

Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico “Julio Antonio Mella”, Guanabacoa, 2016-2017

Gaps in the care of hypertensive people in "Julio Antonio Mella" Polyclinic, Guanabacoa (2016-2017)

Addys Díaz Piñera^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8727-2951>

Armando Rodríguez Salvá¹ <https://orcid.org/0000-0002-7796-4276>

Milenia León Sánchez² <https://orcid.org/0000-0001-8634-9366>

Geominia Maldonado Cantillo¹ <https://orcid.org/0000-0002-7831-6780>

Lisbeth Fernández Gonzales¹ <https://orcid.org/0000-0002-7708-7584>

Nelsy Álvarez Mesa³ <https://orcid.org/0000-0003-4864-7279>

¹Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

²Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Guanabacoa. La Habana, Cuba.

³Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: addys@inhem.sld.cu; addysdiaz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Para lograr el control de la hipertensión arterial se requiere de la vigilancia de sus factores de riesgo, del manejo integral de la enfermedad y la eliminación de brechas que atentan contra la calidad del proceso de atención.

Objetivo: Identificar las principales brechas que afectan el proceso de atención de las personas hipertensas en un área de salud del municipio Guanabacoa durante el periodo 2016-2017.

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva transversal, se aplicó un muestreo por conglomerado bietápico. En una primera etapa de los 41 consultorios se seleccionaron 10, y

de estos se seleccionaron aleatoriamente las familias, quedando conformada la muestra por 1458 familias. Se entrevistaron 2297 personas mayores de 35 años.

Resultados: El 42,5 % de los entrevistados tenía antecedentes de hipertensión arterial, el 3,0 % resultó presunto hipertenso, en el 54,5 % no se encontraron evidencias. Existieron dificultades con la atención de estas personas, dado por problemas organizativos, de funcionamiento del sistema y de comportamiento individual. Las principales brechas fueron en el acceso (36,3 %), seguimiento (28,5 %) y control (17,5 %). El 97,6 % tenía indicado tratamiento farmacológico y el 28 % de los no controlados en el momento de la medición de la presión arterial no estaban adheridos.

Conclusiones: Las brechas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de los hipertensos, cuyo elemento común es la no búsqueda de atención, repercute en la calidad de la atención.

Palabras clave: hipertensión; brechas en la práctica profesional; accesibilidad a servicios de salud; diagnóstico; continuidad de la atención al paciente; cumplimiento y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: To achieve the control of high blood pressure requires the monitoring of its risk factors, the comprehensive management of the disease and the elimination of gaps that hamper the quality of the care process.

Objective: Identify the main gaps that affect the care process of hypertensive people in a health area of Guanabacoa municipality during the period 2016-2017.

Methods: A cross-sectional descriptive research was conducted, and a two-stage conglomerate sampling was applied. In a first stage of the 41 family doctor's offices, 10 were selected, and of these families were randomly selected, with the sample being made up of 1458 families. 2297 people over 35 years old were interviewed.

Results: 42.5% of the interviewees had a history of high blood pressure, 3.0% were suspected hypertensives, in 54.5% no evidence was found. There were difficulties with the care of these people, given by organizational problems, system functioning and individual behavior. The main gaps were access (36.3%), follow-up (28.5%) and control (17.5%).

97.6% had an indicated drug treatment and 28% of those not controlled at the time of blood pressure measurement were not attached.

Conclusions: Gaps related to access to health, diagnostic, follow-up, treatment and control services for hypertensive in which the common element is care's non-seeking have an impact on the quality of care.

Keywords: Hypertension; gaps in professional practice; accessibility to health services; diagnosis; continuity of patient care; compliance and adherence to treatment.

Recibido: 29/01/2020

Aceptado: 08/07/2020

Introducción

Los nuevos desafíos que imponen los cambios en los patrones demográficos, epidemiológicos y las transformaciones sociales, políticas y económicas repercuten en la salud de las poblaciones, lo que se traduce en un incremento de enfermedades crónicas. Esto unido al aumento de la expectativa de vida favorece el desplazamiento de la carga de morbilidad y mortalidad desde los grupos menores de edad hacia los de edad avanzada y al predominio de la morbilidad sobre la mortalidad.^(1,2)

Las enfermedades no transmisibles en Cuba representan más del 75 % de las muertes, son la principal causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), lo cual se asocia a una significativa carga de enfermedad y utilización de recursos sanitarios, en los que la hipertensión arterial (HTA) es un diagnóstico habitual, tanto en la atención primaria como en la secundaria.⁽³⁾ Se encuentran disponibles intervenciones costo-efectivas para la prevención, atención y control de las enfermedades crónicas, que de ejecutarse de manera eficiente evitarían 32 millones de muertes en el transcurso de 10 años. Sin embargo, persiste un incremento de estas enfermedades, lo que demuestra incapacidad en la mayoría de los sistemas de salud para dar una respuesta efectiva y sostenible.^(1,2)

Lograr el control de estas enfermedades es una tarea ardua, en la que no basta realizar una oportuna vigilancia y manejo de los factores de riesgo, también requiere atención continua

e integral del paciente en los diferentes niveles de atención. Además, se hace necesario indagar si existen brechas en el acceso a los servicios de salud, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de estas personas, que pudiera estar influyendo en su atención; lo que evidencia diferencias entre los países de bajos y medianos ingresos con respecto a los de ingresos altos.^(2,4,5) Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en las Américas un tercio de sus habitantes no pueden acceder a servicios integrales de salud, por lo que continúa siendo una de las regiones más desiguales del mundo.⁽⁴⁾

El acceso y cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades tengan sin discriminación algún acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados de acuerdo con sus necesidades, así como medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. A su vez, se asegura que el uso de esos servicios no los expone a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.⁽⁴⁾ Los sistemas de salud son exitosos cuando las personas se mantienen sanas o en caso de enfermar tienen acceso a servicios sanitarios según sus necesidades, siguen el tratamiento limitando el daño y están satisfechas con la atención.⁽⁶⁾

Existen varios tipos de barreras en el acceso a los servicios de salud, al igual que modelos para estudiarlos, las cuales fueron profundizados por clásicos, como *Donabedian*⁽⁶⁾ que plantea que el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos. Por otra parte, *Aday* y *Andersen*⁽⁷⁾ sostienen que el acceso está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población y enfatizan cómo esas políticas determinan las características del sistema, las cuales influyen en la utilización y satisfacción de los usuarios.

Andersen y otros⁽⁸⁾ identifican dimensiones de las cuales depende el acceso como pueden ser las siguientes: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), características individuales, conductas de salud y resultados. Consideran que las características contextuales e individuales determinan las conductas y el acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones. Para *Tanahashi*⁽⁹⁾ en el proceso de acceso existe una interacción entre la provisión de servicios, recursos, factores sociales, culturales, religiosos, normas y valores que son afectados tanto por las características del sistema de salud, como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención.

En Cuba hay accesibilidad a los servicios de salud, pero también existen brechas que la dificultan, lo cual atenta contra la calidad de la atención.⁽¹⁰⁾ Actualmente, no existe claridad sobre la magnitud de esas brechas, por lo que en cada contexto se debe profundizar en cómo las políticas de salud, las características del sistema sanitario y las particularidades de la población determinan el acceso y utilización de esos servicios de salud para satisfacer sus necesidades sentidas.⁽²⁾

Estos argumentos, unidos al conocimiento de las principales causas de muerte en el municipio de Guanabacoa y la alta prevalencia de hipertensión arterial, motivó la realización del estudio cuyo objetivo es identificar las principales brechas que afectan el proceso de atención de las personas hipertensas en un área de salud del municipio Guanabacoa durante el periodo 2016-2017.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Policlínico “Julio Antonio Mella”, del municipio Guanabacoa en el periodo comprendido entre abril 2016 y febrero 2017. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico, estratificado y equiprobabilístico. De los 41 consultorios médicos del área de salud (universo), se seleccionaron 10 en una primera etapa, y de estos en una segunda etapa se seleccionaron de forma aleatoria las familias (viviendas) con probabilidad proporcional a su tamaño.

Para alcanzar la cifra de 2000 personas, que era la muestra calculada, para una prevalencia del 30 % de hipertensos y el 50 % de no controlados, se debía entrevistar a 1458 familias, tomando en consideración que serían personas entre 35 y 70 años. Según el Censo de población y viviendas de Cuba del año 2012 en Guanabacoa para ese grupo de edad había un promedio de 1,4 personas por vivienda. Una vez iniciado el trabajo se decidió incluir a toda persona mayor de 35 años, incrementándose el promedio a 1,7. Se logró entrevistar a 2297 personas en 1351 viviendas, a través de una encuesta aplicada como parte de un proyecto internacional ([Anexo](#)).

En cada vivienda se entrevistó a los mayores de 35 años que además de dar su consentimiento para participar no presentaban limitación mental. Se efectuaron tres mediciones de la presión

arterial con esfigmomanómetros digitales calibrados y certificados modelo Omron M6 Comfort IT (HEM-7322U-E), en tres momentos diferentes de la entrevista, según recomendaciones internacionales se desechó la primera medición y se promediaron las otras dos.⁽¹¹⁾ Se estudiaron mayores de 35 años porque a partir de esta edad es donde se concentra la mayor morbilidad y mortalidad atribuible a hipertensión no controlada, es el rango etario internacionalmente más utilizado en los estudios epidemiológicos sobre el tema.⁽¹²⁾

En este estudio se consideraron brechas todas las fallas que pudieran estar relacionadas con el acceso a los servicios de salud, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control.

- Brechas en el acceso: personas hipertensas o no, que no sintieron necesidad de atención en el último año; o a pesar de haber sentido necesidad de atención no hicieron nada por resolver este problema y aquellas que no fueron atendidas en los servicios de salud.
- Brechas de diagnóstico: personas con probable hipertensión arterial no diagnosticada (aquellas sin antecedentes que presentaron cifras elevadas de presión arterial durante el estudio).
- Brechas de seguimiento: personas hipertensas conocidas que no acudieron a consulta de seguimiento en el último año, por la causa que fuera.
- Brechas de tratamiento: personas hipertensas conocidas que recibieron indicaciones de tratamiento farmacológico y no lo consumen, por la causa que fuera.
- Brechas de control: personas hipertensas conocidas menores de 60 años que presentaban cifra sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica mayor de 90 mmHg. Personas hipertensas conocidas de 60 años o más con cifra mayor de 150/90 mmHg, y los diabéticos con cifra mayor de 130/80 mmHg.

La no adherencia no se consideró una brecha como tal, pero sí como factor explicativo de la brecha de tratamiento y de control. Además, se atribuyeron los siguientes términos:

- hipertensos conocidos: aquellas personas con un diagnóstico previo de hipertensión arterial

- presuntos hipertensos: las personas no consideradas hipertensas y que en el momento del estudio presentaron cifras superiores a 140 mmHg o 90 mmHg.

En relación con el color de la piel, se unió las categorías blanco y mestizo para dicotomizar la variable y analizar si las personas con color de la piel negra tienen o no mayor probabilidad de tener brechas. Se creó una base de datos en Access y se utilizó el programa SPSS versión 21.0 para el análisis de resultados (univariados y bivariados). Los datos fueron introducidos por digitadores del área de salud, y luego por los investigadores del proyecto para garantizar su calidad (doble digitación). La información se presentó en números absolutos, porcentajes e intervalos de confianza del 95 %. Se evaluó la posible asociación entre variables por la existencia de significación estadística ($\alpha \leq 0,05$) mediante la prueba de ji cuadrado de Pearson. Los resultados fueron presentados en tablas.

El estudio cumple con la Declaración de Helsinki y la legislación vigente en Cuba. Se solicitó autorización a los directivos del territorio, así como la aprobación del Consejo Científico y el comité de ética de la institución que dirigió la investigación (Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología). Las personas expresaron su libre consentimiento de participar después de ser informados de los objetivos del estudio. La información obtenida es absolutamente confidencial y solo será utilizada con propósitos investigativos.

Resultados

De las 2297 personas estudiadas, el 57,9 % correspondió al sexo femenino, el 73,1 % a menores de 65 años, el 54,0 % eran trabajadores (estatales y cuentapropistas) y el 59,4 % eran color de piel blanca. El 90,6 % de las personas vivían con algún familiar y el promedio de escolaridad era décimo grado.

Se encontró una prevalencia del 42,5 % de hipertensos conocidos y el 3 % de presuntos hipertensos, en el 54,5 % no se encontró evidencia de hipertensión arterial. Se hallaron comorbilidades como diabetes mellitus (16,8 %) e hipercolesterolemia (7,8 %). Las brechas de acceso a los servicios de salud en hipertensos conocidos y presuntos hipertensos se muestran en la tabla 1. El 36,3 % de los hipertensos conocidos, a pesar de saber que presentan una enfermedad crónica, no sintieron necesidad de acceder a un servicio de salud durante el

último año, ni tuvieron la inquietud de indagar sobre su estado de salud, con mayor incidencia en los hombres, en los de color de piel negra, en menores de 65 años, en trabajadores y en los que viven acompañados. Se mostró estadísticamente significativo para las categorías sexo (hombres) y vive acompañado. El grupo de presuntos hipertensos tuvo un comportamiento similar.

Tabla 1 -Brechas de acceso en personas hipertensas y presuntas hipertensas. Policlínico “Julio Antonio Mella”, 2016-2017

Grupo		Hipertensos conocidos					Presuntos hipertensos				
Brecha de acceso		36,3 % (IC 33,3 % -39,3 %)					72,9 % (IC 60,9 % -82,8 %)				
Variables		n**	N*	%	IC 95 %	OR	n**	N*	%	IC95 %	OR
Sexo	Hombre	157	367	42,8	1,2-2,0	1,6	30	35	85,7	1,2-12,8	4,0
	Mujer	198	609	32,5	Referencia***	---	21	35	60,0	Referencia***	---
Edad	< 65 años	220	366	37,5	Referencia***	---	43	58	74,1	Referencia***	---
	≥ 65 años	135	390	34,6	0,9 - 1,5	1,1	8	12	66,7	0,2 -2,7	0,7
Ocupación	Trabajador o empleado	147	396	37,1	0,8 -1,4	1,1	29	37	78,4	0,4-3,5	1,1
	Ama de casa, jubilado, desempleado	208	372	35,9	Referencia***	---	22	33	66,7	Referencia***	---
Convivencia	Vive solo	24	99	24,2	Referencia***	---	5	7	71,4	Referencia***	---
	Acompañado	331	877	37,7	1,2 - 3,1	1,9	46	63	73,0	0,2-5,2	0,9
Color de la piel	Negro(a)	91	228	39,9	0,9-1,7	1,2	9	13	69,2	0,2-3,0	0,8
	Mestizo/blanco	263	748	35,2	Referencia***	---	42	57	73,7	Referencia***	---

Se detectó una brecha de diagnóstico del 6,7 % (Tabla 2), predominante en hombres, en menores de 65 años y en trabajadores. Fueron personas que no sintieron necesidad de atención en el último año, la última medición de su presión arterial excede el año y no refieren antecedentes de diabetes ni colesterol alto.

A excepción de la variable sexo el resto fueron estadísticamente significativas.

Tabla 2 - Brechas de diagnóstico. Policlínico “Julio Antonio Mella”, 2016-2017

Brechas de diagnóstico 6,7 % (IC 5,2 % - 8,4 %)						
Variables		n**	N*	%	OR	IC 95 % (LI-LS)
Sexo	Hombre	35	402	8,7	1,7	1,0 - 2,7
	Mujer	35	644	5,4	Referencia***	---
Grupo de edad	< 65 años	58	644	9,0	3,2	1,7- 6,1
	≥ 65 años	12	402	3,0	Referencia***	---
Ocupación	Trabajador	37	433	8,5	1,6	1,1 - 2,7
	No trabajador	33	613	5,4	Referencia***	---
Necesidad de atención último año	Si	19	641	3,0	Referencia***	---
	No	51	405	12,6	4,7	2,7 - 8,1
Medición de presión en el establecimiento de salud	Si	13	582	2,2	Referencia***	---
	No	6	49	12,2	6,1	2,2 - 16,9
Última vez que le midieron la presión	≤ 1 año	57	1000	5,7	Referencia***	---
	> 1 año	12	45	26,5	6,0	2,9 - 12,3
Antecedentes de diabetes	Si	8	277	2,9	Referencia***	---
	No	62	769	8,1	2,9	1,4-6,2
Antecedentes de colesterol alto	Si	3	139	2,2	Referencia***	---
	No	67	907	7,4	3,6	1,1-11,7

*universo del estudio; **número de observaciones con una característica determinada; ***referencias incluidas en el modelo de regresión.

Solo el 71,5 %, de los hipertensos fueron seguidos al menos una vez en consulta en el último año, de ahí que la brecha en el seguimiento fuera de un 28,5 % (Tabla 3), uno de cada cuatro hipertensos conocidos no recibía seguimiento clínico por su médico de familia.

Tabla 3 - Brechas de seguimiento en personas hipertensas conocidas. Policlínico “Julio Antonio Mella”, 2016-2017

Brechas de seguimiento 28,5 % (IC 25,7 % - 31,4 %)						
Variables		n**	N*	%	OR	IC 95 % (LI-LS)
Sexo	Hombre	114	367	31,1	1,2	0,9 - 1,6
	Mujer	164	609	26,9	Referencia***	---
Grupo de edad	< 65 año	187	586	31,9	1,5	1,2 - 2,1
	≥ 65 años	91	390	23,3	Referencia***	----
Ocupación	Trabajador	130	396	32,8	1,4	1,1 - 1,9
	No trabajador	148	580	25,5	Referencia***	---
Necesidad de atención último año	Sí	142	622	22,8	Referencia***	----
	No	136	354	38,4	2,1	1,6 - 2,8
Última vez que le midieron la presión	> 1 año	23	33	69,7	6,2	2,9 - 13,2
	≤ 1 año	255	943	27,0	Referencia***	----
Antecedentes de diabetes	Sí	81	269	30,1	Referencia***	----
	No	197	707	27,9	0,9	0,7- 1,2
Antecedentes de colesterol alto	Sí	49	136	36,0	1,5	1,0 - 2,2
	No	229	840	27,3	Referencia***	---

*universo del estudio; **número de observaciones con una característica determinada; ***referencias incluidas en el modelo de regresión.

La mayor afectación ocurrió en hombres, en menores de 65 años, en personas con antecedentes de colesterol elevado y diabetes, que, al trabajar y no sentir necesidad de atención, no buscaron ni utilizaron los servicios de salud. Excepto la edad y el padecer de diabetes o colesterol alto el resto de las variables fueron estadísticamente significativas.

La tabla 4 muestra los resultados de la brecha de tratamiento que fue de un 4,5 %. De los 976 hipertensos conocidos, 953 (97,6 %) tenían indicado tratamiento farmacológico y de estos 910 refirieron tomarlos. Los más perjudicados eran los hombres, los menores de 65 años, trabajadores y los que no padecían de diabetes, lo que fue estadísticamente significativo.

Tabla 4 - Brechas de tratamiento en personas hipertensas. Policlínico “Julio Antonio Mella”, 2016-2017

Brechas de tratamiento 4,5 % (IC 3,4 % - 6,8 %)						
Variables		n**	N*	%	OR	IC 95 % (LI-LS)
Sexo	Hombre	25	358	7,0	2,4	1,3 - 4,5
	Mujer	18	595	3,0	Referencia***	---
Grupo de edad	< 65 año	34	569	6,0	2,6	1,3 - 5,6
	≥ 65 años	9	384	2,3	Referencia***	---
Ocupación	Trabajador	30	385	7,8	3,6	1,9 - 7,0
	No trabajador	13	568	2,3	Referencia***	---
Antecedentes de diabetes	Si	5	265	1,9	Referencia***	---
	No	38	688	5,5	3,0	1,2 - 7,8

*universo del estudio; **número de observaciones con una característica determinada; ***referencias incluidas en el modelo de regresión.

La brecha de control (Tabla 5) fue de 17,5 %, más frecuente en hombres, en los mayores de 65 años, sin vínculo laboral, en los que no fueron seguidos en el último año, los que no tenían tratamiento farmacológico y los que no estaban adheridos al tratamiento, solo esta última variable resultó ser estadísticamente significativa.

Tabla 5 - Brechas de control en personas hipertensas. Policlínico Julio A. Mella 2016-2017

Brechas de control 17,5 % (IC 15,3 % - 20,0 %)						
Variables		n**	N*	%	OR	IC 95 % (LI-LS)
Sexo	Hombre	79	367	21,5	1,2	0,8 - 1,5
	Mujer	120	609	19,7	Referencia***	----
Grupo de edad	< 65 años	114	586	19,4	0,87	0,6 - 1,2
	≥ 65 años	85	390	21,7	Referencia***	----
Ocupación	Trabajador	69	396	17,4	Referencia***	----
	No trabajador	130	580	22,4	1,3	0,9- 1,9
Seguimiento último año	Sí	141	698	20,2	Referencia***	----
	No	58	278	20,8	1,0	0,7 - 1,4
Tratamiento farmacológico	Sí	184	910	20,2	0,86	0,4 – 1,6
	No	15	66	22,7	Referencia***	----
Adherencia al tratamiento	Sí	96	692	13,9	2,4	1,7 - 3,5
	No	61	218	28,0	Referencia***	---

*universo del estudio; **número de observaciones con una característica determinada; ***referencias incluidas en el modelo de regresión.

Discusión

Las personas con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial necesitan de una atención integral y continuada y es el nivel primario de atención, la puerta de entrada al sistema de salud, a quien le corresponde esta encomienda. Esto implica disponibilidad de recursos, servicios organizados y profesionales actualizados y con buen desempeño en el manejo de estas enfermedades.^(13,14)

En este estudio se encontró una prevalencia de HTA del 45,5 % muy superior a la reportada en la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (30,9 %),⁽¹⁵⁾ el 42,5 % eran hipertensos conocidos y el 3 % presuntos hipertensos. Con predominio del sexo femenino, menores de 65 años, no trabajadores, que viven acompañados y con nivel escolar elevado, coincidiendo

en algunas variables como grupo de edad, ocupación y convivencia con otra investigación nacional.⁽¹⁶⁾

Se conoce que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta con la edad y que en determinados periodos de la vida su comportamiento fluctúa, lo mismo sucede con el sexo.^(1,3,17,18) Ambas variables son determinantes predictores de la hipertensión arterial⁽¹⁹⁾ y a su vez influyen en el acceso y utilización de los servicios de salud. La población joven y, en especial los hombres, acceden menos a estos servicios, lo que está en relación con sus costumbres, idiosincrasia y modo de vida. Mientras en las mujeres los trastornos que se asocian al envejecimiento (psicológicos, sociales y biológicos como cambios hormonales y metabólicos) incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular a causa de la aparición de enfermedades crónicas, lo que conlleva a que hagan una utilización más frecuente de los servicios de salud.^(19,20,21)

Las mujeres tienen mayor autopercepción de la enfermedad que los hombres, pues el ejercicio del rol de cuidadoras las hace más hábiles en la detección de señales relacionadas con el cuidado de la salud y acceden más en busca de atención. Mientras, entre los hombres la percepción de enfermedad y búsqueda de atención es vista como evidencia de debilidad, que va en contra de su construcción social; por lo que acuden a un servicio solo cuando se sienten mal, de ahí que no se diagnostiquen de forma oportuna,^(20,21,22,23) lo que se evidencia en los resultados obtenidos y en un estudio realizado en pacientes hipertensos en dos comunidades de la India⁽²⁾ y contrasta con el realizado en la Habana donde el 92,3 % de los hipertensos declararon haber sentido necesidad de atención médica en el último año.⁽¹⁶⁾

Expertos en el tema como *Tanahashi*⁽⁹⁾ plantea que deben identificarse a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad a los servicios y en qué etapas del proceso ocurren con mayor frecuencia, para dirigir las acciones en ese sentido y alcanzar una cobertura efectiva. En Cuba existe una suficiente cobertura en el nivel primario, por lo que en la medida en que se facilita el acceso y se disminuyen las brechas se puede mejorar la eficiencia y calidad de las prestaciones que reciben estas personas. Por otra parte, muchas personas no están conscientes de la naturaleza asintomática de la hipertensión, que frecuentemente es un hallazgo detectado en un examen de rutina, como sucedió en este estudio, o aparece ya, tardíamente, cuando hay daños en órganos diana.

Alrededor del 50 % de las personas con lesiones en órganos diana ignoran que son hipertensos,⁽²⁴⁾ de ahí que los esfuerzos deben estar encaminados a la detección precoz e iniciar cambios en los estilos de vida desde niño, para prevenir el desarrollo de esta enfermedad. Las brechas de diagnóstico están relacionadas con una mala dispensarización y el no cumplimiento del programa de prevención y control de la HTA, que tiene entre sus objetivos incrementar el diagnóstico temprano a través de la pesquisa activa de la población mayor de 15 años. Esta es una población a la que se le debe medir la presión arterial al menos una vez al año, y una vez diagnosticada darle continuidad al proceso de atención y controlar sus factores de riesgo, según lo previsto.^(25,26) Lo que resulta contradictorio a lo encontrado en el estudio donde existen personas que no asisten al consultorio, o de asistir no se les mide la presión arterial, lo que limita el diagnóstico de la enfermedad y las posibles complicaciones que pudiesen surgir. *Gabert* y otros señalan algo similar,⁽²⁾ donde, a su vez, refieren escasos recursos para realizar un diagnóstico adecuado.

El seguimiento del enfermo crónico por su médico de familia debe estar sustentado no solo en alcanzar su control, sino en disminuir los factores de riesgo, como el riesgo cardiovascular (RC), que debe ser evaluado en la consulta habitual o especializada según grado de afección del paciente.⁽²⁶⁾ Este debe programarse teniendo en cuenta la dispensarización y necesidades de los pacientes. Debe rescatarse el horario de deslizante para que cumpla con el objetivo para el cual fue creado “prestar atención a las personas que trabajan”⁽²⁵⁾. En ocasiones, esta actividad no se cumple, ni los procedimientos establecidos, como se observó en este estudio y en otras investigaciones nacionales,^(20,27) donde los más afectados son las personas en edad laboral, “que no asisten a sus citas correspondientes” a lo que se le añade la inestabilidad del personal médico en los consultorios, escasez y mala calidad de los recursos que se necesitan para realizar estas actividades.

Otras causas que dieron origen a estas deficiencias son la mala dispensarización, problemas organizacionales, incumplimiento del programa y falta de autorresponsabilidad por parte de los hipertensos. Es de destacar que la estabilidad del médico da seguridad y permite una utilización más adecuada.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico es uno de los elementos imprescindible para que un hipertenso mantenga sus cifras dentro de parámetros aceptables. La primera medida a indicar es la modificación del estilo de vida. Según expertos, existe

correspondencia entre los años de evolución de la enfermedad y la lesión en órganos diana, lo cual presupone la utilización de tratamiento farmacológico.⁽²³⁾ Una vez iniciado este, se debe evaluar en intervalos de dos a cuatro semanas para valorar los efectos del tratamiento y posibles eventos secundarios.⁽²⁸⁾

Los medicamentos más utilizados en los hipertensos investigados fueron enalapril, captopril, clortalidona, amlodipino, atenolol e hidroclorotiazida, lo que coincide con los medicamentos habituales que consume nuestra población.⁽²⁹⁾ Estudios recientes no concluyen que la combinación de fármacos antihipertensivos brinde mayor eficacia y seguridad que la monoterapia para alcanzar las cifras deseadas, reducir eventos vasculares y daño a órganos dianas.⁽²⁸⁾ Aunque fueron pocos los hipertensos estudiados sin indicación de tratamiento farmacológico, cerca del 4,5 % refirió no tomarlos, las causas fueron: “no quiero, no me gusta y al sentirme bien dejo de tomarlo”.

Otros autores^(2,5) plantean las opciones de disponibilidad y accesibilidad a medicamentos adecuados como una barrera importante para el manejo de la hipertensión, lo que no sucedió en el momento del estudio. Las cifras de hipertensos no adheridos al tratamiento farmacológico a nivel mundial es de alrededor del 40 %, y entre el 60 % y el 90 % los que no cumplen con las medidas higiénicas y dietéticas.^(29,30) Según el Test de Morisky-Greenen en este estudio la adherencia fue buena (75,9 %) si la comparamos con lo que se recoge en la literatura.^(16,29,30)

Algunos autores señalan que a medida que este padecimiento se prolonga en el tiempo, la persona se hace más consciente del riesgo que acarrea, lo que trae consigo una implicación emocional y por tanto pasa a formar parte de su más alta jerarquía.^(13,31) El control de la presión arterial en el mundo es bajo, no supera el 40 % de los hipertensos tratados;^(15,29) pero los resultados alcanzados en este estudio son aceptables a diferencia de lo obtenido en otras investigaciones nacionales.^(15,16,29) Los principales factores que conllevan a esta brecha son la no búsqueda de atención médica, pérdida en la continuidad del seguimiento, no medición de la presión arterial cuando acuden a un centro de salud y no adherencia al tratamiento.

Esto es un aspecto difícil de lograr pues en él influyen numerosos factores, desde la aceptabilidad de la enfermedad por parte del enfermo, la coexistencia de comorbilidades, la organización de los servicios de salud, el grado de accesibilidad a estos, disponibilidad de medicamentos y el entorno familiar.^(30,31,32) Para mejorar la adherencia al tratamiento y

lograr el control del enfermo hay que crear conciencia, mejorar los conocimientos e inducir cambios en los comportamientos individuales y sociales, lo que se traduce en consumo de alimentos sanos, incorporación de la actividad física, seguimiento adecuado de la enfermedad y cumplimiento del tratamiento. Esto contribuye a la prevención de complicaciones. Una comunicación sostenida y bien focalizada permitirá informarse mejor y elegir las opciones saludables.

La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento y a veces asume una parte de la responsabilidad en este proceso. El control del paciente hipertenso es importante para reducir el riesgo cardiovascular global, para ello es elemental provocar un cambio en el paciente y modificar sus factores de riesgo, enseñarlo a conocer su enfermedad y seguir las indicaciones médicas para evitar o atenuar las complicaciones.

Los resultados obtenidos evidencian que se hace necesaria una mejora sustancial en el acceso, seguimiento y control del paciente hipertenso, dada las dificultades encontradas con el cumplimiento del programa de control de hipertensión arterial, fundamentalmente en los procesos de dispensarización, organización y funcionamiento de los servicios, lo que origina brechas importantes en su atención integral. Los comportamientos individuales y sociales juegan un papel importante en el desarrollo de estas brechas, ya que los principales afectados son los hombres, jóvenes, trabajadores, que al no sentir necesidad de atención descuidan el control de su enfermedad, por lo que son propensos a complicaciones evitables o no son diagnosticados.

Se deben diseñar estrategias educativas tanto para los usuarios como para los prestadores para incrementar sus conocimientos y cambios de comportamiento. Además de informar debidamente a las personas con elementos convincentes, que les permita conocer y enfrentar debidamente su enfermedad. Por otra parte, se precisa redefinir propuestas estratégicas y líneas de acción que brinden respuestas coherentes, efectivas y de largo plazo que permitan alcanzar el éxito. Esta línea base será esencial para evaluar futuras intervenciones que serán realizadas en esa comunidad.

Se concluye que las brechas relacionadas con el acceso a los servicios de salud, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de los hipertensos, cuyo elemento común es la no búsqueda de atención, repercute en la calidad de la atención.

Referencias bibliográficas

1. GBD 2015. Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-1724. DOI: [10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
2. Gabert R, Ng M, Sogarwal R, Bryant M, Deepu RV, McNellan C.R, *et al*. Identifying gaps in the continuum of care for hypertension and diabetes in two Indian communities. *BMC Health Services Research*. 2017 [acceso 18/07/2019];17:846-57 Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2796-9>
3. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2017. La Habana: Minsap; 2018 [acceso 18/06/2019] Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal 2014-2019. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional; del 29 septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington D. C.: OPS; 2014. [acceso 15/05/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
5. Owolabi M, Olowoyo P, Miranda JJ, Akinyemi R, Feng W, Yaria J, *et al*. Gaps in Hypertension Guidelines in Low- and Middle-Income Versus High-Income Countries A Systematic Review. *Hypertension*. 2016 [acceso 15/12/2019];68:1328-37. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org>
6. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973. [acceso 23/05/2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071786/pdf/hsresearch00558-0085.pdf>
7. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974 [acceso 23/05/2019];9(3):208-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
8. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Chapter Two. Improving access to care in America: Individual and contextual factor. p 33- 69. In: Kominski GF (Ed) *Changing the*

- U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 4th edition. San Francisco, CA: Jossey- Bass; 2014.
9. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978. [acceso 23/05/2019];56(2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf>
10. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Rev. Cubana de Salud Pública. 2017 [acceso 14/04/2019];43(2):272-86. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/761/926>
11. TRUE Consortium. Recommended standards for assessing blood pressure in human research where blood pressure or hypertension is a major focus. Clin Hypertens. 2016;1-6. DOI: [10.1111/jch.12948](https://doi.org/10.1111/jch.12948)
12. Chow CK, Teo K, Rangarajan K, Islam I, Gupta R, Avezum A, *et al.* Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-,Middle-, and Low-Income Countries. JAMA. 2013 [acceso 14/04/2019];310(9):959-68. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1734702>
13. Patel P, Orduñez P, Di Pette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, *et al.* Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev Panam Salud Pública. 2017 [acceso 26/05/2019];41:1284-94. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
14. Martell Claros N, Galgo Nafría A, Abad Cardiel M, Álvarez-Álvarez B, García Donaire JA, Márquez Contreras E, *et al.* Valoración desde la Atención Primaria del manejo del hipertenso en atención especializada (estudio DERIVA-DOS). Aten Primaria. 2018. [acceso 15/05/2018];50(7):406-13. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716304231>
15. Bonet M, Varona P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2014.
16. Rodríguez-Salvá A, Piña-Alonso A, Díaz-Piñera A, García-Roche R, Balcindes-Acosta S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana.

Rev. Finlay. 2019 [acceso 19/05/2020];9(4). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>

17. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016 [acceso 16/06/2019];133(4):447-54 Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.000000000000366>

18. Bloch MJ. Recent data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrates no improvement in U.S. blood pressure control rates. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2018;12(1):3-4. DOI: [10.1016/j.jash.2017.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jash.2017.11.003).

19. Cuende JI. La edad vascular frente al riesgo cardiovascular: aclarando conceptos. *Rev Esp Cardiol*. 2016 [acceso 18/06/2019];69(3):243-46. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/la-edad-vascular-frente-al/articulo/90449137/>

20. Rodríguez A, Díaz A, Balcindes S, García R, Vos P, Stuyft PV. Morbidity, utilization of curative care and service entry point preferences in metropolitan Centro Habana, Cuba. *Cad Saude Publica*. 2016;32(10):e00108914. DOI: [10.1590/0102-311X00108914](https://doi.org/10.1590/0102-311X00108914)

21. Navarro Enrique F. El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres. [Trabajo de fin de grado]. [Islas Baleares]: Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Islas Baleares; 2017. [acceso 16/06/2018]. Disponible en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4225/Navarro_Enrique_Fatima.pdf?sequence=1

22. Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. *Rev. Colomb de Cardiología*. 2018 [acceso 16/06/2019];25(1):13-20. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563317302590>

23. Lopera-Medina MM. Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia. *Rev. Gerenc Polít Salud*. 2017 [acceso 18/06/2019]; 16(32):120-137. DOI: [10.11144/Javeriana.rgps16-32.usse](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.usse)

24. González Ybarzabal JE, Chirino Ramadán DM. Hipertensión arterial: el diagnóstico del daño en órganos diana en etapa subclínica. *Gac Méd Espirit*. 2014 [acceso 18/06/2019];16(1):5-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v16n1/gme02114.pdf>

25. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. [acceso 07/08/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-medico-y-enfermera-2011-vigente.pdf>.
26. Pérez Caballero MD, León Álvarez JL, Dueñas Herrera A, Alfonzo Guerra JP, Navarro Despaigne DA, de la Noval García R, *et al.* Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina. 2017 [acceso 07/08/2019];56(4):242-321 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
27. Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, Balcindes-Acosta S, García-Roche R, Álvarez-Mesa N. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. Rev. Finlay. 2018 [acceso 03/06/2019];8(2):122-39. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/592>
28. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Elizondo JJ, Gaminde I, Ariz MJ, Erviti J. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD010316. DOI: [10.1002/14651858.CD010316.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010316.pub2)
29. Londoño Agudelo A, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, García Roche R, De Vos P, Battaglioli T and Van der Stuyft P. Assessment of hypertension management and control: a registry-based observational study in two municipalities in Cuba. BMC Cardiovascular Disorders. 2019;19:29 DOI: [10.1186/s12872-019-1006-6](https://doi.org/10.1186/s12872-019-1006-6)
30. Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, Corugedo Rodríguez MC, Vento Iznaga F, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública. 2015 [acceso 10/09/2019];41(1):33-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
31. Pomares Avalos A, Vázquez Núñez M, Ruíz Domínguez E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Finlay. 2017 [acceso 10/09/2019];7(2):81-8. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476/1574>
32. Luna-Breceda U, Haro-Vázquez SR, Uriostegui-Espíritu LC, Barajas-Gómez TJ, Rosas-Navarro DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. Aten Fam. 2017 [acceso 22/10/2019];24(3):116-120. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300408>

Anexo - Formulario de brechas

Municipio Guanabacoa, Policlínico “Julio Antonio Mella”

Fecha

____/____/____

dd mm aaaa

Encuesta No. _____

ID encuestador: _____

ID supervisor: _____

Dirección: _____ CMF: _____

Sección 1: Aspectos sociodemográficos generales

Edad	Sexo	Estado civil	Composición hogar								Etnia	Escolaridad		Ocupación
¿Cuál es su fecha de Nacimiento?	Femenino (1) Masculino (2)	Cuál es su estado civil o conyugal actual: Casado(1) Separado.....(2) Divorciado ... (3) Viudo(a)(4) Unión libre.... (5) Soltero(a).....(6)	Con quién vive usted (tome en cuenta las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar) Vive solo..... (1) Cónyuge o conviviente.....(2) Hijos o hijas..... (3) Yerno o nuera.....(4) Padres o suegros..... (5) Nieto o Nieta.....(6) Otro pariente.....(7) Otro no pariente.....(8) (marque todas las que mencione)								Como se identifica según su cultura y costumbres: Color de la piel Negro.....(1) Mestizo(a)....(2) Blanco(a)....(3)	¿Cuál es o fue el último nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó? Ninguno.....(1) Primaria.....(2) Secundaria.....(3) Media superior (4) Superior.....(5)	¿A qué se dedica usted? Ninguna o desempleado...(1) Estudiante.....(2) Trabajador con remuneración fija o empleado..... (3) Trabajador independiente (4) Trabajador eventual o informal..... (5) Ama de casa..... (6) Jubilado/retirado(7)	
dd/mm/aaaa			1	2	3	4	5	6	7	8		Nivel	Grado	
No	1	2	3	4				5	6a	6b	7			
01														
02														
03														
04														
05														

Sección 2: Uso de servicios de salud								
Motivo de visita	Visita al establecimiento de salud							
La última vez que acudió a un establecimiento de salud ¿cuál fue el motivo principal por el que acudió?	¿Cuál fue el motivo principal por el que eligió ir a ese establecimiento de salud? Es el que le asignaron.....(1) Esta cerca.....(2) Buena calidad.....(3) Sugerido por otras personas/profesional/tiene conocidos.....(4) No hay otro establecimiento.....(5) Otro ¿Cuál?.....(6)	¿Cuánto tiempo le tomó a usted llegar al establecimiento de salud desde su casa?	¿Qué tipo de transporte utiliza habitualmente para acudir al establecimiento de salud desde su casa? A pie.....(1) Carro particular/taxi.....(2) Transporte público.....(3) Bicicleta.....(4) Motocicleta.....(5)	Una vez que llegó al establecimiento de salud ¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran? No le atendieron..... 99 <i>Pasar a la siguiente</i>	¿Porque motivo no le atendieron en el establecimiento de salud? El establecimiento de salud estaba cerrado.....(1) No había médicos o personal para atender.....(2) No logró obtener una cita o turno de atención.....(3) Tenía que esperar mucho tiempo y se fue.....(4) No tenía una ordeno autorización para la atención.....(5) Otra ¿Cuál?.....(6)			
12	13	14		15	16			17
		Horas	Minutos		Si respondió pase a la pregunta 18			
					Días	Horas	Min	
No.								
01								
02								
03								
04								
05								

Sección 2: uso de servicios de salud											Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión					
Visita al establecimiento											Atención en casa	Tabaco	Consumo de alcohol	Actividad física		
Cuando usted llegó al establecimiento de salud. ¿Quién le atendió? Médico..... (1) Méd. especialista. (2) Dentista..... (3) Enfermera..... (4) Otro ¿Cuál?..... (5) No sabe.....(99)	Usted, ¿Qué atención o servicios de salud recibió en el establecimiento de salud? Urgencia/Emergencia.....(1) Consulta Externa.....(2) Consulta de Especialidades.....(3) Medicina integral/general.....(4) Laboratorio clínico.....(5) Imagenología.....(6) Rehabilitación.....(7) Entrega de Medicamentos.....(8) Curaciones.....(9) Hospitalización.....(10) Otra ¿Cuál?.....(11) (marque con una X todas las que mencione)										¿Le midieron la presión arterial en el establecimiento de salud? Si.....(1) No.....(2)	¿Cómo usted calificaría la atención recibida en el establecimiento de salud? Muy mala... (1) Mala.....(2) Regular.....(3) Buena.....(4) Muy buena... (5)	¿Quién le atendió a usted la ÚLTIMA VEZ, por su necesidad de atención o control médico en la casa: Médico.....(1) Especialista.....(2) Enfermera.....(3) Farmacéutico.....(4) Curandero/Partera/Sobador.....(5) Otro ¿Cuál?.....(6) Es solo para el que respondió 3 en la pregunta 10	¿Usted actualmente fuma (incluye: cigarrillos, pipas, puros) Si.....(1) No.....(2)	¿Con qué frecuencia usted consume alcohol? No consume... (1) Anual.....(2) Mensual.....(3) Semanal... (4) Diario.....(5)	Usted realiza actividad física como: caminatas, trote o deportes en general No.....(1) Diario... (2) 1 vez a la semana... (3) 2 - 3 veces por semana... (4) Más de 3 veces por semana... (5)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1				#	
18	19										20	21	22	23	24	25
No.																
01																
02																
03																
04																
05																

Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión																																					
Antecedentes patológicos								Medición de la presión							Diagnóstico de hipertensión					Control de la presión arterial																	
Algún médico o profesional de la salud a usted le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: (marque con una X todas las que mencione) No me han diagnosticado nada.....(1) Diabetes/Azúcar alta en la sangre..... (2) Colesterol alto.....(3) Cáncer.....(4) Depresión.....(5) Ansiedad.....(6) Enfermedades pulmonares (Asma/EPOC).....(7) Otro ¿Cuál?.....(8)								¿Alguna vez le han medido la presión arterial? (marque con una X todas las que mencione) No.....(1) Sí. En un establecimiento de salud.....(2) Sí. En una farmacia o botica.....(3) Sí. En una campaña de salud.....(4) Sí. En el trabajo.....(5) Sí. Un familiar.....(6) Sí. En otro lugar (especifique).....(7) Pase a la pregunta 29							¿Cuándo fue la última vez que le midieron la presión? En el último mes.....(1) En el último año.....(2) De 1 a 4 años.....(3) Hace 5 o más años.....(4)					¿Algún médico o trabajador de salud le ha diagnosticado de Hipertensión o presión alta? Sí.....(1) No.....(2) Pase a la pregunta 42					¿Hace que tiempo le diagnosticaron de Hipertensión opresión Alta? Años Meses ¿Durante el último año ha tenido al menos una consulta médica de seguimiento o control por su hipertensión o presión alta? Sí.....(1) No.....(2) Pase a la pregunta 33												
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7																						
	26							27							28					29						30						31					
No.																																					
01																																					
02																																					
03																																					
04																																					
05																																					

Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión																	
Falta de seguimiento		Control de la presión arterial						Tratamiento para la presión arterial									
¿Cuál es la razón principal por la que no ha tenido consulta médica de control? No lo citaron para consulta médica...(1) Fue, y no lo atendieron.....(2) Desconfianza en servicios de salud...(3) No tenía tiempo para acudir o el horario del establecimiento no le permitió acudir.....(4) No pudo dejar la casa o a los niños...(5) No pudo dejar de trabajar.....(6) El centro de atención le queda lejos....(7) Le daba miedo que el personal de salud le regañe..... (8) Pensó que no lo iban a atender.....(9) No le dieron permiso.....(10) El centro está ubicado en un lugar inseguro.....(11) Otra ¿Cuál?.....(12)		La última consulta médica fue: Programada (le dieron cita).....(1) Acudió por iniciativa propia.....(2)	¿En qué lugar recibió la consulta médica para el control de su Hipertensión? Hospital MSP.....(1) Policlínico.....(2) Hospital Naval/militar.....(3) Consultorio Médico.....(4) Otra ¿Cuál?.....(5)	En su ÚLTIMA consulta médica. ¿Quién le atendió para supresión alta? Médico general/familiar...(1) Médico especialista.....(2) Enfermera.....(3) Otro ¿Cuál?.....(4) (marque todas las que mencione)	¿Considera que su última consulta médica le permitió resolver o mejorar sus principales problemas de Salud? Totalmente.....(1) Parcialmente.....(2) De ninguna manera.....(3)	¿Actualmente qué le ha dicho su médico que haga para la Hipertensión? (marque con una X todas las que mencione) Dieta baja en sal.....(1) Dieta baja en grasa.....(2) Realizar actividad física....(3) Tomar pastillas.....(4) No fumar.....(5) Limitar el consumo de Bebidas alcohólicas.....(6) Control de peso.....(7) No le ha dado ninguna indicación.....(8) Otra recomendación ¿Cuál?.....(9)											
Pase a la pregunta 36				1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8	9
No.	32	33	34	35a				35b	36								
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	

Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión

Fármacos utilizados para la hipertensión

¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión alta?

No toma pastillas.....98 } → Pregunta 40
 Medicamentos o bebidas naturales.....99 }

INDICACIONES:

(pida y verifique el nombre del fármaco) Siga registrando hasta 6

Pastilla No. 1					Pastilla No. 2					Pastilla No. 3				
Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?		Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?		Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?	
			Años	Meses				Años	Meses				Años	Meses
No	37													
01														
02														
03														
04														
05														



Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión																			
Fármacos utilizados para la hipertensión																			
¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión alta? Indicaciones: (pida y verifique el nombre del fármaco)											¿Cuánto tiempo considera que va a tener que tomar las pastillas para la presión alta? Menos de 6 meses (1) De 6 meses a 1 año..... (2) De 1 a 5 años.....(3) Más de 5 años(4) De por vida..... (5)								
Pastilla No. 4				Pastilla No. 5				Pastilla No. 6											
Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?		Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?		Nombre	# pastillas	Miligramos	¿Desde Cuándo?						
			Años	Meses				Años	Meses				Años	Meses					
No															37				38
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión										
Módulo de adherencia					Falta de tratamiento	Alternativos	Toma de presión			
Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre los medicamentos que usted toma para la presión alta:										
¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión alta? Si.....(1) No.....(2)	¿Es descuidado con la hora en que debe tomarla medicación? Si.....(1) No.....(2)	Cuando se siente bien, ¿Deja de tomar la medicación? Si.....(1) No.....(2)	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja de tomarla? Si.....(1) No.....(2)	Total respuestas positivas	¿Cuál es el motivo principal por el que usted no toma pastillas para la presión alta? No quiere/no le gusta..... (1) No le han recetado.. (2) No tiene dinero para las pastillas. (3) No está disponible en farmacias.. (4) No le han entregado las pastillas..... (5) No entiende las indicaciones del Médico..... (6) Tiene desconfianza del médico..... (7) La farmacia le queda muy lejos..... (8) Otro, ¿cuál?(9)	¿Ha acudido a algún prestador alternativo para el tratamiento de su hipertensión? No...(1) Médicos o profesionales de salud alternativos(incluye homeopatía, acupuntura, otros)....(2) Curandero, santero, babalac... (3)	Se deben realizar 3 mediciones de la presión. Para medir la presión, el participante debe estar sentado sin cruzar las piernas por 10 minutos. Para la segunda y tercera medición el participante debe descansar mínimo 5 minutos. Mida la presión en el brazo izquierdo y registre.			
				Total			Toma 1	Toma 2	Toma 3	
No.	39a	39b	39c	39d	39e	40	41	42		
01										
02										
03										
04										
05										

Sección 3: diagnóstico y manejo de hipertensión									
Módulo de adherencia					Falta de tratamiento	Alternativos	Toma de presión		
Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre los medicamentos que usted toma para la presión alta:							Toma 1	Toma 2	Toma 3
¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión alta? Sí.....(1) No.....(2)	¿Es descuidado con la hora en que debe tomarla medicación? Sí.....(1) No.....(2)	Cuando se siente bien, ¿Deja de tomar la medicación? Sí.....(1) No.....(2)	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja de tomarla? Sí.....(1) No.....(2)	Total respuestas positivas	¿Cuál es el motivo principal por el que usted no toma pastillas para la presión alta? No quiere/no le gusta..... (1) No le han recetado. (2) No tiene dinero para las pastillas. (3) No está disponible en farmacias.. (4) No le han entregado las pastillas..... (5) No entiende las indicaciones del Médico..... (6) Tiene desconfianza del médico..... (7) La farmacia le queda muy lejos..... (8) Otro, ¿cuál?(9)	¿Ha acudido a algún prestador alternativo para el tratamiento de su hipertensión? No... (1) Médicos o profesionales de salud alternativos(incluye homeopatía, acupuntura, otros)...(2) Curandero, santero, babalao...(3)	Se deben realizar 3 mediciones de la presión. Para medir la presión, el participante debe estar sentado sin cruzar las piernas por 10 minutos. Para la segunda y tercera medición el participante debe descansar mínimo 5 minutos. Mida la presión en el brazo izquierdo y registre.		
				Total					

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores

Addys Díaz Piñera: conceptualización; investigación; adquisición de fondos; metodología; administración del proyecto; recursos; supervisión; validación; visualización; redacción – borrador original

Armando Rodríguez Salvá: conceptualización; adquisición de fondos; investigación; metodología; administración del proyecto; recursos; supervisión; validación; visualización; Redacción – borrador original

Geominia Maldonado Cantillo: curación de datos; análisis formal; metodología; validación.

Lisbeth Fernández González: curación de datos; análisis formal; validación.

Milenia León Sánchez: visualización; redacción – borrador original

Nelsy Álvarez Mesa: redacción – borrador original.

Financiación

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.