

La dispensarización de pacientes hipertensos en el Policlínico “Rafael Echezarreta”

The classification of hypertensive patients at "Rafael Echezarreta" Polyclinic

Leonardo A. Cuesta Mejías^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2706-2688>

Damaisy Pérez Reyes² <https://orcid.org/0000-0001-7162-8944>

¹Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

²Policlínico “Rafael Echezarreta” de San José de Las Lajas. Mayabeque.

*Autor para la correspondencia: leonardo.cuesta@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Uno de los principales problemas de salud que afectan a la población de Cuba y del mundo es la hipertensión arterial. En San José de Las Lajas aparece dispensarizada como hipertensa el 14 % de su población, pero se observan múltiples deficiencias en su dispensarización.

Objetivo: Determinar la situación de la dispensarización de las personas que padecen hipertensión arterial en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del policlínico “Rafael Echezarreta” del municipio San José.

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva rápida de corte transversal, en enero de 2020. Se revisaron las historias clínicas individuales de una muestra de 379 pacientes hipertensos, que representaron el 11 % de los 3446 hipertensos registrados en el policlínico.

Resultados: Solo cerca del 20 % de los hipertensos estaba dispensarizados. A excepción de los grupos de edades extremas, en el resto predominó el sexo femenino. Con el aumento de la edad aumentó la proporción de pacientes hipertensos. Ninguno de los pacientes tenía evidencia registrada en su historia clínica de haber sido atendido en los últimos cuatro meses y casi el 68 % del total no había sido visto hacía más de un año.

Conclusiones: La dispensarización mantiene insuficiencias que no garantizan atención médica integral a la población, no se cumple la frecuencia mínima de evaluación establecida para cada grupo dispensarial y el método clínico presenta fallas en su aplicación. Por lo que se puede afirmar que existe un número potencial de pacientes hipertensos aún sin controlar.

Palabras clave: dispensarización, enfermedades crónicas no trasmisible, hipertensión arterial.

ABSTRACT

Introduction: One of the main health problems that affect Cuban and worldwide population is high blood pressure. In San José de Las Lajas municipality, 14% of its population appears to be hypertensive, but there are multiple deficiencies in its classification.

Objective: To determine the situation of the classification of people suffering from arterial hypertension in the Family Doctor's Offices belonging to "Rafael Echezarreta" polyclinic, San José municipality.

Methods: A rapid cross-sectional descriptive research was conducted in January 2020. The individual medical records (HCIs) of a sample of 379 hypertensive patients were reviewed, representing 11% of the 3446 hypertensive patients registered in the polyclinic.

Results: Only about 20% of hypertensive patients were classified. With the exception of the extreme age groups, the female sex predominated in the rest. With increasing age, the proportion of hypertensive patients increased. None of the patients had evidence recorded in their medical records of having been attended in the last four months and almost 68% of the total had not been attended more than a year ago.

Conclusions: The classification has insufficiencies that do not guarantee comprehensive medical care to the population, the minimum frequency of evaluation established for each classification group is not met and the clinical method presents failures in its application. So it can be said that there is a potential number of hypertensive patients still uncontrolled.

Keywords: classification; chronic non-communicable diseases; high blood pressure.

Recibido: 16/10/2020

Aceptado: 14/04/2021

Introducción

Las enfermedades crónicas, por su alta incidencia y prevalencia constituyen un problema de salud alarmante para la humanidad. Entre las cuales se encuentran las afecciones vasculares del corazón y el cerebro, los tumores malignos y la enfermedad renal crónica que se reportan como principales causas de muerte en el mundo. Desde los años 70 del pasado siglo, en Cuba, esto también es una realidad.⁽¹⁾ En el 2018, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba fue la más elevada con 769,8 fallecimientos por cada 100 000 habitantes.⁽²⁾ Uno de los principales problemas de salud que afectan a la población cubana y del mundo es la hipertensión arterial (HTA), no solo por sus tasas de incidencia y prevalencia sino por las consecuencias que provoca y las complicaciones que puede acarrear. La prevalencia de la hipertensión arterial a nivel mundial oscila entre el 30 % y el 45 % de la población general, independiente de la zona geográfica o el nivel económico del país.^(3,4) Según datos de la III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles realizada en 2010 y 2011,⁽⁴⁾ la prevalencia de hipertensión arterial en Cuba es del 30,9 % en personas de 15 años o más de edad. Esto significa que hay 2,6 millones de personas con hipertensión arterial, sin diferencias significativas en el sexo. A medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia de manera que a partir de los 55 años de cinco a seis personas de cada 10 tienen cifras de presión arterial elevadas. Es de suponer que una gran cantidad de individuos no se encuentran notificados, pues muchos de ellos no reciben tratamiento, al igual que un número significativo de ellos no está controlado.⁽⁵⁾ Se requiere un avance sustancial en el manejo clínico de las enfermedades no transmisibles, donde resultan críticos, entre otros factores, mejorar las tasas de control de la hipertensión, extender la cobertura de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de las prestaciones para las personas con diabetes y enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Igualmente, se necesita la detección precoz eficaz de los tumores malignos prevenibles, con tratamientos oportunos y estandarizados.⁽⁶⁾ En el municipio San José se ha determinado la existencia de más de 11 000 pacientes que padecen hipertensión arterial, lo que representa alrededor del 14 % de la población total, según información obtenida en el Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Salud de este territorio. Hoy, la dispensarización de estos pacientes no se desarrolla como un proceso que comprende el registro y la evaluación periódica de los individuos y la familia,

y la intervención en su estado de salud como establece el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, vigente en nuestro país desde el 2011.⁽⁷⁾ Persisten las deficiencias en la aplicación del método clínico y la evaluación de manera general, entre las que se incluye la no estratificación del riesgo cardiovascular total, de acuerdo con los criterios recomendados en la “Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial” de la Comisión Nacional Técnico Asesora del Minsap para el programa de control de esta afección.⁽⁸⁾

El objetivo del estudio fue determinar la situación de la dispensarización de las personas que padecen de hipertensión arterial en los consultorios del médico y la enfermera de la familia en el policlínico “Rafael Echezarreta” del municipio San José de las Lajas.

Métodos

Se realizó una investigación descriptiva rápida (investigación para obtener resultados en corto tiempo, para tomar decisiones o modificar estado de procesos) de tipo corte transversal, en enero de 2020. Se revisaron las historias clínicas individuales (HCI) de una muestra de 379 pacientes hipertensos, 11 % de los 3446 hipertensos registrados en el policlínico. La muestra fue distribuida entre 8 CMF, escogiéndose al azar 50 HCI en 7 de ellos y 29 en el resto.

Criterio de inclusión: que, al revisar la historia clínica individual, apareciera reflejado el diagnóstico de hipertensión arterial en al menos una de las evaluaciones clínicas realizadas al paciente, no solo en la carátula de la HCI.

Criterio de exclusión: que no apareciera reflejado el diagnóstico de hipertensión arterial en ninguna de las evaluaciones registradas en la HCI.

En una base de datos confeccionada al efecto se registró la información recogida en las HCI revisadas en relación con la edad, sexo, enfermedades asociadas, fecha en que se recoge la última consulta, evidencia registrada de toma de tensión arterial (TA) y de tratamiento medicamentoso reflejado. Como criterio para considerar a los pacientes hipertensos como dispensarizados se asumió que se hubiera atendido en el último año, es decir que hiciera al menos un año de haber sido atendido y que existiera el registro en su HCI de toma de la tensión arterial en esa ocasión.

En relación con los aspectos éticos, se tuvo en cuenta que se trabajó con documentos médico-legales como historia clínica individual (HCI) de los estudiados y que estos son custodiados bajo la responsabilidad de los equipos básicos de salud de los consultorios del médico y enfermera de la familia (CMF). Se obtuvo el consentimiento informado de al menos uno de los integrantes del equipo, aunque en la mayoría, fue de ambos integrantes. En el diálogo con ellos se acordó revisar las HCI de los hipertensos en el propio CMF, y hacer uso de la información recogida solo con los fines de esta investigación.

Resultados

Se evidencia un franco predominio del sexo femenino, 230 hipertensas (60,7 %), en relación con el sexo masculino, 149 hipertensos (39,3 %) (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los hipertensos estudiados por edad y sexo

Edad	Sexo						Total	
	F	Grupo (%)	Total (%)	M	Grupo (%)	Total (%)	N	%
15-19	---	---	---	---	---	---	N	%
20-29	3	50,0	0,79	3	50,0	0,79	6	1,58
30-39	3	33,3	0,79	6	66,7	1,58	9	2,37
40-49	20	64,5	5,27	11	35,5	2,90	31	8,17
50-59	39	56,5	10,29	30	43,5	7,91	69	18,20
60-69	54	62,1	14,24	33	37,9	8,70	87	22,95
70-79	75	61,0	19,78	48	39,0	12,66	123	32,45
80-89	32	71,1	8,44	13	28,9	3,43	45	11,87
90 y +	2	40,0	0,52	3	60,0	0,79	5	1,31
Sin edad	2	50,0	0,52	2	50,0	0,52	4	1,05
Total	230	---	60,7	149	---	39,3	379	100,0

F: femenino, M: masculino.

Con excepción de los grupos extremos de las edades, de 15 a 19 años y más de 90 años en el resto de los grupos predominó el sexo femenino.

Es evidente que la hipertensión arterial es más frecuente a medida que incrementa la edad de las personas, siendo los grupos más afectados los de 50-59, 60-69 y 70-79 años.

Hay dos elementos que se deben resaltar con mayor énfasis. El primero de ellos es el hecho de que ninguna de las historias clínicas revisadas de los hipertensos estudiados mostró

evidencia de que se hubieran visto en los últimos cuatro meses. El otro elemento es que el 67,8 % (257) de los hipertensos hacía más de un año que no era atendido por el equipo básico de salud (EBS), según sus historias clínicas individuales y 12 pacientes no habían sido vistos nunca por el EBS (Tabla 2).

Tabla 2 - Fecha de última consulta de control a los hipertensos estudiados

Fecha de última consulta*	Femenino		Masculino		Total-	%-
	No.	%	No.	%		
Menos de 4 meses	---	---	---	---	---	---
Más de 4 meses y menos de 6 meses	6	85,7	1	14,3	7	1,8
Más de 6 meses y < 1 año	64	62,1	39	37,9	103	27,2
Subtotal (< 1 año)	70	63,6	40	36,4	110	29,0
≥ 1 año	154	60,0	103	40,0	257	67,8
Subtotal	224	61,0	143	38,9	367	96,8
No vistos	6	50,0	6	50,0	12	2,6
Total	230	100,0	149	100,0	379	100,0

*Última fecha que registra la evidencia de toma de presión arterial en consulta.

No hubo evidencia de la toma de presión arterial en el 29 % (110) de los pacientes estudiados. De ellos, el 89,1 % (98) no lo tenían reflejado en la última consulta que aparecía en la HCI, y el 10,9 % (12) no existía evidencia en sus HCI que hubieran sido consultados alguna vez (Tabla 3).

Tabla 3 - Evidencia de toma de presión arterial y fecha de la última consulta sin esta evidencia

Evidencia de toma de presión arterial	Femenino		Masculino		Total	%
	No.	Grupo (%)	No.	Grupo (%)		
Evidencia de toma de presión arterial en la última consulta						
Existe	169	62,8	100	37,2	269	71,0
No existe	61	55,5	49	44,5	110	29,0
Total	230	60,7	149	39,3	379	100,0
Fecha de última consulta sin evidencia de la toma de presión arterial						
Menos de 4 meses	-	-	-	-	-	-
Más de 4 a menos de 6 meses	2	66,7	1	33,3	3	2,7
Más de 6 a menos de 12 meses	13	44,8	16	55,2	29	26,4
Más de 12 meses	40	60,6	26	39,4	66	60,0
No vistos	6	50,0	6	50,0	12	10,9
Total	61	55,5	49	45,5	110	100,0

El 58,3 % (221) tenía al menos una enfermedad asociada a la hipertensión arterial y el 9,5 % (36) tenía dos o más enfermedades asociadas (Tabla 4). La diabetes mellitus se presentó en 23 casos de aquellos que tenían dos enfermedades asociadas y en un caso de los que padecían de 3 enfermedades, por lo cual un total de 105 hipertensos (27,7 %) son al mismo tiempo diabéticos.

Tabla 4 - Enfermedad crónica asociada en los hipertensos estudiados

Hipertensos con enfermedad crónica asociada	N	Grupo (%)	Total (%)
Con enfermedad asociada	221	100,0	58,3
Con una enfermedad asociada	185	83,7	48,8
— Diabetes mellitus	81	43,7	21,4
— Cardiopatía isquémica	39	21,1	10,3
— Obesidad	24	13,0	6,3
— Hiperlipidemia	4	2,2	1,1
— Insuficiencia renal crónica	5	2,7	1,3
— Insuficiencia cardiaca	2	1,1	0,5
— Accidente vascular encefálico	3	1,6	0,8
— Asma bronquial	27	14,6	7,1
Con dos enfermedades asociadas	35	15,8	9,2
— Una de ellas la diabetes mellitus	23	65,7	6,1
Con tres enfermedades asociadas	1	0,5	0,3
— Una de ellas la diabetes mellitus	1	100,0	0,3
Sin enfermedad asociada	158	100,0	41,7
Total	379	---	100,0

El 53,8 % (204) de los casos tenía establecido tratamiento medicamentoso, según lo que se recogía en su HCl. En el 46,2 % (175) no se reflejaba si estaban utilizando algún medicamento. Las combinaciones más indicadas fueron captopril + clortalidona en 26 casos (12,7 %) y enalapril + clortalidona en 16 pacientes (7,8 %) (Tabla 5).

Tabla 5 - Tratamiento medicamentoso de los hipertensos estudiados

Tratamiento	Sexo						Total		
	Femenino	Grupo (%)	Total (%)	Masculino	Grupo (%)	Total (%)	No.	Grupo (%)	Total (%)
Medicamentoso	135	66,2	35,6	69	33,8	18,2	204	100,0	53,8
Con un solo medicamento	---	---	---	---	---	---	94	46,1	24,8
Enalapril	---	---	---	---	---	---	30	14,7	7,9
Captopril	---	---	---	---	---	---	29	14,2	7,7
Clortalidona	---	---	---	---	---	---	14	6,9	3,7
Hidroclorotiazida	---	---	---	---	---	---	7	3,4	1,8
Atenolol	---	---	---	---	---	---	5	2,5	1,3
Nifedipino	---	---	---	---	---	---	4	1,9	1,1
Otro	---	---	---	---	---	---	5	2,5	1,3
Con dos medicamentos	---	---	---	---	---	---	98	48,0	25,9
Captopril/clortalidona	---	---	---	---	---	---	26	12,7	6,9
Enalapril/clortalidona	---	---	---	---	---	---	16	7,8	4,2
Enalapril/hidroclorotiazida	---	---	---	---	---	---	8	3,9	2,1
Captopril/hidroclorotiazida	---	---	---	---	---	---	8	3,9	2,1
Clortalidona/anlodipino	---	---	---	---	---	---	6	2,9	1,6
Clortalidona/atenolol	---	---	---	---	---	---	4	2,0	1,1
Hidroclorotiazida/atenolol	---	---	---	---	---	---	4	2,0	1,1
Espironolactona/captopril	---	---	---	---	---	---	4	2,0	1,1
Otra asociación de dos	---	---	---	---	---	---	22	10,8	5,8
Con tres medicamentos	---	---	---	---	---	---	11	5,4	2,9
Con cuatro medicamentos	---	---	---	---	---	---	1	0,5	0,3
Sin tratamiento medicamentoso	95	54,3	25,1	80	45,7	21,1	175	100,0	46,2
Total	230	100,0	60,7	149	100	39,3	---	---	---

Discusión

En los resultados se evidencia que hubo un predominio del sexo femenino mayor que en otros estudios revisados.⁽⁹⁾ La III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles realizada entre el 2010 y 2011⁽⁴⁾ no encontró diferencias entre los sexos. Los resultados coinciden con el criterio de que la hipertensión arterial es más frecuente a medida que aumenta la edad de los pacientes.⁽¹⁰⁾

Es muy importante hacer referencia a que en ocasiones erróneamente se asume el indicador de pacientes dispensarizados como todos aquellos que aparecen en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos por el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.⁽⁷⁾ A la vez, que se dan como no dispensarizados solo aquellos que no fueron incluidos en ninguno

de los cuatro grupos de referencia, generalmente porque no han sido evaluados por los EBS, sin tener en cuenta otros criterios esenciales para la dispensarización. Por ejemplo, el cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación y su calidad.

Atendiendo al hecho de que no se registra en las HCI ningún control con menos de cuatro meses de realizado, y de acuerdo con los criterios de la dispensarización individual establecidos, el total de los hipertensos incluidos en el presente estudio no se encontraban dispensarizados. Esto se debe a que no cumplían con la frecuencia mínima de evaluación, lo cual es uno de los elementos esenciales para considerar a una persona como tal.

En el estudio se asumió como dispensarizados a aquellos casos que hubieran sido atendidos en el último año, es decir que tuvieran menos de un año de haber sido evaluados, y que además en esa última ocasión se hubiera registrado la toma de tensión arterial en la HCI. En cualquier paciente debe tomarse la tensión arterial, por lo que es inaceptable que no se haga en paciente hipertenso. Teniendo en cuenta estos requisitos y a pesar de la flexibilidad adoptada en esta evaluación, en relación con la dispensarización, solo pudieron considerarse como dispensarizados el 20,6 % (78) del total de 379 hipertensos estudiados, lo cual es una cifra inferior a la reportada en un estudio anterior.⁽¹¹⁾

En cuanto a los que llevaban más de un año sin que fueran atendidos y aquellos que fueron vistos en el último año los resultados fueron superior a los reportados en la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles.⁽⁴⁾ Tanto en los que llevaban más de un año sin ser atendidos como en aquellos que fueron visto en el último año, se le tomó la tensión arterial al 71 % de los estudiados. En ambos casos fue superior a lo encontrado en la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles, 3 y 1,5 veces, respectivamente.⁽⁴⁾

La asociación de otras enfermedades crónicas con la hipertensión arterial es un elemento que determina un grupo de dificultades en el seguimiento y control de estos pacientes. Generalmente incrementa su riesgo cardiovascular, la posibilidad de daño en órganos diana se ve multiplicada y la aparición de complicaciones sigue la misma tendencia. Todo esto hace que el tratamiento de estas personas se torne más complejo. Por lo que se incrementa la necesidad de modificaciones importantes y urgente en los estilos de vida de estas personas hacia estilos de vida lo más saludable posible.

La casi obligatoriedad de acordar tratamientos medicamentosos con uno o más medicamentos para cada una de las diferentes afecciones que puede sufrir la persona es una realidad incuestionable. Lograr la adherencia a los tratamientos se convierte prácticamente en algo cercano a lo imposible. En el presente estudio no existen, prácticamente, diferencias entre los pacientes que consumen un solo medicamento y los que están tomando dos como tratamiento, 46 % y 48 %, respectivamente. Hay otros trabajos que la proporción de hipertensos tratados con dos medicamentos fue muy similar,⁽⁹⁾ en otros estudios son los casos que predominan.⁽¹⁰⁾ Los resultados reportan que los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) contrario a lo encontrado en la revisión de otro estudio.⁽¹²⁾

Por su parte, la cardiopatía isquémica es una de las enfermedades que más se asocia a la hipertensión arterial,^(9,10,12) aunque en el presente estudio fue la diabetes mellitus. Es altamente contrastante que en los resultados el 46 % de los hipertensos no tenían tratamiento medicamentoso.

Se puede concluir que existen problemas con la dispensarización de los hipertensos relacionados con su seguimiento, no se cumple la frecuencia mínima de evaluación atendiendo al grupo dispensarial al que pertenecen en ninguno de los casos, al igual que con la aplicación del método clínico, que define la calidad de las evaluaciones a realizar. Por lo que se puede afirmar que existe un número potencial de pacientes hipertensos aún sin controlar. Es necesario que los integrantes de los equipos básicos de salud comprendan el valor que tiene la dispensarización para mejorar la salud de sus pacientes. Parte de la solución a este problema se encuentra en perfeccionar la capacitación de estos grupos de trabajo, a la vez que los profesores aumenten sus exigencias y control sobre el tema.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa-Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay. 2018 [acceso 27/04/2022];8(1):66-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100008&lng=es
2. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Anuario Estadístico de Salud. 2018. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019 [acceso 27/04/2022]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

3. Espinosa-Brito A. La hipertensión arterial: aunque no lo parezca, un problema complejo. Revista Finlay. 2011 [acceso 27/04/2022];1(1). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/20>
4. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [acceso 27/04/2022]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/indicep.htm
5. Berenguer Guarnaluses LJ. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN. 2016 [acceso 27/04/2022];20(11):2434-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es
6. Landrove Rodríguez O, Morejón Giraldoni A, Venero Fernández S, Suárez Medina R, Almaguer López M, Pallarols Mariño E, *et al.* Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones preventivas para su prevención y control en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e23. DOI: [/1026633/RPSP.2018.23](https://doi.org/10.1026633/RPSP.2018.23)
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Hipertensión arterial. Guía para el diagnóstico, evaluación y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [acceso 27/04/2022]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/hipertension-arterial-guia-para-el-diagnostico-evaluacion-y-tratamiento/>
9. García Leal Z, Junco González I, Cárdenas Cabrera M, García Veloz M, Rodríguez Masó YC. Caracterización Clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el consultorio médico 24. Rev Ciencias Médicas. 2013 [acceso 27/04/2022];17(4):84-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400010&lng=es
10. González-Rodríguez R, Lozano-Cordero J, Aguilar-Méndez A, Gómez-Domínguez O, Díaz-Llanes M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017 [acceso 27/04/2022];33(2). Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/350>

11. Cuesta Mejías LA. La dispensarización en el policlínico universitario docente de Playa un año después de la reorganización. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(1):42-9
12. López Báster J, Diéguez Martínez M, Rodríguez Hernández R, Miguel-Soca PE. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017 [acceso 27/04/2022];33(1):3-19
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100002&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.