



SECRETARÍA
DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTROL DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ADRIANA ELIZABETH MURILLO JARAMILLO

SANTIAGO DE QUERETARO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTROL DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RÍO DE QUERÉTARO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ADRIANA ELIZABETH MURILLO JARAMILLO

AUTORIZACIONES:



MTRA. SILVIA DE LOS ANGELES SANTOYO CRISTIANI
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION D.F.S.E.Q.



DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR S.E.S.E.Q.



DRA. IVETTE MATA MAQUEDA
JEFE DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN S.E.S.F.Q.



DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ
ASESOR METEOROLÓGICO DE TESIS



DRA. ALBA VÉLIZ URIBE MIRANDA
ASESOR DE TEMA DE TESIS

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTROL DE
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA
EN EL SERVICIO CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL
DE SAN JUAN DEL RÍO DE QUERÉTARO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

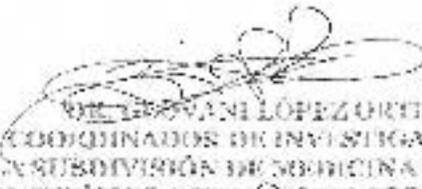
PRESENIA

ORA, MIRIANA REZABENI MURILLO JARAMILLO

OPORTUNIDADES



DR. JULIO JOSÉ RÍOS RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GIOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

AL TENER UN LOGRO SIEMPRE SE PIENSA EN DAR LAS GRACIAS TODOS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS DE FORMA DIRECTA E INDIRECTAMENTE EN ELLA.

ANTES QUE NADA QUIERO DAR GRACIAS A DIOS POR PERMITIRME LA OPORTUNIDAD DE SERVIRLE MEDIANTE MI PROFESIÓN Y PREPARACIÓN COMO MÉDICO RESALTANDO LA MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA QUE ME ELIGIO A MI...

SABIENDO LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO HUMANO AGRADEZCO INFINITAMENTE A MI COMPAÑERO Y AMOR DE MI VIDA YA QUE SIN SU APOYO NO HUBIERA SIDO POSIBLE DICHO LOGRO YA QUE LE TOCO ENFRENTAR CAMBIOS DE ROL EN NUESTRA DINAMICA FAMILIAR, A MIS HIJOS POR SUPUESTO MOTOR DE MIS DIAS Y QUIENES PADECIERON LA AUSENCIA MATERNA Y SE ADAPTARON A LA NUEVA DINÁMICA FAMILIAR Y POR SUPUESTO A MI NANA QUIEN FORMA PARTE DE LA FAMILIA AUNQUE NO SEA CONSANGUINEA QUIEN FUE PIEZA ANGULAR EN ESTA META

PACO, EMILIANO, SOFI Y LINDA MIL GRACIAS

POR SUPUESTO LAS BASES DE MI COMO INDIVIDUO SE LAS DEBO A MI FAMILIA DE ORIGEN A MIS PADRES QUE SIEMPRE ME INCULCARON EL SENTIDO DE LA RESPONSABILIDAD Y EL SERVICIO QUIENES SIEMPRE LO ACOMPAÑARON DE SU EJEMPLO, A MIS HERMANOS QUIENES SIEMPRE ESTARAN PRESENTES EN MI VIDA Y COMPARTIRAR MIS LOGROS COMO COMPLICES DE CRECIMIENTO DESDE EL NIDO

MAMA, PAPA, ARMADO Y ALMA MIL GRACIAS

NO PUEDEN FALTAR LOS AGRADECIMIENTOS A LOS PROFESORES QUE CON PACIENCIA ME FUERON GUIANDO EN ESTA AVENTURA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL ESTUDIO DE LAS FAMILIAS A QUIENES SEGURAMENTE DESEPERE LAS MAS DE LAS VECES PERO ESTOY SEGURA CRECIMOS JUNTOS EN ESTE PROCESO

MANCILLAS Y LOPEZ MIL GRACIAS

LA LISTA SE PUEDE HACER MUY EXTENSA, POR ESO A TODOS LOS SERES HUMANOS QUE HAN COMPARTIDO SU EXISTENCIA CONMIGO A LO LARGO DE ESTA EXPERIENCIA PORQUE ME PERMITIERON CRECER EN TODOS LOS ASPECTOS; ME PERMITIERON A SU VEZ FORMAR PARTE DE SUS VIDAS A MIS PACIENTES EN QUIENES ESPERO SE VERA REFLEJADA DICHA META

EL MÉDICO POCAS VECES CURA,
ALGUNAS VECES SANA,
PERO SIEMPRE DEBE CONSOLAR.

ANÓNIMO

I. TITULO

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CONTROL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE SAN JUAN DEL RÍO DE QUERÉTARO

INDICE

AUTORIZACIONES	2
AGRADECIMIENTOS	5
I. TITULO	7
INDICE	8
II. MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
HIPOTESIS	18
HIPOTESIS NULA	18
III. MATERIAL Y MÉTODOS	
TIPO DE ESTUDIO	19
UNIVERSO	19
MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	20
DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDAD DE MEDIDA	20
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22

IV. RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS	24
TABLAS Y GRÁFICAS	26
ANALISIS DE RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	38
VI. BIBLIOGRAFIA	39
VII. ANEXOS	41

II. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

La hipertensión arterial sistémica “es un padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión sistólica, diastólica, o ambas; en ausencia de enfermedad cardiovascular, renal o diabetes mayor a 140/90 mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes 130/80 mmHg y en caso de tener proteinuria mayor a 1 gr/dL o insuficiencia renal 125/75 mmHg”(1). Esta elevación aumenta el riesgo de lesión en los lechos vasculares de órganos que conocemos como órganos blanco, especialmente retina, cerebro, corazón y riñones (2). La hipertensión es una condición prevalente que afecta en el mundo a más de mil millones de personas (3). La hipertensión es el mayor factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (4). Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte y de discapacidad en todo el mundo (3). En América Latina y el Caribe la mayoría de los países tienen guías para el tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (5).

En el 90% de los casos de hipertensión arterial la causa es desconocida y a esta forma se le ha denominado “hipertensión arterial esencial” o primaria. La hipertensión arterial esencial tiene un patrón hereditario que aún cuando el mecanismo exacto, no se encuentra del todo dilucidado, si permite reconocer con mucha frecuencia el antecedente de hipertensión arterial en uno o varios miembros de la familia. La hipertensión arterial secundaria es la hipertensión que tiene una causa demostrable (21).

El octavo informe de JNC (por su sigla en inglés del original Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) fijó como metas de control menos de 140/90 mmHg para personas con hipertensión arterial sistémica sin diabetes y menos de 130/80 mmHg para personas con hipertensión arterial sistémica y diabetes y 150/90 para personas con hipertensión arterial sistémica mayores de 60 años (8).

La NOM 030 toma como caso controlado al paciente que mantiene cifras por debajo de 140/90 mmHg (1).

La combinación de hipertensión arterial sistémica y diabetes aumentan marcadamente el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal se debe tener un control más estricto en las metas de acuerdo a los criterios de la asociación americana de diabetes 2014 siendo esta menor a menor a 140/80 mm/Hg y en pacientes jóvenes menor a 130 mmHg para la sistólica. (ADA)

Los datos del estudio Lindavista revelan una población de alto riesgo cardiovascular debido a la acumulación de diversos factores de riesgo con un bajo porcentaje de sujetos en cifras de control de la presión arterial (9).

Existen diferencias en los resultados de la práctica de la medicina entre diferentes grupos étnicos y raciales dejando clara la función del médico. La investigación de la relación médico-paciente ha generado evidencia de que la comunicación efectiva mejora los resultados en el tratamiento y la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento o mejora los resultados en las enfermedades. Entre las estrategias para la mejora de la relación médico-paciente destacan la construcción de relaciones interpersonales, empatía, confianza y respeto entre otras (10).

El apego al tratamiento es uno de los problemas más importantes en enfermedades crónicas que hace descender la eficiencia y la efectividad del tratamiento. Se mencionan diversos factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, tales como: sociodemográficos, propios de la enfermedad, sobre el tipo de terapia y de la relación médico-paciente. (11) De todos ellos la relación médico-paciente es el factor con un potencial predictivo más fuerte (12). Numerosos estudios concluyen que la relación que los médicos establecen con sus pacientes es con frecuencia superficial y se centra en los aspectos puramente fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta sus expectativas ni los aspectos psicossomáticos de la enfermedad y decidiendo unilateralmente, en función de sus conocimientos (13). No obstante, se constata que este enfoque centrado en la enfermedad y en los intereses de las instituciones sanitarias ya no es válido y que es necesario centrar las acciones en las personas y no sólo en sus enfermedades, proporcionando una atención integral (14). Los

problemas de comunicación en la consulta constituyen una barrera al tratamiento efectivo (13).

El ser humano es por naturaleza un ente social, y la relación entre los seres humanos representa uno de los pilares de toda civilización. La relación entre las personas es un verdadero arte, en virtud de que requiere la participación y voluntad de dos o más personas entre sí. La relación médico-paciente es la relación entre dos individuos: entre el paciente y su médico o entre el médico y su paciente; así se puede afirmar que la relación médico-paciente es sin duda uno de los hechos más relevantes en el proceso de atender a este último, es en pocas palabras, la piedra angular de la práctica médica (22).

Por otro lado la relación médico-paciente es un vínculo interpersonal que conlleva un compromiso mutuo dado por una necesidad absoluta o relativa de vínculo. La relación médico-paciente fue definida por Portes como: “encuentro entre una confianza y una conciencia..., no hay médicos sin confianza, confianza sin confidencias y confidencias sin secretos.” Como relación interpersonal el paciente y el médico aportan lo que son y como son, lo que tienen y cuanto pueden o quieren dar. El grado de interés y preocupación que ponga el médico por los factores psico-sociales del paciente y la realización del examen físico han sido descritos como los factores más importantes para lograr mayor y mejor comunicación (23).

Un aspecto del ámbito general de la atención sanitaria que valoran mucho los pacientes es la relación personal con su médico, incluso por encima de sus competencias técnicas. El aspecto más y tal vez mejor estudiado de los diferentes componentes de la relación médico-paciente es el comunicativo. Determinados estilos de comunicación, especialmente el denominado “estilo centrado en el paciente” se han asociado positivamente con la satisfacción de la consulta (15).

El médico familiar, al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, y los factores que condicionan o que motivan la consulta y que se configuran en cierta forma de presentación se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico- paciente.

El establecer una relación médico-paciente efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el médico familiar dedica en la consulta son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado (16).

Todas las enfermedades o problemas de salud poseen un componente emocional asociado; las emociones asociadas a una enfermedad pueden ser de tipo depresivo, ansioso o mixto. (17). El estrés puede tener su origen en los síntomas y cambios físicos que afectan al paciente, las necesidades de cuidados especiales que requiere, el tratamiento adecuado de la enfermedad o por último las rutinas y actividades nuevas o diferentes para el paciente y su familia (18).

El estudio realizado por Tongue mencionó que el 75% de los médicos habían entablado una relación médico-paciente satisfactoria, pero al realizar la encuesta a los pacientes se observó solo el 21%, basada en una comunicación efectiva demostró una mejor salud emocional y física, mayor resolución de los síntomas y un mejor control de las enfermedades crónicas incluidas la hipertensión arterial, la diabetes y control del dolor, una efectiva comunicación como base de una relación médico-paciente satisfactoria es mostrada cuando el paciente tiene un buen apego a su tratamiento (10).

Se sugiere que una mala relación médico-paciente sea una importante causa en el fracaso de la atención médica (21).

Se ha estado viviendo una polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, polémicas que han estado marcadas por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del médico. Se han desarrollado 5 modelos que describen la relación médico – paciente. 1.- El modelo paternalista 2.- El modelo informativo 3.- modelo interpretativo 4.- El modelo deliberativo y 5.- modelo instrumental.

En el modelo paternalista, también llamada sacerdotal o paternal, la interacción médico-paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias que mejor garanticen su salud y bienestar, el médico da la información necesaria y en casos extremos de forma autoritaria indica el momento preciso de la intervención. La autonomía del paciente se encuentra como un asentimiento a lo que el médico considera es lo mejor

En el modelo informativo a veces llamado científico, consumidor o técnico el objetivo es proporcionar al paciente toda la información relevante para que puede elegir la intervención que desee tras lo cual el médico llevara a cabo, se basa en una clara distinción de los hechos y los valores, el médico es un suministrador de experiencia técnica y dota al paciente de los medios necesarios para ejercer el control. La autonomía del paciente se concibe como el control del mismo para la toma de decisiones médicas.

En el modelo interpretativo el objetivo de la relación médico – paciente es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores, también ayuda a aclarar y articular sus valores y ver que intervención los desarrolla mejor ayudándole así a interpretar mejor sus valores, los cuales no son fijos ni siempre conocidos por el paciente; el médico no debe imponer sus órdenes, en este modelo el médico es un consejero y nunca juzga los valores del paciente. La autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión.

En el modelo deliberativo el objetivo de la relación médico – paciente es ayudar a éste a determinar y elegir de entre los valores relacionados con su salud y pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. El médico solo analizara los valores relaciones con la salud el resto se situán fuera del alcance de su relación profesional. El médico actúa como un maestro o amigo comprometiendo al paciente sobre que acción sería la mejor. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral.

En el modelo instrumental los valores del paciente son irrelevantes; el médico junto con el paciente persiguen objetivos no relacionados con él, como el bien para la sociedad o los avances científicos, este modelo no solo no es ideal sino que constituye una aberración (24).

En 2009 se llevó a cabo un estudio transversal en 6 centros de atención primaria en Madrid, España, donde se solicitó la participación en una entrevista para estimar la valoración que el usuario hace del servicio recibido en atención primaria, la evaluación del servicio tenía diferentes perspectivas, una de las cuales era la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico de familia, que se valoró con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) adaptado y validado de un cuestionario

desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire por Van der Feltz Cornelis y su grupo, con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en atención primaria que evaluase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Después fue adaptado al castellano por Mingote J. et al. en su versión de 13 preguntas y, posteriormente, por Martín Fernández J. y cols. en la versión de 9 preguntas en dicho estudio se verificó que el PDRQ-9 tiene una elevada consistencia interna (25); posteriormente en 2011 Ríos-Álvarez y cols. aplicaron el instrumento PDRQ-9 para evaluar la relación médico paciente, de los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glucémico y que el 83.9% que consideró tener buena relación médico paciente; lo cual sienta un precedente en este tipo de estudios (26).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica de la medicina, en la consulta de pacientes que cursan con enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad e hipertensión arterial sistémicas encontramos una alta prevalencia e incidencia de estas patologías. Además del bajo nivel de control médico de estos padecimientos en nuestros pacientes, hay casos en los que a pesar de contar con tratamientos médicos adecuados, a dosis adecuadas basadas en las guías de práctica clínica y las recomendaciones de modificaciones a los estilos de vida, se encuentran descontrolados, en otros, los tratamientos se encuentran subóptimos y nos vemos en la necesidad de referir a los pacientes a un segundo nivel de atención, para ajuste de esquemas de tratamiento.

Sabemos que este tipo de padecimientos es de origen multifactorial, por lo que el tratamiento también implica coordinaciones en diversas áreas, la literatura reporta la importancia de la relación médico-paciente en el tratamiento de este tipo de padecimientos, por lo que en el presente estudio trataremos de relacionar la relación médico-paciente con el control de la presión arterial en el servicio de cardiología del Hospital General de San Juan del Río

JUSTIFICACIÓN

En el mundo hay 7,207,221,531 habitantes de los cuales mil millones de personas padecen hipertensión arterial sistémica (3). en México la prevalencia de hipertensión arterial sistémica es para hombres 33.3 por cada cien habitantes y para mujeres 30.8 por cada cien habitantes, en el estado de Querétaro la prevalencia se encuentra en 15.9% (2).

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y la hipertensión arterial sistémica es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (2); por tal motivo es importante tener en control a los pacientes con dicha enfermedad ya que a nivel mundial el 25% de paciente con hipertensión arterial sistémica se encuentran controlados y en México solo el 14.6% de pacientes hipertensos se encuentran controlados (3).

En la práctica clínica diaria en nuestra unidad de atención a pacientes con estos padecimientos nos encontramos con la misma problemática que reporta la literatura médica ya que un gran número de consultas son a causa de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia y la gran mayoría de los pacientes se encuentran descontrolados. En el Hospital General de San Juan del Río se otorgaron 3457 consultas en el servicio de cardiología donde 1152 fueron por hipertensión arterial sistémica que significan el 33.3% del total de consultas otorgadas por el servicio.

La relación médico-paciente es un vínculo interpersonal que conlleva un compromiso mutuo dado por una necesidad absoluta o relativa de vínculo. El encuentro entre un médico y su paciente tiene en si un poder curativo potencial

Es relevante conocer: ¿De qué manera influye la relación médico paciente en el control de la hipertensión arterial sistémica?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación que existe entre la relación médico paciente y el control de la hipertensión arterial sistémica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Evaluar la relación médico paciente en paciente con hipertensión arterial sistémica
- 2.-Establecer la calidad de la relación médico paciente
- 3.- Evaluar el control de la hipertensión arterial sistémica

HIPÓTESIS

Una buena relación médico paciente tiene un impacto positivo en el control de la hipertensión arterial sistémica

HIPÓTESIS NULA

Una buena relación médico paciente no tiene impacto positivo en el control de la hipertensión arterial sistémica.

III. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, analítico y transversal

UNIVERSO

Todos los pacientes que tiene seguimiento en el servicio de cardiología del Hospital General de San Juan del Río, Qro. con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en el periodo comprendido entre octubre del 2015 a junio del 2016

MUESTRA

Todo el universo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 18 años que padezcan hipertensión arterial sistémica.

Que acepte participar en el presente estudio mediante la firma del consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes con cuestionario incompleto

Pacientes con cuestionario mal contestado

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	TIEMPO VIVIDO POR UNA PERSONA	AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DEL ESTUDIO	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS
GENERO	FENOTIPO DEL PACIENTE	FENOTIPO SEXUAL DEL PACIENTE	CUANTITAVA NOMINAL	1.- FEMENINO 2.- MASCULIO
RELACION MEDICO PACIENTE	VINCULO ENTRE EL PACIENTE Y EL MEDICO	VINCULO ENTRE EL PACIENTE Y EL MEDICO	CUANTITATIVA NOMINAL	1.-BUENA 2.-MALA
CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL	CIFRA DE PA ESTABLECIDA COMO CONTROL	CIFRAS DE PA PT < 60 AÑOS = O < 140/90 mm/Hg PT > 60 AÑOS = O < 150/90mm/Hg PT CON DM = O < 130/90mm/Hg	CUANTATIVA NOMINAL	1CONTROLADA 2DESCONTROLADA

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El personal de enfermería adscrito al servicio de cardiología del Hospital General de San Juan del Río solicitó la participación al paciente en el presente estudio mediante la firma del consentimiento informado, fue encargada de proporcionar el cuestionario a los pacientes una vez salidos de la consulta y fue de forma anónima.

Los pacientes seniles, que no sabían leer o escribir el familiar acompañante fue el responsable del llenado del cuestionario, realizándole las preguntas a su paciente, en los casos en los que el paciente acudió solo a consulta el personal de enfermería fue el encargado de registrar las respuestas

Se realizó el Cuestionario de Relaciones Médico-Pacientes de 13 reactivos validados al español (Patient-Doctor Relationship Questionnaire), con una escala tipo Likert la cual se midió mediante la fórmula PT/NT donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones, y entonces una puntuación se analiza en el continuo 1-5

La presión arterial se midió una vez que el paciente entró a consulta, con 2 monitores de presión arterial automáticos marca Omron modelo HEM-7200 número de serie: 20120310326LF y el segundo marca Omron modelo 714INT número de serie: 6X01447LF en 3 ocasiones para sacar el promedio y en base al JNC 8, se clasificó en controlada o descontrolada, se anotó en la hoja del cuestionario de cada paciente.

Para el análisis de los datos obtenidos se concentraron en tablas de Excel posteriormente se pasaron los datos al programa SPSS y se realizó el análisis para obtener media de edad, para genero porcentaje, tabla donde se cruzaron los datos para obtener la relación entre la relación médico-paciente y el control de presión arterial sistémica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con Seres Humanos y con las excepciones que el reglamento señala. En este estudio se responde al Artículo 15: los sujetos de estudio no estarán expuestos a riesgos ni daño físico ni psicológico además de proteger de identidad del individuo sujeto a la investigación. El Artículo 17 menciona que una investigación sin riesgo es aquella donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, en el que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Para la realización de esta investigación se contará con la aprobación de las autoridades de salud correspondientes. Los resultados se darán a conocer al final de la investigación, sin olvidar el Artículo 120 que menciona que el investigador, podrá publicar informes parciales y finales de los estudios y difundir sus hallazgos por otros medios, cuidando confidencialidad a que tienen derecho los sujetos de investigación.

Declaración de Helsinki.

Es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica con seres humanos.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas.

Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica.

La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

El presente estudio fue presentado ante el comité estatal de investigación mismo que lo autorizó y dio número de registro 856

IV. RESULTADOS

Se obtuvo un universo de 145 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 88 paciente se encontraron en cifras de control de presión arterial y 57 pacientes con cifras de descontrol. (cuadro n° 1)

Se reportaron 133 encuestas con relación médico-paciente buena y 12 encuestas con relación médico-paciente mala. (cuadro n°2)

Del universo se obtuvieron 89 pacientes del género femenino y 56 del género masculino. (cuadro n°3)

Para la edad se obtuvo una media de 66.5 años con una edad mínima de 37 años de edad una máxima de 93 años de edad y una desviación estándar de 12.835. (cuadro n° 4)

Para la relación entre la relación médico-paciente y el control de la presión arterial se encontró que 81 pacientes se encontraron con control de la presión arterial y reportan buena relación médico-paciente; 7 pacientes con control de la presión arterial reportan mala relación médico-paciente; 52 pacientes se encontraron con descontrol de la presión arterial y reportan buena relación médico-paciente y 5 pacientes con descontrol de la presión arterial reportan mala relación médico-paciente. (cuadro n° 5)

De los pacientes que reportan buena relación médico-paciente 79 son del género femenino y 54 del género masculino y de los pacientes que reportan mala relación médico-paciente 10 son del género femenino y 2 del género masculino. (cuadro n°6)

De los pacientes que se encuentra con control de la presión arterial 54 son del género femenino y 34 del género masculino y de los que se encuentran con descontrol de la presión arterial 35 son del género femenino y 22 del género masculino. (cuadro n°7)

Por grupos de edad se encontró 30-39 años 2 pacientes, 40-49 años 12 pacientes, 50-59 años 32 pacientes, 60-69 años 34 pacientes, 70-79 años 40 pacientes y de 80 y mas años 25 pacientes. (cuadro n° 8)

Se encontró mejor control de la presión arterial en el grupo de 50-59 años y 70 a 79 años de edad. (cuadro n° 9)

De los pacientes que reportaron buena relación médico-paciente por grupo de edad se encontraron en los grupos de 60-69 y 70-79 años. (cuadro n° 10)

CUADRO Y GRÁFICA N° 1

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

	Frecuencia	Porcentaje
CONTROL	88	60.7
DESCONTROL	57	39.3
Total	145	100.0

CUADRO Y GRÁFICA N° 2

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA	133	91.7
	MALA	12	8.3
	Total	145	100.0

CUADRO Y GRÁFICA N° 3

GÉNERO

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	89	61
MASCULINO	56	39
Total	145	100.0

CUADRO N° 4

EDAD

N	145
Perdidos	0
Media	66.54
Desviación estándar	12.835
Mínimo	37
Máximo	93

CUADRO Y GRÁFICA N° 5

RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

			RELACIÓN		Total
			BUENA	MALA	
PRESIÓN ARTERIAL	CONTROL	Recuento	81	7	88
		% dentro de PRESIÓN ARTERIAL	92.0%	8.0%	100.0%
	DESCONTROL	Recuento	52	5	57
		% dentro de PRESIÓN ARTERIAL	91.2%	8.8%	100.0%
Total		Recuento	133	12	145
		% dentro de PRESIÓN ARTERIAL	91.7%	8.3%	100.0%

CUADRO Y GRÁFICA N°6

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y GÉNERO

		RELACIÓN		Total
		BUENA	MALA	
GENERO	FEMENINO	79	10	89
	MASCULINO	54	2	56
Total		133	12	145

CUADRO Y GRÁFICA N° 7

CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GÉNERO

		GÉNERO		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
PRESIÓN	CONTROL	54	34	88
ARTERIAL	DESCONTROL	35	22	57
Total		89	56	145

CUADRO Y GRÁFICA N° 8

GRUPOS DE EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
30-39	2	1.4
40-49	12	8.3
50-59	32	22.1
60-69	34	23.4
70-79	40	27.6
80 Y MAS	25	17.2
Total	145	100.0

CUADRO Y GRÁFICA N° 9

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y GRUPO DE EDAD

		PRESIÓN ARTERIAL		Total
		CONTROL	DESCONTROL	
GRUPO DE EDAD	30-39	2	0	2
	40-49	7	5	12
	50-59	24	8	32
	60-69	19	15	34
	70-79	25	15	40
	80 Y MAS	11	14	25
Total		88	57	145

CUADRO Y GRÁFICA N° 10

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y GRUPO DE EDAD

		RELACIÓN		Total
		BUENA	MALA	
GRUPO DE EDAD	30-39	2	0	2
	40-49	10	2	12
	50-59	29	3	32
	60-69	32	2	34
	70-79	37	3	40
	80 Y MAS	23	2	25
Total		133	12	145

CUADRO N° 11**CORRELACIÓN ENTRE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE**

		PRESIÓN ARTERIAL	RELACIÓN MÉDICO-PT
PRESIÓN ARTERIAL	Correlación de Pearson	1	.014
	Sig. (bilateral)		.863
	N	145	145
RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE	Correlación de Pearson	.014	1
	Sig. (bilateral)	.863	
	N	145	145

ANALISIS

Para el análisis de los resultados donde se correlacionó el control de la presión arterial con una buena relación médico-paciente se realizó la correlación de Pearson encontrando que una buena relación médico-paciente con el control de la presión arterial no es estadísticamente significativa ya que se obtuvo $r = .863$. (cuadro nº 11)

V. CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó ante la necesidad de contar con información estadística sobre el impacto positivo que una buena relación médico-paciente puede tener en el control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica como lo menciona la literatura para otras enfermedades como la diabetes mellitus.

Durante el desarrollo del estudio se encontró que el servicio de cardiología del Hospital General de San Juan del Río, Qro, de la Secretaria de Salud del estado presta servicio de calidad ya que los pacientes de dicho servicio refieren tener una buena relación médico paciente.

Se descarta la hipótesis ya que una buena relación médico-paciente no impacta de forma positiva en el control de la hipertensión arterial sistémica debido a que el grupo de pacientes con descontrol de la presión arterial sistémica refiere tener una buena relación médico-paciente y se encontró que pacientes controlados refiere tener una mala relación médico-paciente.

El presente estudio deja la puerta abierta a otras investigaciones en este grupo de paciente sobre los factores que influyen en el control de la presión arterial, además de exhortar a mantener la calidad de la atención basada en la buena relación médico paciente tanto en el mismo servicio como en el resto de los servicios que ofrece el Hospital General de San Juan del Río, Qro.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2, 2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 2.- ENSANUT 2012
- 3.- 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension
- 4.- www.hgm.salud.gob.mx/guias diagnosticas de consulta externa. 6 hipertensión arterial sistémica. Revisión 09-junio-2014
- 5.- OMS Información general sobre hipertensión en el mundo 2013
- 6.- Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US Trends in prevalence, awareness treatment and control of hypertension 1988-2008. JAMA. 2010. 203(20): 2043-50
- 7.- Ordúñez GP, Pérez FE, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev. Panam Salud Publica. 2010;28 (4): 311-18
- 8.- Brookes L. Guidelines -JNC-8 To Be Announced Medscape Cardiology. 2008. Hallado en <http://www.med.scape.com> acceso 09-junio-2014
- 9.- Meaney A. et al. Cardiovascular risk factors in a Mexican middle-class urban population. The Lindavista Study. Baseline data. ACMX-78:1-8
- 10.- Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. (2002) Family Medicine and Community Health. Publications and Presentations. Fam Med 2002;34 (5):353-61
- 11.- Carratalá MC, Orozco BD, Gil GV, Merino SJ. Factores en el cumplimiento terapéutico y diabetes. En Gil Guillén V, Merino Sánchez J, Palop Larrea V, editores. El cumplimiento, factor clave en el control de las enfermedades. Valencia: SVMFIC Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003:133-142.
- 12.- Escudero-Carretero MJ Prieto-Rodríguez MA, Fernández-Fernández I, March-Cerdá CM. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. Aten Primaria 2006;38:8-18.
- 13.- Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empowering patients: how to implement a diabetes Passport in hospital care. Patient Educ Couns 2002; 47:173-177.

- 14.- Peralta G, Figueroa D. Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr* 2003;50: 280-285
- 15.- Ruiz-Moran R et al. Patients Satisfaction with Communication with their Family Doctors: Comparison of Three Methods for Assessing Unmet Needs. *Rev. Esp. Salud Publica* 2011; 85 (3)
- 16.- Garza Elizondo T, Ramírez Aranda JM, Gutiérrez Herrera. The Physician-Patient-Family Collaborative Relationship. *Arch Med Fam* 2006; 8(2): 57-61
- 17.- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002. 759-764
- 18.- Martínez LF, Garza ET. Eventos críticos. En: Garza ET. *Trabajos con familias*. 1era.ed. Monterrey: Editorial Subdirección de Educación Continua, Facultad de Medicina de la UANL. 1997, 89-96
- 19.- Fong J Ha, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10:38-43, 2010
- 20.- [www.facmed.unam.mx/sms/seam2ki/2008/jun-01/-/](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2ki/2008/jun-01/)
- 21.- Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Modern Culture and Physician-Patient Communication. Fam Med.* 34(5):353-61.2002 (repetida en la cita 10)
- 22.- Ramos-Niembro F. La importancia de la relación medico-paciente., México: *Ciencia y Cultura Latinoamericana*. 33-38: 2001
- 23.- Berro-Rovira G. La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal. *Rev Biomed. Med. Fam y Com.* 16-23. Nov. 2009
- 24.- tipos de relación médico – paciente
- 25.- Martín-Fernández J, Del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, FernándezLópez E, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria.* 2010; 42(4):196–205.
- 26.- Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza Avilés A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2011;19 (4):149-153.

ANEXOS

	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mi médico me entiende					
Confío en mi médico					
Mi médico se dedica a ayudarme					
Puedo hablar con mi médico					
Me siento contento con el tratamiento de mi médico					
Mi médico me ayuda					
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí					
Me beneficio en con tratamiento de mi médico					
Estoy de acuerdo con mi médico sobre mis síntomas					
Mi médico es accesible					
Gracias a mi médico me siento mejor					
Gracias a mi médico tengo una nueva visión de mi enfermedad					
Puedo manejar mis síntomas aunque no tenga consulta					

Totalmente satisfecho=5 satisfecho=4 ni satisfecho ni insatisfecho=3 insatisfecho=2 totalmente insatisfecho=1

Edad: _____ Genero: _____ Presión arterial: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha San Juan del Río, Querétaro, Octubre 2015 - Junio 2016

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: La relación médico-paciente en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en el servicio de cardiología del Hospital General de San Juan del Río

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 856

El objetivo del estudio es:

Establecer la relación entre la relación médico-paciente y el control de la presión arterial sistémica

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar un cuestionario que se me proporcionará al terminar mi consulta

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.