



---

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Facultad de Ciencias Médicas - León**



**Tesis para optar al título de:**  
**Doctor en Medicina y Cirugía**

**Satisfacción que tienen los pacientes con enfermedades crónicas con la atención recibida en el Centro de Salud Noel Ortega de la Paz Centro en el periodo comprendido Septiembre-Octubre 2007.**

**Autores:** Br. Aricela Sánchez Bermúdez.  
Br. Freddy Abraham Jiménez Espinoza.

**Tutor:** Dr. Juan Almendárez.<sup>1</sup>

Noviembre 2007

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAN – León.



---

## **DEDICATORIA**

### **A nuestros Padres**

*Aricia C. Bermúdez Rocha y Marcio B. Téllez*

*Eyra M. Espinoza Ramos y Freddy I. Jiménez Vargas*

*Nuestra fortaleza, ejemplo y apoyo incondicional*

*Por dedicar su vida a crear, reparar y mejorar las partes más valiosas de las nuestras.*

### **A mi hija**

*Helen K. Jiménez Zapata*

*Inspiración de mi vida para seguir luchando*

### **A mi abuela**

*Elia María Rocha Algueda*

*Que me brindó su amor y sus consejos,*

*Ayudándome en esta etapa de mi vida,*

*Aunque ya no estés, siempre estarás en mí.*



---

## AGRADECIMIENTO

*A Dios todopoderoso quien nos dio la vida y el privilegio de haber alcanzado una de las metas importantes en nuestras vidas.*

*A nuestros hermanos quienes siempre estuvieron presentes en los momentos que más necesitábamos de ellos, dándonos ánimos y palabras de aliento para seguir adelante con nuestro propósito.*

*A nuestro tutor Dr. Juan Almendarez quien con su dedicación, empeño, y conocimiento pone de manifiesto su sabiduría para ilustrar a cada uno de nosotros y orientarnos en el camino de la investigación.*

*Al personal del centro de salud que nos brindó su apoyo y su atención, a todos los usuarios que participaron de forma voluntaria para la realización de este estudio.*

*A nuestros amigos que siempre nos apoyan y nos brindan su amistad incondicional en cualquier momento.*

### Resumen

*Satisfacción que tienen los pacientes con enfermedades crónicas con la atención recibida*



---

Se realizó un estudio de evaluación gerencial con el objetivo de valorar la satisfacción de los usuarios externo que acuden al programa de dispensarizados en el municipio de la Paz Centro durante Agosto-Octubre 2007, para lo cual se diseñaron encuestas dirigidas, se realizaron encuestas a 375 usuarios que acudieron al programa en el periodo de estudio.

Las encuestas en general estuvieron dirigidas a la satisfacción de los pacientes con respecto al programa de dispensarizado, quienes manifestaron sentirse satisfechos con el programa con un 66.9% y solamente un 33.1% sintió poca satisfacción por dificultades con la entrega del medicamento y realización de algunos exámenes.

Se categorizó cada respuesta con valores de positivo si era de 3 y 4 y de negativo si era de 1 y 2, este se asignó para las respuestas que eran excelente, bueno, regular y malo, dando a cada respuesta valores de 4, 3, 2, 1 respectivamente.

La sensibilización de los pacientes sobre la importancia de la asistencia a su cita del programa y la participación de las charlas educativas ayudan en si a mejorar y orientar sobre la calidad de vida de los pacientes para un mejor desarrollo en el desempeño laboral y humano.



## INDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	6
II. OBJETIVOS.....	8
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
IV. JUSTIFICACIÓN.....	10
V. MARCO TEORICO .....	11
VI. MATERIALES Y METODO .....	37
VII. RESULTADOS .....	42
VIII. DISCUSIÓN .....	46
IX. CONCLUSIONES .....	50
X. RECOMENDACIONES .....	51
XI. REFERENCIAS .....	52
XII. ANEXOS .....	56



## I. INTRODUCCION

Algunas personas necesitan tratamientos largos y continuos para tratar y controlar su enfermedad, estas son las personas que padecen de enfermedades crónicas no infecciosas, siendo las más frecuentes: Asma, Epilepsia, Cardiopatías, Artritis Reumatoides, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Para garantizar el éxito de esos tratamientos se necesita siempre la participación activa del paciente, el cual tiene que conocer bien su enfermedad y su tratamiento; conociéndose como pacientes dispensarizados. <sup>(1)</sup>

Estas enfermedades representan uno de los problemas de salud ocupacional, siendo las edades más vulnerables, los pacientes de la tercera edad, el cual son atendidos en los diferentes centros hospitalarios y centro de salud, ubicados por los diferentes SILAIS ( Sistemas Locales de Atención a la Salud) en todo el país, logrando así una mayor cobertura del sistema salud. <sup>(2)</sup>

El estudio de medición de la satisfacción de los usuarios se considera una medida fundamental para la evaluación y control de calidad de los servicios de atención primaria, conociéndose como satisfacción el grado de cumplimiento de las expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados. <sup>(2,3)</sup>

La satisfacción de los usuarios debe abordarse de forma especial para conocer la percepción de los servicios, haciendo honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar, su estructura de preferencias fundamental en la atención, la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el que, entender el por que, comprender el para que), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitante con su proceso salud–enfermedad, lo cual lleva a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud, por ello es necesario un cambio paulatino y humanizado de los servicios. <sup>(4)</sup>



---

Cabe señalar que la valoración de la satisfacción de los usuarios proporciona una información con diversos grados de subjetividad sobre el resultado final del proceso asistencial para las autoridades que dirigen los servicios de salud. <sup>(2-5)</sup>

En nuestro estudio abordamos la satisfacción de los usuarios de dicho Programa del centro de salud Noel Ortega de la Paz Centro tratando de abarcar el total de usuarios registrados en el centro de salud con el propósito de ayudar a mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país gracias a la aplicación de los resultados obtenidos por nuestro estudio.



---

## II. OBJETIVO

Valorar la satisfacción de los usuarios externos que acuden al programa de dispensarizados del centro de salud Noel Ortega Saavedra de la Paz Centro municipio de León en el periodo comprendido de septiembre y octubre del 2007 en relación a:

- Como fue atendido por el médico.
- Como lo examinó la enfermera.
- Tiempo de espera y duración de la consulta en la atención.
- El trato recibido por el personal de farmacia.
- El trato recibido por el personal de laboratorio.
- Percepción de la accesibilidad al centro de salud.



---

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En que medida los pacientes dispensarizados se sienten satisfechos con la atención brindada en el centro de salud Noel Ortega Saavedra de la Paz Centro?



#### **IV. JUSTIFICACION.**

Las enfermedades crónicas no transmisibles en el hombre son controladas por programas a nivel nacional con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La satisfacción de cada paciente con lo que le brinda el programa depende en gran medida de como se sintió el paciente con el trato recibido desde que llega al centro hasta que sale del mismo, esto a su vez es una tarea difícil de abordar; es por eso que los resultados de nuestro trabajo ayudarán a formular estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes al programa con respecto a la asistencia, los diferentes esquemas terapéuticos, educación y cambios en el comportamiento.



## V. MARCO TEÓRICO

Satisfacción de los usuarios externos.

La satisfacción del usuario se ha definido de varias maneras. Una es referida al grado de cumplimiento de sus expectativas en cuantos a la atención y sus resultados; también la han definido como “actitud positiva hacia los cuidados en su salud basados en sus experiencias.”<sup>(10)</sup>

Según Donabedian (1992) la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención. A este respecto, es un fenómeno curiosamente complejo. Cada función define un estado del paciente que es consecuencia, más bien que un atributo, de la atención, como tal, la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención.<sup>(14)</sup>

La satisfacción representa la evolución del paciente de la calidad de una manera que corresponde a la evaluación de un profesional sobre la calidad de la misma atención, aun cuando las consideraciones que entran en los dos juicios pueden no ser la misma y las conclusiones pueden diferir. La evaluación de la calidad que hace el paciente, expresa como satisfacción o insatisfacción, puede ser notablemente detallada, podría concernir a los escenarios de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias, fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho.<sup>(14)</sup>

La medición de la satisfacción es, por tanto un instrumento valioso para la investigación, tiene un papel importante en el curso de la interacción médico–usuario, ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción y al final, hacer un juicio sobre que tan acertado ha sido.<sup>(14)</sup>



---

Para Kinneer Taylor (1998) cualquier medida de satisfacción debería considerarse la diferencia entre: 1) expectativas del cliente en cuanto a atributos y satisfacción general y 2) la experiencia actual del cliente con relación a estos atributos y su percepción de atención, también ellos consideran que cualquier medida de satisfacción debe permitir a los usuarios intercambiar opiniones sobre la calidad de atención, objeto o servicio brindado, por lo que ellos piensan que lograr conocer la satisfacción del usuario es la clave para el éxito. <sup>(15)</sup>

Se ha encontrado que los usuarios de servicios valora la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, para ellos debe establecerse de manera sistematizada estudios que evalúen la satisfacción del usuarios y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de la políticas, programas de mejoría continua de la calidad. <sup>(16)</sup>

Si de satisfacciones se trata no cabe duda que la Psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado a este tema. Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental.

Si bien la Psicología tradicionalmente explicitó el vínculo entre satisfacción y comportamiento de una manera clara y que en principio tiene en su base una coherencia empírica con las representaciones intuitivas, aunque las trasciende ampliamente, los más recientes estudios no se conforman con cualquier tipo de comportamiento.



Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La relación que se nos impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia? La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia sin dudas es un indicador, o más aún, es un instrumento de la excelencia. El que sea un indicador de excelencia de la calidad, depende de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Detengámonos entonces brevemente en cada una de estas variables citadas.

La complejidad del proceso.

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:

1. Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.



---

El cliente (paciente)

El "paciente" (o cliente) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud.

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado.

Las expectativas que el paciente trae no tienen que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino. La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

El supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud).

En honor a la verdad, es en aquella palabra queja, en la que nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto e instituido que no era lo que el mismo esperaba.



Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, dicharacheros, logran los mejores calificativos aunque ejecuten las mayores chapucerías técnicas, y como decimos vulgarmente "no pasa nada", "todo el mundo sale contento", y como es tan cómico el médico, o tan bien parecido ¿para qué quejarme?, si como dice el cuento: "Después de todo me divertí bastante".

Esta es una parte del análisis de este eslabón del proceso. La otra sería el considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy difícil dar lo que no tenemos. Quiero decir si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados.

Las trampas de la excelencia (el proceso de interrelación y las condiciones institucionales).

#### 1. La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones.

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sobre todos los procedimientos posibles, en fin que vayamos sin darnos cuenta aumentando sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente.



---

Es en el modo en que nos comunicamos, y en el modo de pretender a veces ser tan excelentes, que generamos fuentes de insatisfacción en nuestros pacientes.

## 2. La imagen: del profesional y la institución.

Hace un tiempo se puso de moda una canción que en uno de sus estribillos decía: "somos lo máximo". Si uno está ante lo máximo, espera lo máximo, si nos atiende una eminencia de la medicina en el mejor hospital, la atención esperada es también la máxima. A veces un fracaso puede ser el resultado de una excesiva propaganda.

## 3. El cumplimiento de los indicadores de eficiencia en la atención hospitalaria.

Disminuyendo la estadía, o viendo a todos los casos que lo necesitan, a modo de ejemplo, pudiéramos caer en la trampa de no hacer las cosas como se deben y brindar con ello una atención de menor calidad y más probable de ser evaluada insatisfactoriamente. <sup>(5)</sup>

Existen dos tipos de usuarios de las instituciones de la salud:

Los usuarios internos: Empleado o trabajadores de la institución que reciben productos y servicios de esta, que los usan en el proceso de atención (prestadores de servicios).

Los usuarios externos: Son las personas que reciben los productos y/o servicios de las instituciones (clientes).

Para mejorar la calidad es importante conocer si los usuarios externos están, satisfechos con la atención que reciben y la satisfacción que reciben los usuarios internos con la institución. <sup>(17)</sup>

La satisfacción de los usuarios debe abordarse de forma especial para conocer percepción de los servicios, haciendo honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar, su estructura de



---

preferencias fundamental en la atención, la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el que, entender el por que, comprender el para que), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportara diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud–enfermedad, lo cual lleva a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud, por ello es necesario un cambio paulatino y humanizado de los servicios. <sup>(4)</sup>

#### Medición de satisfacción

Se divide en 3 Grupos:

Satisfacción Completa: Cuando las expectativas del usuarios son cubiertas en su totalidad, aquí el paciente esta satisfecho.

Satisfacción Intermedio: Cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente pueden estar poco satisfechos.

Insatisfacción: Cuando las expectativas del usuario no son cubiertas y pueden decir que esta insatisfecha, dependiendo de su percepción. <sup>(18)</sup>

### NORMAS DEL PROGRAMA DE ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES

Las enfermedades crónicas no transmisible han venido sufriendo un incremento sostenido en nuestro país, constituyendo un problema de salud pública, situación debida a cambio en su perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico del país, presentándose una doble carga de las enfermedades infecciosas y carenciales y las enfermedades crónicas. <sup>(19-21)</sup>



---

Deben redefinirse las estructuras y funciones de las unidades de atención primaria, fortaleciendo su capacidad resolutoria y hacerlas más atractiva a la población, garantizando una detección precoz y tratamiento oportuno con el apoyo de actividades comunitarias, donde se destacan los grupos de autoayuda que tienden a disminuir las tasas de complicaciones y sobrecarga al segundo nivel atención. <sup>(20-22)</sup>

El control de las enfermedades crónicas es un proceso complejo y multidimensional, los objetivos son la prevención primaria, la detección precoz y un tratamiento adecuado que prevenga la aparición de complicaciones.

El ministerio de Salud ante esta problemática se plantea una estrategia poblacional con medidas de educación dirigidas a la población para disminuir las enfermedades crónicas, impactando sobre factores de riesgo asociados a las misma, tales como falta de ejercicios físico, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada(rica en grasa) estrés, entre otros.

Por otro lado, una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a las personas que por estar expuesto a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen.

De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para un adecuado control de la misma.

## OBJETIVO DEL PROGRAMA

### Objetivo General

- ✓ Establecer las estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas



### Objetivo Específicos

- Fomentar el desarrollo de acciones de promoción de la salud, mediante la difusión de criterios de Educación Sanitaria, para la adopción de hábitos saludables con participación activa de la comunidad.
- Fortalecer las medidas preventivas para reducir el número y severidad de las crisis y complicaciones agudas o crónicas que generan discapacidad o muerte.
- Fortalecer la calidad de la atención mediante la capacitación de los recursos humanos en el manejo integral de las personas y en el uso racional de los recursos.
- Promover el desarrollo de investigaciones sobre el perfil epidemiológico de las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.<sup>(22)</sup>

### ENFERMEDADES QUE CUBREN EL PROGRAMA

1. DIABETES MELLITUS
2. ASMA BRONQUIAL
3. ENFERMEDADES REUMATICAS
4. EPILEPSIA
5. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

### DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que más inciden en la población general, debido a que en su presentación intervienen múltiples factores de riesgo, destacándose entre ellos la herencia y el medio ambiente, su presentación puede ser abrupta o progresiva, pero en todo caso su evolución es crónica, afectando a las personas de cualquier edad, sexo, raza, religión, condición socio-económica, zona, región o país.<sup>(22)</sup>



La diabetes mellitus constituye un grupo de desordenes metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica (concentración excesiva de glucosa en sangre), la cual puede resultar por factores hereditarios, inmunológicos y ambientales, que con frecuencia actúa conjuntamente. Se puede producir por carencia absoluta o relativa de Insulina o por exceso de factores que se oponen a su acción. Este desequilibrio produce anormalidad en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos (trastorno global del metabolismo energético).<sup>(22)</sup>

Los síntomas clásicos de hiperglucemia marcada incluyen poliuria, polidipsia, pérdida de peso, algunas veces polifagia, adinamia, cefalea y visión borrosa, así como alteraciones en el crecimiento y susceptibilidad mayor a las infecciones. Esta sintomatología con presencia de valores de glucosa en ayuna mayor de 140mg/dl en más de una ocasión o bien encontrar cifras de glucosa por encima de 200mg en cualquier momento postprandial.

El diagnóstico se puede establecer en base al test de tolerancia a la glucosa administrando 75gr de glucosa disueltos en 350ml de agua las glucemias se toman en los tiempos de 0, 2 y 3 horas 0-30-60-120-180 minutos previa alimentación rica en carbohidratos 3 días previos.

<i>Condición</i>	<i>Ayuno</i>	<i>CTG</i>	
	<i>Mg/dl</i>	<i>30, 60, 0 90 x'</i>	<i>120x'</i>
Normal	≤ 110	< 200	≤ 140
Diabetes Mellitus	≥ 140	≥ 200	≥ 200
Tolerancia a la glucosa disminuida.	< 140	≥ 200	140-199

Los criterios para realizar una tolerancia a la glucosa son: Obesidad, enfermedades endocrinas pancreáticas o hepáticas, hipertrigliceridemias mixtas, mononeurosis probablemente por complicación de diabetes inicio de un tratamiento Estroprogestativo, glicemia en ayuna normal pero con glucosuria,



---

antecedentes familiares de diabetes Mellitus, parto previo con recién nacido con peso mayor de 9 libras, abortos o mortinatos frecuentes, polihidramnios, anomalías fetales, muerte neonatal inexplicables.<sup>(22)</sup>

#### Clasificación de Diabetes.

- I. Diabetes mellitus.
  - a. Diabetes mellitus tipo I dependiente de insulina.
  - b. Diabetes Mellitus tipo II no dependiente de insulina.
- II. Diabetes Gestacional.
- III. Intolerancia a los hidratos de carbonos.<sup>(22)</sup>

#### Tratamiento

##### Tratamientos no farmacológicos.

1. Educación del paciente.
2. Alimentación y Dieta.
3. Actividad Física.

##### Tratamiento farmacológico.

Estos tratamientos están indicados en los diabéticos no insulino dependiente cuando no se logra el grado de compensación deseado con las recomendaciones dietéticas, la eliminación de hábitos nocivos y el ejercicio.<sup>(22)</sup>

Antes de iniciar estos tratamientos con estos fármacos es conveniente valorar la respuesta del enfermo a la dieta sola y el ejercicio.

##### Antidiabéticos Orales.

Actualmente se encuentran disponibles en el MINSA las sulfonilureas como: Clorpropamida (250mg) y Glibenclamida (5mg), existen otros hipoglicemiantes en el comercio como: Gligenclamida, Glipizida, Tolazamida, Acetohexamida, Tolbutamida etc. y la biguanidas como la metformina de 500mg.



La insulina es el tratamiento más adecuado y seguro en la generalidad de los pacientes diabéticos se encuentran:

- I. Insulina de acción rápida en FAM (10ml), 1ml=100U.I. SC, IM, IV.
- II. Insulina intermedia NPH en FAM (10ml), 1ml=100U.I. SC. <sup>(22)</sup>

Su tiempo de acción en horas es para la insulina de acción rápida de 30 a 60 minutos con duración máxima de 2 a 6 horas y duración de efecto de 6 a horas. La de acción intermedia NPH su inicio de acción es de 4 a 6 horas con acción máxima de 8 a 12 horas con una duración de 18 a 26 horas. <sup>(22)</sup>

Indicaciones del tratamiento con Insulina

- Diabéticos tipo I (Insulino dependientes).
- Diabéticos en estado de acidosis diabética.
- Diabéticos que no tienen buen control con la indicación de la dieta ejercicios y fármacos orales.
- Diabéticos en bajo peso o pérdida de peso por hiperglicemia no controlada.
- Diabéticos con presencia de enfermedades interrecurrentes que afecten el estado de compensación (Tb, IVU).
- Diabéticos con efectos tóxicos colaterales de los compuestos normoglicemiantes.
- Mujeres diabéticas en estado de embarazo de acuerdo a valoración.
- Diabéticos con cirugías.
- Diabéticos en coma.

Las complicaciones agudas son resultado de una situación agregada en un momento dado la cual puede ser debido a un proceso infeccioso o bien a una situación de stress como infarto, trombosis etc. <sup>(22)</sup>

Las complicaciones crónicas son consecuencia de un inadecuado control de la enfermedad, se manifiesta especialmente en el sistema micro y macro vascular lo



---

que ocasiona daño cerebral, alteración de la retina y alteración del sistema nervioso periférico.<sup>(22)</sup>

## ASMA BRONQUIAL

El asma es una enfermedad ampliamente difundida, ocupa un lugar destacado por su importancia social y económica, ya que influye desfavorablemente en las actividades del que la padece y en el bienestar de él y de su familia, requiere considerables esfuerzos en asistencia médica, hospitalización y tratamiento.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, que se caracteriza por obstrucción bronquial, que cede espontáneamente o con tratamiento y por una hiperreactividad bronquial a una gran variedad de estímulos.<sup>(22)</sup>

### Patogénesis.

El elemento principal es la inflamación, que es resultado de la liberación de múltiples mediadores químicos (leucotrienos, interleucinas, factor activador de plaquetas, etc.), por gran variedad de células como: Mastocitos, eosinófilos, etc.

Esta cadena de acontecimiento es desencadenada por diferentes estímulos:

Infecciones virales, estímulos físicos como el ejercicios, estímulos químicos como AINE, ASA, estímulos irritantes como humo de tabaco, talco, gases vapores polvos inertes y estímulos alérgenos como secreciones de animales, polen, polvo casero etc.

La inflamación de las vías aéreas contribuyen a:

- Hiperreactividad bronquial.
- Obstrucción bronquial.
- Síntomas respiratorios.
- Cronicidad de la enfermedad.<sup>(22)</sup>



## HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL.

Es una respuesta broncoconstrictora a una amplia variedad de estímulos la obstrucción de las vías aéreas es el resultado de lo siguiente.

- Bronconstricción aguda.
- Edema de las vías aéreas
- Formación de tapones mucosos.
- Remodelación de las vías aéreas (alteración histológica en la cantidad y composición de la matriz extracelular de la pared de la vía aérea, lo que conduce a una obstrucción persistente y parcialmente reversible al tratamiento.

### Diagnostico.

1. Historia Clínica.
2. Examen físico.
3. Estudio de laboratorio.
4. Pruebas funcionales. <sup>(22)</sup>

### Manifestaciones clínicas

La presencia de tos recurrentes (puede ser único síntoma), además de disnea, sibilancias, opresiones torácicas. El patrón de los síntomas puede ser constante, por cambios climáticos, con frecuencia se presenta solo en la madrugada.

### Clasificación y tratamiento.

La clasificación se basa en los síntomas frecuentes de síntomas nocturnos y pruebas de función pulmonar como se muestra en el cuadro a continuación.

El tratamiento tiene dos enfoques importantes: el tratamiento no farmacológico que se refiere al control de los estímulos externos que desencadenan los síntomas y el tratamiento farmacológico que son los medicamentos que se usan para contrarrestar los síntomas. El tratamiento farmacológico tiene dos momentos, el tratamiento agudo o de rescate y el de mantenimiento. <sup>(22)</sup>



Severidad	Características
Grado 4 Severa persistente	Síntomas nocturnos y exacerbaciones frecuentes. Síntomas nocturnos frecuentes. Actividad física limitada. FEM < 60%. Variabilidad > 30%.
Grado 3 Moderada persistente	Síntomas diarios. Síntomas Nocturnos > 1 vez/semanas. FEM 60-80%. Variabilidad > 30%.
Grado 2 Leve persistente.	Síntomas diarios 2-4 veces/semana. Síntomas nocturnos 2-4 veces/mes. FEM = 80%. Variabilidad 20-30%.
Grado 1 Intermitente	Síntomas diarios = 2/semana. De corta duración. Síntomas nocturnos = 2 veces/mes FEM = 80%. Variabilidad > 20%.

Clasificación y tratamiento del asma según gravedad en adultos y niños mayores de 5 años. <sup>(22)</sup>

## ENFERMEDADES REUMATICAS

Las enfermedades reumáticas son padecimientos que se acompañan invariablemente de dolor, inflamación e impotencia funcional reversible o no, perjudican en forma importante al paciente, a la familia y a la comunidad, determinado un número significativo de incapacidades, lo que conlleva al deterioro socioeconómico del país. <sup>(22)</sup>

### Osteoartritis:

La osteoartritis, comúnmente llamada artritis degenerativas u osteoartritis, es la enfermedad artrítica mas frecuente, caracterizada por un estado degenerativo del cartílago articular, con la formación consecuente de osteofitos marginales, cambios del hueso subcondral, desprendimiento de pequeños fragmentos de huesos y cartílagos hacia la cavidad de la articulación, reacción fibrosa de la



---

sinovia y engrosamiento capsular, la sinovitis representa una inflamación causada por la concentración excesiva de lisosimas de las células de cartílago dañado. <sup>(22)</sup>

Generalmente aparece a mediados de la vida, el número de casos aumentan con la edad y se representan en más del 90% de todas las personas mayores de 50 años.

La enfermedad articular degenerativa puede ser acelerada por traumatismo, obesidad, osteoporosis, o anomalías estructurales adquiridas.

Diagnóstico.

El diagnóstico se establece por sus manifestaciones clínicas, la edad de inicio, localización y ausencia de manifestaciones sistemáticas, los exámenes de laboratorio son normales. Radió lógicamente las características más importantes son: estrechamiento del espacio articular, esclerosis del hueso sub-cortical, formación de osteofitos, también puede haber quistes óseos. <sup>(22)</sup>

Artritis Reumatoidea:

Es una enfermedad sistemática, evaluativo de etiología inmunológica, caracterizada por una inflamación crónica de membranas sinoviales con formación de complejos inmunes con elementos celulares (pannus) que erosiona cartílagos, huesos ligamentos y tendones, con tendencia a comprometer simétricamente la articulaciones presentando fluctuaciones en su actividad de intensidad variable, puede ocurrir desde remisiones espontáneamente a marcada tendencia deformante. En un 10% suele acompañarse de manifestaciones extra-articulares en corazón pulmones, ojos, tejido celular subcutáneo, nervios periféricos, etc. Lo que implica mal pronóstico.



### Tratamiento de artritis.

Se encuentran dos esquemas de medicamentos el de primera línea y de segunda línea:

#### Fármacos de primera línea

- Acido acetil salicílico.
- Indometacina.
- Ibuprofeno.
- Otros AINES (diclofenac, piroxican etc)

Fármacos de segunda línea de artritis, usados en ausencia de respuesta adecuada detrás de 3-6 semanas de tratamiento con fármacos de primera línea.

- Hidroxicloriquina (Plaquenil).
- Metrotexato (Rheumatex).

Otros medicamentos de segunda línea son:

- Las sales de oro.
- Penicilamina.
- Sulfasazina.
- Azatioprina.
- Corticoides a bajas dosis.

### Artritis úrica.

La gota se caracteriza por episodios recidivantes de artritis inflamatoria aguda, producida por la liberación y acumulación de depósitos de urato sódico, en la luz articular, acompañándose de forma variable de tofos, nefrolitiasis o insuficiencia renal. <sup>(22)</sup>



Tratamiento.

Se debe de distinguir el tratamiento de la crisis aguda y del tratamiento de fondo:

1. Tratamiento de la crisis aguda:
  - a. Colchicina.
  - b. Indometacina.
  - c. Ibuprofeno.
  - d. En crisis muy dolorosas se puede dar AINES intramuscular o en supositorios.
2. Tratamiento de fondo:
  - a. Educación del paciente sobre la necesidad de evitar la ingestión excesiva de purinas (Vísceras como: riñones, hígado, cerebro, etc; mariscos azules como: sardinas enlatadas, salmón; y carnes rojas.
  - b. Evitar la ingesta de alcohol.
  - c. Evitar obesidad.
  - d. Mantener una hidratación adecuada.
  - e. Empleo de hipouricemiantes, como el alopurinol.

## EPILEPSIA

La epilepsia tiene una alta incidencia en la población infantil y adulta joven de nuestro país, y su presentación, manifestaciones y desarrollo son motivo de trastorno psicosociales tanto en enfermos que padecen dicho problema como en los que lo rodean. La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central, caracterizada por una descarga neuronal excesiva, recurrente, paroxística, que va a tener una serie de manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Diagnostico.

El diagnostico se debe de establecer teniendo en cuenta los criterios siguientes:

- Historia Clínica del paciente.
- Examen físico general.



- Examen neurológico.
- Estudios auxiliares.
- Diagnósticos diferenciales.

La historia clínica en nuestro medio, junto con el examen físico sigue siendo la base fundamental del diagnóstico. <sup>(22)</sup>

Clasificación de las epilepsias:

1. Crisis parciales:
  - a. Parciales simples.
  - b. Parciales complejas.
  - c. Parciales evolucionando a crisis generalizadas tónico-clónicas.
2. Crisis generalizadas:
  - a. Ausencia.
  - b. Crisis mioclónicas.
  - c. Crisis clónicas.
  - d. Crisis tónicas.
  - e. Crisis tónico-clónicas.
  - f. Crisis atónicas.
3. Crisis no clasificadas:
  - a. Crisis convulsivas en niños.

Crisis convulsivas febriles en los niños.

Aquellas que se pueden dar en niños de 6 meses a 6 años de edad, relacionado con procesos infecciosos febriles de cualquier etiología excepto, las causadas por neuroinfección.

Las causas etiológicas son variables, no se conoce en la mayoría de ellas o sea de 65% a 75% de los casos debemos recordar que la crisis convulsivas por si solas representan un complejo de síntomas. <sup>(22)</sup>



### Complicaciones.

- Status epilépticos.
- Paro respiratorio.
- Psicosis consecutiva a epilepsia.
- Deterioro epiléptico.
- Trastorno psicológicos coexistentes con epilepsia.

### Status epilépticos.

Es una urgencia médica, por lo cual el paciente debe ser hospitalizado, se define como una condición epiléptica persistente, crisis en que el paciente no recupera entre una crisis y otra.

### Manejo en el primer nivel de atención (status epiléptico)

1. Permeabilidad vías respiratorias, eliminar secreciones, mantener cuello en hipertensión para mantener vías respiratorias permeables).
2. Tomar muestras de sangre para investigar presencia de sustancia tóxicas, glicemia y electrolitos, siempre que sean posible.
3. Canalizar vena.
4. Tratar con diazepam a 0.33mg por kilo de peso/dosis.
5. Si el cuadro no cede, repetir igual dosis de diazepam, 15 minutos después, si aun no se controla con diazepam pasar a difenilhidantoina IV a 15–18 mg/Kg. 500 a 1500mg diluir la ampolla en 5cc de solución salina normal pasarlo a 50mg por minuto. No usar con solución glucosa al 5% en agua pues precipita en esta solución de ph bajo. En niños la difenilhidantoina se utilizara a razón de 1mg/Kg. por minuto.



---

## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados y su importancia va en crecimiento en los países en desarrollo, donde se han establecido mejores mecanismos de control para las enfermedades.

Factores de riesgo.

Con el objeto de establecer estrategias adecuadas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, se deben establecer los factores de riesgo que puedan desencadenar la presencia de estas los principales son:

- La hipertensión arterial.
- La diabetes.
- La dislipidemia.
- El tabaquismo.
- El alcoholismo.
- El stress.
- El sedentarismo.
- La obesidad.
- Ingestión de fármacos.

En base a su incidencia y las complicaciones desencadenadas por las enfermedades cardiovasculares, se han considerado que en una primera instancia las enfermedades a dispensar serán:

- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardiaca.
- Enfermedad coronaria.
- Enfermedad valvular reumática.



## Hipertensión arterial.

Se considera hipertensión cuando la tensión arterial sistólica (TAS) y/o diastólica (TAD) es mayor o igual a 140/90 mmHg, respectivamente, medida en condiciones basales y en tres ocasiones distintas. <sup>(22, 23)</sup>

## Epidemiología.

### Prevalencia de la hipertensión

La PA sigue una distribución normal en la población general. Cuando se establecen unos límites definidos de HTA, un porcentaje variable de individuos, en función del sexo o de los intervalos de edad, se considera que presentan HTA. Así, se acepta que la prevalencia global de HTA se sitúa alrededor del 20 % de la población.

### *Factores determinantes de la prevalencia de hipertensión*

- *Sexo.* Si bien la incidencia de nuevos casos de HTA es comparable en ambos sexos, al ser la esperanza de vida de los varones inferior a la de las mujeres, la HTA es más frecuente en el sexo femenino en los grupos de mayor edad. En términos absolutos, por lo tanto, hay más hipertensos entre las mujeres que entre los varones.
- *Raza.* La prevalencia de HTA es mayor entre los individuos de raza negra. Además, en este grupo racial la HTA es más frecuente en las mujeres.
- *Edad.* A mayor edad, tanto para la HTA combinada como para la HTA sistólica aislada, mayor es la prevalencia de HTA.
- *Obesidad.* Existe una estrecha asociación entre la prevalencia de obesidad e HTA. Además, la propia distribución de la grasa corporal, en forma de obesidad central o abdominal, se asocia a mayores niveles de PA. Por otra parte, todos los estudios poblacionales han de ser llevados a cabo con el instrumental adecuado. Cuando no se utilizan manguitos especiales para obesos, puede sobreestimarse la prevalencia de HTA.
- *Número de pacientes tratados.* Algunos estudios consideran hipertensos a los individuos que reciben tratamiento farmacológico para su HTA, los



cuales, por lo tanto, son incluidos en el numerador para el cálculo de las tasas de prevalencia. Si se considera que un porcentaje de hipertensos en el rango de la HTA ligera no lo son y, además, están sobre tratados, podría a su vez sobreestimarse la prevalencia de HTA. <sup>(25)</sup>

#### Clasificación.

Es de gran utilidad clasificar la tensión sanguínea de los adultos con el propósito de clasificar individuos de alto riesgo y ayudar a los clínicos a tomar decisiones de tratamientos basados en una serie de factores incluyendo el nivel actual de tensión arterial.

La hipertensión arterial puede ser clasificada de tres maneras distintas: por el nivel de lectura de la tensión arterial, por la importancia de las lesiones orgánicas y por la etiología. <sup>(22,23)</sup>

Clasificación de la tensión arterial por nivel de lectura para adultos mayores de 18 años:

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Optima	Menos de 120	Menos de 80
Normal	Menos de 130	Menos de 85
Normal Alta	130—39	85-89
Hipertensión		
Estadio I	140-159	90-99
Estadio II	160-179	100-109
Estadio III	≥ 180	≥ 110

#### Clasificación de la hipertensión según etiología (criterios de la OMS)

1. Hipertensión esencial o primaria: esta se define como presión arterial elevada sin causas orgánica evidente el 90 a 95% de los pacientes presentan hipertensión arterial primaria, la etiopatogenia de la hipertensión arterial no se conoce aún, pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en su desarrollo.



2. Hipertensión secundaria: la hipertensión secundaria es la que presenta una causa identificable: renal, endocrina y metabólica, toxemia gravídica, neurogénicas, policitemia, etc.

Tratamiento no farmacológico.

Las principales medidas encaminadas al control de la hipertensión arterial incluyen.

- a. Control de peso corporal.
- b. Reducir y/o eliminar la ingesta de grasa saturada y colesterol.
- c. Reducir el consumo de alcohol.
- d. Disminución de la ingesta de sodio a no más de 100 Mmol/día (2,4 gr. sodio o 6 gr. de cloruro de sodio).
- e. Mantener una adecuada ingesta de potasio en la dieta (aproximadamente 90 Mmol/día).
- f. Eliminar el hábito de fumar.
- g. Incremento la actividad física aeróbica (30-45 minutos, 3-4 días por semana).
- h. Modificar los hábitos de vida (disminuir stress).

Tratamiento farmacológico.

Objetivos del tratamiento:

1. El objetivo del tratamiento es reducir el riesgo de morbimortalidad cardiovascular y mejorar la afectación orgánica.
2. El objetivo en todos los pacientes con hipertensión es reducir la TA a <140/90 mmHg, en pacientes con hipertensión no complicada, ancianos y pacientes con hipertensión sistólica aislada deben de alcanzarse cifras de <140/90 mmHg; en pacientes diabéticos o con insuficiencia renal <130/85 mmHg y en pacientes con insuficiencia renal y proteinuria > 1g/día deben de alcanzarse cifras de 125/75 mmHg.



La decisión de iniciar tratamiento farmacológico requiere considerar varios factores:

- El grado de elevación de la tensión arterial,
- La presencia de daños a órganos blancos y
- La presencia de enfermedad cardiovascular clínica (enfermedad cardiaca, angina, infarto miocárdico previo, insuficiencia cardiaca congestiva, ACV, enfermedad arterial periférica, nefropatías, retinopatías) y de otros factores de riesgo principalmente: > 60 años, fumador, dislipidemias, diabetes, hombre y mujer postmenopáusica e historia familiar de enfermedad cardiovascular y el riesgo vascular de cada paciente (elevado entre 20-30% de riesgo cardiovascular en los próximos 10 años; muy elevados más del 30%).

Los agentes antihipertensivos deben de seleccionarse en base a su capacidad demostrada para reducir la morbilidad y mortalidad, características individuales del paciente, seguridad, costo y consideraciones de calidad de vida.

El tratamiento farmacológico de la HTA se inicia con monoterapia (hasta el 60% de las HTA leve y moderada se controlan con monoterapia) de acuerdo al siguiente orden de preferencia:

- a. Diuréticos tiazídicos.
- b. Betabloqueantes.
- c. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- d. Bloqueadores de los canales de calcio.
- e. Alfabloqueadores.
- f. Bloqueadores de los receptores de la angiotensina II. <sup>(22-23)</sup>



Insuficiencia cardiaca.

Desde el punto de vista fisiológico, insuficiencia cardiaca puede definirse como la incapacidad del corazón para bombear un volumen de sangre hacia el organismo para satisfacer sus necesidades metabólicas con presiones normales de llenado ventricular, suponiendo que la circulación venosa hacia el corazón es normal. En el aspecto clínico, la insuficiencia cardiaca es un síndrome que identifica por síntomas de congestión y flujo sanguíneo insuficiente, así como por datos característicos en el examen físico y las pruebas de laboratorio.

Causas.

Las causas de insuficiencia cardíaca incluyen anomalías:

1. Mecánicas
2. Miocárdicas
3. Alteraciones en la secuencia eléctrica cardiaca. <sup>(23)</sup>

Debe instituirse en una forma sistemática para proporcionar una atención completa y eficiente. Un método para organizar los cuidados es:

- Tratar la causa identificable.
- Aumentar al máximo la hemodinámica.
- Tratar arritmias cardíacas.

Tratamiento de la causa identificable:

Después del interrogatorio y el examen físico iniciales, por lo general es posible colocar la causa en una de las tres categorías principales:

1. Mecánica.
2. Miocárdicas
3. Alteraciones en la secuencia eléctrica cardiaca.



---

Aumento al máximo de la hemodinámica:

Este proceso requiere el manejo de diversas variables: precarga, poscarga, y quizás frecuencia cardíaca. La precarga puede modificarse con diuréticos, nitratos y morfina. Si es necesario reducir con rapidez la precarga es eficaz la furosemida, nitroglicerina, Dinitrato de Isosorbide o bien morfina.

La poscarga puede reducirse con dilatadores arteriales y los que se usan más a menudo son: Hidralacina, IECA, Nitroprusiato de sodio y bloqueadores de los canales del calcio (son más útiles en la insuficiencia cardíaca por isquemia deben de usarse con precaución).

Los digitálicos, la catecolaminas y los inhibidores de la fosfodiesterasa pueden aumentar la contractilidad del corazón insuficiente. La digoxina es la preparación de digitálicos usada con mayor frecuencia. Puede administrarse por vía oral y su acción tiene duración intermedia.

Enfermedades coronarias.

La aterosclerosis es la alteración patológica predisponible en las arterias para provocar reducción en su lumen, lo cual provoca angina de pecho, debido a una disminución de oxígeno en las zonas irrigadas por los vasos.

Fisiopatología.

La isquemia miocárdica ocurre como resultado de un desequilibrio entre la demanda y el aporte miocardio de oxígeno. La consideración de los factores básicos que influyen en el metabolismo miocardio fundamenta la selección de los diferentes tratamientos.



---

Principales factores de riesgo para la aparición de aterosclerosis coronaria.

1. Modificables:
  - a. Hiperlipidemia.
  - b. Hipertensión Arterial.
  - c. Tabaquismo.
  - d. Obesidad.
  - e. Uso de anticonceptivos orales.
2. No modificables:
  - a. Antecedentes familiares de arteriopatía coronaria prematura.
  - b. Sexo masculino.
  - c. Edad.
  - d. Diabetes Mellitus II. <sup>(23)</sup>

Clasificación por grados.

1. Grado I: la actividad física ordinaria como caminar y subir escaleras, no causa angina. Este aparece con el ejercicio extenuante, rápido, prolongado o durante actividades laborales o recreativas.
2. Grado II: hay limitaciones leve en la actividad ordinaria. Al caminar o subir escaleras con rapidez, caminar cuesta arriba o subir escalera después de comer, en clima frío, contra el viento, o bajo estrés emocional o sólo las primeras horas después de levantarse.
3. Grado III: la actividad física ordinaria provoca angina. Se producirá al caminar uno o dos tramos de señales a nivel del suelo o subir un tramo de escalera en condiciones normales y a paso normal.
4. Grado IV: hay incapacidad para efectuar cualquier actividad física sin molestia; puede haber síndrome anginoso en reposo. <sup>(23)</sup>



## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

### 1. Tipo y diseño general de estudio:

Descriptivo de Corte Transversal aplicado a la satisfacción de los usuarios como herramientas de evaluación de calidad de servicios de salud, desde la optica del usuario.

### 2. Unidad de análisis y observación:

Todos los usuarios que asistieron a consulta externa y que fueron entrevistados en el centro de salud.

3. Area de estudio: Programa de crónicos del Centro de salud “Noel Ortega Saavedra” de La Paz Centro ubicado en la zona sur-este de la ciudad con 28,118 habitantes registrados en el área rural y urbana.

### 4. Universo de estudio:

Comprende todos los pacientes del programa de dispensarizados de la zona I esto corresponde a 375 usuarios mayores de 15 años que asisten al Centro de Salud Noel Ortega de la Paz Centro.

### 5. Selección y tamaño de la muestra:

Se seleccionó el total de pacientes que acuden al centro de salud al programa de dispensarizados de la zona I que corresponde a 375 pacientes, mayores de 15 años, distribuidos de la siguiente manera:

Diabetes Mellitus	110	Cardiopatías	90
Asma	50	Artritis	101
Epilepsia	24		



Se seleccionaron los de la zona I y no los de la zona II, III, IV y V ya que en estas zonas la asistencia de los pacientes dispensarizados es poca o nula con respecto a la zona I.

**6. Criterios de inclusión:**

- Todos los usuarios de la zona I que asisten al programa de dispensarizado y que sean mayores de 15 años.
- Usuarios con disponibilidad de cooperar.
- Usuarios que hallan recibido atención médica.

**7. Criterio de exclusión:**

- Pacientes que no puedan brindar información sobre su satisfacción.

**8. Procedimientos para la recolección de la información:**

Se realizaron encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en la consulta externa del programa de dispensarizados sobre la atención recibida en el Centro Noel Ortega Saavedra de La Paz Centro; se solicitó el debido permiso a la dirección del centro y los usuarios.

**9. Plan de análisis:**

Los datos obtenidos de las encuestas se introdujeron en base de datos del programa de EPI-INFO versión 3.3.2; se analizaron las variables y se presentaran de acuerdo al valor establecido en la siguiente tabla.

Categoría	Excelente	Buena	Regular	Mala
Valor	4	3	2	1

Donde se considerara valor positivo al valor de 4 y 3 que corresponde a excelente y buena respectivamente; y valor negativo al valor de 2 y 1 que corresponde a regular y mala respectivamente. Los resultados de las preguntas son plasmados en gráficos y cuadros.



## 10. Operacionalización de las variables:

Variable.	Concepto.	Indicadores.	Unidad de medición.	Categoría.
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de realizar la entrevista.	Años cumplidos al momento de la entrevista.	Años.	a. 15-19 b. 20-39 c. 40-59 d. 60 a más
Sexo.	Características que distinguen al hombre de la mujer.		Masculino. Femenino.	a. Masculino b. Femenino
Origen	Procedencia de una persona.	Respuesta que da el paciente.		a. Urbano b. Rural
Asistencia al centro.	Frecuencia de asistencia por parte del usuario al mes.	Número de veces que el usuario ha asistido al centro mensualmente.		a. Primera vez. b. 2 a 5 veces. c. 6 a 10 veces. d. + de 10 veces.
Percepción de la calidad de atención recibida.	Grado de satisfacción del grupo entrevistado con relación a la atención médica recibida en el centro de salud.	Satisfacción de los usuarios acerca del tiempo de espera para recibir atención médica.  Satisfacción de los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal médico.  Satisfacción de los usuarios acerca de la calidad del examen clínico por parte del médico.  Satisfacción de los usuarios acerca de las recomendaciones dadas por el personal médico.		1. Excelente. 2. Bueno. 4. Regular. 5. Malo.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.



		Que tanto entiende la letra de la receta entregada por el médico.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Excelente.</li><li>2. Bueno.</li><li>3. Regular.</li><li>4. Malo.</li></ol>
		Satisfacción de los usuarios sobre la duración de la consulta.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Excelente.</li><li>2. Bueno.</li><li>3. Regular.</li><li>4. Malo.</li></ol>
	Grado de satisfacción del grupo de entrevistados con relación a la atención recibida por parte del personal de enfermería.	Satisfacción de los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal de enfermería.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Excelente.</li><li>2. Bueno.</li><li>3. Regular.</li><li>4. Malo.</li></ol>
		Satisfacción de los usuarios acerca de recomendaciones por enfermería.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Excelente.</li><li>2. Bueno.</li><li>3. Regular.</li><li>4. Malo.</li></ol>
	Grado de satisfacción de los usuarios con relación a los servicios recibidos en la farmacia.	Satisfacción de los usuarios acerca del tiempo de espera para recibir el tratamiento en farmacia.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Excelente.</li><li>2. Bueno.</li><li>3. Regular.</li><li>4. Malo.</li></ol>
		Recepción completa del medicamento indicado por el médico.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si.</li><li>2. No.</li></ol>
		Recomendaciones dada por el personal de farmacia.		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si.</li><li>2. No.</li></ol>



	Grado de satisfacción de los usuarios con relación a los servicios recibidos en el laboratorio.	Satisfacción de los usuarios acerca del tiempo de espera para recibir atención en el laboratorio.  Satisfacción de los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal de laboratorio.  Realización de los análisis indicados por el médico.  Recomendaciones dadas por el personal del laboratorio.		1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Si. 2. No.  1. Si. 2. No.
Percepción de la accesibilidad a la atención en salud.	Grado de satisfacción de los usuarios con relación a las facilidades de acceso a la atención médica.	Distancia entre la residencia y el centro de salud.  Opinión de los usuarios acerca de la ubicación del centro de salud.  Opinión de los usuarios acerca de los horarios de atención del centro de salud.  Recibe charlas educativas en lo referente a su problema de salud actual.	Km.	1. menor de 1km. 2. 1km a 2km. 3. 2km a 5km. 4. Más de 5km.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Excelente. 2. Bueno. 3. Regular. 4. Malo.  1. Si. 2. No.



## VII. RESULTADOS

El número de personas entrevistadas en el presente estudio estuvo constituido por 375 usuarios. De estos, 281 (75%) usuarios son del sexo femenino y 94 (25%) usuarios son del sexo masculinos teniendo una relación de 2.9 mujeres por cada varón. La edad mínima fue de 15 años de edad y la máxima de 91 años con promedio de edad de 54 años para ambos sexos. (Gráfico 1)

Se obtuvo que 155 (41.3%) usuarios corresponden a la zona rural y 220 (58.7%) a la zona urbana.

Con respecto al tiempo esperado para la consulta obtuvimos que 3 (0.9%) usuarios esperaron 5 minutos o menos, 17 (4.5%) esperaron 10 minutos, 147 (39.1%) esperaron 15 minutos, 14 (3.6%) esperaron 20 minutos, 4 (1%) esperaron 25 minutos, 34 (9.1%) esperaron 30 minutos, 51 (13.6%) esperaron 1 hora, 44 (11.8%) esperaron 2 horas, 34 (9.1%) esperaron 3 horas, 17 (4.6%) esperaron 4 horas, 10 (2.7%) esperaron 5 horas. (Gráfico 2)

Con respecto como consideró el tiempo que esperó cada paciente para ser atendido se obtuvo que 171 (45.5%) respondieron excelente, 54 (14.5%) bueno, 34 (9.1%) regular y 116 (30.9%) malo. (Gráfico 3)

Con respecto al trato recibido por el personal médico se obtuvo que 193 (51.4%) respondieron excelente, 58 (15.6%) bueno, 21 (5.5%) regular y 103 (27.5%) malo. (Cuadro 1)

Con respecto qué tanto le gusto el chequeo por el médico se obtuvo que 193 (51.4%) respondieron excelente, 68 (18.3%) bueno, 93 (5.5%) regular y 21 (24.8%) malo. (Gráfico 4)



Con respecto qué tanto le gustaron las recomendaciones dadas por el médico se obtuvo que 189 (50.4%) respondieron excelente, 72 (19.2%) bueno, 21 (5.6%) regular y 93 (24.9%) malo. (Cuadro 2)

Con respecto a si le entiende a la receta dadas por el médico 296 (78.9%) le entendieron y un 79 (21.1%) no le entendieron. (Gráfico 5)

Con respecto qué tanto le gusto el tiempo dedicado durante su consulta se obtuvo que 21 (5.5%) refirieron excelente, 68 (18.3%) bueno, 200 (53.2%) regular y 86 (22.9%) malo. (Gráfico 6)

Con respecto como se sintió con el trato recibido por el personal de enfermería se obtuvo que 21 (5.5%) respondieron excelente, 68 (18.3%) bueno, 207 (55.1%) regular y 79 (21.1%) malo. (Cuadro 1)

Con respecto como considera las recomendaciones dada por el personal de enfermería se obtuvo que 24 (6.4%) respondieron excelente 65 (17.4%) bueno, 200 (53.2%) regular y 86 (22.9%) malo. (Cuadro 2)

Con respecto cuánto tiempo espero para recibir su tratamiento después de la consulta se obtuvo que 203 (54.1%) respondió menos de 5 minutos, 90 (23.9%) respondió de seis a diez minutos, 34 (9.2%) respondió de 11 a 15 minutos, 7 (1.8%) respondió de 16 a 20 minutos y 41 (11%) más de 20 minutos. (Gráfico 7)

Con respecto como considera usted el tiempo de espera para la entrega de su medicamento se obtuvo que 21 (5.5%) respondió excelente, 69 (18.3%) bueno, 189 (50.5%) regular y 96 (25.7%) malo. (Gráfico 8)

Con respecto si se entrega siempre el medicamento cuando acude se obtuvo que 275 (73.4%) respondieron si y 100 (26.6%) respondieron no. (Gráfico 9)



Con respecto si se le brindó recomendaciones de su medicamento por el personal de farmacia respondieron 289 (77.1%) que si y 86 (22.9%) respondieron que no. (Cuadro 2)

Con respecto como considera usted el tiempo que esperó para la realización de sus exámenes de laboratorio se obtuvo que 24 (6.4%) respondieron excelente, 76 (20.2%) bueno, 193 (51.4%) regular y 82 (22%) malo. (Gráfico10)

Con respecto como considera usted el trato recibido por el personal de laboratorio se obtuvo que 21 (5.5%) respondió excelente, 72 (19.3%) bueno, 206 (55%) regular y 76 (20.2%) malo. (Cuadro 1)

Con respecto si se le realizan los análisis indicados por su médico en el laboratorio se obtuvo que 279 (74.3%) usuarios respondió que si y 96 (25.7%) respondió que no. (Gráfico11)

Con respecto si se le brindó recomendaciones por el personal de laboratorio 285 (76.1%) usuarios respondió que si y 90 (23.9%) respondió que no. (Cuadro 2)

Con respecto cuanto tiene que recorrer para llegar al centro de salud se obtuvo que 169 (45%) usuarios recorren menos de 1 Km 110 (29.4%) de 1 Km a 2Km, 41 (10.9%) de 2 a 3 Km y 55 (14.7%) más de 5 Km. (Gráfico12)

Con respecto cómo considera usted la distancia que hay de su casa al centro de salud se obtuvo que 155 (41.3%) usuarios respondieron cerca, 134 (35.8%) respondieron largo y 86 (22.9%) respondieron muy largo. (Gráfico13)

Con respecto cómo considera usted la localización del centro de salud se obtuvo que 279 (47.7%) respondió que adecuado y 196 (52.3%) respondió inadecuado. (Gráfico14)



---

Con respecto considera usted adecuado los horarios de atención del centro de salud se obtuvo que 279 (74.3%) usuarios respondieron si y 96 (25.7%) no. (Cuadro 3)

Con respecto si recibe charlas educativas referente a su problema de salud se obtuvo que 162 (43.1%) usuarios respondieron si y 213 (56.9%) no. (Cuadro 3)

Con respecto si las charlas educativas le han servido para aclarar dudas de su enfermedad se obtuvo que 144 (38.5%) usuarios respondieron si y 231 (61.5%) no. (Cuadro 3)

Con respecto si esta satisfecha con lo que el programa le brinda se obtuvo que 169 (45%) usuarios respondieron si y 206 (55%) no. (Cuadro 3)



## VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Las enfermedades crónicas constituyen a nivel nacional el mayor índice de discapacidad en la población, afectando más al género femenino que al masculino en una relación 2:1. La proporción se incrementa positivamente al sobrepasar los 45 años. <sup>(18)</sup>

En nuestro estudio el predominio del género femenino se debe a factores asociados como son a) fenómenos culturales, en donde la mujer tiene mejor disposición para acudir a sus consultas, b) factores genéticos asociados a cambios morfológicos y bioquímicos donde la mayor parte de las funciones biológicas alcanza su máximo desarrollo más precoz que en el hombre, c) mortalidad que en general, esta asociado al sexo masculino debido a los diferentes labores de riesgo (conductores, maquinaria pesada, campo, alcoholismo, etc.) y d) la incidencia de nuevos casos comparables de ambos sexos; al ser la esperanza de vida de los varones inferior a la de las mujeres; algunas enfermedades son más frecuentes en el sexo femenino en los grupos de mayor edad. <sup>(25)</sup>

Según Donabedian, la satisfacción es la expectativa de cada paciente y es única, y esta sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución, teniendo como resultado usuarios con satisfacción completa, parcial o incompleta. <sup>(13)</sup>

Nuestro estudio reveló satisfacción parcial en todas las etapas del proceso de la consulta; un tercio de los pacientes refirieron que el programa no cumple en un cien por ciento con sus necesidades; aunque se garantice la consulta médica especializada y adecuada a las normas del programa, no hay recurso que garantice un chequeo previo a la consulta para agilizar y mejorar la atención médica.



---

Dentro de las políticas actuales de salud se garantiza prevención, acción y tratamiento gratuito en todo el sector salud, se habla inclusive de proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes que se encuentran en el programa de dispensarizados. <sup>(18)</sup>

Nuestro estudio reflejó que aproximadamente dos tercios de la población frecuentemente no recibe su tratamiento completo, lo que los obliga a comprarlo o inclusive romper esquemas terapéuticos por falta de recursos económicos, esto limita bastante la acción de mejorar la calidad de vida de los pacientes y se hace un reto del médico al trabajar con diferentes condiciones desfavorables para la mayoría de los pacientes, médicos y hasta esquemas terapéuticos.

Más de la mitad de los usuarios no se les realizaron todos sus exámenes complementarios cuando eran enviado por el médico esto fue ocasionado por falta de material de reposición periódica y limitada disponibilidad de pruebas diagnósticas, esto ocasiona mayor insatisfacción en los usuarios que acuden al programa.

Se les explicó a los usuarios que estas políticas de salud estaban sujetas a reformas para garantizar una mejor calidad de atención apoyándose en diferentes organismos intersectoriales que ayudarían a cubrir las necesidades de cada población y trabajar en la promoción, acción, prevención y tratamiento con ayuda de todos, trabajando en conjunto para mejorar la atención y a su vez la satisfacción de ellos.

Una de las metas incluida en el plan nacional de salud es “salud para todos”, enfocados en la accesibilidad de atención médica en todos los lugares del país. <sup>(18)</sup>



Más de dos tercios de la población tiene limitada accesibilidad para acudir a su consulta, debido a la localización del centro y la falta de recursos para llegar a él. Los pacientes de la tercera edad y de escasos recursos económicos recorren aproximadamente más de tres kilómetros para llegar al centro, y la vía más rápida es a través de transporte interurbano.

La sensibilización de los pacientes a cerca de su enfermedad ayuda a un mejor control y cumplimiento de los esquemas terapéuticos en todos sus niveles; un paciente no concientizado sobre su salud adoptará hábitos pocos saludables, aumentaran el número y severidad de las crisis, así como complicaciones agudas o crónicas que generarán discapacidad o muerte. <sup>(22)</sup>

Más de la mitad de los entrevistados no asisten a charlas educativas; esto genera poca participación de los usuarios con respecto a su educación sanitaria que ayuda a su vez a la prevención de complicaciones agudas o crónicas.

El control de las enfermedades crónicas es un proceso complejo y multidimensional, los objetivos de estos son la prevención primaria, la detección precoz y un tratamiento adecuado que prevenga la aparición de complicaciones; es por eso que se debe abordar al paciente desde una perspectiva multiprofesional debido a que la expectativa de cada paciente que llega al centro de salud no tiene que ser únicamente solucionar el problema de salud por el que llegó.



---

## IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los usuarios refieren estar satisfecho parcialmente con la atención recibida por parte del personal médico.
2. La atención por parte del personal de enfermería fue negativa debido a que tienen poco o nulo contacto con ellos.
3. Los usuarios en general refirieron estar satisfechos con el tiempo de espera para recibir la consulta y con la duración de la misma.
4. La satisfacción con respecto a su entrega de medicamento en general fue negativo ya que la mayoría refirió que no se les entregaba su medicamento completo.
5. Con respecto al personal de laboratorio los usuarios refirieron no encontrarse satisfechos debido a que los exámenes enviados por el médico en su mayoría no son realizados.
6. En general los usuarios no se encontraban satisfechos con la localización actual del centro ya que genera mucho gasto llegar hasta el y el área destinada para la consulta de los pacientes no cubre las necesidades suficientes de los usuarios.



---

## X. RECOMENDACIONES

1. Involucrar reformas de la estructura del centro de salud para brindar mejor comodidad en la sala de espera a los pacientes dispensarizados.
2. Involucrar al personal de enfermería en el proceso de la consulta para garantizar una mejor calidad de atención.
3. Sensibilizar a los usuarios acerca de la importancia de la asistencia periódica y oportuna al programa de crónico para ayudar a una mejor participación activa de los pacientes logrando así mejorar el estilo de vida de cada uno.
4. Integrar políticas de salud que desarrollen mecanismos de reforma que permitan incrementar los insumos médicos y materiales de trabajo en el laboratorio tomando en cuenta la disponibilidad de los recursos para cada institución lo que ayudará a mejorar la calidad de los servicios de salud.
5. Garantizar una distribución equitativa de los insumos médicos en todos los puestos de salud para evitar que los usuarios falten a las citas del programa.



## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Acción internacional para la salud organización panamericana de la salud. Buscando remedio atención básica uso de medicamento esenciales, 4ta edición revisada 2001-2004.
2. Castañeda J .González A. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención, servicios de salud de nuevo León, (serial online) año 2004, citado 15 de mayo 2005 1.1 (5 pantallas) disponible. [htt:// WWW.smsp.org.mx/x higiene/docs/casta%](http://WWW.smsp.org.mx/x_higiene/docs/casta%20)
3. Avedís Donabedian, Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica, México La Prensa Medica Mexicana 1992.
4. Dueñas o dimensiones de la calidad en los servicios de salud, articulo Boyaca, Colombia diciembre 2003.
5. Zas Ros Barbara. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud articulo publicado 28 de agosto de 2004. disponible en [htt//www.psicologiacientifica.com/publicación/biblioteca/articulo/ ar-zasros02.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicación/biblioteca/articulo/ar-zasros02.htm).
6. Balladares T. et al niveles de satisfacción de la población marginal de León sobre la prestación de servicios de salud, Julio (tesis para optar al titulo de doctor en medicina y cirugía) León UNAN 1997
7. Alvarado M (1998). Satisfacción de los usuarios de los servicios de control prenatal en el centro de salud, Altagracia, Managua.



8. Sarria M (2001). Percepción de la calidad de los servicios en el centro salud WIWILI, Jinotega.
9. Alemán N. Masis L. Satisfacción de los usuarios en calidad de atención en los municipios de bueyes y nueva guinea mayo UNAN-LEON 2004.
10. Rodríguez C y Mendoza E, enero a marzo 2005. Valoración de los usuarios sobre la atención recibida en las unidades de salud en el municipio de san Dionisio Matalgalpa.
11. J. Bermúdez y R. Castro Septiembre 2005. Sobre grado de satisfacción de los usuarios externos sobre la calidad de la atención del c/s Enrique Mantica Berio de León Julio 2005.
12. Bolaños, Bolaños Mariana Mercedes. Tesis monográfica. Evaluación de la calidad del programa ITS-VIH-SIDA del centro de salud Juan Manuel Morales Lea Bercket y Pancasan de la ciudad de Bluefield Nov. 2005.
13. Donabedian A. La calidad de la atención medica, definición, y métodos de evaluación 1era México la prensa mexicana S.A. 1984.
14. Kinnear T. Taylor. Investigación de mercado usa enfoque aplicado de México MEGRAW HILL 1998.
15. Ministerio de salud modulo de relaciones interpersonales, material del facilitador Managua 2004.
16. Promoviendo una cultura de calidad en los hospitales unidad I promoviendo el costo del cambio 2001.



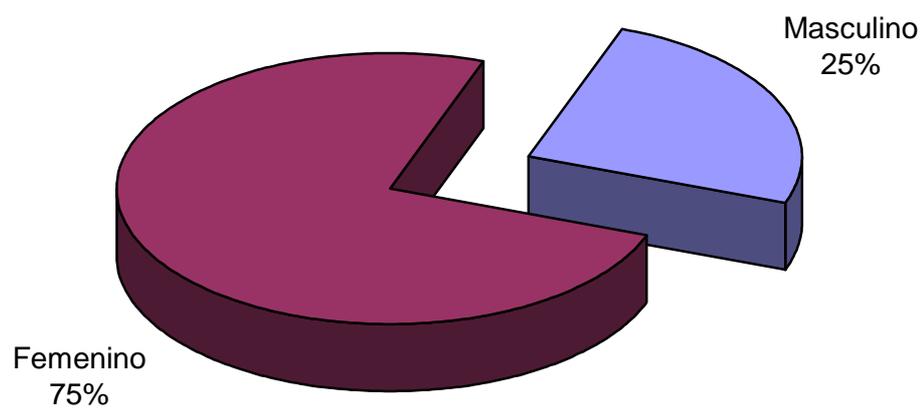
- 
17. Castro Valle García, Sarco agosto 2003. Satisfacción de los servicios de hospitalización de hospital el Cusco.
  18. Ministerio de Salud Nicaragua plan nacional de salud 2004-2015 Managua MINSA 2004.
  19. Normas del sistema nacional de monitoreo supervisión y educación Managua Nic Minsa 1996.
  20. Nicaragua ministerio salud política nacional de salud 2000, Managua ELNM 1997.
  21. Gómez M et. La comunicación humana en la relación médico–paciente hospital hermano amejeira concordia centro (serial online) publicado citado en sep 30. [http/ www monografía. com/politica](http://www.monografía.com/politica).
  22. Normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónica no transmisible MINSA 2000.
  23. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446.
  24. Modelo de atención integral en la salud. Mayo 2004 CD ROM. MINSA, Managua, Nicaragua.
  25. Zurro A. Martín. Atención primaria en salud. Concepto, organización y práctica clínica. 3ra. Edición.



# Anexos



**Gráfico 1. Distribución porcentual por sexo de los entrevistados en el centro de salud Noel ortega de la Paz Centro septiembre-octubre.**

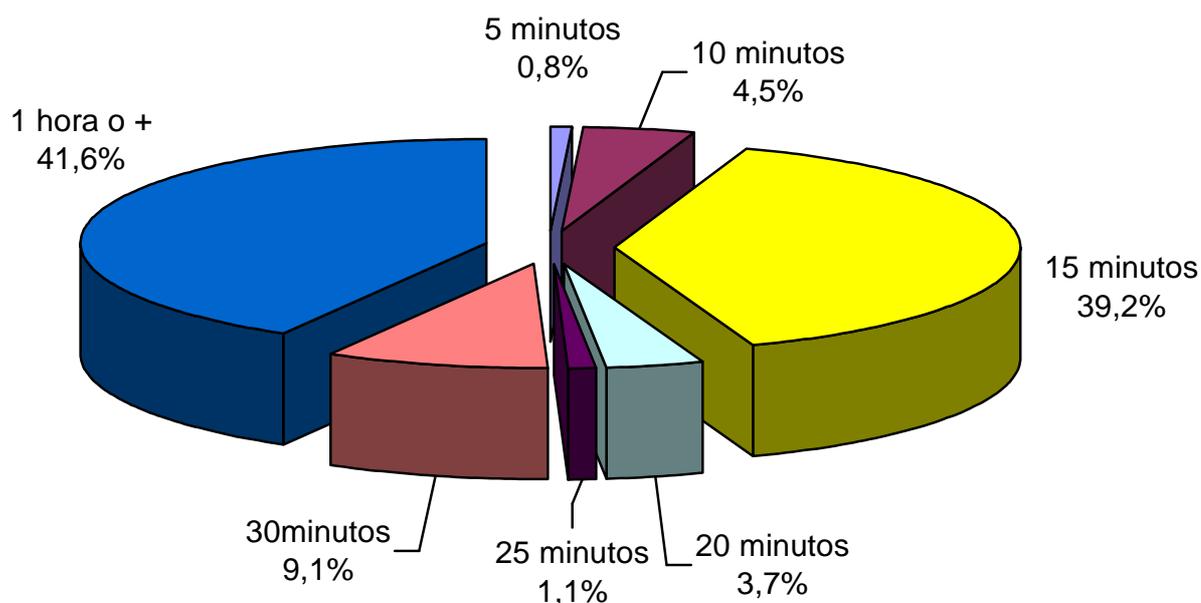


n=375

Fuente: Primaria de recolección de datos por entrevista



**Gráfico 2. Resultado de los entrevistados de cuanto esperaron los usuarios para ser atendido por el médico en el centro de salud Noel ortega de la Paz Centro septiembre-octubre del 2007.**

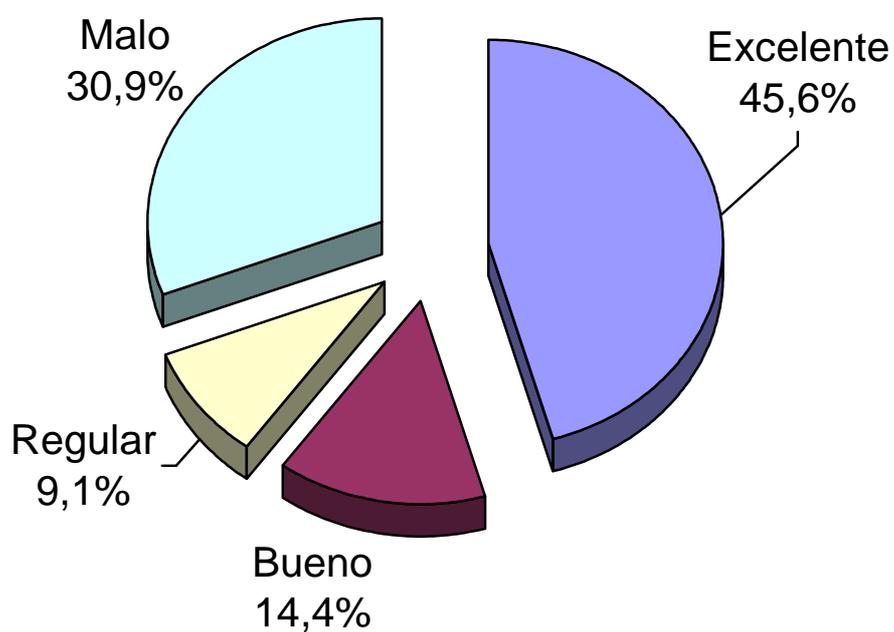


n=375

Fuente: Primaria de recolección de datos por entrevista



**Gráfico 3. Distribución de los usuarios según su valoración del tiempo de espera en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007**



n=375

Fuente: Primaria de recolección de datos por entrevista



**Cuadro 1. Resultados comparativos de la satisfacción de los usuarios por el trato recibido por el personal médico, personal de enfermería y laboratorio en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007**

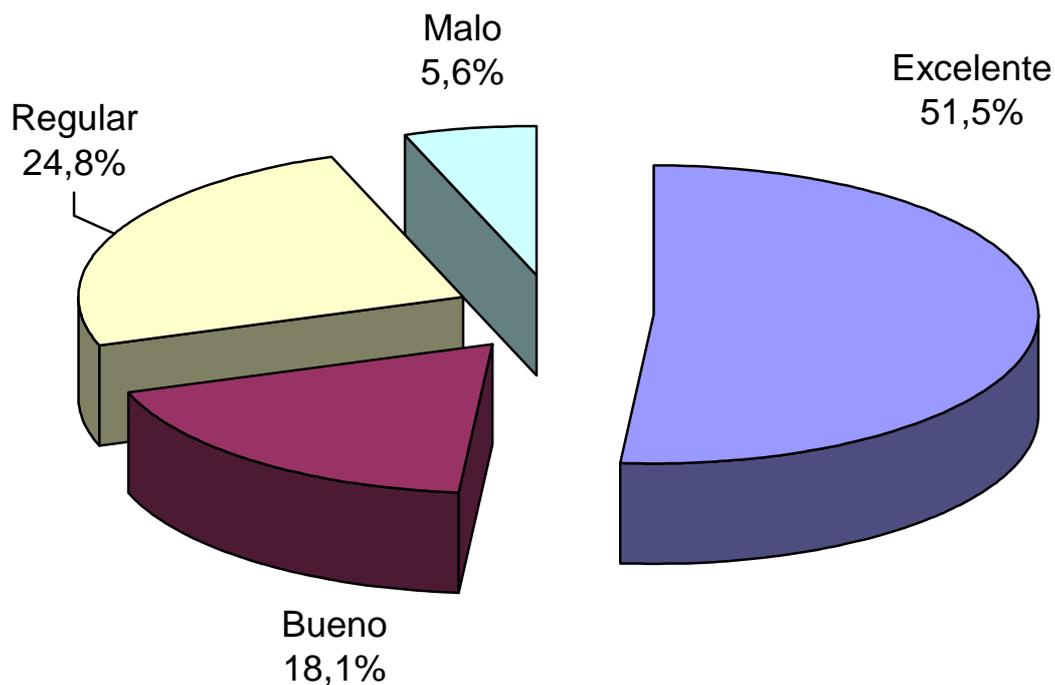
<b>Satisfacción</b>	<b>Recursos humanos en el centro de salud</b>		
	<b>Médico</b>	<b>Enfermería</b>	<b>Laboratorio</b>
<b>Excelente</b>	<b>51.4%</b>	<b>5.6%</b>	<b>5.7%</b>
<b>Bueno</b>	<b>15.4%</b>	<b>18.1%</b>	<b>19.2%</b>
<b>Regular</b>	<b>5.7%</b>	<b>55.2%</b>	<b>54.9%</b>
<b>Malo</b>	<b>27.5%</b>	<b>21%</b>	<b>20.2%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 4. Distribución porcentual de los pacientes según su valoración por el chequeo médico durante la consulta en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007**



n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas



**Cuadro 2. Resultado comparativo de la satisfacción de los usuarios con las recomendaciones dadas por el personal médico y enfermería en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre octubre 2007**

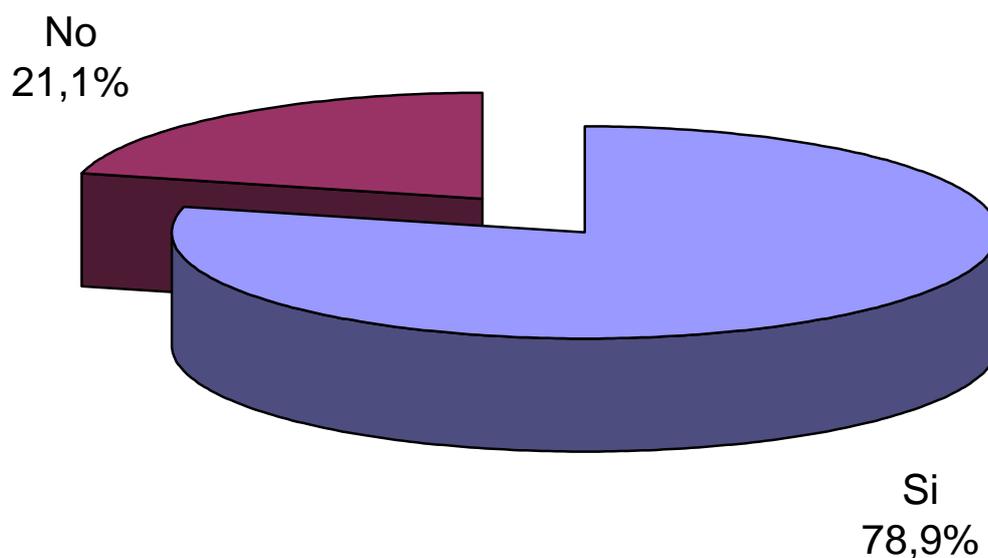
<b>Satisfacción</b>	<b>Recursos Humanos en Centro de Salud</b>	
	<b>Médico</b>	<b>Enfermería</b>
<b>Excelente</b>	<b>50.4%</b>	<b>6.4%</b>
<b>Bueno</b>	<b>19.2%</b>	<b>17.3%</b>
<b>Regular</b>	<b>5.6%</b>	<b>53.3%</b>
<b>Malo</b>	<b>24.8%</b>	<b>23%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 5. Resultado de que tanto le entendieron los usuarios a la recetas dadas por el personal médico en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

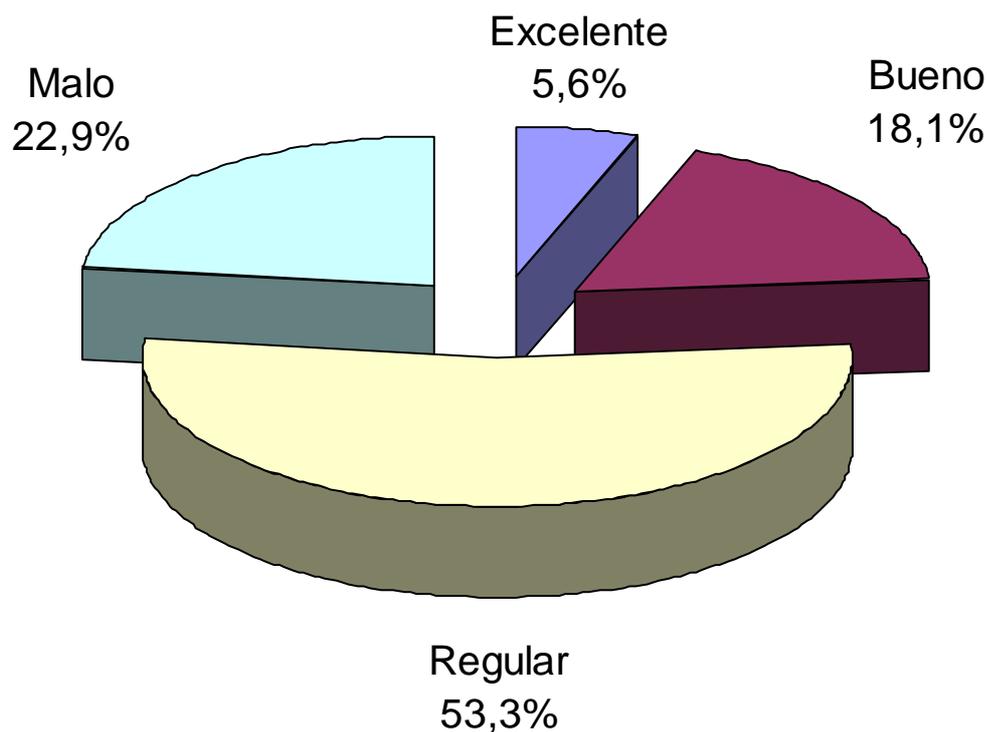


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 6. Distribución porcentual sobre que tanto le gusto al usuario el tiempo dedicado durante su consulta en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

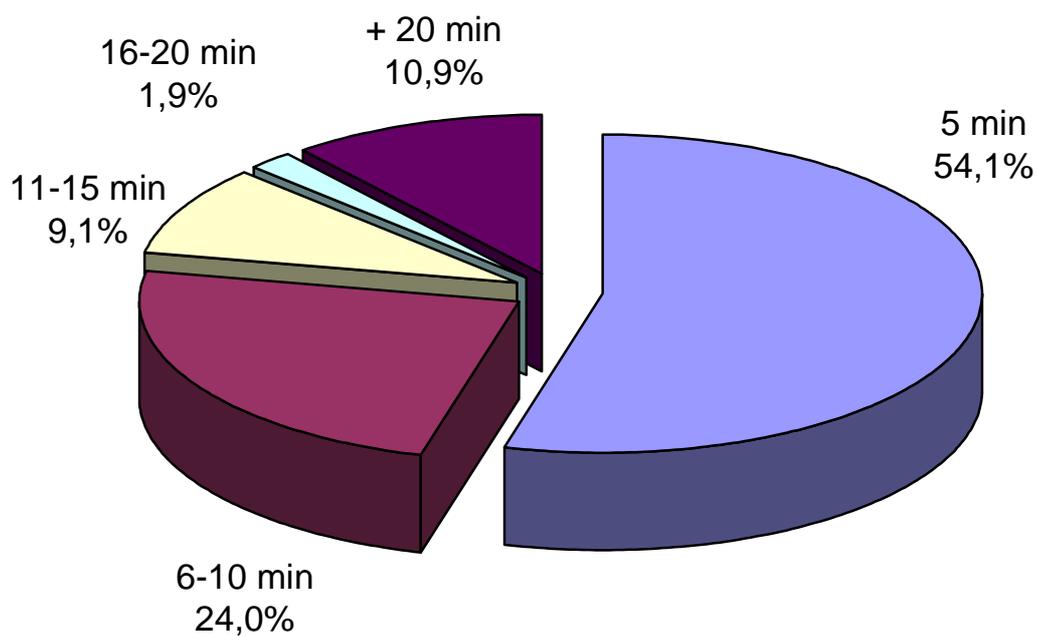


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 7. Distribución porcentual sobre cuanto tiempo esperaron los usuarios para recibir su tratamiento después de la consulta en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

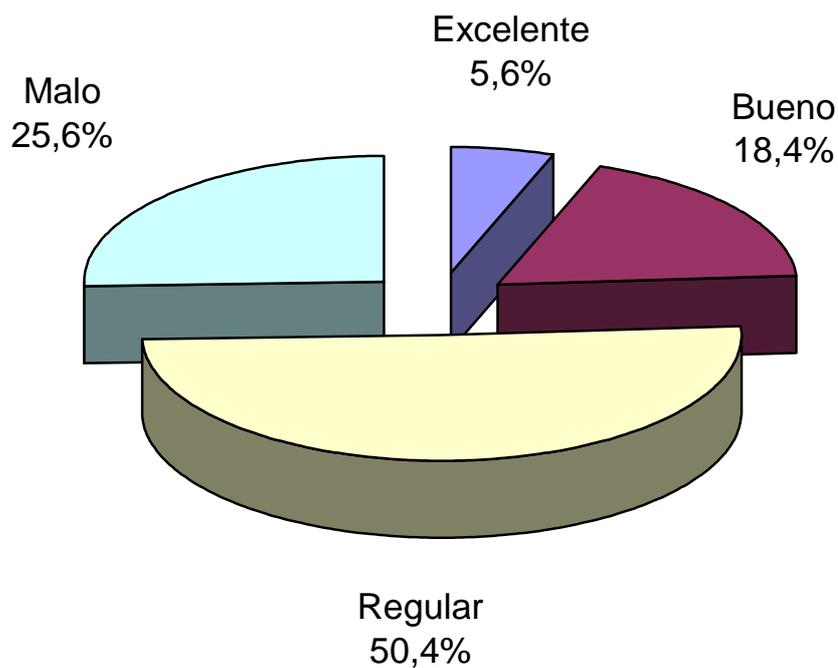


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 8. Distribución porcentual de la satisfacción de los usuarios con respecto a la entrega de su medicamento después de su consulta en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

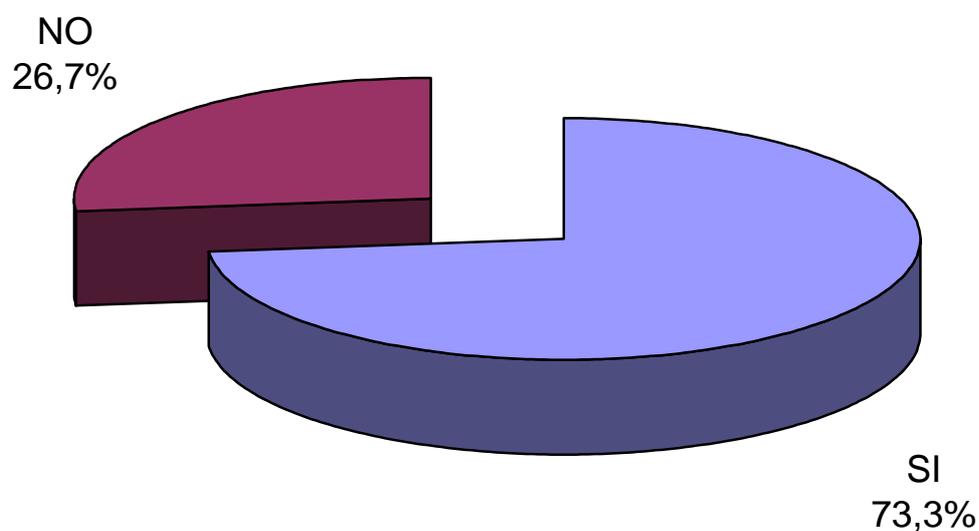


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 9. Distribución porcentual sobre si se les entrega el medicamento a los usuarios después de la consulta en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

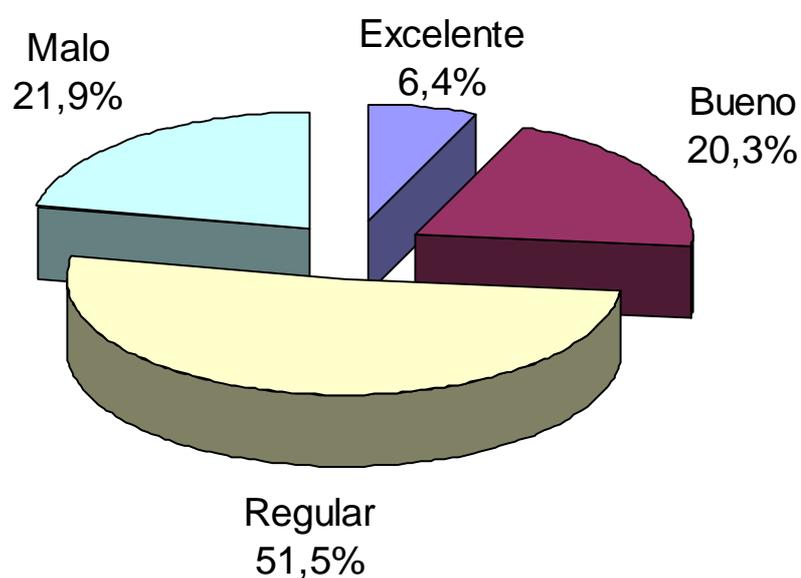


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 10. Distribución porcentual sobre la valoración de la percepción de la satisfacción de los usuarios con el tiempo de espera para la realización de sus exámenes en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

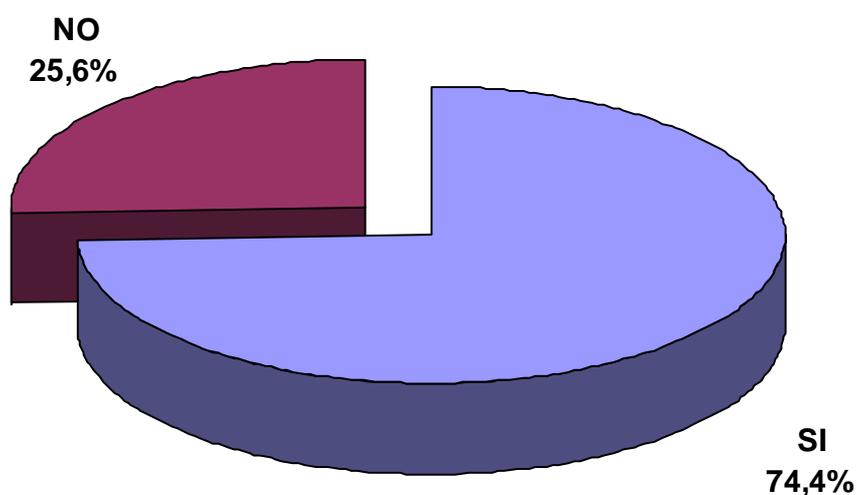


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 11. Distribución porcentual sobre si se realizan los análisis indicados a los usuarios por el médico en el centro de Salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

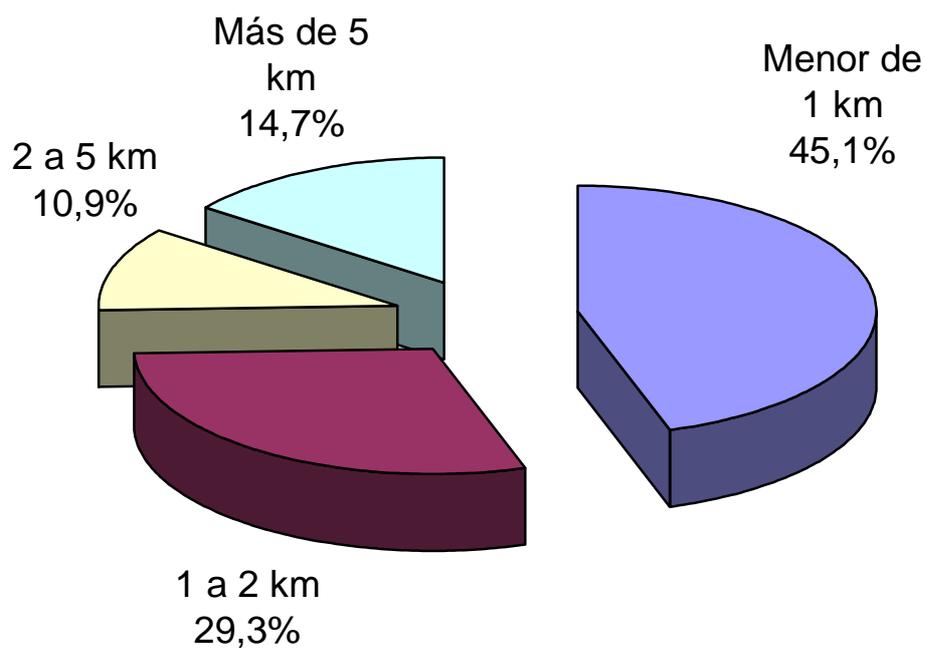


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 12. Distribución porcentual acerca de la distancia que tiene que recorrer para llegar al centro de salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

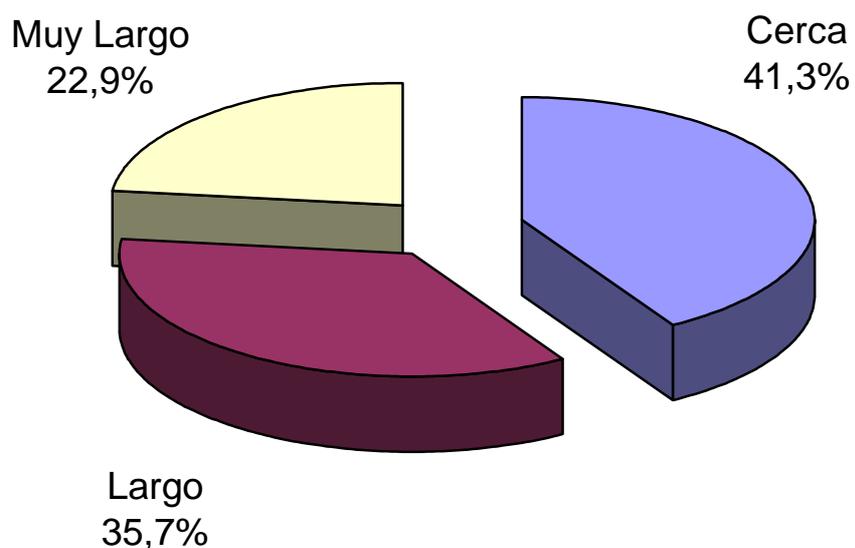


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 13. Distribución porcentual sobre la valoración de como consideran los usuarios la distancia que hay de su casa al centro de salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

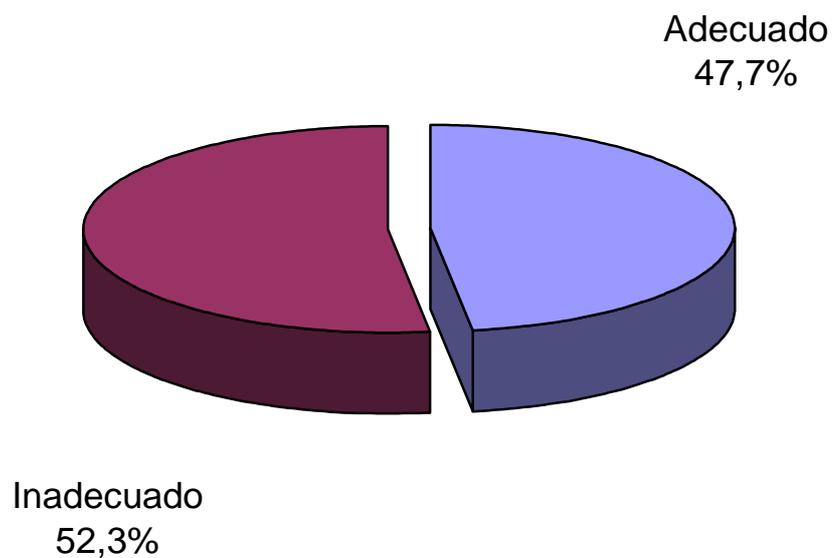


n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Gráfico 14. Distribución porcentual de como consideran los usuarios la localización del centro de salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**



n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



**Cuadro 3. Cuadro sobre la valoración de los usuarios de cómo considera los horarios de atención de la consulta general, si recibe charlas educativas, si le aclaran dudas y si está satisfecha con lo que el programa les brinda en el centro de salud Noel Ortega Saavedra de la paz centro en el periodo comprendido septiembre-octubre 2007.**

<b>Satisfacción de los usuarios</b>				
<b>Respuesta</b>	<b>Horarios de atención.</b>	<b>Recibe charlas educativas.</b>	<b>Aclaran dudas las charlas educativas.</b>	<b>Satisfacción con lo que el Programa brinda.</b>
<b>Si</b>	<b>74.4%</b>	<b>43.2%</b>	<b>38.4%</b>	<b>45%</b>
<b>No</b>	<b>25.6%</b>	<b>56.8%</b>	<b>61.6%</b>	<b>55%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

n=375

Fuente: primaria de recolección de datos por entrevistas.



---

**ENTREVISTA PARA LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CRONICOS DEL CENTRO DE SALUD NOEL ORTEGA LA PAZ CENTRO.**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Tiempo de inicio en el programa: \_\_\_\_\_

1. ¿Como considera el tiempo de espera de la atención brindada?
  - a. Excelente.
  - b. Bueno.
  - c. Regular.
  - d. Malo.
2. ¿Qué tanto le gustó el trato recibido por el personal médico?
  - a. Excelente.
  - b. Bueno.
  - c. Regular.
  - d. Malo.
3. ¿Qué tanto le gustó el chequeo por el médico?
  - a. Excelente.
  - b. Bueno.
  - c. Regular.
  - d. Malo.
4. ¿Qué tanto le gustaron las recomendaciones dadas por el médico?
  - a. Excelente.
  - b. Bueno.
  - c. Regular.
  - d. Malo.
5. ¿Qué tanto le entiende a las recetas dadas por el medico?
  - a. Excelente.
  - b. Bueno.
  - c. Regular.
  - d. Malo.



- 
6. ¿Qué tanto le gustó el tiempo dedicado durante su consulta?
    - a. Excelente.
    - b. Bueno.
    - c. Regular.
    - d. Malo
  7. ¿Cómo se sintió con el trato recibido por el personal de enfermería?
    - a. Excelente.
    - b. Bueno.
    - c. Regular.
    - d. Malo.
  8. ¿Cómo considera usted las recomendaciones dadas por el personal de enfermería?
    - a. Excelente.
    - b. Bueno.
    - c. Regular.
    - d. Malo.
  9. ¿Cómo considera usted el tiempo de espera para le entrega de su medicamento?
    - a. Excelente.
    - b. Bueno.
    - c. Regular.
    - d. Malo
  10. ¿Se le entrega su medicamento siempre que acude al programa?
    - a. Si.
    - b. No.
  11. ¿Se le brindó recomendaciones acerca de su medicamento por el personal de farmacia?
    - a. Si.
    - b. No.



- 
12. ¿Cómo considera el tiempo de espera para sus exámenes de laboratorio?
- Excelente.
  - Bueno.
  - Regular.
  - Malo.
13. ¿Como considera usted el trato recibido por el personal de laboratorio?
- Excelente.
  - Bueno.
  - Regular.
  - Malo.
14. ¿Se le realizan los análisis indicado por su medico en el laboratorio?
- Si.
  - No.
15. ¿Se le brindó recomendaciones por el personal del laboratorio?
- Si.
  - No.
16. ¿Cuánto tiene que recorrer para poder llegar al centro de salud?
- Menor de 1 Km.
  - 1kms a 2kms.
  - 2kms a 5 Km.
  - Más de 5 Km.
17. ¿Cómo considera usted la localización del centro de salud?
- Excelente.
  - Bueno.
  - Regular.
  - Malo.
18. ¿Cómo considera usted los horarios de atención del centro de salud?
- Excelente.
  - Bueno.
  - Regular.
  - Malo.