Descargado el: 7-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

# Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana

# Gaps in the Management of Hypertensive Patients in a Metropolitan Area of Havana

Armando Rodríguez Salvá[1] Alejandra Caridad Piña Alonso[2] Addys Díaz Piñera[1] René García Roche[1] Susana Balcindes Acosta[1]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Policlínico Nguyen Van Troi, La Habana, La Habana, Cuba

**Cómo citar este artículo:**
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. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 7]; 9(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742

## Resumen

**Fundamento:** conocer y enfrentar las dificultades que aparecen durante el control del paciente hipertenso es un reto para todo sistema de salud.
**Objetivo:** identificar las brechas en el manejo de las personas hipertensas en un área metropolitana de La Habana.
**Método:** se realizó un estudio descriptivo y transversal entre febrero y junio de 2016 en el Policlínico Nguyen Van Troi, de Centro Habana. Del total de 4480 personas de 18 años y más, dispensarizadas como hipertensas; se seleccionó una muestra de 531 por medio de un muestreo por conglomerados bietápico, estudiándose 521. Se les efectuó entrevista semiestructurada y medición de la presión arterial, se revisaron documentos del área para identificar otras brechas. Las variables analizadas en el estudio fueron: sociodemográficas, acceso a los servicios de salud, diagnóstico y atención, tratamiento seguimiento y control. Las variables numéricas fueron presentadas con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes.
**Resultados:** el 92,3 % de los entrevistados manifestó haber sentido necesidad de atención en el último año, de estos el 80,7 % accedió a los servicios de salud. El 98,1 % tenía indicado tratamiento farmacológico, siendo los diuréticos los más usados con 61 %. El 50,7 % tiene adherencia al tratamiento según el test de Morisky. El 24,2 % no fueron vistos por su médico en el último año, la razón fundamental fue la no programación o cita a consulta. El 56,6 % tenía controladas sus cifras de presión arterial.
**Conclusiones:** las brechas en el acceso estuvieron vinculadas a la no búsqueda de atención a pesar de percibir la necesidad. El seguimiento deficiente y la baja adherencia terapéutica en las personas hipertensas fueron los principios que sustentaron el alto porciento de individuos con cifras de presión arterial no controladas

**Palabras clave:** hipertensión, brechas de la práctica profesional, manejo de la enfermedad, cuba

## Abstract

**Foundation:** knowing and facing the difficulties which appear during the control of the hypertensive patient is a challenge for every health system.
**Objective:** to identify the gaps in the management of hypertensive people in a metropolitan area of Havana.
**Method:** a descriptive and cross-sectional study was conducted between February and June 2016 at the Nguyen Van Troi Polyclinic, in Centro Habana. Out of the total of 18 year-old or older 4480 people, who were identified as hypertensive, a sample of 531 was selected by means of a two-stage cluster sampling, studying 521. They were applied a semi-structured interview and blood pressure measurement, documents of the area were reviewed to identify other gaps. The variables analyzed in the study were: socio-demographic, access to health services, diagnosis and care, monitoring and control treatment. The numerical variables were presented with measures of central tendency and dispersion. Categorical variables were presented as frequencies and percentages.
**Results:** a 92.3 % of the interviewees said they felt the need for care in the last year, of these, 80.7 % had access to health services. 98.1 % had indicated pharmacological treatment, with diuretics being the most used with 61 %. 50.7 % have adherence to treatment according to the Morisky test. 24.2 % were not seen by their doctor in the last year, the main reason was the no programming or appointment to consultation. 56.6 % had their blood pressure figures controlled.
**Conclusions:** access gaps were linked to the lack of attention seeking despite perceiving the need. Poor follow-up and low therapeutic adherences in hypertensive people were the principles that supported the high percentage of individuals with uncontrolled blood pressure figures.

**Recibido: 2019-09-09 09:46:35**
**Aprobado: 2019-10-15 10:08:20**

**Correspondencia:** Armando Rodríguez Salvá. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. armando.rdguez@infomed.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud se encuentran en transformaciones constantes como respuesta a los desafíos que les imponen los cambios en los patrones demográficos y epidemiológicos. El incremento de la expectativa de vida favorece el desplazamiento de la carga de mortalidad desde los grupos más jóvenes hacia los de edad avanzada, así como un cambio epidemiológico donde la morbilidad predomina sobre la mortalidad, con un notable aumento de las enfermedades crónicas, aunque no se debe desestimar la reemergencia de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas en los cuadros de salud de muchos países.[1]

Las enfermedades crónicas son responsables, directa o indirectamente, de morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida, años de vida potencialmente perdidos y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países, incluyendo los de mayor desarrollo económico. En los de bajos y medianos ingresos hay que señalar que sus poblaciones tienen tendencia a desarrollar estas enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo y a menudo presentar complicaciones prevenibles que dejan secuelas importantes, o incluso, provocar la muerte.[2]

La Organización Panamericana de la Salud, ha propuesto una Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. En dicha estrategia se aconseja llevar a cabo estudios sobre las barreras que impiden la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios de enfermedades crónicas.[3]

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes y se considera un problema de salud mundial, del 15% al 30 % de la población adulta en la mayoría de los países la padecen, aproximadamente 1000 millones de personas. Su frecuencia aumenta con la edad, después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece. Además es uno de los principales factores que contribuyen a la aparición de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad.[1,2]

La HTA en el adulto se define como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. Su detección puede ser realizada por cualquier persona adecuadamente entrenada en la medición de la presión arterial (PA).[4,5] Se ha demostrado que si los médicos midieran la PA de manera sistemática a todos las personas que acuden a consulta se pudiera detectar más del 85% de los hipertensos en corto plazo.

El control de la PA no solo debe basarse en la identificación de sus cifras, también debe incluir una adecuada vigilancia y atención de los factores de riesgo, así como acciones de intervención efectivas.[6,7]

En el primer nivel de atención es donde se debe establecer una estrategia integral para la detección, seguimiento, tratamiento y control de la HTA y sus complicaciones, además de la referencia oportuna hacia otros niveles de atención, para lograr un impacto en la disminución de la mortalidad. Resulta necesario para alcanzar tal propósito que estas unidades posean personal de salud capacitado, equipamientos e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema de información funcional y actualizado.

El acceso y la cobertura universal de salud implican que todas las personas tengan servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad y de acuerdo con sus necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se garantiza que su uso no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.[8]

El acceso a los servicios de salud puede estar limitado por barreras que representan cualquier elemento o fenómeno que dificulte a las personas alcanzar los servicios ofrecidos por los proveedores sanitarios en el momento en que lo necesiten.[9,10]

El seguimiento y control oportuno de la HTA es vital, este control no está exento de dificultades, marcadas tanto por el paciente, el médico, e incluso, por el propio sistema de salud. Los profesionales de la salud señalan grandes dificultades en el cumplimiento de los tratamientos de larga duración que deben seguir los enfermos con padecimientos crónicos. En la literatura se recoge que entre el 40y el 50% de las personas que inician un tratamiento

antihipertensivo lo abandonan o modifican dentro del año de realizado el diagnóstico y solo entre un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento, tienen controlada la presión arterial.[11]

El desconocimiento de las principales brechas en el acceso, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control, en las personas hipertensas del Policlínico Nguyen Van Troi del municipio Centro Habana durante el año 2016 nos motivó a realizar esta investigación.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Policlínico Nguyen Van Troi, del municipio Centro Habana entre febrero y junio de 2016, con el objetivo de identificar las principales brechas en el acceso, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y control de las personas hipertensas. El universo de estudio estuvo constituido por los 4480 individuos entre 18 y más años de edad dispensarizados como hipertensos**.**

Como parámetro a estimar se utilizó el porcentaje de hipertensos controlados (49,2%) según la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (III ENFR)[12] se fijó un error relativo del 5%, la confiabilidad a utilizar fue de 95%, se consideró un efecto de diseño de 1,5 y una caída muestral del 10%. La muestra teórica planificada fue de 531 hipertensos, se estudiaron 521.

Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico estratificado y equiprobabilístico, inicialmente se estratificó por grupo básico de trabajo (GBT), se seleccionaron los consultorios del médico de la familia (10 de 22 CMF) con probabilidades proporcionales a sus tamaños, en una segunda etapa se escogieron los hipertensos, la selección se efectuó por muestreo simple aleatorio. Se utilizó el paquete de programas EPIDAT versión 3.1.

De las personas seleccionadas se recogieron además algunos datos de las historias de salud familiar como: dirección, comorbilidades y factores de riesgo.

Se consideraron como criterios de inclusión tener 18 años de edad o más, pertenecer a los consultorios escogidos, estar dispensarizados como hipertensos, que estuvieran viviendo físicamente en sus direcciones en el momento de la visita y ser capaces de responder al cuestionario previo consentimiento.

Se excluyeron del estudio 10 personas, cinco por discapacidades mentales a los que se le dificultaba la comunicación, tres porque en el momento de la visita a los hogares se encontraban fuera del país o se mudaron y dos que no desearon participar.

Como fuente de información primaria, a los participantes se les realizó una entrevista individual semiestructurada, con un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, este fue utilizado previamente en un estudio piloto, lo que permitió calibrar el instrumento.

A las personas estudiadas se les midió en tres ocasiones la PA, al inicio de la entrevista, cuando se alcanzó aproximadamente la mitad del cuestionario y al finalizar. Para lo cual se tuvo en consideración el método estandarizado recomendado por estudios internacionales.[13]

Se utilizó un equipo convencional (esfigmomanómetro aneroide) debidamente calibrado y certificado para su uso, se dejó descansar al individuo 5 minutos antes de realizar la medición, no debió haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes y se realizó sentado y con el brazo apoyado. La primera medición se desechó y las dos restantes se promediaron, el resultado obtenido fue la PA que se utilizó para determinar el control.

Las variables utilizadas en el estudio fueron:

Sociodemográficas, acceso a los servicios de salud, diagnóstico y atención, tratamiento seguimiento y control

- Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, composición del hogar, color de la piel, nivel de escolaridad y ocupación.
- Acceso a servicios de salud: necesidad de atención, acción para recibir atención médica, lugar donde acudió para recibir atención, motivo de la visita, tiempo de demora en llegar al establecimiento de salud, transporte utilizado, si recibió atención en el centro de salud, causas de la no atención, tiempo de espera para ser atendido, evaluación de la atención recibida.
- Diagnóstico y atención: si le fue medida la presión arterial cuando acudió al centro de salud, factores de riesgo presentes

(tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física), comorbilidades, tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

- Tratamiento: indicación y cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, tipo de medicamento usado por categoría farmacéutica, combinación farmacológica y por tipo de fármaco, adherencia farmacológica.

En cuanto a la adherencia al tratamiento se utilizó el Test de *Morisky-Green-Levine* este consta de cuatro preguntas: ¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión? ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación? Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarla? En todos los casos se debe responder: sí o no. Se consideran adherentes quienes contestan, no, las cuatro preguntas y no adherentes a quienes contestan sí a una o más.

- Seguimiento y control: seguimiento médico en el último año, razón por la falta de seguimiento, última consulta médica, lugar de última consulta médica, cuándo fue la última vez que le midieron la presión arterial, control de la presión arterial.

Se consideró como controlado si el promedio de la PA se encontraba con cifras inferiores a 140/90 mm Hg (población general) o < 130/80 (pacientes con diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular conocidas).

Para asegurar la correcta relación entre el formato de la encuesta realizada al paciente y el archivo electrónico se creó para cada entrevistado un código. Toda la información fue anónima una vez introducida en la base de datos.

Se garantizó la calidad de la información por medio de doble digitación. El procesamiento se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Las variables numéricas fueron presentadas con medidas de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se debe denotar que el diseño transversal no permite establecer causalidad, pero incentiva a la realización de futuros análisis. Otra limitación estuvo relacionada con la obtención de la información, los datos de la cantidad de hipertensos estuvo supeditada a la dispensarización, en el análisis de esta, se percibieron dificultades en cuanto al número de personas dispensarizadas, se identificaron consultorios con un número improbable de personas clasificadas como tal, lo mismo sucedió con las historias de salud familiar que fueron revisadas para obtener el listado nominal de los hipertensos y algunos datos generales, muchas de ellas desactualizadas.

Debido a que la información procesada fue obtenida casi en la totalidad de la entrevista realizada a personas de diferentes edades, existió la posibilidad de aparición de sesgos de memoria, para evitarlo en lo posible, se tomó el tiempo necesario para cada persona y los horarios de entrevista fueron seleccionados por los entrevistados para favorecer su cooperación.

Para evitar el sesgo de respuesta, al inicio de la entrevista se les presentó a las personas seleccionadas, el consentimiento informado, el que ofrecía la certeza de que la información no iba a ser utilizada de otra forma que no fuera en interés del estudio e insistiendo en su confidencialidad y libertad para opinar.

El estudio cumple con la Declaración de Helsinki y la legislación vigente en Cuba, para ello se solicitó autorización a los directivos del territorio e instituciones involucradas, 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).

A los participantes se les solicitó su consentimiento por escrito luego de habérseles explicado en qué consistía el estudio. Estas personas no recibieron ningún beneficio personal, ni estuvieron expuestas a riesgo alguno. Toda la información recogida es absolutamente confidencial y solo será utilizada con propósitos investigativos.

## RESULTADOS

La mayoría de los entrevistados son menores de 60 años (66,8%, IC95% 62,6 – 70,7). La edad media fue de 51,5 años con un límite inferior en 18 y superior en 80. El 52,4% corresponden al sexo masculino (IC95% 48,1 – 56,7).

En cuanto al estado civil, el 43,6 % eran divorciados o se encontraban separados de su pareja, mientras el 29,3% eran casados o en unión libre. Solo el 7,7 % vivían solos.

En relación al color de la piel, el mayor porcentaje recayó en la categoría color de piel mestiza y negra con el 72,2 %, siendo el 36,0 % de piel negra y el 36,2 % de piel mestiza.

Respecto a la escolaridad, los mayores porcentajes (67,1%) se encontraron en personas con nivel escolar medio (secundaria básica, preuniversitario, técnico medio).

El 52,4 % eran trabajadores estatales, los trabajadores por cuenta propia, amas de casa y jubilados se presentaron en porcentajes similares, entre 13 y 15 %. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de las personas hipertensas estudiadas

| Variables | Personas con hipertensión arterial (N= 521) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Clasificación | No | % | IC 95% | |
| | | | | LI | LS |
| Grupos de edades | < 60 años | 348 | 66,8 | 62,6 | 70,7 |
| | 60 y más años | 173 | 33,2 | 29,3 | 37,4 |
| Sexo | Femenino | 248 | 47,6 | 43,4 | 51,9 |
| | Masculino | 273 | 52,4 | 48,1 | 56,7 |
| Estado civil | Casado/unión libre | 153 | 29,3 | 25,6 | 33,4 |
| | Separado/divorciado | 227 | 43,6 | 39,4 | 47,9 |
| | Viudo | 90 | 17,3 | 14,3 | 20,8 |
| | Soltero | 51 | 9,8 | 7,5 | 12,6 |
| Composición del hogar | Vive solo | 40 | 7,7 | 5,7 | 10,3 |
| | Acompañado | 481 | 92,3 | 89,7 | 94,3 |
| Color de la piel | Mestiza - Negra | 376 | 72,2 | 68,2 | 75,8 |
| | Blanca | 145 | 27,8 | 24,2 | 31,8 |
| Escolaridad | Baja | 30 | 5,8 | 4,1 | 8,1 |
| | Media | 350 | 67,1 | 63,1 | 71,1 |
| | Alta | 141 | 27,1 | 23,4 | 31,0 |
| Ocupación | Desocupado - estudiante | 23 | 4,4 | 3,0 | 6,5 |
| | Trabajador estatal | 273 | 52,4 | 48,1 | 56,7 |
| | Trabajador por cuenta propia | 70 | 13,4 | 10,8 | 16,6 |
| | Ama de casa | 78 | 15,0 | 12,2 | 18,3 |
| | Jubilado/retirado | 77 | 14,8 | 12,0 | 18,1 |

El 92,3% (IC95% 89,7 – 94,3) de los entrevistados declararon haber sentido necesidad de atención médica en el último año. De estos el 80,7% (IC95% 76,9 – 83,9) visitó un centro de salud, sin embargo, hubo un 17,9% que optó por no hacer nada.

El motivo principal por el que concurrieron fue para la realización de un chequeo médico (30,4%, IC95% 26,0 – 35,2), el control o seguimiento de la enfermedad representó el 14,2% y las urgencias médicas el 12,1%, mientras que el 27,1% refirieron que acudían para atenderse por primera vez.

El lugar que con mayor frecuencia escogieron para su atención fue el nivel primario de atención (53,4%, IC95% 48,4 – 58,3). No obstante el 35,3% acudió a la atención secundaria y el 11,3% a la terciaria. La forma de transportarse que más se utilizó fue, ir caminando (52,1%).

De los que utilizaron los servicios de salud, el 96,6%demoró minutos en llegar, de estos el 73,1% demoró menos de 15 minutos.

El 96,9 % de las personas que tuvieron necesidad de atención y acudieron a los servicios de salud fueron atendidas. Las causas referidas de no atención fueron, que el establecimiento no estaba abierto o consideraron que estaba demasiado lleno y buscaron atención en un servicio de urgencia de la atención primaria o secundaria.

De los que acudieron a los servicios de salud y fueron atendidos el 92,8 % (IC95 % 89,7 – 95,0) esperaron minutos, el 64,8 % tardaron menos de media hora.

Solo el 49,2 % (IC95 % 44,2 - 54,2) manifestó que la atención recibida fue buena. Según los resultados obtenidos, las principales brechas encontradas en el acceso a los servicios de salud fueron:

- No todas las personas que refirieron necesidad de atención la busco y de las que la buscaron muchas acudieron a la atención secundaria o terciaria.
- Insatisfacción con la atención médica recibida por algunos de los encuestados por inestabilidad o falta de permanencia del personal sanitario. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Variables de acceso a los servicios de salud de las personas hipertensas estudiadas

| Variables | Categorías | Personas con hipertensión arterial (N= 521) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | No | % | IC 95% | |
| | | | | LI | LS |
| Necesidad de atención (N=521) | Sí | 481 | 92,3 | 89,7 | 94,3 |
| | No | 40 | 7,7 | 5,7 | 10,3 |
| Acción para recibir atención médica (n=481) | Acudió a una institución de salud | 388 | 80,7 | 76,9 | 83,9 |
| | Recibió atención en casa | 7 | 1,4 | 0,7 | 3,0 |
| | No hizo nada | 86 | 17,9 | 14,7 | 21,6 |
| Motivo de visita(n=388) | Para realizarse un chequeo | 118 | 30,4 | 26,0 | 35,2 |
| | Atenderse por primera vez | 105 | 27,1 | 22,9 | 31,7 |
| | Control o seguimiento | 55 | 14,2 | 11,1 | 18,0 |
| | Atención de urgencia | 47 | 12,1 | 9,2 | 15,7 |
| | Para renovar dieta | 33 | 8,5 | 6,1 | 11,7 |
| | Fue citado por el médico | 30 | 7,7 | 5,5 | 10,8 |
| Lugar donde acudió (n=388) | CMF o Policlínico | 207 | 53,4 | 48,4 | 58,3 |
| | Hospital | 137 | 35,3 | 30,7 | 40,2 |
| | Institutos nacionales | 44 | 11,3 | 8,6 | 14,9 |
| Transporte utilizado para acudir (n=388) | A pie | 202 | 52,1 | 47,1 | 57,0 |
| | Transporte público | 87 | 22,4 | 18,5 | 26,8 |
| | Carro particular/taxi | 49 | 12,6 | 9,7 | 16,3 |
| | Otro transporte | 50 | 12,9 | 9,9 | 16,6 |
| Tiempo para llegar al establecimiento de salud (n=388) | Minutos | 375 | 96,6 | 94,3 | 98,0 |
| | Horas | 13 | 3,4 | 2,0 | 5,6 |
| Atención en el establecimiento de salud (n=388) | Sí | 376 | 96,9 | 94,7 | 98,2 |
| | No | 12 | 3,1 | 1,8 | 5,3 |
| Motivo por el que no lo atendieron (n=12) | No estaba abierto | 2 | 16,7 | 4,7 | 44,8 |
| | Tenía que esperar y se fue | 10 | 83,3 | 55,2 | 95,3 |
| Tiempo de espera para ser atendido (n=376) | Minutos | 349 | 92,8 | 89,7 | 95,0 |
| | Horas | 27 | 7,2 | 5,0 | 10,2 |
| Calificación del paciente por la atención médica recibida (n=376) | Buena | 185 | 49,2 | 44,2 | 54,2 |
| | Regular | 100 | 26,6 | 22,4 | 31,3 |
| | Mala | 91 | 24,2 | 20,2 | 28,8 |

Al indagar si le habían medido la presión arterial en el último año, el 71,8% (IC95% 67,8 – 75,5) respondieron afirmativamente, esto deja una brecha de 147 individuos (28,2%) en los que se perdió la oportunidad de conocer sus cifras, si estaban o no controlados y potencialmente diagnosticar cualquier complicación.

En cuanto a los factores de riesgo, el 22,5 % continúa con la adicción tabáquica. El 5,6% consumían diariamente alcohol y el 5,9 % semanal. En cuanto a la actividad física el 54,7 % son sedentarios, el 25,7 % lo hacían según las recomendaciones.

Con relación a comorbilidades asociadas, solo el 15,5 % (IC95 % 12,7 – 18,9) no padecía otra enfermedad. Los mayores porcentajes se presentaron en personas con hipercolesterolemias (22,5 %), ansiedad/depresión (17,3 %), obesidad (15,5 %) y diabetes mellitus (14,2 %).

El 48,6 % de las personas estudiadas tenía menos de un año de diagnosticadas, solo el 29,9 % tenía más de 3 años.

Las principales brechas detectadas en el diagnóstico de estos pacientes fueron:

- Incumplimiento en la toma de PA evolutiva, lo que potencialmente se puede dejar de diagnosticar complicaciones.
- Pocos cambios en los estilos de vida de los hipertensos estudiados.
- Alto porcentaje de hipertensos con menos de un año de diagnóstico, evidenciándose falta de búsqueda activa en grupos de riesgo. (Tabla 3).

**Tabla 3.** Variables de diagnóstico de las personas hipertensas estudiadas

| Variables | Personas con hipertensión arterial (N= 521) Categorías | No | % | IC 95% LI | IC 95% LS |
|---|---|---|---|---|---|
| Medición de la presión arterial en el último año | Sí | 374 | 71,8 | 67,8 | 75,5 |
| | No | 147 | 28,2 | 24,5 | 32,2 |
| Consumo de tabaco | Sí | 117 | 22,5 | 19,1 | 26,2 |
| | No | 404 | 77,5 | 73,8 | 80,9 |
| Consumo de alcohol | No consume | 206 | 39,5 | 35,4 | 43,8 |
| | Anual | 153 | 29,4 | 25,6 | 33,4 |
| | Mensual | 102 | 19,6 | 16,4 | 23,2 |
| | Semanal | 31 | 5,9 | 4,2 | 8,3 |
| | Diario | 29 | 5,6 | 3,9 | 7,9 |
| Actividad física | No realiza | 285 | 54,7 | 50,4 | 58,9 |
| | Diario | 74 | 14,2 | 11,5 | 17,5 |
| | 1 vez a la semana | 102 | 19,6 | 16,4 | 23,2 |
| | 2 - 3 veces por semana | 26 | 5,0 | 3,4 | 7,2 |
| | Más de 3 veces por semana | 34 | 6,5 | 4,7 | 9,0 |
| Comorbilidades* | Solo HTA | 81 | 15,5 | 12,7 | 18,9 |
| | HTA + Hipercolesterolemia | 117 | 22.5 | 19,1 | 26,2 |
| | HTA + Ansiedad/depresión | 90 | 17,3 | 14,3 | 20,8 |
| | HTA + Obesidad | 81 | 15,5 | 12,7 | 18,9 |
| | HTA + Diabetes mellitus | 74 | 14,2 | 11,5 | 17,5 |
| | HTA + Artrosis | 72 | 13,8 | 11,1 | 17,0 |
| | HTA + EPOC/Asma bronquial | 49 | 9,4 | 7,2 | 12,2 |
| | HTA + Cardiopatía isquémica | 26 | 5,0 | 3,4 | 7,2 |
| | HTA + Insuficiencia renal | 9 | 1,7 | 0,9 | 3,2 |
| | HTA + Cáncer | 4 | 0,8 | 0,3 | 2,0 |
| Tiempo de diagnóstico | Menos de 12 meses | 253 | 48,6 | 44,3 | 52,8 |
| | De 1 - 3 años | 112 | 21,5 | 18,2 | 25,2 |
| | 3 años y más | 156 | 29,9 | 26,2 | 34,0 |

* Pueden coexistir más de dos enfermedades

El 98,1 % (IC 95 % 96,5 – 98,9) refirió tener indicado tratamiento farmacológico.

En cuanto a la modificación del estilo de vida, la mayor parte fueron educados en la importancia de control del peso, no fumar y mantener una dieta baja en grasas poliinsaturadas. No sucedió lo mismo con la dieta hiposódica (85,2 %), limitación del consumo de bebidas alcohólicas (80,4 %) y la indicación de la realización del ejercicio físico, que solo fue reportado por el 43,6 % de los entrevistados.

Entre los que tenían tratamiento farmacológico, el uso de diuréticos fue el tipo de medicamento más utilizado (61 %, IC95 % 56,8 – 65,2), seguido

de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) 59,9 %, los betabloqueadores 36,2 % y los anticálcicos 32,1 %. Mientras que los medicamentos más usados en orden de frecuencia fueron el enalapril (45,2 %), la hidroclorotiazida (38,4 %), el atenolol (29,8 %) y la clortalidona (19,8 %).

En cuanto a la cantidad de medicamentos prescritos el 42,1 % (IC95 % 37.9 – 46,4) tomaban dos medicamentos. Cuando se utilizaba un solo medicamento los más frecuentes fueron los IECA.

Para medir la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó el test de *Morisky*, los principales resultados fueron que el 20,7 % eran descuidados en el horario de toma de medicamentos y entre el 10 y el 11 % olvidaban tomárselo o lo dejaban de tomar, tanto si se sentían bien o mal. Partiendo de estas premisas, la adherencia terapéutica fue de 50,7 % (IC95 % 46,4 – 55,0).

Las principales brechas detectadas en el tratamiento fueron:

- No orientación y cumplimiento sobre cambios en el estilo de vida (tratamiento no farmacológico).
- No adherencia farmacológica.
- Desconocimiento del personal de salud en el uso de combinaciones de medicamentos y sus dosis, así como su falta en el cuadro nacional de medicamentos. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Variables de tratamiento de las personas hipertensas estudiadas

| Variables | Personas con hipertensión arterial (N= 521) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Categorías | No | % | IC 95% | |
| | | | | LI | LS |
| Tratamiento para control (N=521) | Tratamiento farmacológico | 511 | 98,1 | 96,5 | 98,9 |
| | Solo tratamiento no farmacológico | 10 | 1,9 | 1,0 | 3,5 |
| Tratamiento no farmacológico (N=521) | Control del peso | 521 | 100,0 | 99,3 | 100,0 |
| | No fumar | 519 | 99,6 | 98,6 | 99,9 |
| | Dieta baja en grasa | 477 | 91,6 | 88,5 | 93,6 |
| | Dieta baja en sal | 444 | 85,2 | 81,9 | 88,0 |
| | Limitar el consumo de bebidas alcohólicas | 419 | 80,4 | 76,8 | 83,6 |
| | Realizar actividad física | 227 | 43,6 | 39,4 | 47,9 |
| Fármacos utilizados (n=511) | Diuréticos | 312 | 61,0 | 56,8 | 65,2 |
| | IECA | 306 | 59,9 | 55,6 | 64,0 |
| | Beta bloqueadores | 185 | 36,2 | 32,2 | 40,5 |
| | Anticálcicos | 164 | 32,1 | 28,2 | 36,3 |
| | Bloqueadores α y β | 8 | 1,6 | 0,8 | 3,1 |
| | Alfa 2 centrales | 4 | 0,8 | 0,3 | 2,0 |
| | Vasodilatadores | 3 | 0,6 | 0,2 | 1,7 |
| | Inhibidores sinápticos periféricos | 2 | 0,4 | 0,1 | 1,4 |
| Cantidad de fármacos que consume (n=511) | Un medicamento | 148 | 29,0 | 25,2 | 33,0 |
| | Dos medicamentos | 215 | 42,1 | 37,9 | 46,4 |
| | Tres medicamentos | 141 | 27,6 | 23,9 | 31,6 |
| | Cuatro o más medicamentos | 7 | 1,3 | 0,7 | 2,8 |
| Adherencia farmacológica. Test de *Morisky* (n=511) | Adherido | 259 | 50,7 | 46,4 | 55,0 |
| | No adherido | 252 | 49,3 | 45,0 | 53,6 |

El 75,8% (IC95% 72,0 – 79,3) de los encuestados tuvo al menos una consulta de seguimiento en el último año. De los no consultados el mayor por ciento (35,7%) refirieron que no fueron citados

por su médico, el 23,0%, no podían faltar al trabajo y el 18,3% manifestaron que no asistieron a consulta porque se sentían bien.

De los 395 individuos que tuvieron seguimiento médico para el control de la hipertensión el 61,5% (IC95% 56,6 – 66,2) fue programada por el facultativo, el resto acudió por iniciativa propia (38,5%).

La mayor parte de las personas que tuvieron seguimiento médico se controlaron en la atención primaria, ya fuera en el consultorio 67,6 %, como en consulta especializada del policlínico 11,9 %.

Sin embargo, del total de encuestados el 7,9 % refirió que no se había medido la presión arterial desde hacía más de un año.

Finalmente, el 56,6 % (IC95 % 52,3 – 60,8) de los hipertensos tuvieron controladas sus cifras de PA, siendo mejor el control en las personas con menos de 6 meses de haber sido diagnosticados y en los que tuvieron adherencia terapéutica.

Las principales brechas detectadas en el seguimiento y control de estos pacientes fueron:

- Incumplimiento en la programación de consultas de seguimiento reglamentadas por el programa.
- Falta de citación por el personal sanitario para las consultas médicas.
- Baja autorresponsabilidad por parte de los pacientes al no acudir a consulta de seguimiento y control.
- Bajo porciento de hipertensos controlados. (Tabla 5).

**Tabla 5.** Variables de seguimiento y control de las personas hipertensas estudiadas

| Variables | Personas con hipertensión arterial (N= 521) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Categorías | No | % | IC 95 % | |
| | | | | LI | LS |
| Seguimiento médico en el último año (N=521) | Sí | 395 | 75,8 | 72,0 | 79,3 |
| | No | 126 | 24,2 | 20,7 | 28,0 |
| Razón por la falta de seguimiento (n=126) | No lo citaron | 45 | 35,7 | 27,9 | 44,4 |
| | No puede dejar de trabajar | 29 | 23,0 | 16,5 | 31,1 |
| | Está bien | 23 | 18,3 | 12,5 | 25,9 |
| | Fue y no lo atendieron | 18 | 14,3 | 9,2 | 21,5 |
| | No tenía tiempo | 9 | 7,1 | 3,8 | 13,0 |
| | Pensó que no lo iban a atender | 2 | 1,6 | 0,4 | 5,6 |
| Última consulta médica (n=395) | Programada | 243 | 61,5 | 56,6 | 66,2 |
| | Por iniciativa propia | 152 | 38,5 | 33,8 | 43,4 |
| Lugar de última consulta médica (n=395) | CMF | 267 | 67,6 | 62,8 | 72,0 |
| | Policlínico | 47 | 11,9 | 9,1 | 15,5 |
| | Hospital | 62 | 15,7 | 12,4 | 19,6 |
| | Institutos nacionales | 19 | 4,8 | 3,1 | 7,4 |
| Cuándo fue la última vez que le midieron la presión arterial (N=521) | En el último mes | 103 | 19,8 | 16,6 | 23,4 |
| | Entre 2 y 6 meses | 207 | 39,7 | 35,6 | 44,0 |
| | Entre 7 y 11 meses | 170 | 32,6 | 28,7 | 36,8 |
| | Un año o más | 41 | 7,9 | 5,9 | 10,5 |
| Control, de la presión arterial (N=521) | Controlado | 295 | 56,6 | 52,3 | 60,8 |
| | No controlado | 226 | 43,4 | 39,2 | 47,8 |

## DISCUSIÓN

En el sistema de salud cubano el nivel primario de atención funciona como puerta de entrada de los pacientes a los servicios sanitarios y tiene

como principal objetivo mejorar el estado de salud mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

La formación del médico de familia cubano debe estar dirigida a preparar al profesional para que pueda garantizar con calidad y rigor, el diagnóstico precoz, la atención médica integral y dispensarizada a toda la población de su área de salud.

La prevalencia global de hipertensión arterial en los consultorios seleccionados fue de 22,4 % por debajo de los resultados de la III ENFR[12] (30,9%) y de otros estudios internacionales[14,15]

Otra tendencia que se repite en numerosos los estudios[12,14,15] incluido este, es que la prevalencia de HTA aumenta con la edad, lo que puede atribuirse a cambios estructurales y funcionales, que se desarrollan en la vasculatura. La hipertensión sistólica aislada es la que aparece con mayor frecuencia en este grupo poblacional.[15]

Campos y col.[14] reportan mayor cantidad de mujeres hipertensas, lo que difiere con los resultados de esta investigación, otros autores señalan que el sexo masculino constituye un factor de riesgo para la hipertensión arterial.[12,15] Los hombres entre 35 y 40 años exhiben una mortalidad por esa causa de 4 a 5 veces mayor. Esta diferencia desaparece con la menopausia, en concordancia con la disminución de los estrógenos, cuyo efecto cardioprotector es conocido. En la mujer posmenopáusica tienden a igualarse las estadísticas, e incluso, puede existir mayor prevalencia de hipertensión arterial.[16,17]

Los factores genéticos, ambientales y nutricionales propios de cada raza son importantes en la determinación del riesgo de padecer una enfermedad crónica. Se plantea que el color de la piel no es determinante en la aparición de la hipertensión arterial, aunque existen evidencias de que los individuos de color de piel negra sufren de complicaciones más graves, comienzan en edades tempranas de la vida y tienen mayor susceptibilidad a la lesión en órganos diana.[17]

La población de color de piel negra tiene más sensibilidad a la sal que la de piel blanca, pues presentan niveles bajos de renina plasmática y de angiotensina II, lo que produce retención de sodio, esto pudiera explicar el mayor predominio de hipertensos en personas con color de la piel negra.[18]

El apoyo social crea un ambiente que mejora el bienestar y autoestima de las personas y contribuye a amortiguar los efectos negativos de la enfermedad. Algunos estudios expresan que vivir solo, especialmente en ancianos, conspira con un adecuado control de las enfermedades crónicas, pues la edad les dificulta la adherencia terapéutica. 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.[19]

En cuanto al nivel de escolaridad, los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por Zubeldia y col.[20] (53,9 % con estudios medios completos), pero no hay concordancia con Campos y col.[14] y Ortiz y col.[21] donde la mitad de los hipertensos estudiados no tenían la primaria terminada, evidentemente los resultados dependen del contexto social donde se realiza el estudio y el nivel escolar promedio de la población.

Los trabajadores fueron los que más hipertensos aportaron seguido por las amas de casa y jubilados. Se tiene el criterio de que estos resultados pudieran estar relacionados con el estrés mantenido de la vida diaria, la inactividad física y el acceso a comidas no saludables.[22] Estos resultados concuerdan con otros estudios.[12,23]

Las brechas de acceso a los servicios de salud han sido descritas por otros autores, un sistema de salud es más exitoso en la medida en que pueda mantener a las personas sanas, o en caso de enfermar, tengan acceso a esos servicios.[8]

El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud. El sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales a través del acceso equitativo a los servicios de atención.[24]

El hecho de que un número importante de personas no fueran seguidos por su médico de familia, evidencia una brecha, ya que una necesidad de salud debería ser el control y seguimiento de su enfermedad.

Arrivillaga y cols.[25] definen esto como las que provienen del propio individuo, consistiendo en una serie de factores de carácter interno, tomando como referencia experiencias anteriores donde no fue atendido o le indicaron

un tratamiento determinado y que en la actualidad puede ser igual.

En un estudio realizado en Brasil los principales motivos para la no atención fueron, la falta de tiempo y falta de dinero por el coste de la consulta. En Colombia demoras en la atención para conseguir una cita y problemas con la gestión de la afiliación.[26]

El nivel primario de atención (NPA), es la entrada "ideal" a los servicios de salud, este debe resolver entre el 80 y 90% de las situaciones de salud de la población,[10] no obstante, un número importante de individuos decidió acudir al nivel secundario o terciario para atenderse, si se pretende un análisis integral, el nivel primario sería mejor. Este aspecto está directamente relacionado con el motivo de consulta.

El tiempo de demora para llegar al servicio de salud contrasta con los resultados obtenidos por Hautecoeur[27] en Guatemala donde la población indígena debe caminar hasta 5 horas para ser vista por un facultativo. Sin embargo, Figueroa y Cavalcanti[28] en Brasil refieren que el 77 % los encuestados tardó menos de 15 minutos en llegar, resultados similares a los de este estudio donde la distribución espacial de los servicios no significa una barrera.

El tiempo en sala de espera para recibir atención médica puede resultar otra brecha para la utilización de los servicios y limitar el acceso, en el caso de esta investigación, el 65 % tuvo que esperar menos de 30 minutos. En Brasil[26] la media de espera fue de 50 minutos y en Colombia entre 50 y 70 minutos. Pashanaste y Pinedo[29] en Iquitos, Perú, refieren que más del 50% debe esperar entre 1 y 2 horas para ser atendidos.

La satisfacción de la población es una meta del sistema de salud cubano, resulta preocupante que más de la mitad de los entrevistados aseveraron estar insatisfechos con la atención recibida, este es un aspecto que debe ser evaluado a profundidad, ya que esta insatisfacción es una brecha para el acceso a los servicios de salud.

Según Tanahashi[30] "(...) para alcanzar una cobertura efectiva con equidad, las barreras deben ser reconocidas en dos direcciones: identificando a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad y en qué etapas del proceso ocurren con mayor frecuencia, para dirigir las intervenciones a los "cuellos de botella específicos..." en las personas entrevistadas una solución frecuente fue acudir a los servicios de urgencia.

Es necesario educar a la población en este sentido, pero los proveedores de salud deben crear las condiciones para que las personas piensen primero en su médico de familia, garantizando en primer lugar la presencia del médico y la enfermera, con estabilidad, equipamiento necesario y una preparación adecuada.

La dispensarización de hipertensos está lejos de la prevalencia demostrada, lo que afecta la detección, tratamiento y control de estos casos.[12] Esta brecha tiene solución relativamente fácil en un sistema de salud como el de Cuba. Al inicio de la investigación, para la selección se listó nominalmente de las historias de salud familiar, la totalidad de los hipertensos y se tomaron algunos datos adicionales. Esto facilitó la comparación entre lo que se encontraba dispensarizado por el médico de familia y la información ofrecida por los entrevistados e identificar brechas de diagnóstico.

El consumo de cigarrillos aumenta en las personas el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular, al promover la arteriosclerosis y aumentar los niveles de factores de la coagulación como el fibrinógeno. El alquitrán y otras sustancias químicas dañan los vasos sanguíneos y la nicotina aumenta el ritmo cardiaco y la presión arterial.

El tabaquismo en esta investigación fue del 22,5%, cifras similares reportan otros autores.[20,21] Llama la atención que acorde a la dispensarización facilitada por los médicos de familia, la prevalencia en estas personas era de 11,3%.

El consumo moderado de alcohol puede brindar cierta protección contra el infarto cardiaco y los ataques cerebrovasculares, sin embargo, la ingestión diaria o semanal incide negativamente. En las historias de salud familiar no aparecen la frecuencia de consumo pues está establecido que solo se dispensaricen los que consumen diariamente. En la entrevista se identificó que 5,6% consumía diariamente, lo que contrasta con el 2,3% registrado en los consultorios. Esta cifra es superior al 3,1% reportado por Bayray y col. en Etiopia.[23]

La realización del ejercicio físico incrementa la capacidad funcional de quienes lo practican, alivia los síntomas y disminuyen el consumo de medicamentos, sin embargo, no se tiene en cuenta en la dispensarización. En los resultados de la entrevista el 54,7% son sedentarios. Cifras inferiores son reportadas por Ortiz y col.[21] mientras Zubeldia[20] y Bayraray[23] notifican 93 y 97 % respectivamente.

En la investigación no hubo brechas en cuanto a comorbilidades como la diabetes mellitus, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, dislipidemias e insuficiencia renal. Sin embargo, la obesidad no estaba contemplada en las historias de salud familiar, por el reporte de los entrevistados se encontró un 15,5% Otros estudios muestran cifras superiores a estas.[20, 21, 29, 31]

El control del riesgo cardiovascular comienza con el diagnóstico de sus factores de riesgo de forma individualizada, por lo que una dispensarización acertada de todos los padecimientos y factores de riesgo asociados, es importante.

Un aspecto a tener en cuenta es el alto porcentaje de personas con diagnóstico de menos de un año (48,6%), Campos y col.[14] en México reportan 20,6%. Esto pudiera indicar que anteriormente no se estaba cumpliendo con lo orientado en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.[32]

Para que un hipertenso esté controlado, es imprescindible que cumpla tanto con el tratamiento farmacológico como no farmacológico, los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de su importancia. La educación debe ser la orientación fundamental en las consultas de seguimiento, por el contrario es el eslabón más débil en la cadena de atención integral al paciente hipertenso.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se debe tener en cuenta que este se indica en dependencia del criterio médico, cuando no se logra alcanzar las metas de control que se habían acordado. La elección del fármaco a utilizar debe ser individualizada.

Los fármacos de primera línea son los diuréticos. Los diuréticos tiazídicos, los IECA y los betabloqueadores que se tienen en gran estima y son considerados fármacos de elección en la HTA.[4-7] Es positivo entonces que esta investigación haya revelado a estos tres grupos de fármacos como los más utilizados.

Londoño y col.[31] reportan que los medicamentos más frecuentemente utilizados en su estudio en Cárdenas y Santiago de Cuba fueron los IECA, seguido por los diuréticos y betabloqueadores, en ese orden.

Por lo general, en el tratamiento de cualquier enfermedad se intenta utilizar la menor cantidad de medicamentos o combinación de ellos. El 42,1% de los entrevistados tomaban dos medicamentos. La combinación de IECA con diuréticos ahorradores de potasio fue uno de los errores encontrados ya que pueden ocasionalmente aumentar de forma peligrosa, los niveles séricos de este ión.[4]

El poco uso de IECA en personas con insuficiencia renal (solo 2 de 9), fue otra brecha en el tratamiento, además del no uso de bloqueadores de los receptores de angiotensina, por no encontrarse disponibles dentro del cuadro nacional de medicamentos los que hoy en día son muy recomendados para este tipo de paciente.[4,5]

En cuanto a la adherencia terapéutica estos resultados (50,7%) coinciden con lo encontrado por Londoño y col. (48,9%)[31] mientras Aid[33] reporta cifras menores (39,7%).

En el tratamiento existieron brechas que conspiran en el control del paciente, las barreras en el conocimiento médico es una de ellas, utilizando combinaciones de medicamentos no recomendadas por incrementar el riesgo cardiovascular así como el uso de fármacos a dosis por debajo del tiempo de su vida media en sangre.

Además se detectaron brechas en el propio sistema de salud al no disponer de medicamentos de última generación que tienen efectividad probada en determinadas enfermedades que se asocian a la hipertensión o que son complicaciones de ella.[4,6,7] La adherencia terapéutica debe ser una meta a seguir, en aras del control del paciente. Diversos factores pueden incidir, desde los que dependen del médico, el paciente y hasta del propio sistema de salud.[11]

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de

progresión de la enfermedad o crisis. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de sus funciones sociales, laborales y personales.

El fin del tratamiento en un paciente hipertenso es llevarlo a su cifra meta, en este estudio el 56,6% de los hipertensos están controlados, lo que coincide con Londoño[31] (58 %) y son cifras superiores a las reportadas en la III ENFR[12] (49,2 %), en México[14] (45,6 %) y en Etiopia[23] (40,1 %).

El control del 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 indicaciones médicas, pero ese cambio solo puede iniciarse mediante una comunicación eficaz. La función básica de la comunicación sanitaria es cerrar la brecha existente entre los expertos técnicos, en este caso los facultativos y el público en general o personas enfermas. Esta es eficaz cuando es capaz de crear conciencia, mejorar los conocimientos e inducir cambios a largo plazo de los comportamientos individuales y sociales, lo que en este caso se traduce en el consumo de alimentos sanos, la incorporación de la actividad física, el seguimiento adecuado del tratamiento farmacológico y no farmacológico y prevenir las complicaciones. Una comunicación sostenida y bien focalizada permitirá a las personas hipertensas informarse mejor y elegir las opciones más saludables.

Lo importante de caracterizar estas brechas es que permite a los administrativos y hacedores de políticas de salud, identificar dónde se encuentran las principales limitantes para establecer los correctivos y garantizar la utilización de los servicios.

En el área de salud estudiada las principales brechas identificadas que afectan el manejo integral de las personas hipertensas están relacionadas con el acceso a los servicios de salud, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control. Las brechas en el acceso estuvieron relacionadas con la no percepción por parte de los usuarios de los servicios médicos como medio para satisfacer la necesidad de atención y la elección de los servicios de urgencia como centros de referencia, ambas consecuencias de la inestabilidad o falta de permanencia del personal sanitario, lo que implicó insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido y la no solución de sus problemas de salud. La principal brecha en el diagnóstico fue la inadecuada dispensarización y la no caracterización correcta de los factores de riesgo que condicionan la enfermedad. Siendo necesario políticas en salud que disminuyan su impacto en la población y promuevan estilos de vida saludables. Se evidenció desconocimiento médico en el uso de combinaciones de medicamentos y las dosis establecidas, así como, su falta en el cuadro de medicamentos. La baja adherencia al tratamiento es un reflejo de estos hallazgos y constituye la principal brecha en el tratamiento. La baja adherencia al tratamiento y el seguimiento deficiente a las personas hipertensas fueron las causas principales del alto por ciento de individuos con cifras de presión arterial no controladas, elementos imprescindibles en la prevención de complicaciones y eslabón necesario en su manejo integral, lo que constituye una falla del programa.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

**Contribución de los autores:**

Idea conceptual: Armando Rodríguez Salvá.

Análisis estadístico: René García Roche, **Alejandra Piña Alonso.**

Revisión de la literatura: Armando Rodríguez Salvá, **Alejandra Piña Alonso**.

Escritura del artículo: Armando Rodríguez Salvá.

Revisión crítica: **Alejandra Piña Alonso,** Addys Díaz Piñera, René García Roche, Susana Balcindes Acosta.

**Financiación:** Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organizacion Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 12 Mar 2019]. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/principales-noticias/1763-informe-mundial-sobre-enfermedades-no-transmisibles-2014

2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018;392(10):1789-858

3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Washington: OPS; 2014 [citado Mar 12]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/35010

4. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison C, Handler J, et al. 2014 Evidence based-guideline for the management of high blood pressure in adults. Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-20

5. 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 [revista en Internet]. 2017 [citado 12 Mar 2019];56(4):[aprox. 20p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf

6. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison CH, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):13-e115

7. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC); European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol [revista en Internet]. 2019 [citado 12 Mar 2019];72(2):[aprox. 18p]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.recesp.10.1016/j.recesp.2018.11.022

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington: OPS; 2014 [citado 12 Mar 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

9. García I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MR, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Soc Sci Med. 2014;106(1):204-13

10. 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

11. 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. Revista Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 [citado 12 Mar 2019];41(1):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf

12. 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

13. TRUE Consortium. Recommended standards for assessing blood pressure in human research where blood pressure or hypertension is a major focus. J Clin Hypertens (Greenwich). 2017;19(2):108-13

14. Campos I, Hernández L, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública Mex [revista en Internet]. 2018 [citado 21 Ene 2019];60(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/8813/11502

15. Osorio EJ, Amariles P. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev Colomb Cardiol [revista en Internet]. 2018 [citado 14 May 2019];25(3):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331830024X

16. del Sueldo M, Vicario A, Cerezo GH, Miranda G, Zilberman J. Hipertensión arterial, menopausia

y compromiso cognitivo. Rev Colomb Cardiol [revista en Internet]. 2018 [citado 14 May 2019];25(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331730253X

17. Alonso A, Acosta M, Peña AP, Santeiro LD, Alvelo O, López MA. Repercusión de algunos factores de riesgo sobre el daño a órganos diana en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2014 [citado 14 May 2019];30(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100010

18. Flores I. Hipertensión arterial en personas de raza negra. Rev Med Siner [revista en Internet]. 2016 [citado 14 May 2019];1(3):[aprox. 4p]. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/23

19. Montes de Oca Y, Samón M, Cuza Y, Maynard RE, Gámez L. Algunas consideraciones teóricas acerca de los factores de riesgo psicosociales y su relación con la hipertensión arterial. Revista Información Científica [revista en Internet]. 2013 [citado 14 May 2019];77(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/873

20. Zubeldia L, Quiles J, Manes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet]. 2016 [citado May 14];90(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272016000100406

21. Ortiz R, Torres M, Peña S, Alcántara V, Supliguicha M, Vásquez X, et al. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo. Ecuador. Rev Latinoam Hiperten [revista en Internet]. 2017 [citado 14 May 2019];12(3):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1702/170252187004.pdf

22. Vieco G, Caraballo D, Abello R. Factores de riesgo psicosocial de origen ocupacional, estrés y enfermedad coronaria. Psicol Caribe [revista en Internet]. 2018 [citado 14 May 2019];35(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/8542/11153

23. Bayray A, Meles KG, Sibhatu Y. Magnitude and risk factors for hypertension among public servants in Tigray, Ethiopia: A cross-sectional study. PLoS ONE. 2018;13(10):e0204879

24. Sánchez DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [revista en Internet]. 2017 [citado 10 Jun 2019];55(1):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf

25. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VM. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gaceta Sanitaria [revista en Internet]. 2016 [citado 10 Jun 2019];30(6):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/gs/2016.v30n6/415-420/es/

26. García I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Social Science & Medicine [revista en Internet]. 2014 [citado 10 Jun 2019];106(1):[aprox. 9p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576647

27. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud Pública Mex [revista en Internet]. 2007 [citado 10 Jun 2019];49(2):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/106/10649202/1

28. Figueroa D, Cavalcanti GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Enferm Glob [revista en Internet]. 2014 [citado 10 Jun 2019];13(33):[aprox. 11p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013

29. Pashanaste DD, Pinedo LP. Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2015 [Internet]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana (UNAP); 2016 [citado 10 Jun 2019]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNA

P/3314

30. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303

31. Londoño L, 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):29

32. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. La Habana: ECIMED; 2011 [citado 22 Jun 2019]. Disponible en: https://cuba.campusvirtualsp.org/programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia-para-el-sistema-de-salud-cubano

33. Aid J. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios de un hospital urbano. Rev Virt Soc Parag Med Int [revista en Internet]. 2015 [citado 22 Jun 2019];2(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2015.02(02)43-051