numerosos países, en 2003 fue revisado y algunos países hicieron adopciones, como por ejemplo en Canadá decidieron incluir los componentes de promoción de salud de la población, tales como los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria.

Por otra parte la OMS consideró importante otras opciones derivadas del CCM Modelo de atención a crónicos para países en vías de desarrollo, la mayoría de las principales organizaciones médicas tienen un marco de prestación de servicios diseñado para mejorar la atención a las personas con condiciones crónicas, basado explícitamente en el Modelo de Atención a Crónicos de Wagner, Por otra parte la OMS consideró importante otras opciones derivadas del CCM para países en vías de desarrollo. (Jova Morel, y otros, 2011)

Funcionamiento del Programa de crónicos desde el SILAIS Sistema Local de Atención Integral en Salud.

Gerencia y funcionamiento del programa de atención de pacientes enfermedades crónicas en el Ministerio de Salud MINSA.

Flujograma de la organización de la atención de pacientes Crónicos, desde el SILAIS al sector.

Organización de la atención de pacientes Crónicos, desde el SILAIS al sector.		
SILAI S	MUNICIPIO	SECTOR
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de monitoreo conducido por el Director. • Este equipo dará seguimiento a las acciones y actividades realizadas por los Municipios y sectores 	<ul style="list-style-type: none"> • La atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas en cada municipio debe ser conducida por el director municipal. • Atenderá la organización de los procesos de atención clínica. • Articulará con el sector y los niveles de atención secundaria, la atención de los pacientes a través de la referencia y Contrareferencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Registra la atención del paciente en el expediente clínico. • Garantizará los medicamentos de sus pacientes censados. • Realizará visitas en terreno a sus pacientes. • Acciones de prevención de factores de riesgos y la promoción de modos y estilos de vida saludables

El Censo en digital de crónicos y en Físico: funciona para llevar control de cuantos pacientes crónicos hay en el municipio las patologías que padecen y para control de medicamento despachado en la farmacia y tiene las siguientes variables:

Datos de Afiliación: Número de Orden, Nombre y apellidos, sexo, Edad, Expediente, Numero de Cedula, Nombre y Apellidos, N° de Expediente, Número de teléfono, Nombre del Barrio o comunidad, donde vive, Dirección exacta,

Paciente Censado con enfermedad Crónica: Diabetes, Hipertensión, Asma, Epilepsia, Cardiopatía, Reumáticos, ERC, Psiquiátricos, Alzheimer, Parkinson, Autismo, Alcohólico, Drogadicción.

Paciente atendido por enfermedad Crónica: Diabetes, Hipertensión, Asma, Epilepsia, Cardiopatía, Reumáticos, ERC, Psiquiátricos, Alzheimer, Parkinson, Autismo, Alcohólico, Drogadicción.

Atención brindada por enfermedad Crónica: Diabetes, Hipertensión, Asma, Epilepsia, Cardiopatía, Reumáticos, ERC, Psiquiátricos, Alzheimer, Parkinson, Autismo, Alcohólico, Drogadicción.

Datos Importantes: Paciente Nuevo, Fallecido, Migraron a otro lugar, Inasistentes.

El censo en físico: Este debe permanecer en el sector de salud y deberá ser actualizado cada vez que acuda un paciente a la consulta y se deberá actualizar diario y cotejar datos con el responsable del componente en el municipio para actualizar el censo electrónico.

Atención al Paciente.

La atención a pacientes se realiza en el sector por medio de la Dispensarización se captan los pacientes o consulta en búsqueda de factores de riesgos, luego tratamiento médico y seguimiento de acuerdo a normas y guías, posteriormente, Evaluación especializada, luego visitas a la familias, posteriormente Educación dispensación mensual de Medicamentos a través de citas para retiro de medicamento se le brinda consejería sobre el auto cuidado de la enfermedad.

Se deben realizar monitoreos y acompañamiento técnico a las unidades de salud según los lineamientos actuales

1. evaluar llenado del expediente de acuerdo a la Norma 004 Manejo del expediente clínico
2. analizar periodicidad de la atención de los pacientes crónicos.
3. valorar la aplicación de las normas de atención.
4. cotejar la cantidad de medicamento anotado en expediente clínico y lo prescrito en receta.
5. Realizar asambleas mensuales y tocar los puntos sobre importancia de la prevención de enfermedades Crónicas.
6. Incluir como punto de agenda en los Consejos Técnicos el tema de los pacientes crónicos.

Calidad

Del lat. *Qualitas*, atis

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.
(Real Academia Española)

Según el modelo de la norma (ISO 9000, 2005), la calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, entendiéndose por requisito necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Calidad de atención en salud

(Donabedian, 1980) Propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología

en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

La calidad en salud es el resultado de la interacción de múltiples factores los cuales se pueden asociar en dos componentes básicos: componente científico-técnico y componente referido a la calidad percibida, basado en las relaciones interpersonales (observancia de normas y valores sociales) y al entorno en que se desarrolla la prestación del servicio de salud (accesibilidad, condiciones medio-ambientales, adecuación de instalaciones físicas y equipos, entre otras), los cuales son tangibles y por tanto pueden ser medidos.

La prestación de servicios de calidad en salud, se puede evidenciar a través de la implementación de un sistema de indicadores de gestión, compuesto por indicadores de estructura, proceso o resultados, que permitirán el control de la calidad del servicio, así como también monitorear el grado de satisfacción del usuario-paciente.

La fisura que exista entre la calidad percibida por el usuario-paciente y sus expectativas generará el grado de satisfacción o nivel de confort en cuanto al servicio prestado. Para generar el mayor grado de satisfacción en el usuario, es importante el establecimiento de un sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud, que incluya fundamentalmente su planeación, control, aseguramiento y evaluación dentro de un programa de gestión debidamente planificado, donde son fundamentales los parámetros de medición de la calidad en la prestación del servicio. (Vargas Gonzalez , Valecillos , & Hernandez, 2013)

Las dimensiones medibles definidas en el concepto de la calidad en la atención sanitaria son las siguientes:

Calidad científico-técnica. Es la dimensión central de la calidad y la menos discutible. Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes, para abordar los problemas de salud, suele ser la dimensión más fácil entendible y en resumen significa atender de forma científica las necesidades sanitarias.

Efectividad: Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe, su concepto puede entremezclarse con el de eficacia, si bien son distintos. Eficacia se refiere al beneficio ocasionado en condiciones ideales y efectividad en condiciones reales.

Eficiencia: Se define en términos de la relación entre el coste y el producto, es la efectividad determinada por un determinado coste o un mínimo coste dada unas determinadas exigencias de efectividad.

Accesibilidad: Hace referencia a la facilidad con la que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales, esta dimensión no está incluida en todos los conceptos de calidad. En todo caso, lo que subyace es la necesidad de cuantificar si la atención sanitaria llega o no a quien la necesita.

Satisfacción. Se define como el grado en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario, en un sentido amplio engloba a la dimensión de aceptabilidad.

Adecuación. Es la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente, suele ser complicado en su definición el separarlo del concepto de calidad científico-técnica.

Continuidad: Es la dimensión más fácil de medir, su definición es la medida en que la atención sanitaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.

Todas estas dimensiones pueden ser reducidas a tres; calidad científico-técnica, satisfacción y accesibilidad. El resto de las dimensiones si bien tienen una relación directa con la calidad están supeditadas a estas tres dimensiones, si consideramos eficiencia y efectividad, estas dimensiones son atributos de las acciones diagnósticas y terapéuticas, que a su vez son determinadas por aquellos profesionales más competentes o lo que es lo mismo con un nivel mayor de calidad científico-técnica. (Carballo Alvarez, 2008)

Tres tipos de pruebas para evaluar la calidad.

1. Estructura o condiciones físicas e instituciones adecuadas en las que se puede mejorar la calidad

Habilitación

El proceso de habilitación es una evaluación única obligatoria mediante el cual el Ministerio de Salud otorga licencia de apertura y funcionamiento a los establecimientos de salud públicos o privados que cumplan con los estándares mínimos exigidos para su categoría de atención.

Este proceso valora la calidad de la infraestructura física, la disponibilidad de equipamiento biomédico y los recursos humanos capacitados para los servicios de salud que se brindan a la población en todo establecimiento proveedor de servicios de salud, de acuerdo a su nivel de resolución.

A diferencia de otros procesos de la Garantía de la Calidad, la habilitación es obligatoria y de conformidad a la Ley General de Salud, su reglamento y reforma de la Ley 290, faculta al MINSA, como institución rectora del sector salud, para desarrollar este proceso el cual se ejecuta de forma sistemática a solicitud de los responsables o representantes de los establecimientos. (Ministerio de Salud, Normativa 080 Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud, 2011)

Acreditación

La acreditación de establecimiento proveedores de salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función. La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad.

Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada dos años. Las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada dos años. (SUBSALUD, 2009)

2. Procesos o acciones que constituyen la prestación de buena atención medica

Motivaciones para la mejora de la calidad

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos, la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades.

Metodología de la evaluación de la calidad asistencial

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar.

Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos.

Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario.

Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta más importante, los programas de calidad trabajan a base de estándares. Estos conceptos no deben confundirse, así como debe diferenciarse también la investigación sobre calidad, que como toda investigación trabaja sobre hipótesis. De tal manera, no deben mezclarse en un programa de mejora de calidad, elementos propios de la investigación, atendiendo a que ésta maneja conceptos hipotéticos, es decir, aún por demostrar.

La definición e implantación de estándares clínicos establece mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.

El interés por la calidad y la seguridad del servicio ha crecido notablemente en el ámbito mundial. Proporcionar una sanidad de alta calidad es, de hecho, un compromiso contractual de cada Estado con sus ciudadanos, y no puede haber lugar para la complacencia o soluciones de segundo nivel. Los gobiernos deberían explorar estrategias innovadoras e integradoras para facilitar el objetivo de Salud para Todos, sin embargo, no sólo los gobiernos pueden hacer algo para mejorar la calidad y la seguridad. También desde el sector privado se están impulsando iniciativas como los programas de pago ligados a resultados, o de farmacovigilancia, que pone el énfasis en la seguridad de la utilización de los medicamentos. (Asenjo Sebastian, 2006)

3. Resultado lo que se logra con el paciente.

Indicador

Es un instrumento de medición construido teóricamente para ser aplicado a un conjunto de unidades de análisis con el propósito de producir un número que cuantifica algún concepto asociado a ese colectivo y son una medida de resumen.

Los indicadores estadísticos suelen ser números absolutos o cifras relativas y su construcción y cálculo dependerá del tipo de variable, cuantitativa o cualitativa, ambas se presentan en los eventos de medición en salud, con predominio de las cualitativas y así sus indicadores más representativos: el índice, la razón, la proporción, el porcentaje y la tasa. El promedio o media aritmética, la mediana y la moda, son utilizadas como indicadores para las variables cuantitativas, entre otros.

La calidad de un indicador dependerá de la calidad de los datos que lo componen y la de estos, de la cobertura, integridad y calidad de la captación del dato primario y sus posteriores procesos, la calidad del indicador estará dada por su validez si efectivamente mide lo que se quiere, su replicabilidad la medición repetida en condiciones y momentos similares reproduce similares resultados, su especificidad (que mida sólo el fenómeno que se quiere medir), su sensibilidad (que pueda medir los cambios en el objeto a medir), la factibilidad de su elaboración datos confiables, disponibles, cálculo y su relevancia capaz de expresar componentes importantes de las políticas de salud. (Ministerio de salud publica de Cuba, 2010)

Tipos de indicadores

Se consideran dos tipos de indicadores correspondientes a dos formatos de presentación diferentes:

De estructura. Incluye indicadores de:

- Arquitectura.
- Recursos materiales.
- Recursos humanos.

De proceso o de resultado. Se han considerado los aspectos relacionados con los clásicos “campos” o ámbitos de actuación ante una patología:

- Detección.
- Diagnóstico y evaluación inicial.
- Tratamiento.
- Seguimiento.
- Urgencias y emergencias.
- Hipertensión secundaria.

De cada uno de estos campos se han identificado los aspectos más relevantes que se relacionan con la hipertensión arterial sobre la base de la evidencia científica y las guías de práctica clínica existentes. Para cada aspecto clave se diseña, al menos, un indicador que permita determinar el nivel de calidad asistencial de dicho aspecto en el paciente hipertenso. . (Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la hipertension arterial, 2017)

Calidad de los Datos

Los datos representan objetos del mundo real. Dichas representaciones resultan ser aplicables en contextos de diferentes y variadas características por otro lado, los datos pueden ser almacenados o sometidos a algún proceso o transformación, siendo siempre de suma importancia para garantizar la sobrevivencia y éxito de las organizaciones. El problema de la calidad de datos ha sido objeto de estudio desde varias perspectivas y por diferentes áreas a lo largo de los años, tal es el caso de la Estadística, Gestión o Computación. A medida que su importancia se hace más evidente a los ojos de estas y otras áreas, se incrementan también las investigaciones e intenciones de mejora en este sentido.

Son pocas las ocasiones en las cuales se es consciente de las consecuencias que la mala calidad de datos trae aparejada. Sin embargo, es de suma importancia lograr identificar sus causas para eliminar, o en su defecto mejorar, la problemática de raíz (Bianchi Gallo & Valverde Corrado, 2009)

Manejo del expediente clínico

En la Norma 004 segunda edición para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico se establece que para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud, deberán: Garantizar la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso. Informar al usuario, el nombre de las personas involucradas en su atención. Dicho personal debe portar la identificación que el establecimiento proveedor de servicios de salud establezca para sus trabajadores y respetar el derecho del usuario a rechazar la aplicación de terapias o pruebas diagnósticas, así como garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención. (Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

En el artículo 119 de la normativa se establece que el sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo.

Por eso el MINSA como órgano rector debe cumplir y hacer cumplir lo anterior para mejorar los procesos de gestión y de atención en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados mediante la óptima utilización de los recursos. Para esto deberá cumplir con las distintas normativas técnico-administrativas para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud, por medio de la promoción de una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de servicios de salud.

A partir de esto es importante por ende coordinar acciones y actividades dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad, como estudios que logren la retroalimentación del mismo, de los aspectos habitacionales, acreditaciones, auditorias de la calidad de la atención médica, regulación del ejercicio profesional desde todos los aspectos pero de forma primordial los bioéticos.(Ministerio de salud de Nicaragua, 2013)

VII. Diseño metodológico

Área de estudio

El sector N° 29 Malecón, ubicación rural, parte del municipio de Wiwilí y cuenta con una población rural de 2,215 habitantes y 7 comunidades.

Tipo de estudio

Descriptivo de corte transversal.

Universo

Estuvo conformado por un total de 111 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que se encontraban registrados en el censo del programa de crónicos, del sector Malecón del municipio de Jinotega, de julio a diciembre 2018.

Muestra

El tamaño de la muestra se estimó en 42 pacientes calculada con el paquete estadístico Epi Info, versión 7, tomando un intervalo de confianza al 90% y aceptando un error del 10% del estudio, se tomarán del censo de forma aleatoria.

Descrita de la siguiente fórmula para población conocida para proporción de estudio descriptivo.

$$n = \frac{N Z^2 p q}{(N-1)E^2 + z^2 p q}$$

$$n = \frac{111 \times (1.65)^2 \times 0.5 \times 0.5}{106 \times (0.10)^2 + (1.65)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{111 \times 2.72 \times 0.5 \times 0.5}{111 \times 0.01 + 2.72 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{72}{1.72}$$

$$n = 42$$

Donde

N= 111 Tamaño de la población.

Z= 90% Nivel de confianza del estudio.

E= 0.10% Error a equivocarnos

P= 50% Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q= 50% Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno de estudio (1-p).

La suma de **p** y **q** siempre debe dar 1.

Tipo de muestreo

De tipo probabilístico sistemático

Unidad de análisis

Expedientes clínicos, espacio habitacional de los consultorios y pacientes.

Criterios de inclusión de la población a estudio.

1. Pacientes diagnosticadas con hipertensión arterial crónica que estén registradas en el censo de crónicos
2. Pacientes que deseen formar parte del estudio.
3. Consultorios que se encuentren activos en la atención.

Criterios de exclusión de la población a estudio.

1. Pacientes con deterioro mental.
2. Pacientes con menos de 6 meses en el programa de crónicos
3. Expedientes clínicos que no contengan de forma consecutiva el registro continuo de atención del paciente los últimos 6 meses.

Fuentes de información: La fuente de este estudio fue primaria y secundaria, debido a que se recolectó la información de forma directa con el paciente, del área habitacional del consultorio médico y de forma indirecta en los expedientes clínicos.

Técnicas de recolección de la información.

La recolección de la información se realizó de forma domiciliar por medio de una encuesta a los pacientes que pertenecían al programa crónicos, posteriormente se realizó revisión del expediente clínico y revisión del cumplimiento de estándares de habilitación del consultorio médico.

Instrumento de recolección de datos

Se aplicaron 3 fichas de recolección de la información el primero constó con 8 ítems sobre los aspectos sociodemográficos, el segundo se aplicó a los expedientes clínicos de los pacientes encuestados para medir las dimensiones de la calidad y el tercero al área e insumos utilizados en la consulta para medir el estado de la infraestructura e insumos.

Se aplicó la prueba piloto a 10 pacientes y expedientes que pertenecían al programa de crónicos pero que no formaban parte de la muestra. El tercer instrumento ya estaba validado en la normativa 080.

Procesamiento y análisis de la información:

Los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos, fueron almacenados en una base de datos creada en el paquete estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences V 20.0), y luego se realizaron los cálculos estadísticos. Las variables fueron evaluadas mediante el análisis descriptivo con tablas de frecuencia simple y bivariadas así como gráficas de pastel, barra simple y combinadas.

Control de Sesgo

Los pacientes que participaron en el estudio fueron seleccionados de forma aleatoria sistemática y se les realizó las visitas en el domicilio pero estos llenaron la ficha por medio de encuestas.

Consideraciones éticas.

Previo consentimiento y solicitud de realizar la investigación al Director de Servicios de salud Silais Jinotega, las visitas a pacientes para verificar la credibilidad de los censos y base de datos electrónicas, a los pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión arterial se le informara sobre el estudio realizando consentimiento informado. Se realizarán las coordinaciones con la dirección municipal y responsable del programa a fin de atender con calidad a los pacientes que se identifiquen con falta de seguimiento, tengan alguna complicación o en general requieran de atención médica por su patología de hipertensión arterial.

La validez del estudio se fundamenta en teoría científica, la muestra se seleccionara de una forma ecuánime, equitativa sin prejuicios personales, se mantendrá la ética en todo tiempo de la investigación y los conocimientos y las conclusiones serán abordados cuidadosa mente durante y después del estudio se mantendrá la confidencialidad y protección de las personas de ninguna manera se publicaran nombres de los participantes que desacrediten el prestigio de la institución faltando el respeto a los valores éticos y morales.

Operacionalización de variables.

Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Especifico 1</u> Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial.	1.Características socio-demográficas	1. 1. Sexo	1.1.1. Características biológicas de nacimiento	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
		1.2. Edad	1.2.1 Tiempo de vida en años	Cuantitativa intervalo	20 – 34 35 – 49 50 – 59 60 – 64 65 a mas
		1.3 Estado civil	1.3.1 Condición de una persona según registro civil en función si tiene no pareja.	Cualitativa nominal	Casado Unión libre Soltero Viudo
		1.5 Escolaridad	1.5.1 Grado de escolaridad o nivel de educación de una persona	Cualitativa nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Nivel superior

Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Específico 1</u> Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial.	1.Características socio-demográficas	1.6 Ocupación	1.6.1 Trabajo u oficio en el que una persona emplea su tiempo para obtener una retribución económica	Cualitativa nominal	Ama de casa Agricultor Comerciante Albañil Ganadero Ninguna
<u>Objetivo Específico 2</u> Describir la atención brindada a los pacientes con hipertensión arterial según las dimensiones de la calidad.	1.Dimensiones de la calidad	1.1 Toma de presión arterial 1.2 Toma de medidas antropométricas	1.1.1 Se refiere al acto de tomar la presión arterial al paciente. 1.2.1 Se refiere al acto de tallar, pesar e interpretar el estado nutricional del paciente	Cualitativa nominal Cualitativa nominal	Si No Peso Talla Interpretación IMC

Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Específico 2</u> Describir la atención brindada a los pacientes con hipertensión arterial según las dimensiones de la calidad.	1.Dimensiones de la calidad	1.3 Consejería	1.3.1 Orientación brinda por un personal de salud al usuario durante el proceso de atención médica.	Cualitativa nominal	Si No
		1.4 Tiempo de espera	1.4.1 Promedio de espera en minutos que transcurre desde que el usurario solicita la atención y es atendido.	Cualitativa nominal	15 minutos 15 minutos – 1 hora 2 horas 3 horas
		1.5 Atención recibida	1.5.1 Percepcion del usuario sobre la calidad de atención medica recibida.	Cualitativa nominal	Buena Regular Deficiente No opina

Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Específico 3</u> Valorar la calidad de la atención de los pacientes con hipertensión arterial según estructuras procesos y resultados.	1. Calidad de la atención según estructura, proceso y resultado	1.1 Estructura física del centro de atención medica 1.2 Exámenes de laboratorio 1.3 Valoración por especialista	Percepción del paciente sobre si tiene o no estándares habitacionales de acuerdo a la normativa 080 Pertinencia de los exámenes médicos enviados al paciente, de acuerdo al diagnóstico. Pertinencia de la referencia del usuario a otro profesional sanitario para ofrecerle una atención más especializada.	Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal	Si No Si No Si No

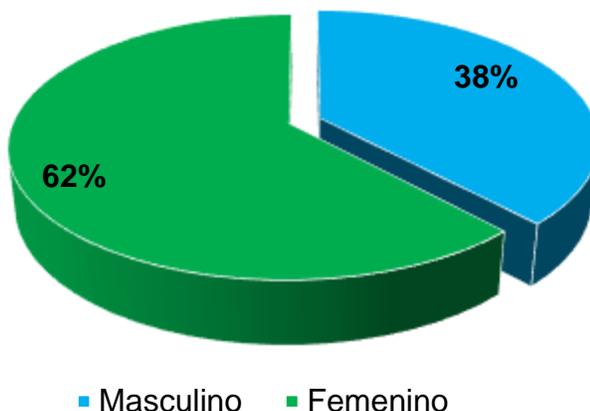
Objetivos específicos	Variable conceptual	Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<u>Objetivo Específico 3</u> Valorar la calidad de la atención de los pacientes con hipertensión arterial según estructuras procesos y resultados.	1. Calidad de la atención según estructura, proceso y resultado	1.4 Inasistencia	No asistencia del usuario a su cita médica en los últimos 6 meses.	Cualitativa Nominal	Si No
		1.5 Entrega de medicamento	Es la acción de entregar el medicamento al usuario de acuerdo a la indicación médica.	Cualitativa Nominal	Si No

VIII. Resultados

La procedencia de estos pacientes todos son de zonas rural donde en su mayoría caminan para llegar a la unidad de salud ninguno de los pacientes incluidos en este estudio pertenecían a zonas urbana dado que el área de estudio es considerada toda como zona rural característica que comparten de todos los pacientes

La variable sexo las mujeres presentaron 26 casos y los varones 16 caso se representan en la el siguiente cuadro porcentajes.

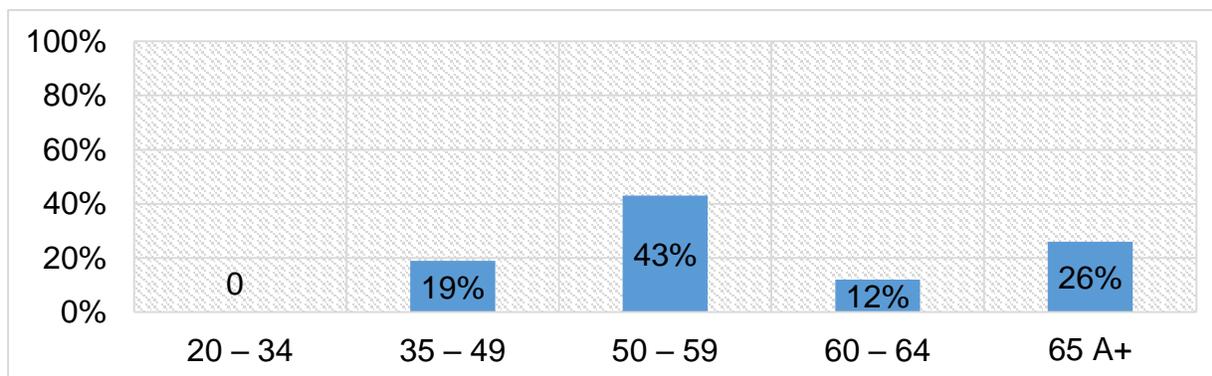
Gráfico 1: Sexo de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 1

Las edades de estos pacientes oscilan las siguientes en la muestra tomada de este estudio 8 casos 35 a 49 años, 18 casos de 50 a 59 años, 5 casos de 60 a 64 años y 11 casos de 65 años a más dados a conocer en el siguiente gráfico.

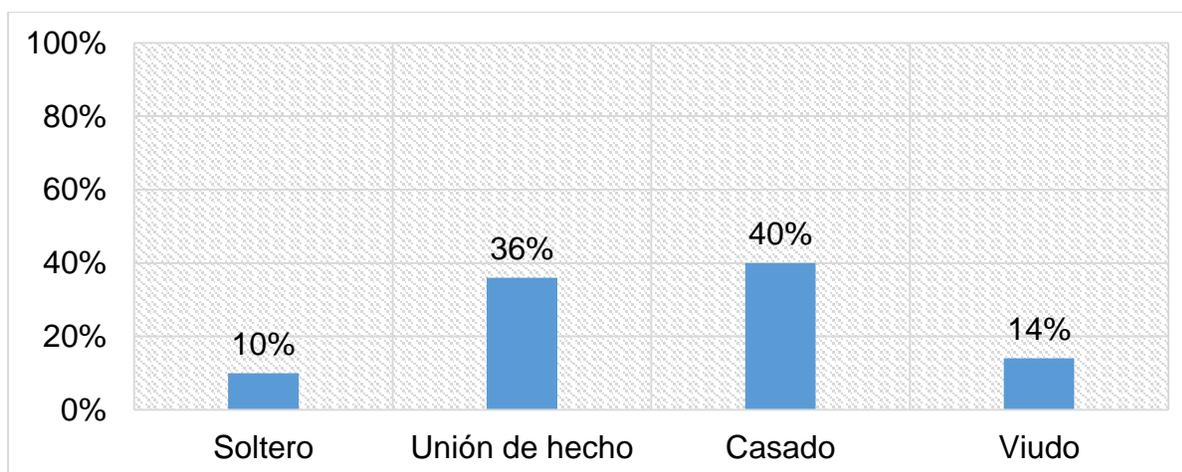
Grafico 2. Edad de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 2

La variable estado civil de los 42 pacientes hipertensos crónico observamos la mayoría esta ajuntado con una pareja aun viudos son muy pocos y solteros.

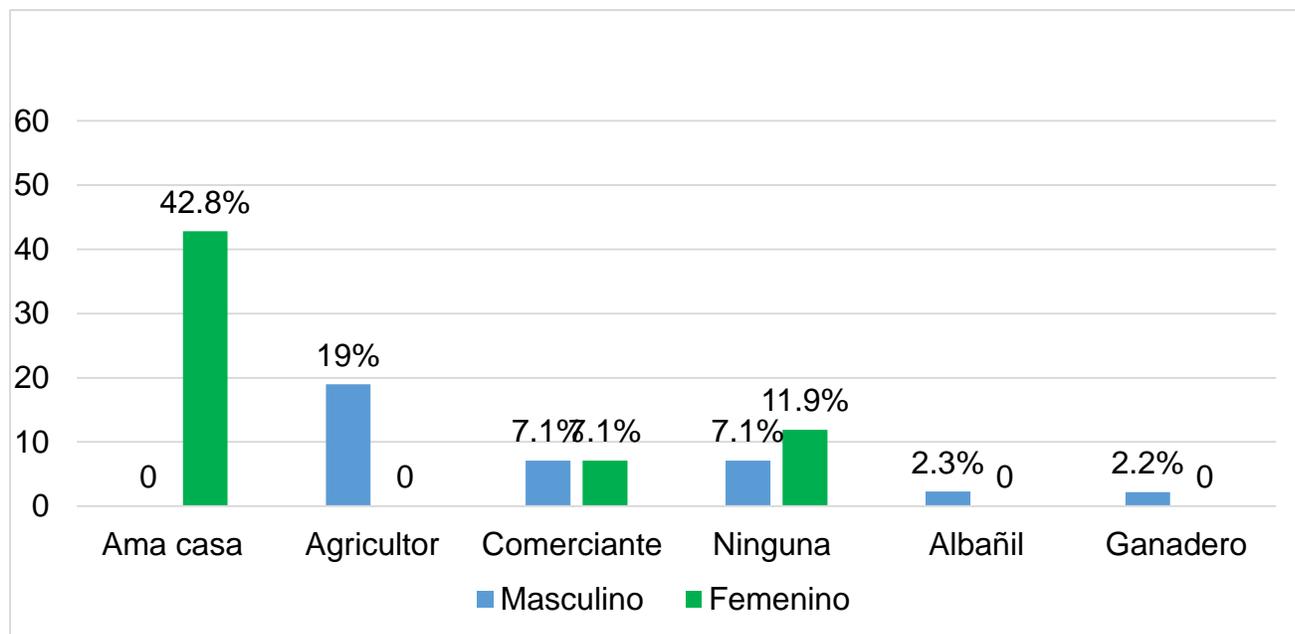
Gráfico 3: Estado civil de los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente tabla no. 3

La variable ocupación fue muy diversificada en los pacientes y acertada al contexto de la zona rural de los pacientes y es presentado los resultados en el siguiente grafico distribuido por sexo.

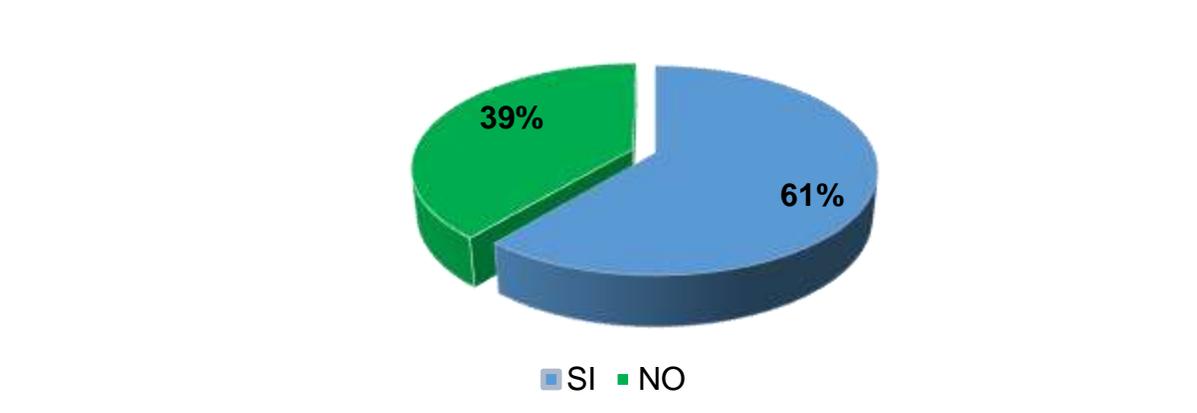
Grafico 4: Ocupación vs el sexo de los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 4

Toma de presión arterial a los pacientes, al realizar revisión de expedientes y aplicar instrumentos de estudio se evidencio que de los 42 pacientes solo a 25 se les tomo la presión arterial.

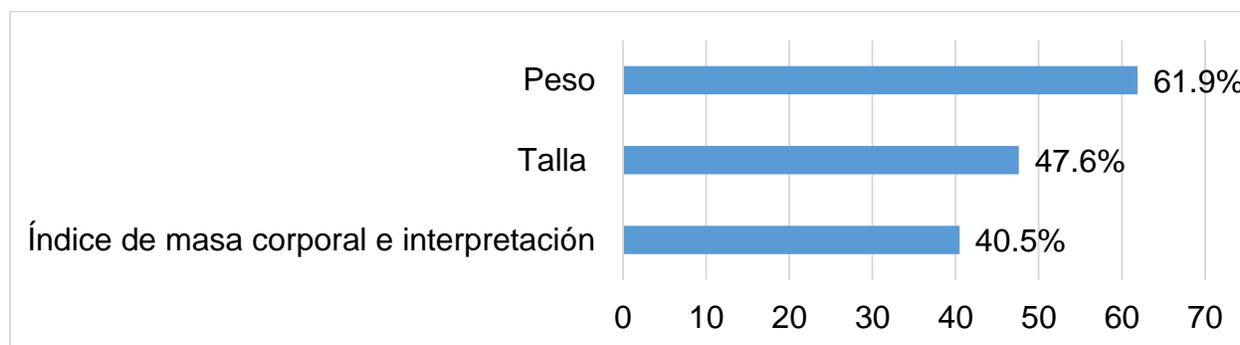
Grafico 5: Toma de la presión arterial de los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 5

Interpretación de IMC y toma peso y talla se encontró lo siguiente en los expedientes clínicos al realizar lista de chequeo de atención al paciente se toma más el peso a los paciente luego la talla va disminuyendo y por último el cálculo del IMC, disminuye al 40.5 %.

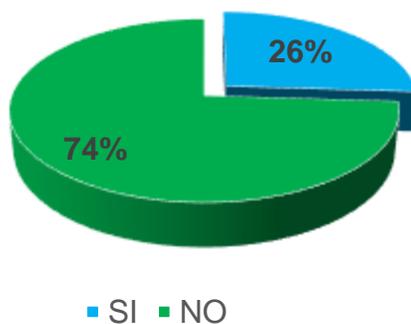
Grafico 6: Toma de medidas antropométricas de los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 6

Pacientes al recibir consejería sobre cuidados de la enfermedad al ser encuestados solo el 26% de los pacientes refirieron que se les brindaba consejería sobre su enfermedad

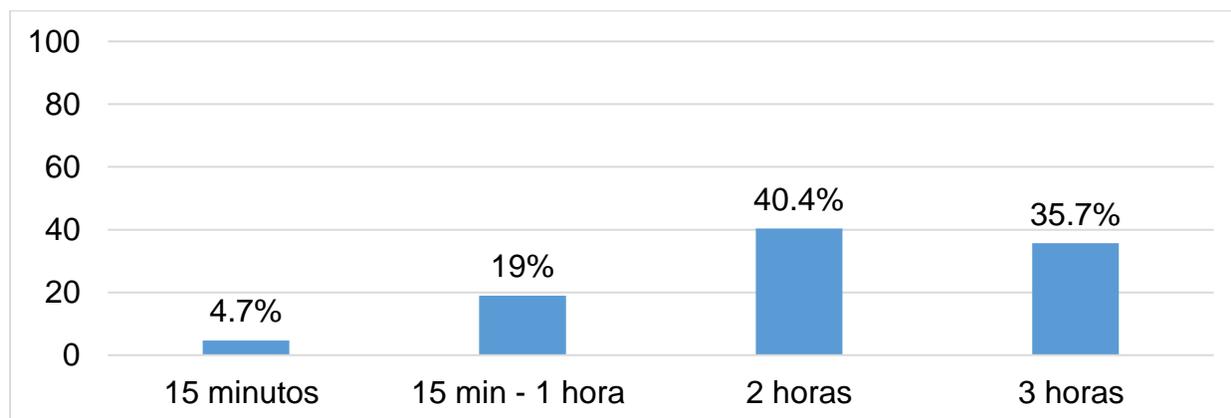
Gráfico 7: Consejería recibida por parte del personal médico a los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 7

Siguiente grafico se aprecia el tiempo de espera para recibir la atención desde el momento que el paciente llega a la unidad de salud hasta que reciba su medicamento.

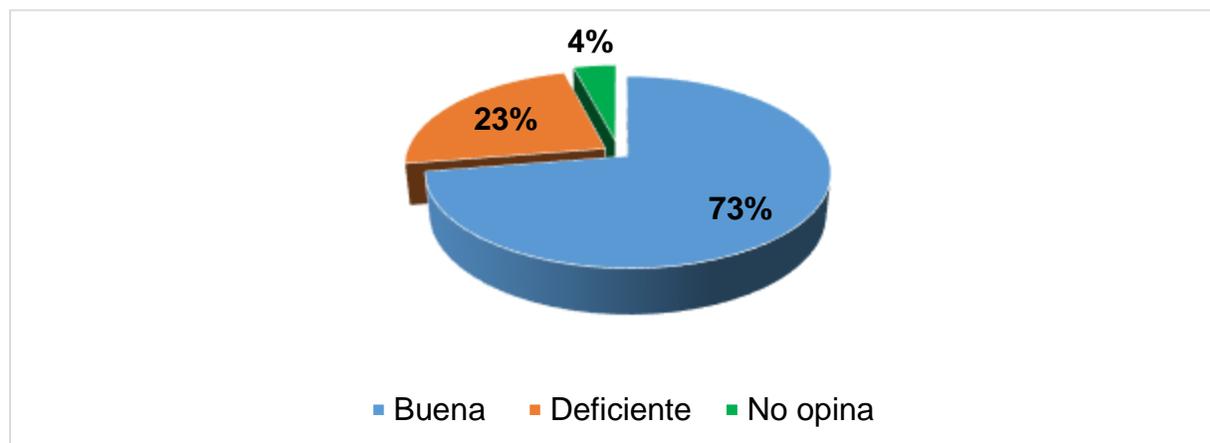
Grafico 8: Tiempo de espera de los pacientes con hipertensión arterial para ser atendidos, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 8

Cuando se le pregunto a los pacientes en la encuesta de satisfacción como observaban la atención que se les brindaba en la unidad de salud respondieron de la siguiente manera.

Grafico 9: Satisfacción de la atención brinda a los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 9

La evaluación de los estándares del consultorio de medicina general para la atención integral, con la Normativa 080 Manual de habilitación de establecimiento proveedores de servicios de salud, Noviembre 2011 del Sector 29, se encontró que cumplía en un 71% con las condiciones para brindar la consulta pero entre los ítems se observó que hace falta los lavamanos con dispensador integrado y dispensador con alcohol gel, los basureros con tapa de pedal para desechos comunes en los consultorios. (Ver anexo 5, tabla no. 9)

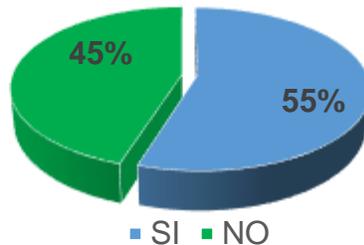
Los equipos básicos para realizar examen físico en la unidad de salud hacen falta el Oto-Oftalmoscopio, el estetoscopio pediátrico y el reloj de pared con segundero siendo estos equipos básicos para el funcionamiento de un consultorio de medicina general para la atención integral. (Ver anexo 5, tabla no. 10)

La revisión de expedientes aplicando el instrumento cuando se buscan exámenes del laboratorio de los pacientes se encontró que solo tenían exámenes en los últimos 6 meses el 17% de los pacientes se incluyen exámenes de rutina para búsqueda de anemia en los pacientes, diabetes y otras patologías frecuentes en la población. (Ver anexo 5, tabla no. 11)

La valoración por especialistas estos pacientes solo el 17% de los pacientes tiene una valoración por especialista pero es debido a que estuvieron descompensados y de una forma fueron valorados por especialista pero tuvieron que viajar al municipio para estar ingresado o estar descompensado de su patología. (Ver anexo 5, tabla no. 12)

Al realizar la visita al paciente y preguntar que si acudían puntual a la cita referían los pacientes que a veces y otras veces no y solo un 55% de los pacientes encuestados refirió acudir puntual a la cita y los motivos son las demoras para ser atendidos en las unidades de salud. (Ver anexo 5, tabla no. 13)

Gráfico no 14. Entrega de medicamento a los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.



Fuente: Tabla no. 14

Los medicamentos al momento de ser encuestados por cuanto tiempo le entregaron medicamento en los últimos 6 meses que lo retiro el 93% refirió a ver retirado el medicamento por un mes luego un 2.5% lo recibió por 20 días, un 2.5% recibió medicamento por 15 días y un 2% lo recibió por 10 días los motivos que recibieron este medicamento en algún momentos de sus consultas era porque se estaba terminando pero que tenía que ir a retirar en lapso del tiempo que hacía falta (Problemas de gestión en la unidad de salud)

IX. Análisis y discusión de resultados

La procedencia todos son de zonas rural donde en su mayoría caminan para llegar a la unidad de salud característica que todos compartían en común, con respecto a la variable sexo las mujeres se ve más afectado influye que en el campo son las mujeres con 62% que más visitan las unidades de salud están más pendiente de la salud y los hombres visitan menos las unidades, en España estudio realizado en 2015 revela que las que más acudían eran mujeres con un 58% por lo que se asemeja con lo que sucede en el sector 29 donde se realizó este estudio.

Con respecto a las edades de los pacientes de este estudio concuerdan con OMS en 2018, con las edades que afecta la hipertensión arterial ya que comienza de los 35 años y a mayor edad mayor afectación, las edades más afectadas prematuramente van desde los 30 a los 69 años debido a múltiples factores, el cual no fue contradictorio los datos que revelo este estudio.

La variable estado civil de los pacientes hipertensos crónico observamos que el 75% esta ajuntado con una pareja y el 25% esta solos esto influye en el paciente ya que este tiene quien lo cuide o alguien que le esté acordando en la toma de su medicamento o en el cuidado de su salud, la variable ocupación ya que los paciente todos viven en el campo en su mayoría son agricultores y amas de casa los que se dedican a otras actividades son muy pocos siendo estas dos el 61% de los pacientes con diagnóstico de hipertensión.

En la toma de la presión arterial a los pacientes que se evidencia en expedientes clínicos se observa que solo al 61% de los pacientes se les tomo la presión arterial, luego el peso al 61%, disminuyendo la toma de la talla del paciente con un 47.6% y la interpretación del índice de masa corporal se interpreta solo el 40.5% de los paciente según hoja monitoreo del expediente clínico y consejería brindada a los pacientes solo se le brinda consejería a un 74% según encuesta de satisfacción estos resultados se asemejan con estudio realizado en la ciudad de Bogotá en 2014 que el cumplimiento

de las guías de atención al paciente hipertenso alcanzo apenas el 67% los resultados en este caso de este estudio son datos más bajos.

Al evaluar la calidad de atención del programa de hipertensos crónicos se observa bajo la calidad de atención en todas las dimensiones y lo que el programa no se ve como otros grupos que son más priorizados y que se puede dar solución al problema y que el personal puede ser potencializado y la tecnología de la institución ya que existe compromiso refieren los pacientes se asemeja esta característica de este estudio con estudio realizado por Chams Martinez y Rodriguez Pajaro en Cartagena, Colombia en 2015.

La percepción de la atención recibida de los usuarios sobre su atención en salud el 73% está de acuerdo que recibe muy buena atención, el 23% refiere atención deficiente y el 4% no opina esta percepción percibida, en un estudio realizado en el centro de salud "Pedro Altamirano" en Managua el 82% de los pacientes cumplió sus expectativas de atención y en esta caso en este estudio se le pregunto al paciente como percibía la atención brindada en la unidad de salud siendo más bajo el porcentaje en esta unidad que se realizó la investigación.

Al momento de evaluar la unidad de salud con el manual de habilitación para unidades proveedoras de servicios de salud la unidad de salud no cumple ya que no se encontraron basureros de pedal falta el reloj de pared en el consultorio el otolofthalmoscopio, estetoscopio pediátrico y en el lavamanos no se encontró el alcohol en gel para su uso posterior al lavado de manos. Si bien es cierto el paciente con hipertensión arterial por desconocimiento no se percata al momento de la atención ya que no influye al momento que se le brinda atención pero al realizar la evaluación la unidad de salud no cumple.

Las variables valoración por especialista y exámenes de rutina enviados se observa que los pacientes en su mayoría no tienen valoración por especialista que este documentada en el expediente clínico al igual exámenes de rutina en búsqueda de alguna patología en los últimos 6 meses es muy bajo ya que solo el 17% de los pacientes tienen valoración por especialista y fue por que en algún momento estuvieron

ingresados en una unidad de salud de mejor resolución, al igual los exámenes que se les realizaron fue por que estuvieron ingresados y fue necesario realizarles estudios del laboratorio.

Estos pacientes no acuden puntual a la cita ya que solo un 55% de ellos lo hace debido que refieren que esperan demasiado tiempo para ser atendidos y muchas veces se les olvida la cita ya que no tienen tarjeta del programa de crónicos y muchos por su edad avanzada no acuden puntual a la cita, con respecto al medicamento solo 93% de los pacientes refirió haber recibido medicamento en tiempo y forma el resto se lo daban por motivos que no estaba completo por 10,15 y 20 días pero que regresara en ese lapso de días a retirar el faltante de medicamento.

X. Conclusiones

1. En cuanto a las características sociodemográficas la mayoría eran del sexo femenino, tenían entre 50 – 59 años, tenían un pareja y eran amas de casa.
2. Sobre las dimensiones de la calidad a la mayoría de los pacientes se les tomo la presión arterial, el peso más que la talla o el índice de masa corporal, recibieron consejería por parte del personal de salud, esperaron en su mayoría más de 2 horas para su atención, sin embargo un alto porcentaje valoro la calidad de atención como buena.
3. De la calidad de la atención sobre la infraestructura cumple con la mayoría de criterios, un porcentaje alto de pacientes no tienen exámenes y valoración por especialista los últimos 6 meses, pero ellos manifestaron que acuden puntuales a sus cita médica y se les entregan completo sus medicamentos.

XI. Recomendaciones

Al equipo de Dirección

1. Las autoridades del municipio de Wiwilí deben mejorar las condiciones de los consultorios de manera que cumplan los estándares requeridos para que se atiendan con mejor calidad de atención a los pacientes crónicos con diagnóstico de hipertensión arterial.
2. Realizar acompañamientos a las unidades de salud haciendo énfasis en la revisión de expedientes clínicos utilizando listas de chequeos que busquen a mejorar la calidad de atención del paciente que están en los censos diagnóstico de hipertensión arterial que acuden a demandar atención.
3. Realizar las encuestas de satisfacción de usuario seguidamente para valorar la calidad de atención brindada a los pacientes que acuden a demandar un servicio.
4. Tener un plan de capacitación a los recursos sobre la atención del programa de hipertensos crónicos para mejorar la calidad de atención

Al personal de salud.

1. Realizar una mejor planificación de atención a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial para disminuir los tiempos de espera y tener mejor accesibilidad
2. Mejorar registros en los expedientes clínicos de la atención a los pacientes que acuden a demandar servicio como paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.
3. Realizar mejores anamnesis a los pacientes y tomar medidas antropométricas a los pacientes así como signos vitales etc.
4. Brindar mejor consejería a los pacientes sobre el cuidado de la enfermedad en su comunidad y crear el club de pacientes crónicos con el objetivo de promover hábitos saludables para tener pacientes activos y proactivos sobre la atención de su enfermedad.

XII. Bibliografía

- Asenjo Sebastian, M. Á. (2006). *Gestion diaria del hospital*. Barcelona: Elseiver.
- Avila , J., Bareño, A., Castro, J., & Rojas, C. (04 de 02 de 2014). Evaluacion de la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en un programa de crónicos. *Med*, 58-67. Obtenido de <http://www.scielo.org.co>
- Ávila Lillo, C. (2015). Madrid.
doi:<http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO.pdf>
- Azcarate- Garcia , E., Hernández Torrez, I., & Guzman Rivas, M. (10 de Enero de 2013). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300232>. Recuperado el 25 de 07 de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S1405887116300232/1-s2.0-S1405887116300232-main.pdf?_tid=45504c12-a933-4287-ab0f-00d29c772779&acdnat=1532533884_d6f8e8086bbbe1ed005444186e959128
- Bianchi Gallo , B., & Valverde Corrado, M. C. (2009). *Un caso de Estudio en calidad de datos para software Empirica*. Montevideo. Obtenido de <https://www.fing.edu.uy>
- Carballo Alvarez, L. F. (2008). *Implantacion de un sistema de calida en un programa de cribado de cancer colorrectal*. Murcia. Recuperado el 02 de 02 de 2019
- Chams Martinez , Y. A., & Rodríguez Pájaro , J. D. (2016). <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/>. Obtenido de [/jspui/bitstream/11227/5100/1/123TRABAJO%20DE%20GRADO%20FINALIZADO%20ABRIL%2020-2016.pdf](http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/5100/1/123TRABAJO%20DE%20GRADO%20FINALIZADO%20ABRIL%2020-2016.pdf)
- Contel , J. C., Muntané, B., & Camp, L. (03 de 01 de 2011). La atencion al paciente cronico en situacion de complejidad el reto de contruir un escenario de atencion integrada. *Elsevier Doyma*, 107-113. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002204>
- Cruz Soto, L. I. (2016). *Percepción del adulto mayor sobre la atención a enfermedades crónicas no trasmisibles recibida en el centro de salud Pedro Altamirano Managua III Trimestre*. Managua.
- Donabedian, A. (1980). http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf. Obtenido de www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Estrada Zambrano, J. S., & Ordoñez Riascos , E. A. (2013). *Calidad en la atencion de pacientes con enfermedades cronicas (hipertension arterial) en una IPS pública ubicada en Pasto - Nariño*. San Juan de Pasto.

ISO 9000. (2005).

http://www.umc.edu.ve/pdf/calidad/normasISO/Norma_ISO_9000_2005.pdf.

Obtenido de

www.umc.edu.ve/pdf/calidad/normasISO/Norma_ISO_9000_2005.pdf

Jova Morel, R., Rodriguez Salva, A., Diaz Piñeri, A., Balcindes Acosta, S., Soza Lorenzo, I., De voz, P., & Van der Stufy, P. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y El mundo. *Medisan*, 1609, 11. Recuperado el 19 de Enero de 2108, de <http://scielo.sld.cu>

Leon Maradiaga, A. G., Morales Lopez, S., & Alvarez Diaz, C. d. (2016). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Regresos por las sendas ya visitadas*, 49-55. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un163j.pdf>

Ministerio de salud pública de Cuba. (2010). *Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población*. La Habana. Obtenido de files.sld.cu/dne/files/2010/.../indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.p..

Ministerio de Salud, Manual de organización y funcionamiento del sector. (Junio de 2008). Manual de Funcionamiento y Organización del Sector. Managua, Nicaragua.

Ministerio de Salud, Normativa 080 Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud. (2011). Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud. Managua.

MINSAL. (2010). *Protocolo de atención de problemas médicos más frecuentes en adultos*. Managua : Ministerio de Salud.

Minsa. (2018). *Lineamientos de acción para el 2018*. Managua, Nicaragua.

OMS. (2013).

[WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=2AE105058253F0FE700C51DAB3DADF0C](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_3DADF0C). Obtenido de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2

—

OMS. (01 de 06 de 2018). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <http://www.who.int:/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2015). <http://www.who.int>. Recuperado el 26 de Julio de 2018, de www.who.int/features/qa/82/es/

Quezada Sabaté, M., Canet Ponsa, M., Avellana Revuelta, E., Rodriguez Requejo , S., German Rebull, F., & Balló Peña, E. (2014). Evaluacion de un programa de atención a la cronicidad en Girona. *Elseiver Doyma*, 24-32. Obtenido de <http://www.scielo.org.co>

Real Academia Española. (s.f.). *dle.rae.es/srv/fetch?id=6nVpk8P*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=6nVpk8P>.

SILAIS Jinotega. (2018). *Estadísticas del Ministerio de Salud*. Jinotega.

Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la lucha contra la hipertension arterial. (2017). <https://www.seh-lelha.org/guias-acc-aha>. Obtenido de <https://www.seh-lelha.org/wp>

SUBSALUD. (2009). *Manual de categorización y acreditación de la superintendencia de salud*. Asunción. Obtenido de www.paho.org/par/index.

Vargas Gonzalez , V., Valecillos , J., & Hernandez, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medicion. *Revista de ciencias sociales*, 663-671. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005>.

ANEXOS

Anexo 1

Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua UNAN Managua
Recinto universitario “Rubén Darío” Facultad de ciencias médicas.

Consentimiento informado

Estudio sobre calidad de atención a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al programa de enfermedades crónicas en Malecón que corresponde al sector 29 del municipio de Wiwilí – Jinotega. II Semestre año 2018.

Yo _____ he sido informado sobre estudio que se está realizando también se me informo que la información obtenida a partir de mis respuestas en este entrevista tendrá un carácter confidencial, y lo obtenido es para fines de conocimiento y académicos, de tal manera que mi nombre no será expuesto en público por ningún medio. En consideración a lo anterior, acepto participación voluntariamente en la realización de esta encuesta expreso voluntariedad de participar en esta entrevista conscientemente también he sido informado de lo siguiente:

Este estudio será de utilidad y dará aportes importantes, conocimiento científico sobre el la calidad de atención brindada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Constancia de firma o huella digital _____

Anexo 2

Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua UNAN Managua
Recinto universitario "Rubén Darío" Facultad de ciencias médicas.

Encuesta satisfacción de atención al paciente con diagnóstico de hipertensión arterial.

1. Procedencia Urbano: _____ Rural: _____
2. Sexo Masculino: _____ Femenino: _____
3. Edad _____
4. Estado civil: Casado(a) _____ Acompañado _____ Soltero _____
5. Escolaridad. Analfabeto _____ Primaria _____ secundaria _____ Nivel superior _____ _____
6. Ocupación laboral. _____
7. Atención en la unidad de salud: ¿A que unidad va a recibir atención en salud ? _____
¿Cuánto tiempo que dilato para recibir la atención de salud? _____
¿Recibió consejería? Si: _____ No: _____
¿Comó califica usted la atencion rebida? Buena: _____ Regular: _____ Deficiente: _____
No opino: _____

Anexo 3

Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua UNAN - Managua
Recinto universitario "Rubén Darío" Facultad de ciencias médicas.

Estudio sobre calidad de atención a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten al programa de enfermedades crónicas en el sector del Malencon, municipio de Wiwili – Jinotega. II Semestre año 2018, hoja monitoreo de Expedientes.

Hoja de chequeo de registro de atención al paciente

Expediente	Si	No
Peso		
Talla		
Índice de masa corporal e interpretación.		
Toma de Presión arterial		
Exámenes complementarios (ultimos 6 meses)		
Valoracion por especialista (ultimos 6 meses)		

Anexo 4.

Universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua UNAN Managua
Recinto universitario "Rubén Darío" Facultad de ciencias médicas.

Estándares de consultorio de medicina general para atención integral, Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud noviembre 2011. Extraído de la Normativa 080

El personal que brinda la consulta dispone de condiciones adecuadas para la atención.

Área señalizada.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Superficie mínima de 12 mts ²	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Garantiza la Privacidad del paciente visual y auditiva	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Área para entrevistas separada por una cortina, mampara, o división interna del área para revisión física del paciente.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Lavamanos con dispensador integrado y dispensador con alcohol gel.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Recipiente rígido para punzo cortantes y contaminantes.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Recipiente con bolsa preferiblemente roja para desechos bioinfecciosos.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Basurero con pedal y tapa para desechos comunes.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

El consultorio cuenta con mobiliario básico para el funcionamiento.

Escritorio de metal o madera.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tres sillas como mínimo.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Anaquele de madera o metal de dos puertas con chapa y llave.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Canapé de madera o metálico tapizado con cuerina.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Escalera (gradas, con protector y agarradera de manos), de dos escalones para subir camillas.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

El consultorio cuenta con Equipo básico para realizar el examen físico

Negatoscopio de un cuerpo (A partir de Centros de salud con servicio de Imagenología).	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Reloj de pared con segundero.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Oto-oftalmoscopio: otoscopio, oftalmoscopio cierre de enchufe, portalámparas, tres espéculos auriculares.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Estetoscopio de adulto de metal ligero con pieza de pecho giratoria, un lado diafragma, otro corneta.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Estetoscopio pediátrico de metal ligero con pieza de pecho giratoria, un lado diafragma, otro corneta.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Martillo de reflejos.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Anexo no. 5: Tablas

Tabla no. 1

Sexo de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	26	62%
Masculino	16	38%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 2

Edad de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 – 34 años	0	0%
35 – 49 años	8	19%
50 – 59 años	18	43%
60 – 64 años	5	12%
65 a más años	11	26%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 3

Estado civil de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	4	10%
Unión de hecho	15	36%
Casado	17	40%
Viudo	6	14%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 4

Ocupación vs el sexo de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Ocupación	Femenino		Masculino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ama de casa	18	42.9	0	0	18	42.9
Agricultor	0	0	7	17	7	17
Comerciante	3	7.1	3	7.1	6	14.2
Albañil	0	0	1	2.4	1	2.4
Ganadero	0	0	1	2.4	1	2.4
Ninguno	5	11.9	3	7.1	8	19
Total	26	61.9	16	38.1	42	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 5

Toma de la presión arterial de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Toma de presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	60%
No	17	40%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 6

Toma de medidas antropométricas de los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Medidas antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
Peso	26	61.9%
Talla	20	47.9%
Interpretación IMC	17	40.5%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 7

Consejería recibida por parte del personal médico a los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Consejería	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	26%
No	31	74%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 8

Tiempo de espera de los pacientes con hipertensión arterial para ser atendidos, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
15 minutos	2	4.7%
15 minutos – 1 hora	8	19%
2 horas	17	40.4%
3 horas a mas	15	35.7%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 9

Satisfacción de la atención brinda a los pacientes con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Satisfacción del pacientes por la atención recibida	Frecuencia	Porcentaje
Buena	10	23%
Regular	0	0
Deficiente	31	73%
No Opina	1	4%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 10

Estándares de consultorio de medicina general para la atención de los con hipertensión arterial, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

No. Criterios cumplidos de acuerdo a la normativa 0.80	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	29%
No	6	71%
Total	18*	100%

*Total de criterios evaluados por el instrumento no. 2

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 11

Exámenes de laboratorio enviados a los pacientes con hipertensión arterial para ser atendidos en los últimos 6 meses, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Exámenes de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	17%
No	35	83%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 12

Valoración por especialista a los pacientes con hipertensión arterial para ser atendidos en los últimos 6 meses, sector Malecón,, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Valoración por especialista	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	17%
No	35	83%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 13

Asistencia de acuerdo agenda de los pacientes con hipertensión arterial en los últimos 6 meses, sector Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Asistencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	55%
No	19	45%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 13

Entrega de medicamento a los pacientes con hipertensión arterial, en Malecón, Municipio de Wiwilí–Jinotega, II Semestre año 2018.

Entrega de medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Completo	39	93%
Incompleto	3	7%
Total	42	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos