Descargado el: 12-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Caracterización del proceso de atención de personas hipertensas en un policlínico de La Habana Vieja

Characterization of the Care Process for Hypertensive People in a Polyclinic in Old Havana

Addys Díaz Piñera[1] Yamila Soler Carbonell[2] Nelsy Álvarez Mesa[2] Armando Rodríguez Salvá[1]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Joaquín Albarrán, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Díaz-Piñera A, Soler-Carbonell Y, Álvarez-Mesa N, Rodríguez-Salvá A. Caracterización del proceso de atención de personas hipertensas en un policlínico de La Habana Vieja. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 12]; 13(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1248

Resumen

Fundamento: la hipertensión arterial es la más común de todas las afecciones a nivel internacional y uno de los principales factores de riesgo que contribuye a la mortalidad prematura.
Objetivo: describir el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial y de algunos elementos del proceso de atención en el Policlínico Universitario Ángel Arturo Aballí, del municipio Habana Vieja, en el período de septiembre de 2019 a mayo de 2020.
Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal en 159 personas de 18 años y más dispensarizadas como hipertensas, a los que se les aplicó un cuestionario donde se exploraron aspectos sociodemográficos, antecedentes personales y otros relacionados con el proceso de atención. Se realizaron tres mediciones de la presión arterial en momentos diferentes. Los resultados se expresaron en frecuencia absoluta y relativa.
Resultados: el 62,3 % de las personas hipertensas eran mayores de 60 años, el 61,6 % del sexo femenino. Las comorbilidades más frecuentes fueron: la diabetes mellitus con un 21,4 % y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma en un 9,4 %. El 54,7 % de estas personas no sintieron necesidad de atención en el último año y solo el 45,3 % fue visto en consulta de seguimiento. El 81,8 % llevaba más de un año sin medirse la presión arterial, el 89,3 % tenía tratamiento medicamentoso indicado, el 86,2 % estaban controlados y el 74,6 % adheridos al tratamiento.
Conclusiones: la atención que recibieron estas personas no fue adecuada; hubo dificultades con la dispensarización, el cumplimiento del programa, además de una baja percepción de riesgo en estas personas.

Palabras clave: hipertensión arterial, factores de riesgo, mortalidad prematura, prevención de enfermedades, atención primaria de salud

Abstract

Foundation: arterial hypertension is the most common of all conditions internationally and one of the main risk factors that contributes to premature mortality.
Objective: to describe the epidemiological behavior of arterial hypertension and some elements of the care process at the Ángel Arturo Aballi Polyclinic, in the Old Havana municipality, from September 2019 to May 2020.
Method: a descriptive and cross-sectional study was carried out in 159 people aged 18 years and over classified as hypertensive, to whom a questionnaire was applied to explore sociodemographic aspects, personal history and others related to the care process. Three blood pressure measurements were made at different times. The results were expressed in absolute and relative frequency.
Results: 62.3 % of hypertensive people were older than 60 years, 61.6 % female. The most frequent comorbidities were: diabetes mellitus with 21.4 % and chronic obstructive pulmonary disease and asthma in 9.4 %. 54.7 % of these people did not feel the need for care in the last year and only 45.3 % were seen in a follow-up consultation. 81.8 % had not had their blood pressure measured for more than a year, 89.3 % had indicated drug treatment, 86.2 % were controlled and 74.6 % adhered to the treatment.
Conclusions: the attention that these people received was not adequate; there were difficulties with dispensing, compliance with the program, in addition to a low perception of risk in these people.

Key words: arterial hypertension, risk factors, premature mortality, disease prevention, primary health care

Recibido: 2023-03-27 11:20:27
Aprobado: 2023-07-16 18:54:51

Correspondencia: Addys Díaz Piñera. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. addysdiaz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en una importante carga para la Salud Pública en los últimos años, sobre todo, para los países en vías de desarrollo. El grupo conformado por estas cinco enfermedades: cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, contribuyen de manera importante a los altos costos sanitarios y sociales que generan morbilidad, discapacidades y muerte.[1]

Existe preocupación e interés a nivel mundial y regional para perfeccionar la respuesta a las ENT y avanzar hacia el logro de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con el propósito de reducir en un tercio la mortalidad prematura por estás enfermedades para el 2030.[2]

La hipertensión arterial (presión ≥ 140/90 mmHg) es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Es una condición muy frecuente y el principal factor de riesgo modificable de cuatro de las enfermedades relacionadas anteriormente. Aproximadamente el 8 % del gasto en atención médica de la región de las Américas se atribuye a la hipertensión. Más de una cuarta parte de sus mujeres y cuatro de cada diez hombres (de 30 a 79 años de edad) padecen hipertensión. Las tasas de detección, tratamiento y control de este padecimiento son deficientes; con una gran variabilidad entre los distintos países y en grupos poblacionales dentro de un mismo país, incluso, en sus efectos sobre las discapacidades cardiovasculares y en la mortalidad.[3]

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.[3] Existen evidencias de brechas significativas en el tratamiento de la hipertensión en esta región, donde solo el 40,9 % de las mujeres y el 32,3 % de los hombres con hipertensión tienen un control adecuado.[2] También se reporta que la adherencia farmacológica disminuye significativamente durante los primeros 6 meses posteriores a la prescripción. Hasta un 50 % de los pacientes abandonan el tratamiento durante este lapso, por lo que estos meses representan un período crítico y decisivo para implementar acciones de sostén.[4]

Si bien la hipertensión arterial no es curable, se puede prevenir y es posible tratar de mantener sus cifras por debajo de los niveles óptimos (140/90 mmHg). El adecuado control requiere de una medida costo-beneficio para evitar complicaciones y la mortalidad a edades tempranas. Si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, donde se incluyan aquellas personas sin tratamiento, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo, debidas a eventos cardiovasculares.[5]

La calidad de la atención es un proceso complejo que tiene como objetivo ofrecer beneficios con un riesgo menor y a un costo razonable, a su vez tiene que ser oportuna, conforme a los principios éticos, conocimientos médicos y tiene que satisfacer las necesidades de usuarios, proveedores y de la institución.[5]

Para mejorar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) será necesario, estandarizar las directrices de tratamiento de la hipertensión (HTA), promover el cambio de comportamiento, capacitar a los prestadores de atención de salud y asegurarse de que los medicamentos y métodos de diagnóstico esenciales estén disponibles.[2]

Con el propósito de responder a estos desafíos, se pone en práctica desde hace unos años la iniciativa HEARTS en las Américas, que es el modelo institucionalizado de manejo del riesgo cardiovascular, con especial énfasis en el control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria en la Atención Primaria de Salud en las Américas, liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los ministerios de salud de los diferentes países y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros socios, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos y el *Resolve to Save Lives*, para la prevención y el control de las ECV y la hipertensión en la región.[2,3]

Este proyecto adopta un enfoque de fortalecimiento de los sistemas de salud que promueve el tratamiento estandarizado de la hipertensión arterial por medio de intervenciones basadas en la evidencia, como el uso de protocolos normalizados de tratamiento y de un conjunto básico de medicamentos, junto con mecanismos óptimos de compra, para aumentar su disponibilidad y asequibilidad, el uso de registros clínicos para el seguimiento y la evaluación de cohortes de pacientes, el

empoderamiento de estos pacientes, el trabajo en equipo y la participación de la comunidad.[2,3]

Los avances sociales, económicos y sanitarios de Cuba a partir de la década de 1960 contribuyeron al desarrollo de un Sistema de Salud Pública que garantiza la cobertura universal y el acceso efectivo a los servicios sanitarios. Estos hechos derivaron en una ostensible disminución de las enfermedades transmisibles, con un predominio de las ENT y como consecuencia, un gradual y acelerado envejecimiento de la población, con un nuevo perfil de enfermedades y mortalidad que se asemeja al de los países desarrollados.[1]

En Cuba las ENT representan más del 75 % de las muertes y son la principal causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Existen alrededor de 2,6 millones de hipertensos mayores de 15 años. La Habana se encuentra entre las provincias de mayor prevalencia. Durante el 2019 se reportó en esta provincia una prevalencia de HTA de 268,5 x 10^3 habitantes y fallecieron 6 424 personas por enfermedades del corazón, 2 089 por enfermedades cerebrovasculares, dos de las complicaciones más frecuentes por una hipertensión mal controlada. En ese mismo año en todo el país fallecieron 5 081 personas a consecuencia de enfermedades hipertensivas.[6]

Estudios realizados en el país han detectado algunas brechas en el proceso de atención de pacientes hipertensos, como son las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, con énfasis en componentes de tipo organizativo, de funcionamiento y de disponibilidad de recursos, que repercuten en el proceso de atención y calidad de vida de estos pacientes, así como en su tratamiento y control.[5,7,8]

En el año 2018 el Policlínico Universitario Ángel Arturo Aballí reportó como primera causa de muerte las enfermedades del corazón con una tasa de 218,71 x 10^5 habitantes, por lo que ocupó el cuarto lugar entre las enfermedades cerebrovasculares con 118,1 x 10^5 la más alta del municipio. La prevalencia de hipertensión arterial se incrementó ese año a 25,4 x 10^3, superior a la tasa municipal y al año anterior.

Estos argumentos motivaron realizar esta investigación, con el propósito de: describir el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial y de algunos elementos del proceso de atención en el Policlínico Ángel Arturo Aballi, del municipio Habana Vieja, en el período de septiembre de 2019 a mayo de 2020.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Policlínico Universitario Ángel Arturo Aballí perteneciente al municipio Habana Vieja, de la provincia La Habana, durante el período comprendido entre septiembre de 2019 y mayo de 2020.

El universo estuvo constituido por las 7 716 personas dispensarizadas como hipertensas. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación de proporciones en una población infinita con un nivel de significancia del 95 %, una precisión del 10 % y un efecto de diseño de 1,0. Para la estimación de la prevalencia de personas hipertensas controladas se tuvieron en cuenta los resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles, que es de un 49,2 %.[9]

Del total de la población hipertensa de 18 años y más, se seleccionó una muestra aleatoria y equiprobabilística. Se utilizó para ello un muestreo por conglomerados bietápico, los consultorios del médico de la familia constituyeron los conglomerados o unidades de primera etapa (UPE), de los 23 consultorios del policlínico se escogieron 10, con probabilidades de selección proporcional al tamaño de su población dispensarizada como hipertensa.

En estos consultorios por medio de las historias de salud familiar se realizó un listado nominal de todas las personas hipertensas mayores de 18 años, donde se tomaron datos como: dirección, fecha de nacimiento, grupo dispensarial, antecedentes personales de enfermedades y factores de riesgo, para finalmente seleccionar de forma aleatoria 19 personas en cada uno de ellos que formaran las unidades de segunda etapa (USE) y en definitiva las unidades de análisis.

El tamaño muestral calculado fue de 190 personas hipertensas con una posible caída de la muestra del 10 %, finalmente fueron encuestadas 159 personas. Para la selección se utilizó el paquete de programas EPIDAT.

Se incluyó a cada persona adulta de 18 años o más dispensarizada como hipertensa que comprendiera y diera su consentimiento para

participar en el estudio, que perteneciera a los consultorios seleccionados y que viviera en sus direcciones en el momento de la visita y que fueran capaces de responder al cuestionario previo consentimiento.

Se excluyeron 31 personas, 6 por discapacidades mentales (demencia u otra discapacidad mental), 2 por dificultades en la comunicación (secuelas de accidentes cerebrovasculares), 16 por encontrarse fuera de provincia, del país o se mudaron y 7 que no desearon participar en el estudio.

A las 159 personas estudiadas, se les aplicó un cuestionario conformado por preguntas abiertas y cerradas. Este instrumento fue utilizado previamente en un estudio realizado en un área de salud del municipio Centro Habana. El cuestionario indagaba sobre aspectos sociodemográficos generales, uso y acceso a servicios de salud, diagnóstico, seguimiento del paciente, tratamiento y control.

A las personas estudiadas, se le realizaron tres mediciones de la presión arterial (PA) al inicio de la entrevista, a la mitad y al finalizar, con un esfigmomanómetro digital modelo *Omron M6 Comfort IT* debidamente calibrado y certificado para su uso. Se tuvieron en consideración las recomendaciones de la guías nacionales e internacionales[10] para la medición de la PA. También se midió la adherencia al tratamiento farmacológico a través del Test de Morisky Green Levine.

Para la realización del estudio se solicitaron las autorizaciones de las unidades involucradas, así como del consentimiento informado de las personas que quisieron participar en él. Se respetó la autonomía de los participantes y los principios de no maleficencia. Toda la información recogida en los cuestionarios resultó absolutamente confidencial y solo fue utilizada con fines investigativos. Se respetó el anonimato de los participantes. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Institución.

RESULTADOS

La mayoría de los entrevistados eran mayores de 60 años (62,3 %), pertenecían al sexo femenino (61,6 %), vivían acompañados (91,2 %), tenían un nivel educacional medio superior (61,6 %), de color de piel no blanca (58,5 %) y existió un predominio de los jubilados o retirados en un 40,9 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las personas hipertensas estudiadas

Variable	Clasificación	Pacientes con hipertensión arterial (n= 159)	
		No	%
Grupos de edad	< 60 años	60	37,7
	60 y más años	99	62,3
Sexo	Femenino	98	61,6
	Masculino	61	38,4
Color de la piel	No blanca	93	58,5
	Blanca	66	41,5
Composición del hogar	Vive acompañado(a)	145	91,2
	Vive solo(a)	14	8,8
Nivel de escolaridad	Baja	41	25,8
	Media	98	61,6
	Alta	20	12,6
Ocupación	Jubilado/retirado	65	40,9
	Trabajador estatal	52	32,7
	Trabajador por cuenta propia	20	12,6
	Ama de casa	17	10,7
	Desocupado	5	3,1

Con relación a los factores de riesgo y comorbilidades se apreció que el 44,0 % de las personas estudiadas presentaron además de la hipertensión arterial otra enfermedad asociada. Las más frecuentes fueron: la diabetes mellitus (21,4 %) seguida de enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC/asma (9,4 %), hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica con 7,5 % respectivamente. De los factores de riesgo, la inactividad física predominó sobre el hábito de fumar (87,4 % vs 61,0 %). El consumo inadecuado de alcohol no constituyó un riesgo importante para las personas estudiadas, pues solo 5 personas lo consumen de manera frecuente (diario). (Tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidades y factores de riesgo de las personas hipertensas estudiadas

Variable	Clasificación	Pacientes con hipertensión arterial (n= 159)	
		No	%
Consumo de tabaco	Sí	97	61,0
	No	62	39,0
	No consume alcohol	103	64,8
Consumo de alcohol	Anualmente	13	8,2
	Mensualmente	21	13,2
	Semanalmente	17	10,7
	Diariamente	5	3,1
Actividad física	No realiza actividad física	139	87,4
	Diario	8	5,0
	1 vez a la semana	12	7,5
Antecedentes patológicos personales	No padece otra enfermedad	89	56,0
	Diabetes mellitus	34	21,4
	EPOC/ EPOC	15	9,4
	Hipercolesterolemia	12	7,5
	Cardiopatía isquémica	12	7,5
	Artrosis	9	5,7
	Obesidad	8	5,0
	Depresión	2	1,3
	Insuficiencia renal	2	1,3

Al analizar las variables de acceso y utilización de los servicios de salud por las personas hipertensas se apreció que, a pesar de que más del 60 % de estas personas eran mayores de 60 años y alrededor del 45 % presentaron otras comorbilidades y factores de riesgo, solo el 45,3 % sintió necesidad de atención en el último año. De ellos el 88,9 % acudió fundamentalmente a la Atención Primaria (consultorio médico o policlínico) para resolver su problema de salud, refiriendo como principales motivos de consultas el realizarse un chequeo médico o ser una urgencia médica. También muestra el seguimiento que reciben estas personas, solo el 45,3 % fue visto en consulta en el último año. La principal causa de inasistencia fue la no citación a consulta (88,5 %). El 81,8 % de estas personas refirió que hacía un año o más no se les medía la PA. (Tabla 3).

Tabla 3. Acceso, utilización de servicios de salud y seguimiento de las personas hipertensas estudiadas

Variables	Categorías	Pacientes con hipertensión arterial (n= 159)	
		No	%
Necesidad de atención	Sí	72	45,3
	No	87	54,7
Acción para recibir atención médica (n = 72)	Visitó un hospital o centro de salud	64	88,9
	Obtuvo atención en la casa	7	9,7
	Tuvo que internarse en un hospital	1	1,4
Lugar donde acudió (n= 65)	CMF o policlínico	55	84,6
	Hospital	10	15,4
Motivo de visita (n= 65)	Para realizarse un chequeo	38	58,5
	Atención de urgencia	22	33,8
	Control o seguimiento	2	3,1
	Atenderse por primera vez	1	1,5
	Otro	2	3,1
Consulta de seguimiento médico en el último año (n= 159)	Sí	72	45,3
	No	87	54,7
Razón por la falta de seguimiento (n= 87)	No lo citaron	77	88,5
	No pudo dejar de trabajar	5	5,8
	No tenía tiempo	3	3,4
	Fue y no lo atendieron	2	2,3
Cuándo fue la última vez que le midieron la presión arterial (n= 159)	Un año o más	130	81,8
	Entre 7 y 11 meses	18	11,3
	Entre 2 y 6 meses	5	3,1
	En el último mes	6	3,8

Al indagar sobre las recomendaciones médicas para modificar los estilos de vida y lograr el control de la presión arterial, los entrevistados fueron educados mayormente en la importancia de la dieta hiposódica (74,2 %) y la realización de ejercicios físicos (56,0 %). No sucedió así con la indicación de no fumar (40,3 %), dieta baja en grasas poliinsaturadas (37,1 %), control del peso (22 %) y limitar el consumo de alcohol (9,4 %). El 89,3 % de las personas con hipertensión arterial tenían indicación de tratamiento farmacológico. Los medicamentos más usados fueron los fármacos inhibidores de la enzima angiotensina convertasa (IECA) (enalapril 57,7 %, captopril 30,8 %), seguidos de los diuréticos tiazídicos (83,4 %), los bloqueadores del canal del calcio (amlodipino 12,6 %) y la beta bloqueadores (atenolol 12,6 %). El 86,2 % de las personas estudiadas tiene la PA controlada y el 74,6 % de las que tienen indica indicaciones de tratamiento farmacológico estaban adheridas. (Tabla 4).

Tabla 4. Tratamiento, control y adherencia de las personas hipertensas estudiadas

Variables	Categorías	Pacientes con hipertensión arterial (n= 159)	
		No	%
Tratamiento no farmacológico (n=159)	Dieta baja en sal	118	74,2
	Realizar actividad física	89	56,0
	No fumar	64	40,3
	Dieta baja en grasa	59	37,1
	Control del peso	35	22,0
	Limitar el consumo de bebidas alcohólicas	15	9,4
Tratamiento farmacológico (n=159)	Toma pastillas	142	89,3
	No toma pastillas (solo dieta)	17	10,7
Medicamentos más usados (n= 142)	Hidroclorotiazida	117	83,4
	Enalapril	82	57,7
	Captopril	43	30,8
	Amlodipino	18	12,7
	Atenolol	18	12,6
	Espironolactona	6	4,2
	Furosemida	1	0,7
	Metildopa	1	0.7
Control de la presión arterial (n= 159)	Controlado	137	86,2
	No controlado	22	13,8
Adherencia farmacológica (n=142)	Sí	106	74,6
	No	36	25,4

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. Esto implica disponibilidad de recursos, servicios organizados y profesionales actualizados y con buen desempeño en el manejo de estas enfermedades.[2,3,11]

Es conocido que la prevalencia de la hipertensión aumenta con la edad, de manera que, a partir de los 55 años, de cinco a seis personas de cada 10, tienen cifras de presión arterial elevadas. Lo que puede atribuirse a cambios estructurales y funcionales que se desarrollan en el aparato vascular, en ellos la resistencia periférica se incrementa y la frecuencia cardíaca, el gasto cardiaco, el volumen de eyección y el flujo renal son menores. A estas edades, se producen en las mujeres cambios en los patrones hormonales que junto a otros factores de riesgo específicos y/o comorbilidades como la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, la enfermedad renal crónica y la obesidad, actúan como un disparador de los fenómenos arteriales, lo que eleva la presión arterial media (PAM) y se favorece la aparición de esta enfermedad y/o de sus complicaciones.[12] Estos resultados coinciden con los obtenidos en este estudio y en los de otras investigaciones,[13,14] donde además de estos grupos etáreos las mujeres son las predominantes, sin embargo, Rodríguez Salvá y cols. reportaron un mayor porcentaje en los menores de 60 años.[7,11,15]

Gómez y cols. reportan que la prevalencia de cardiopatía isquémica aumenta considerablemente con la edad avanzada, incrementándose más de 3 veces el número de casos, del mismo modo sucede con los accidentes vasculares isquémicos y

hemorrágicos, así como las muertes prematuras en ambos sexos.[16] El control de los factores de riesgo es un elemento imprescindible para la prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Estos interactúan entre sí, de forma tal que la suma de varios de ellos tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo global, de modo que los individuos con varios factores, tienen un riesgo mayor de padecer de ECV.[10]

En relación al color de la piel, la categoría piel no blanca obtuvo el mayor porciento (58,5 %), lo que coincide con lo obtenido por Rodríguez Salvá y cols. en un estudio en Centro Habana y por Castro Valderramos en Honduras[7,14] y contrario a lo encontrado por Díaz Piñera en Guanabacoa. [8]

Existe evidencia de que los individuos de color de piel negra sufren de complicaciones más graves, debutan en edades tempranas de la vida, tienen mayor susceptibilidad a la lesión en órganos diana, además tienen una mayor tendencia a la hipertensión arterial maligna con insuficiencia renal terminal. Por esa razón requieren de tratamiento potente y prematuro pues no responden de igual forma al uso de determinados tratamientos que otras poblaciones y se realizan recomendaciones específicas para su tratamiento.[9,17]

Casi la totalidad de las personas estudiadas manifestaron vivir con algún familiar (91,2 %), resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado por Rodríguez Salvá[7] y Díaz Piñera y cols.[8] Se ha comprobado que el apoyo social es un factor psicológico que media en la respuesta del sujeto ante la enfermedad, influye en la salud física y mental, disminuye las emociones negativas, potencia el bienestar subjetivo y constituye un factor protector ante los problemas negativos de adaptación psicosocial que se derivan de los padecimientos crónicos.[18]

El nivel de escolaridad que predominó en las personas hipertensas encuestadas fue el medio (secundaria básica, preuniversitario, técnico medio) esto coincide con resultados obtenidos en estudios nacionales[8] e internacionales[19,20] en los que los hipertensos con estudios medios completos constituyeron más del 50 %. Evidentemente, los resultados dependen del contexto social donde se realiza el estudio y el nivel de escolaridad promedio de la población.

En cuanto a la ocupación, la mayoría de las personas son jubilados/retirados (40,9 %), seguido por los trabajadores estatales y por cuenta propia. En un estudio realizado por Rodríguez Salvá y cols. predominaron los trabajadores estales (52,4 %) seguido de las amas de casa (15,0 %), mientras que Linaldi Gutiérrez reportó los mayores porcentajes en amas de casa (36,8 %) y trabajadores independientes (26,3 %) respectivamente.[7,15]

En el caso de los jubilados esto pudiera estar determinado más por la edad que por el hecho en sí de ser jubilado, aunque no se exploró la ocupación anterior de estos. Dichos resultados coinciden con lo reportado en la III ENFR por Bonet y cols.[9] En cuanto a los trabajadores, estos efectos pudieran estar relacionados con el estrés mantenido y el acceso a dietas no saludables.

La hipertensión arterial a menudo se relaciona con otros factores de riesgo, como el tabaquismo, la inactividad física, una alimentación inadecuada, dislipidemia, intolerancia a la glucosa y obesidad; factores de riesgo que intervienen en la génesis de las enfermedades cardiovasculares y de las complicaciones derivadas de un inadecuado manejo y control de estos factores de riesgo. La suma de varios de ellos tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo global, de modo que los individuos con varios factores, tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades cardiovasculares, que los que presentan un único factor. Además, el seguimiento y control de estos pacientes se torna más complejo por lo que se incrementa la necesidad de modificaciones importantes y urgentes en sus estilos de vida hacia otros lo más saludables posibles, según un estudio publicado por Regino Ruenes y cols. acerca de la hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión presentado en la Revista Colombiana de Cardiología.

La población en edad adulta y adulta mayor, en su mayoría son personas que tienen una vida sedentaria y consumen alimentos que incrementan el peso; estos factores favorecen la aparición de la hipertensión arterial.[12] El tabaquismo es otro de sus factores predisponentes, debido a que la nicotina aumenta la presión arterial en forma aguda y el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular, al promover la ateroesclerosis y aumentar los niveles de factores de la coagulación de la sangre como el fibrinógeno.[19]

Estas evidencias sustentan los hallazgos

encontrados en esta investigación, donde un elevado porcentaje de la muestra estudiada presenta inactividad física, diabetes mellitus, hipercolesterolemia y han sufrido de algún ataque isquémico, además de practicar el hábito de fumar. Resultados que coinciden con lo reportado en otras investigaciones nacionales[7,8] e internaciones.[15]

Al analizar el comportamiento de las variables de acceso, utilización de los servicios de salud y seguimiento se obtuvo que menos del 50 % de las personas entrevistadas sintieron necesidad de atención médica en el último año, lo que constituye una brecha importante que apunta hacia la no interiorización de la necesidad de atención por parte del paciente, así como de su seguimiento periódico y posterior control por los prestadores del servicio, a pesar de tratarse de un paciente crónico y en ocasiones pluripatológico. Lo que se contradice con lo establecido por el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y la guía cubana[10] y otras normativas establecidas para dar seguimiento a estos pacientes.[3]

Cuesta Mejías y cols. en un estudio titulado: La dispensarización de pacientes hipertensos en el Policlínico Rafael Echezarreta publicado en la Revista Cubana de Salud Pública en el año 2021 encontró que el 67,8 % de los hipertensos hacía más de un año que no era atendido por el equipo básico de salud y el 3,1 % nunca habían sido vistos por estos, mientras que Morejón Giraldoni en Cienfuegos reportó una brecha superior 70,2 %.[17]

Arrivillaga y cols. en su artículo: Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos, publicado en la Gaceta Sanitaria, definen que estas restricciones provienen del propio individuo, que consisten en una serie de factores de carácter interno, si se toman como referencia experiencias anteriores donde no fueron atendidos o le indicaron un tratamiento determinado y en la actualidad puede que no haya sido cambiado o que se haya minimizado la importancia del problema de salud. Todos estos factores influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio. A partir de la percepción que el individuo tiene de su situación y en función de lo que define como "actuación normal" puede darse una discrepancia con lo que los servicios de salud consideran necesario que hiciera.

Los motivos de inasistencia a consulta de seguimiento referidos por estas personas coinciden con lo encontrado en un estudio similar realizado en un policlínico de Centro Habana[7] y difieren con un estudio realizado en Brasil y otro en Colombia, titulado: Barreras en el acceso a la salud en países con diferentes sistemas de salud. Un estudio en municipios del centro de Colombia y nordeste de Brasil, donde los principales motivos de no atención estuvieron relacionados con la falta de tiempo, de dinero, demoras en la atención para conseguir una cita y problemas con la gestión de la afiliación. En esta investigación, el nivel primario de atención (NPA) resultó ser el más visitado por los participantes, este es el nivel de entrada “ideal” a los servicios de salud[8] independientemente de que en Cuba las personas tienen el derecho de atenderse en cualquier centro de salud del país sin importar el nivel.

Se considera que todos los hipertensos son tributarios de modificaciones en el estilo de vida y se indica que siempre se debe comenzar con estas medidas para todos los pacientes, si no existen algunas de las condiciones consideradas como riesgo cardiovascular.[10]

La dieta del paciente hipertenso es un elemento esencial, tanto en lo que se refiere a sus características generales y la influencia que esta puede tener en su peso corporal, como a la clásica restricción en la ingesta de sal. La dieta hiposódica fue la indicación más sugerida, resultado que coincide con los estudios de Rodríguez Salvá, Díaz Piñera y Linaldi.[7,8,15]

Se indagó en los entrevistados el tipo de tratamiento que llevaban, el 89,3 % tomaba algún fármaco, el porciento restante se controlaba solo con dieta. Rodríguez Salvá[7] y Díaz Piñera[8] encontraron porcentajes superiores al 95,0 %. Los medicamentos más utilizados también coincidieron con los descritos por los autores antes mencionados además de Cuesta Mejías. El logro de la meta terapéutica sigue siendo un problema en la población hipertensa a nivel mundial, pues menos de la mitad de los pacientes diagnosticados y que reciben tratamiento logran controlar sus cifras de presión arterial de manera adecuada según lo descrito por Regino-Ruenes y cols.

Diversas investigaciones refieren numerosos factores como causas del inadecuado control de la presión arterial: el nivel socioeconómico, la baja adherencia al tratamiento farmacológico, la obesidad y la inercia médica.[5,7] En este estudio

el porcentaje de hipertensos controlados rebasó las cifras que habitualmente reporta la literatura, al igual que el estudio realizado por Díaz Piñera[8] 86,2 % y 82,5 % respectivamente, sin embargo, el estudio realizado por Rodríguez Salvá solo alcanzó el 56,6 %.[7]

Según Díaz Piñera y cols. en su estudio: Adherencia terapéutica en pacientes hipertensos del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella de Guanabacoa, publicado en la revista Finlay, la adherencia está considerada un proceso dinámico y complejo, depende además del conocimiento que la persona tenga acerca de la enfermedad, de su evolución, la coincidencia con otras enfermedades, la accesibilidad y el costo de la medicación, dosis diarias, de sus creencias acerca de la enfermedad y la efectividad del tratamiento, de los aspectos culturales, temores, responsabilidad, apoyo familiar, nivel educacional, de la preparación del médico en el manejo de la enfermedad, de una comunicación adecuada entre ambas partes y de la confianza hacia el personal de salud.

Los estudios realizados por Rodríguez Salvá[7] y Londoño[13] alcanzaron cifras inferiores de adherencia a los reportados en este estudio.

Los resultados obtenidos evidencian que se hace necesaria una mejora sustancial en el acceso, seguimiento y control del paciente hipertenso, dadas las dificultades encontradas, donde los comportamientos individuales y sociales juegan un papel importante en el desarrollo de estas brechas.

La atención que recibieron estas personas no es adecuada. Hubo dificultades con su seguimiento y las citas a las consultas, no se les midió la PA con la frecuencia establecida. Además, existió baja percepción de riesgo por parte de los pacientes al no acudir a consulta de seguimiento. De modo que se incumple con lo establecido en la dispensarización y en el programa de HTA.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

2. Curación de datos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

3. Análisis formal: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Yamila Soler Carbonell.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Yamila Soler Carbonell, Nelsy Álvarez Mesa.

6. Metodología: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Nelsy Álvarez Mesa.

7. Administración del proyecto: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

8. Recursos: Armando Rodríguez Salvá.

9. Software: Armando Rodríguez Salvá.

10. Supervisión: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

11. Validación: Yamila Soler Carbonell, Nelsy Álvarez Mesa.

12. Visualización: Yamila Soler Carbonell.

13. Redacción del borrador original: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

14. Redacción – revisión y edición: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Yamila Soler Carbonell, Nelsy Álvarez Mesa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landrove O, Morejón AF, Venero S, Suárez R, Almaguer M, Pallarols E, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev Panam Salud Pública[Internet]. 2018[citado 13/3/2022];42(3):[aprox. 8p]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34897.

2. Etienne CF. Ampliación del manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria mediante HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Pública[Internet]. 2022[citado 3/5/2023];46(21):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e185/.

3. Campbell RC, Burnens MP, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn JB, et al. Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública[Internet]. 2022[citado 11/3/2023];46(1):[aprox. 11p.]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/phr-55963.

4. Martín L, Bayarre H, Corugedo MC, Vento F, La Rosa Y, Orbey MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2015[citado 23/11/2022];41(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf.

5. Díaz A, Rodríguez A, Balcindes S, García R, Álvarez N. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. Finlay[Internet]. 2018[citado 14/2/2022];8(2):[aprox. 17p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/artclevie w/592.

6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019[Internet]. La Habana:MINSAP;2020[citado 5/5/2021]. Disponible en: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/07/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf.

7. Rodríguez A, Piña AC, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Finlay[Internet]. 2019[citado 2/3/2022];9(4):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/vie w/742.

8. Díaz A, Rodríguez A, León M, Maldonado G, Fernández L, Álvarez N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico Julio Antonio Mella, Guanabacoa, 2016-2017. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2020[citado 22/7/2022];46(4):[aprox. 20p.]. Disponible en: https://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2350.

9. 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.

10. Pérez MD, León JL, Dueñas A, Alfonzo JP, Navarro DA, de la Noval R, et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med[Internet]. 2017[citado 16/7/2022];56(4):[aprox. 20p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es.

11. Martell N, Galgo A, Abad M, Álvarez B, García JA, Márquez E, et al. Valoración desde Atención Primaria del manejo del hipertenso en atención especializada (estudio DERIVA-DOS). Aten Primaria[Internet]. 2018[citado 23/12/2022];50(7):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716304231.

12. Gutiérrez O, Calderón MA, Meneses MM, Narváez FR, Alanya CR, Infante G. Efectos del ejercicio físico en la PA en mujeres. Rev Act Fís Deport[Internet]. 2020[citado 16/4/2022],6(2):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/1565/1926.

13. Londoño E, Rodríguez A, Díaz A, García R, De Vos P, Battaglioli T, et al. Assessment of hypertension management and control: a registry-based observational study in two municipalities in Cuba. BMC Cardiovasc Disord. 2019;19(1):19-29.

14. Castro A, Sierra M, Casco J. Factores asociados con hipertensión arterial no controlada en pacientes tratados en el Hospital Escuela Universitario. Rev Med Hondur[Internet]. 2018[citado 16/12/2022];86(1,2):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.colegiomedico.hn/RMH/html/revista.html.

15. Linaldi LL. Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la colonia Gaviotas. Centro Tabasco[Internet]. Tabasco:Universidad Juárez Autónoma de Tabasco;2022[citado 28/1/2023]. Disponible en: https://lri.ujat.mx/handle/20.500.1210.

16. Gómez JF, Camacho PA, López J, López P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20/20. Rev Colomb Cardiol[Internet]. 2019[citado 1/2/2023];26(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.sciencidrect.com/science/article/pii/S0120563319300257.

17. Morejón AF, Benet M, Bernal JL, Espinosa AD, Silva LC, Ordúñez PO. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2019[citado 28/11/2022];45(3):[aprox. 11p.]. Disponible en: https://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1716.

18. Pomares AJ, Benítez M, Vázquez MA, Santisteban RE. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2020[citado 5/11/2022];36(2):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1190.

19. Zubeldia L, Quiles J, Manes J, Rendón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en poblaciones de 16 a 90 años de edad en la comunidad de Valencia. Rev Esp Salud Pública[Internet]. 2016[citado 6/10/2022];90(1):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/bibliopublic/publicaciones/.../RS90C.

20. Skapino E, Álvarez R. Factores de riesgo de ECNT en funcionarios bancarios. Rev Urug Cardiol[Internet]. 2016[citado 6/8/2022];31(2):[aprox. 12p.] Disponible en: https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000200000&lang=es.