

Manejo y control de pacientes hipertensos

Management and control of the hypertensive patients

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

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

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

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

Armando Seuc Jo¹ <https://orcid.org/0000-0002-2231-0822>

Esteban Londoño³ <https://orcid.org/0000-0003-3254-3651>

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

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

³ Facultad de Medicina, Universidad del CES. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

*Autor para la correspondencia: addysdiaz1966@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial es la afección de salud más común a nivel internacional y uno de los principales factores de riesgo en otras enfermedades. Su seguimiento adecuado, tratamiento continuo y adherencia terapéutica constituyen elementos importantes para su control y prevención ante determinadas complicaciones.

Objetivo: Identificar factores relacionados con el control de la presión arterial.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal en una submuestra de hipertensos del policlínico Julio Antonio Mella de Guanabacoa, los cuales fueron encuestados entre septiembre y diciembre de 2019. Se utilizó muestreo por conglomerado bietápico. Se estudiaron 337 personas hipertensas mayores de 35 años de edad.

Resultados: Los hipertensos más controlados fueron los ≥ 65 años de edad ($p \leq 0,03$), los que no trabajaban ($p \leq 0,03$) y los adheridos al tratamiento ($p \leq 0,04$). Sin embargo, ningún valor fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes controlados fue superior a lo reportado por la literatura. Sin embargo, ninguno de los factores estudiados se relacionó, desde el punto de vista estadístico, con el control. La aplicación de medidas orientadas a la modificación de estilos de vida en hipertensos y población en general, la búsqueda activa de nuevos hipertensos, la estrecha relación médico-paciente, el conocimiento actualizado de la terapéutica antihipertensiva por parte de los prestadores, su disponibilidad en la farmacia de forma mantenida, su uso adecuado por el paciente, el seguimiento continuado, entre otros, son factores que pueden contribuir a que se alcancen mejores resultados en el control de esta afección.

Palabras clave: hipertensión; accesibilidad a servicios de salud; continuidad de la atención al paciente; cumplimiento y adherencia al tratamiento, control.

ABSTRACT

Introduction: High blood pressure is the most common condition at the international level and one of the main risk factors for other diseases. Its adequate follow-up, continuous treatment and therapeutic adherence constitute important elements in its control and prevention of complications.

Objective: To identify some factors related to blood pressure control in a hypertensive. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out in a subsample of hypertensive patients from the Julio Antonio Mella

polyclinic in Guanabacoa, who were surveyed between September and December 2019. Two-stage cluster sampling was used. 337 hypertensive people over 35 years of age were studied.

Results: The most controlled hypertensive patients were those ≥ 65 years old ($p \leq 0.03$), those who did not work ($p \leq 0.03$), and those adhered to treatment ($p \leq 0.04$). However, no value was statistically significant.

Conclusions: It is concluded that the percentage of controlled patients obtained was higher than what is usually reported in the literature. However, none of the factors studied were statistically related to control. The application of measures aimed at modifying lifestyles in hypertensive patients and the population in general, the active search for new hypertensive patients, the close doctor-patient relationship, updated knowledge of antihypertensive therapy by providers, its availability in pharmacy maintained, its proper use by the patient, continuous and comprehensive monitoring of this disease, among others, are factors that can contribute to achieving better results in the control of this condition.

Keywords: hypertension; accessibility to health services; continuity of patient care; compliance and adherence to treatment, control.

Recibido: 04/01/2022

Aceptado: 01/11/2022

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte prematura y discapacidad. Sobrecargan los servicios de salud, generando altos gastos sanitarios y afectación en la economía de los países a escala mundial.^(1,2) El número de personas con estas dolencias continúa incrementándose. En la actualidad constituye un importante reto para los sistemas de salud. Para el 2030 se pronostica que causará el 69 % de todas las muertes en el planeta.⁽³⁾

La hipertensión arterial (HTA) es la afección más común de todas ellas y también el principal factor de riesgo para el resto de las ENT. Su prevalencia se relaciona con el aumento progresivo de la expectativa de vida, el crecimiento poblacional, las actividades derivadas de la vida moderna y los fenómenos que acompañan el urbanismo.⁽⁴⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada cinco adultos padece de presión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Las complicaciones derivadas de la HTA causan 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo.⁽⁵⁾

Si se tiene en cuenta su distribución por regiones, se tiene que África ocupa el primer lugar, seguido del Mediterráneo oriental, Asia sudoriental y Europa con mínimas variaciones según el sexo. Se estima que alrededor de 250 millones de personas adultas de la región de las Américas padecen de hipertensión.⁽⁵⁾

En Cuba existen alrededor de 2,6 millones de hipertensos mayores de 15 años de edad. La Habana se encuentra entre las provincias de mayor prevalencia. Durante el 2019 se reportó en esta provincia una prevalencia de HTA de $268,5 \times 10^3$ habitantes; fallecieron 6377 personas por enfermedades del corazón y 2053 por enfermedades cerebrovasculares, dos de las complicaciones más frecuentes por una hipertensión mal controlada. En ese mismo año en todo el país fallecieron 4798 a consecuencia de enfermedades hipertensivas.^(4,6)

Según el informe del Programa de Enfermedades no Transmisibles, el municipio de Guanabacoa para 2019 tenía una prevalencia de hipertensión arterial del 23,1 %, la mortalidad general por enfermedades del corazón se incrementó en comparación con el año anterior; la mortalidad precoz por infarto agudo de miocardio representó el 53,4 % y la enfermedad hipertensiva el 34,8 %. El policlínico "Julio Antonio Mella" fue el que realizó un mayor número de notificaciones de atenciones médicas por estas causas y aportó el 45,6 % del total de los fallecidos, en el grupo de 35 a 70 años.^(a)

Los efectos negativos de la HTA y las enfermedades cardiovasculares (ECV) se incrementaron a nivel global debido al envejecimiento demográfico, el crecimiento poblacional y una mayor exposición de la población a factores de riesgo. Se ha demostrado la relación lineal positiva entre el incremento de la presión arterial y el riesgo cardiovascular. Si su control y atención son apropiados se logra disminuir las cardiopatías isquémicas entre un 20 y 25 % y las enfermedades cerebrovasculares entre un 35 y 40 %.⁽⁷⁾

El fortalecimiento de los servicios de salud y una cobertura sanitaria universal son condiciones esenciales para el desarrollo y cumplimiento adecuado de los programas de salud, pues permiten abordar los diversos obstáculos que interfieren en el proceso de atención y control eficaz de una determinada enfermedad. Estos obstáculos pueden estar relacionados con el paciente, los proveedores de salud, el funcionamiento y accesibilidad a los servicios de salud, así como la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos.⁽⁷⁾

Patel y otros⁽⁸⁾ plantean que para reducir la carga de la HTA es fundamental elaborar y poner en práctica una estrategia de intervención múltiple que cuente con una voluntad política fuerte; debe crearse un entorno en el cual su control sea una prioridad; los interesados directos, así como los proveedores de estos servicios deben estar identificados con el tema, y tener funciones y responsabilidades claramente definidas. Del mismo modo, se promueve la creación de equipos multidisciplinarios de trabajo. Además, se debe establecer metas y objetivos específicos junto con un mecanismo de rendición de cuentas con un plan para el seguimiento y evaluación.

Sin embargo, en todos los contextos del desarrollo social y económico, con distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, incluso en países donde existe cobertura universal, se presentan barreras para el acceso a los servicios de salud, lo que puede interferir con el proceso de atención. Según *Tanahashi*⁽⁹⁾ se debe identificar quiénes acceden o no con mayor dificultad a los

servicios, cuáles son las etapas del proceso donde esas barreras tienen lugar con mayor frecuencia, y ahí dirigir sus intervenciones.

Estudios realizados en Cuba^(10,11,12) han detectado algunas brechas en el proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas como son las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, con énfasis en componentes de tipo organizativos, de funcionamiento y de disponibilidad de recursos, que repercuten en el proceso de atención y calidad de vida de los pacientes, así como en su tratamiento y control.

Por lo anteriormente expuesto y al existir un recrudecimiento del bloqueo económico, comercial y financiero de los Estados Unidos de América. hacia Cuba con repercusión en varios sectores de la economía y la sociedad y en especial el sector salud (carencia de insumos necesarios para la atención médica e inestabilidad en los suministros de materia prima para la producción de medicamentos o dificultades para su compra)⁽¹³⁾ se decidió realizar esta investigación, con el propósito de identificar factores relacionados con el control de la presión arterial.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una submuestra de pacientes hipertensos pertenecientes al policlínico “Julio Antonio Mella” del municipio Guanabacoa entre septiembre y diciembre de 2019.

El universo estuvo representado por 976 hipertensos que fueron estudiados en una investigación previa (2016-2017), pertenecientes a 10 consultorios del médico de familia del área anteriormente citada.⁽¹²⁾ Se seleccionaron por muestreo aleatorio estratificado 332 personas, como referencia se tuvo los resultados de la línea base. Como parámetro a estimar, se utilizó la prevalencia de pacientes no controlados (22 %), se fijó un error absoluto de ± 3 %. La confiabilidad a utilizar fue del 90 % y se consideró un efecto de diseño de 1. Se tuvo en cuenta un incremento del 10 %

considerando posibles pérdidas por traslado, fallecimiento o rechazo. Se estudiaron 337 hipertensos.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: tener 35 años de edad o más (rango etario internacionalmente más utilizado en los estudios epidemiológicos sobre el tema),⁽¹⁴⁾ estar dispensarizados como hipertensos, haber participado en el estudio anterior, dar su consentimiento para formar parte de esta investigación y residir en el área en el momento de la entrevista.

Variables estudiadas

Sociodemográficas:

- Grupos etarios:35-39,40-44,45-49,50-54,55-59,60-64 y 65 y más. Se realizó un corte en 65 años y más para facilitar análisis posteriores.
- Sexo.
- Color de la piel: blanco, negro y mulato, para el análisis se fusionaron las categorías de negros y mulatos.
- Ocupación: para el análisis posterior se fusionaron en las categorías trabaja y no trabaja.
- Escolaridad: para el análisis posterior se fusionaron en las categorías bajo y medio /alto.
- Composición del hogar o convivencia.

Factores de riesgo y antecedentes patológicos personales

Variables relacionadas con el proceso de atención: necesidad de atención, seguimiento en el último año, indicaciones médicas (tratamiento farmacológico y no farmacológico), adherencia y control de la hipertensión.

Técnicas y procedimientos

Para la selección de la muestra se confeccionó un listado de hipertensos que se contrastó con la base de datos de los pacientes estudiados en el periodo 2016-2017 y con las historias clínicas familiares existentes en los consultorios involucrados. Seleccionada la muestra se visitaron las viviendas de aquellas personas que cumplieron los criterios de inclusión, se les leyó el consentimiento informado para participar en la investigación. Una vez que aceptaron y firmaron se procedió a aplicar el cuestionario, el que surgió a partir de una modificación del utilizado en la línea base.

Se realizaron tres mediciones de la presión arterial (al inicio, intermedio y final de la encuesta) siguiendo las recomendaciones de las guías cubanas y normas internacionales.^(15,16) La presión arterial se midió con equipos digitales automatizados, debidamente calibrados y certificados para su uso (Omron M6 Comfort, de fabricación vietnamita). Se consideró como paciente controlado a aquellas personas con cifras de presión arterial menor que 140/90 mm Hg, para el procesamiento de estos datos se desechó la primera medición y se promediaron las otras dos.

La adherencia se midió por el test de Morisky-Green y Levine en relación con los 30 días previos a la aplicación de la encuesta al paciente. Este test que se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades crónicas y que se caracteriza por 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica de sí/no, que reflejan la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. El paciente se consideró cumplidor si sus 4 respuestas eran negativas.⁽¹⁷⁾

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa SPSS versión 21.0. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. Se realizó regresión logística, y en el modelo se incluyeron aquellas variables con un valor de $p < 0,15$ en el análisis bivariados. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,5$.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización a los directivos del territorio (Dirección Municipal de Salud, Dirección de Área), 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) y los departamentos nacionales de atención primaria de salud y de enfermedades no transmisibles.

Las personas expresaron su libre consentimiento de participar después de ser informados de los objetivos del estudio. La información obtenida es absolutamente confidencial y solo se utilizó con propósitos investigativos.

Resultados

En relación con las características generales del grupo estudiado se apreció que la hipertensión aumentó con la edad (tabla 1). El 57,6 % eran mayores de 65 años (edad media 66,5 años; mujeres 66,7, hombres 66,28); el 65,9 % correspondió al sexo femenino; el 57,3 % tenían color de la piel blanca y el 40,9 % jubilados o retirados. El 92,6 % convivía con algún familiar. En el estudio hubo predominio del nivel medio superior (36,8 %) (preuniversitario y técnico).

Tabla -1- Características sociodemográficas del grupo estudiado. Policlínico “Julio A. Mella”. Octubre-diciembre 2019

Variables		Número	%
Grupos etarios	35 -39	---	---
	40- 44	5	1,5
	45-49	18	5,3
	50-54	30	8,9
	55-59	43	12,8
	60-64	47	13,9
	≥ 65 años	194	57,6
Sexo	Femenino	222	65,9
	Masculino	115	34,1
Color de la piel	Blanco	193	57,3
	Mestizo	86	25,5

	Negro	58	17,2
Ocupación	Jubilado / retirado	138	40,9
	Ama de casa	96	28,5
	Trabajador estatal	72	21,4
	Trabajador por cuenta propia	22	6,5
	Desempleado	9	2,7
Convivencia	Acompañado	312	92,6
	Vive solo	25	7,4
Nivel escolar	Ninguno o primaria sin terminar	21	6,2
	Primaria terminada	32	9,5
	Secundaria	101	30,0
	Medio superior	124	36,8
	Superior	59	17,5

En cuanto a los antecedentes patológicos personales los más referidos son la diabetes *mellitus* (32,0 %), hipercolesterolemia (13,1 %) sobrepeso/obesidad (12,5 %), enfermedades respiratorias crónicas (11,0 %) e insuficiencia cardíaca (10,7 %). De los factores de riesgo predominó el sedentarismo (tabla 2).

Tabla -2- Antecedentes patológicos personales y factores de riesgo en los hipertensos estudiados. Policlínico “Julio A. Mella”, octubre-diciembre 2019

Variables		Número	%
Antecedentes patológicos personales	Diabetes <i>mellitus</i>	108	32,0
	Hipercolesterolemia	44	13,1
	Sobrepeso / Obesidad	42	12,5
	Asma /EPOC	37	11,0
	Insuficiencia cardíaca	36	10,7
	Enfermedad cerebrovascular	20	5,9
	Cáncer	19	5,6
	Infarto agudo de miocardio	19	5,6
	Ansiedad	12	3,6
	Depresión	9	2,7
	Insuficiencia renal crónica	6	1,8
	Retinopatía	5	1,5
	Factores de riesgo	Inactividad física / sedentarismo	243
Tabaquismo		87	25,8
Consumo de alcohol		29	8,6

A pesar de que el 63,7 % de los hipertensos estudiados tenían otras comorbilidades, solo el 46,6 % sintió necesidad de atención en el último año y el 33,2 % fue visto en consulta de seguimiento. Al 46,9 % se le midió la presión arterial en el último mes. El 98,2 % de los pacientes refirieron haber recibido más de una indicación de su médico de familia para lograr el control de su enfermedad. Las más frecuentes fueron: tratamiento medicamentoso (96,7 %), dieta baja de sal (85,2 %) y dieta baja de grasa (80,7 %). Solo el 25,5 % refirió haber recibido indicación para realizar actividad física y 23,1 % para controlar el peso (tabla 3).

Tabla 3 - Variables relacionadas con el proceso de atención al paciente hipertenso. Policlínico "Julio A. Mella", octubre-diciembre 2019

Variables	Sí/No	Número	%
Necesidad de atención en el último año	Sí	157	46,6
	No	180	53,4
Seguimiento en el último año	Sí	112	33,2
	No	225	66,8
Última medición de la presión arterial	Últimos 29 días	158	46,9
	De 1 mes a 11 meses	140	41,5
	De 1 año a 4 años	39	11,6
Indicaciones médicas (tratamiento no farmacológico)	Sí		
	Dieta baja en sal	287	85,2
	Dieta baja en grasa	272	80,7
	Realizar actividad física	86	25,5
	Control del peso	78	23,1
	No fumar	17	5,0
	Limitar el consumo de bebidas alcohólicas	7	2,1
	No	6	1,8
Tratamiento farmacológico	Sí	326	96,7
	No	11	3,3
Control de la presión arterial	Sí	180	53,4
	No	157	46,5
Adherencia	Sí	225	69,4
	No	99	30,6

La presión arterial sistólica media fue de 137,2 mmHg y la diastólica 83,0 mmHg, siendo discretamente mayor en el sexo femenino (137,5/83,1 mmHg vs.

136,6/82,9 mmHg). En el 53,4 % de los pacientes estudiados se constató cifras de presión arterial \leq 140/90 mmHg.

Entre los medicamentos más indicados se encuentran Enalapril (48,1 %), Clortalidona (39,8 %), Hidroclorotiazida (19,6 %), Captopril (17,5 %), Amlodipino (14,8 %) y Atenolol (14,8 %). Sin embargo, refieren que en los últimos 3 a 4 meses se ha tenido problemas para adquirirlos por no estar disponibles en la farmacia (61,0 %), lo cual ha creado molestias; solo el 0,6 % resaltó el costo de los medicamentos como un inconveniente para obtenerlos.

De los 326 pacientes con indicación de tratamiento medicamentoso, dos no lo toman, uno especifica que le fue retirado por su médico de asistencia y otro no lo ingiere porque no quiere.

La adherencia terapéutica se midió por el test de Morisky Green Levine. De los 324 entrevistados, el 69,4 % adoptó actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico, o sea, cumplió con la prescripción realizada por su médico de atención (tabla 4).

Tabla -4- Cantidad de respuestas positivas según test de Morisky Green Levine

Respuestas positivas	No	%
0	225	69,4
1	34	10,5
2	35	10,8
3	10	3,1
4	20	6,2
Total	324	100,00

El 30,6 % de los entrevistados no estaban adheridos al tratamiento farmacológico. Las principales razones de incumplimiento, según preguntas del test fueron: se le olvida tomar alguna vez el medicamento (21,6 %), seguido del descuido a la hora de tomarlo (16,4 %) y dejan de tomarlo cuando se sienten bien (15,4 %).

En la tabla 5 se muestran los resultados del control de la presión arterial según variables sociodemográficas, proceso de atención y adherencia al tratamiento. Existió un mayor control en personas mayores de 65 años de edad (52,2 %), femeninas (63,8 %), color de la piel blanca (60,5 %), nivel escolar medio-alto (86,1 %), no trabajadores (67,2 %), los que viven acompañados (93,9 %), los que recibieron indicaciones médicas (98,9 %) y contradictoriamente con los que no sintieron necesidad de atención (53,8 %), no asistieron a consulta de seguimiento (65,0 %). El 71,7 % de los adheridos estaban controlados. Ningún valor fue estadísticamente significativo por estar cercanos o incluir la unidad en el límite inferior del intervalo de confianza.

Tabla -5- Control de la presión arterial según variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso de atención

Variables		N*	n**	%	OR	Intervalo de confianza 95 %		P
						LI	LS	
Edad	≥ 65 años	194	94	52,2	1,60	1,04	2,49	0,03
	< 65 años	143	86	47,8	Referencia***			
Sexo	Masculino	115	65	36,1	0,83	0,53	1,30	0,41
	Femenino	222	115	63,8	Referencia***			
Color de la piel	Negro-mestizo	144	71	39,4	1,33	0,87	2,06	0,19
	Blanco	193	109	60,5	Referencia***			
Ocupación	No trabaja	243	121	67,2	1,70	1,04	2,77	0,03
	Trabaja	94	59	32,7	Referencia***			
Nivel educacional	Bajo	53	25	13,9	1,35	0,75	2,42	0,32
	Medio/Alto	284	155	86,1	Referencia***			
Convivencia	Vive solo	25	11	6,1	1,50	0,66	3,42	0,33
	Acompañados	312	169	93,9	Referencia***			
Necesidad de atención	No	180	97	53,8	0,96	0,62	1,47	0,85
	Sí	157	83	46,1	Referencia***			
Seguimiento en el último año	No	225	117	65,0	1,18	0,75	1,87	0,46
	Sí	112	63	35,0	Referencia***			
Indicaciones médicas	No	6	2	1,1	2,32	0,42	12,87	0,32
	Sí	331	178	98,9	Referencia***			
Adherencia	No Adherencia	99	45	25,0	1,61	1,0	2,59	0,04
	Adherencia	225	129	71,7	Referencia***			
Total controlados		337	180	53,4				

* universo de estudio; ** número de personas con la presión arterial controlada; *** categoría de referencia incluida en el modelo.

Discusión

La hipertensión arterial y sus complicaciones constituyen uno de los problemas sanitarios más importantes que existe. El control de las cifras de presión arterial y sus factores de riesgo es esencial para disminuir su morbilidad y mortalidad.

Existe correspondencia de las variables edad y sexo con lo que se describe en la literatura nacional e internacional.^(18,19,20) En este estudio prevalece el sexo femenino y el grupo etario mayor de 65 años. Sin embargo, no coincide con otros estudios en los que existe predominio del sexo masculino.^(10,21,22)

La HTA tiene tendencia a aumentar su frecuencia según se incrementa la edad, con pequeñas fluctuaciones en ambos sexos, en determinados períodos de la vida^(4,23) influyendo en los cambios fisiopatológicos que le dan origen. Ambas variables son determinantes predictores de la hipertensión arterial y a su vez influyen en el acceso y utilización de los servicios de salud.⁽²⁴⁾

Las mujeres tienen mayor autopercepción del padecimiento que los hombres, pues con el rol de cuidadoras las hacen más hábiles en la detección de señales relacionadas con la atención a la salud, y acceden más en búsqueda de atención en comparación a los hombres; quienes refieren contar con menos tiempo, sobre todo los que se encuentran en edad laboral, además, desde su construcción social, este aspecto es visto como evidencia de debilidad.^(25,26,27) En este estudio el 73,2 % de las personas que hicieron uso de los servicios de salud en el último año eran mujeres.

En relación con el color de la piel se reporta una mayor prevalencia en personas de piel blanca, contrario a lo que se encontró en otros estudios.^(4,10) El color de la piel negra ha sido identificado como un factor de riesgo en la evolución y pronóstico de la enfermedad.⁽¹⁶⁾

Según la ocupación, los jubilados y las amas de casa fueron los más afectados, lo cual está en correspondencia con la edad. La HTA está relacionada con el

sedentarismo y el acceso fácil a los alimentos en estos dos grupos ocupacionales.^(4,27)

Al analizar la convivencia, el 92,6 % de las personas estudiadas viven acompañados, principalmente con sus hijos, cónyuge o pareja y nietos, lo que está en correspondencia con el grupo etario predominante. Es de señalar que un porcentaje elevado de las familias cubanas de este municipio (42,3 %) son familias extendidas donde convergen más de una generación.^(b)

Se ha señalado que el vivir acompañado, especialmente en pareja, puede tener un efecto protector sobre la HTA, porque se realiza un mejor manejo del estrés y del estilo de vida. Se plantea que las mujeres casadas son más propensas a dejar de fumar y seguir una dieta adecuada, pero al momento de llegar la viudez o el divorcio y no contar con el apoyo social diario, estas prácticas pueden cambiar hacia hábitos perjudiciales, generándose mayor estrés y depresión.^(20,28)

Inversamente a lo reportado por *Campos* y colaboradores⁽²⁹⁾ las mayores prevalencias de hipertensión se encontraron en personas con niveles educacionales medio y superior, coincidiendo con *Bonet*.⁽⁴⁾ Esto pudiera estar relacionado con el nivel educacional promedio de la población cubana.

La diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas y las enfermedades isquémicas fueron las comorbilidades más referidas por el grupo estudiado. Aunque es un reto para todos los sistemas de salud, estas enfermedades se pueden prevenir o retardar su aparición con políticas públicas sostenibles, donde se controlen los cuatro principales factores de riesgo (consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dietas no saludable y sedentarismo) y se complementen con otras acciones y modos de actuar como la voluntad política y adquisición de recursos financieros para hacerle frente.^(3,7) Otras investigaciones tuvieron un comportamiento similar en algunas de las comorbilidades y factores de riesgo referidos.⁽³⁰⁾

Estudios en la región reportan asociación significativa entre HTA y la obesidad abdominal, encontrándose una prevalencia de HTA entre 1,9 y 2,2 veces más alta en personas obesas que en aquellas que tenían un IMC normal.^(20,29)

Se ha demostrado que tanto el índice de masa corporal como la circunferencia de cintura aumentan progresivamente conforme aumenta la edad, ambos son factores de riesgo cardiovascular al igual que el tiempo de evolución de una enfermedad asociada, como es el caso de la diabetes *mellitus* de larga duración, que se asocia a un riesgo cardiovascular alto.⁽³¹⁾

El consumo de alcohol es otro de los factores de riesgo modificables de la HTA. Se plantea que cuando su consumo es leve tiene efectos beneficiosos. Sin embargo, la ingestión de más de 30 gr/día de alcohol se asocia a un mayor riesgo de HTA ($p = 0,01$).⁽²⁰⁾

Una de cada cuatro personas fuma, los individuos que fuman más de una cajetilla de cigarrillos al día están 20 veces más propensos a presentar crisis y emergencias hipertensivas, además de padecer alguna enfermedad de la arteria coronaria, que aquellos no fumadores.⁽²⁷⁾

De forma general, los pacientes refieren no haber tenido dificultades para acceder y ser atendidos en su consultorio del médico de la familia. No sucedió del mismo modo con otros servicios del policlínico y con el hospital de base, donde hicieron mención, fundamentalmente los adultos mayores, a dificultades con la distancia, la posibilidad y disponibilidad del transporte, así como de algunas trabas burocráticas. El acceso es un proceso complejo que incluye momentos claves e involucra a varios actores, va desde el personal de salud, administradores de los servicios y entidades de regulación y financiamiento, hasta la necesidad de la búsqueda de los servicios por parte del paciente, el inicio de su atención y continuidad en el sistema de prestación, para lograr así su alivio o compensación.⁽³²⁾

Los patrones de utilización de un servicio están determinados por las necesidades sentidas de salud del individuo, factores predisponentes (edad, sexo, ocupación,

nivel escolar, clase social, estado civil, cultura), factores inherentes a los servicios (distancia geográfica, razón médico-habitantes) y de los proveedores de estos.⁽²⁴⁾ El seguimiento del paciente hipertenso por su médico de familia debe estar sustentado no solo en alcanzar su control, sino en disminuir aquellos riesgos que pueden conllevarlo a futuras complicaciones y a la muerte. No obstante, como ya se planteó, el seguimiento se ve afectado a pesar de que estas personas presentaban una o más enfermedades crónicas asociadas, por lo que su comportamiento y autorresponsabilidad ante la enfermedad no fue el adecuado.⁽¹⁶⁾ Existen evidencias en estudios nacionales que reflejan brechas en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas,^(10,11,26,32) obstáculos organizativos al interior y entre los establecimientos de salud, inestabilidad del personal, incumplimiento de horarios de consultas, demoras innecesarias en la atención, déficit de equipamientos, falta de servicios especializados y carencia de modelos. Todo ello afecta la calidad, eficiencia y efectividad de la atención al paciente, además del control de la enfermedad.

La combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico son elementos esenciales para el control de la HTA, sin embargo, se describe que alrededor del 45 % de los pacientes con hipertensión logran un control adecuado de su presión arterial.⁽³³⁾ En este estudio se alcanzó un valor superior.

Las intervenciones no farmacológicas poseen un papel relevante tanto para disminuir la probabilidad de llegar a desarrollar una HTA como en la reducción del riesgo cardiovascular global.⁽³²⁾ Modificar los estilos de vida es un desafío, pues obedece a patrones, hábitos y conductas generalmente enraizados en la población o comunidad, sin desestimar los ingresos familiares.

El uso del tratamiento farmacológico contribuye poco al descenso de la presión arterial cuando la totalidad de factores de riesgo asociados no son modificados.⁽²⁹⁾ Cerca del 40 % de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen el tratamiento médico farmacológico y entre el 60 y 90 % el no farmacológico.⁽³⁴⁾ Otros

autores reportan niveles de adherencias inferiores a los obtenidos en esta investigación.^(10,24,26,29,35)

A pesar de los problemas mencionados, un elevado porcentaje de los pacientes explorados tienen indicado tratamiento farmacológico, están controlados y adheridos. Sin embargo, la no disponibilidad de medicamentos en farmacia fue referida por los pacientes estudiados como un elemento importante para alcanzar estos resultados.

Patel y otros promueven estrategias que mejoran la disponibilidad y el acceso a los medicamentos a través de la utilización de un algoritmo de tratamiento simplificado (más fácil de cumplimentar por el paciente), el contacto regular de este con los profesionales de salud de atención primaria, para la toma de decisiones compartidas y el apoyo familiar para alcanzar un adecuado control de las cifras de presión arterial.⁽⁸⁾

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2016 en México⁽²⁹⁾ y en una investigación realizada por *Morejón* y otros,⁽⁷⁾ el porcentaje de adultos con tratamiento farmacológico fue relativamente alto; sin embargo, solamente entre la mitad y un tercio de ellos tenían la presión arterial controlada.

Coincidiendo con este estudio los medicamentos más usados en la actualidad son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) seguidos de las tiazidas, alternando con un anticálcico, bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARAII) o beta bloqueador en dependencia de alguna comorbilidad asociada.^(8,21,36)

Entre las principales causas que no permiten el control adecuado de la presión arterial y de la adherencia terapéutica se destacan aquellas relacionadas con las características de la enfermedad crónica y frecuentemente asintomática que dificulta la toma de conciencia, la inercia terapéutica (uso de dosis incorrectas o una combinación inadecuada de drogas), regímenes farmacológicos complejos, efectos adversos de los medicamentos, su disponibilidad y accesibilidad, estilo de vida poco saludable, la relación médico paciente y la personalidad de cada paciente.^(35,37)

Existe evidencia de que el autocontrol de una enfermedad crónica por parte de los pacientes puede aumentar la motivación, comprensión, habilidades, mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida.⁽³⁵⁾

Se concluye que el porcentaje de pacientes controlados fue superior a lo que con frecuencia se reporta en la literatura. Sin embargo, ninguno de los factores estudiados estuvo relacionado desde el punto de vista estadístico con el control. Este problema continúa siendo un reto para los sistemas de salud, los gobiernos y sectores de la comunidad. La aplicación de medidas orientadas a la modificación de estilos de vida en hipertensos y población en general, la búsqueda activa de nuevos hipertensos, la estrecha relación médico-paciente, el conocimiento actualizado de la terapéutica antihipertensiva por parte de los prestadores, la disponibilidad de medicamentos en farmacias de forma mantenida, su uso adecuado, el seguimiento continuo a la enfermedad, entre otros, son factores que pueden contribuir a que se alcancen mejores resultados en el control de esa afección.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Organization. Informe mundial sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2014. 2014[acceso 25/06/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
2. Londoño Agudelo E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. Rev. Cubana Salud Pública. 2017 [acceso26/06/2020];43(1):68-74. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/686>
3. Organización Mundial de la Salud. Es hora de actuar: Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles. Ginebra: WHO; 2018 [acceso26/06/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272712>

4. Bonet M, Varona P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2015.
5. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Hipertensión. Estadísticas Mundiales. Factográfico salud. 2017 [acceso 15/08/2020]; 3(4):1-10. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/04/factografico-de-salud-abril-20171.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana; MINSAP; 2020. [acceso 24/06/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/07/AnuarioElectr%C3%B3nicoEspa%C3%B1o-2018-ed-2019-compressed.pdf>
7. Morejón AF, Benet M, Bernal JL, Espinosa AD, Silva LC, Orduñez P. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev. Cubana Salud Pública. 2019 [acceso 26/06/2020];45(3):1-17. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1716>
8. Patel P, Orduñez P, Di Pette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev. Panam Salud Pública. 2017 [acceso 06/06/2020];41:1284-94. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
9. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organization. 1978 [acceso 23/05/2020];56(2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho004390136.pdf>
10. Rodríguez A, Piña A, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Rev. Finlay. 2019 [acceso 29/06/2020];9(4):257-72. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742>

11. Rodríguez A, Céspedes L, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente diabético tipo 2 en un área metropolitana de La Habana. Rev. Finlay. 2019 [acceso 29/06/2020];9(2):82-96. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638>
12. 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. 2020 [acceso 17/12/2020];46(4):1-32. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2350>
13. Fariñas Acosta L. Estabilizar los medicamentos: una prioridad. Periódico Granma. 2019 [acceso 17/12/2020];Secc.A:1. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2019-07-23/estabilizar-los-medicamentos-una-prioridad-23-07-2019-00-07-40>
14. Chow K, Teo K, Rangarajan K, Islam I, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High, Middle- and Low-Income Countries. JAMA. 2013 [acceso 14/05/2020];310(9):959-68. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1734702>
15. 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 Medicina. 2017 [acceso 07/08/2020];56(4):242-321. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v56n4/med01417.pdf>
16. Campbell RC. TRUE Consortium. Recommended standards for assessing blood pressure in human research where blood pressure or hypertension is a major focus. J ClinHypertens. 2017 [acceso 14/05/2020];19:108-13. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jch.12948>
17. Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de Test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica. Rev. Aten Primaria.

2010 [acceso 26/06/2020];40(8):413-18. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf13125407>

18. Díaz A, Rodríguez A, García R, Carbonell I, Achiong F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Rev. Finlay. 2018 [acceso 25/06/2020];8(3):180-189. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/621>

19. Luna U, Haro SR, Uriostegui LC, Barajas TJ, Rosas DA. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. Aten Fam. 2017 [acceso 26/09/2020];24(3):116-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300408>

20. Ortiz R, Torres M, Peña S, Alcántara V, Supligicha M, et al. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo Ecuador. Rev. Latinoamericana de Hipertensión. 2017 [acceso 06/09/2020];12(3):95-103. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187004>

21. Pomares AJ, Benítez M, Vázquez MA, Santiesteban RE. Relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2020 [acceso 30/09/2020];36(2):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252020000200004&lng=es&nrm=iso .

22. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev. Esp. Salud Pública. 2016 [acceso 16/06/2020];90(1):1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100406&lng=es&nrm=iso

23. Bloch MJ. Recent data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrates no improvement in U.S. blood pressure control rates.

- Journal of the American Society of Hypertension. 2018;12(1):3-4. DOI: [10.1016/j.jash.2017.11.003](https://doi.org/10.1016/j.jash.2017.11.003)
24. 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 [acceso 22/07/2020];32(10):1-14 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n10/e00108914/en/>
25. Urrea K. Hipertensión arterial en la mujer. *Rev. Colomb. de Cardiología*. 2018 [acceso 16/06/2020];25(1):13-20. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563317302590>
26. Díaz A, Rodríguez A, Balcindes S, García R, Álvarez N. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. *Revista Finlay*. 2018 [acceso 23/07/2020];8(2):122-139. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/592>
27. Figueredo R, Proenza L, Gallardo Y, Tabernilla ON. Factores de riesgo asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera. *Rev. MULTIMED*. 2018 [acceso 16/06/2020];22(2):372-87. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/840/1213>
28. Wong CW, Kwok CS, Narain A, Gulati M, Mihalidou AS, Wu P, *et al*. Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2018 [acceso 16/06/2020];104(23):1937-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29921571/>
29. Camposl, Hernández L, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC* 2016. *Rev. Salud Pública Mex*. 2018 [acceso 16/06/2020];60(3):233-43. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/spm/2018.v60n3/233-243/es>
30. 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) *Rev. Atención primaria*. 2017;50(7):406-13. DOI: [10.1016/j.aprim.2017.02.015](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.015)

31. Ponce TM, Muñoz LM, Cruz Y, Fernández N, Matheu D, Díaz O. Hipertensión arterial y factores de riesgos asociados en trabajadores del complejo agroindustrial Ciudad Caracas. *Rev. Salud y Trabajo*. 2019 [acceso 16/08/2020];20(3):3-7. Disponible en: <http://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/110/166>
32. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev. Cubana de Salud Pública*. 2017 [acceso 14/08/2020];43(2);272-86. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/761/926>
33. Unda F, Llobera J, Lorente P, Moreno ML, Oliver B, Bassante P, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: the medichy study. *Medicine*. 2020;99:1-7. DOI: [10.1097/MD.00000000000019769](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019769)
34. Pomares A, Vázquez M, Ruíz E. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev. Finlay*. 2017 [acceso 30/9/2020];7(2):81-88. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>
35. Sabio R, Valdez P, Abuabara T, Andrade B, Rodrigo E, Arbo GA, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). *Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. Ent*. 2019;6(1):86-123. DOI: [10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)86-123](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)86-123)
36. Londoño E, Rodríguez A, Díaz A, García A, De Vos P, Battaglioli T, et al. Assessment of hypertension management and control: a registry-based Observational study in two municipalities in Cuba. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2019 [acceso 24/06/2020];19-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354370/>
37. Sabio R. Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2018 [acceso 22/11/2020];44(3):1-2. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662018000300017
&lng=es

Anexos

FECHA
___/___/___ dd mm aa

Municipio: Guanabacoa
Policlínico: Julio A. Mella
País: Cuba

ENCUESTA No.

ID encuestador:

ID supervisor:
_____ CMF: _____



Sección 1: Aspectos sociodemográficos															
Identificación		Dirección	Edad	Sexo	Composición hogar								Etnia	Escolaridad	
Nombres y apellidos		Lugar de residencia	Fecha Nacimiento	Fem. Mas.	¿Con quién vive usted? (tome en cuenta las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar) Vive solo(a) Cónyuge o conviviente Hijo(s) o Hija(s) Yerno o nuera Padres o suegros Nieto o nieta Otro pariente Otro no pariente (marque todas las que mencione)								¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres? (Color de la piel) Negro Mestizo(a) Blanco(a)	¿Cuál es o fue el último nivel de instrucción y grado, curso o año más alto que aprobó? Ninguno Educación Primaria Educación Secundaria Educación Media Superior Educación Superior	
			dd/mm/aa		1	2	3	4	5	6	7	8		Nivel	Grado, curso, año
ID	1	1a	2	3	4								5	6	6a

Sección 1: aspectos sociodemográficos		Sección 2: uso servicio de salud	Sección 3: Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial															
Ocupación		Problema de salud	Tabaquismo	Alcohol	Actividad física	Antecedentes patológicos												
¿A qué se dedica usted? Ninguna/ desempleado Trabajador estatal Trabajador independiente Ama de casa Jubilado / retirado		¿En el último año, usted, sintió la necesidad de atención o control médico? Sí No	¿Usted ACTUALMENTE Fuma (incluye: cigarrillos, pipas, puros) Sí No	¿Con que frecuencia usted consume alcohol? No consume Anual Mensual Semanal Diario	¿Usted realiza actividad física como: caminatas, trote o deportes en general? No Diario 1 vez a la semana 2/3 veces por semana Más de 3 veces por semana	¿Algún médico o profesional de la salud le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (marque con una x todas las que mencione) No me han diagnosticado nada Diabetes / Azúcar en la sangre Colesterol alto Cáncer Depresión Ansiedad Enfermedades pulmonares. Asma / EPOC Insuficiencia renal crónica Infarto Agudo de Miocardio Enfermedad Cerebro Vascular Sobrepeso/ Obesidad Insuficiencia cardiaca Retinopatía												
7		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ID						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Sección 3: Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial																															
Medición de la presión arterial	Control de la presión	Tratamiento para la presión arterial								Fármacos utilizados para la presión arterial							Fármacos utilizados para la presión arterial														
¿Cuándo fue la última vez que le midieron la presión? En el último mes En el último año De 1 a 4 años Hace 5 o más años	¿Durante el último año ha tenido al menos una consulta médica de seguimiento o control por su hipertensión o presión alta? Sí No	¿Actualmente qué le ha dicho su médico que haga para la hipertensión? (marque con una X todas las que mencione) Dieta baja en sal Dieta baja en grasa Realizar actividad física Tomar pastillas No fumar Limitar el consumo de bebidas alcohólicas Control de peso No le ha dado ninguna indicación Otra recomendación, ¿Cuál?								¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión arterial? ¿Si ha dejado de tomarla en algún momento? Marque con una X si se corresponde con alguna de las razones siguientes. No quiere/no le gusta No tiene dinero para comprarlas No disponible en farmacia No entiende las indicaciones del médico Tiene desconfianza del médico La farmacia le queda lejos Otro, ¿Cuál?							¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión arterial? ¿Si ha dejado de tomarla en algún momento? Marque con una X si se corresponde con alguna de las razones siguientes. No quiere/no le gusta No tiene dinero para comprarlas No disponible en farmacia No entiende las indicaciones del médico Tiene desconfianza del médico La farmacia le queda lejos Otro, ¿Cuál?														
										Pastilla 1							Pastilla 2														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	N	1	2	3	4	5	6	7	Nombre	1	2	3	4	5	6	7					
ID	13	14								15								16a							16b						

Sección 3: Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial																											
Fármacos utilizados para la presión arterial									Fármacos utilizados para la presión arterial									Fármacos utilizados para la presión arterial									
¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión arterial? ¿Si ha dejado de tomarla en algún momento? Marque con una X si se corresponde con alguna de las razones siguientes. No quiere/no le gusta 1 No tiene dinero para comprarlas2 No disponible en farmacia3 No entiende las indicaciones del médico4 Tiene desconfianza del médico 5 La farmacia le queda lejos 6 Otro, ¿Cuál? 7									¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión arterial? ¿Si ha dejado de tomarla en algún momento? Marque con una X si se corresponde con alguna de las razones siguientes. No quiere/no le gusta 1 No tiene dinero para comprarlas2 No disponible en farmacia3 No entiende las indicaciones del médico4 Tiene desconfianza del médico 5 La farmacia le queda lejos6 Otro, ¿Cuál? 7									¿Cuál es el nombre de las pastillas que toma para la presión arterial? ¿Si ha dejado de tomarla en algún momento? Marque con una X si se corresponde con alguna de las razones siguientes. No quiere/no le gusta1 No tiene dinero para comprarlas2 No disponible en farmacia3 No entiende las indicaciones del médico4 Tiene desconfianza del médico 5 La farmacia le queda lejos6 Otro, ¿Cuál? 7									
Pastilla 3									Pastilla 4									Pastilla 5									
Nombre	1	2	3	4	5	6	7	Nombre	1	2	3	4	5	6	7	Nombre	1	2	3	4	5	6	7				
ID	16c								16d									16e									

Sección 3: Diagnóstico y manejo de la hipertensión								
Adherencia. Test de Morisky					Medición de la presión arterial			
Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre los medicamentos que usted toma para la presión alta:					Se realizan 3 mediciones de la presión arterial. Para medir la presión arterial, se debe dejar descansar al individuo 5 minutos, no debe haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes. El participante debe estar sentado, sin cruzar las piernas y con el brazo apoyado. Para la segunda y tercera medición el participante debe descansar MÍNIMO 3 minutos.			
¿Se olvida tomar alguna vez los medicamentos para su presión alta?	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	Cuando se siente bien, ¿Deja de tomar la medicación?	Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja tomarla?	Total de respuestas positivas				
Sí 1 No 2	? Sí 1 No2	Sí 1 No2	Sí 1 No2					
				TOTAL	MEDICIÓN 1	MEDICIÓN 2	MEDICIÓN 3	
id	17a	17b	17c	17d	17e	18a	18b	18c
						/	/	/
						/	/	/
						/	/	/
						/	/	/
						/	/	/

Conflicto de intereses

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

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Esteban Londoño Agudelo.

Adquisición de fondos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Esteban Londoño Agudelo.

Investigación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez.

Metodología: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Lisbeth Fernández González.

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

Recursos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

Supervisión: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Esteban Londoño Agudelo.

Validación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Lisbeth Fernández González, Armando Seuc Jo.

Visualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Lisbeth Fernández González.

Redacción borrador original: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Lisbeth Fernández González.

Redacción revisión y edición: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Milenia León Sánchez, Lisbeth Fernández González, Armando Seuc Jo, Esteban Londoño Agudelo.

Curación de datos: Lisbeth Fernández González, Armando Seuc Jo.

Análisis formal: Lisbeth Fernández González, Armando Seuc Jo.

^aInforme de cierre del Programa de Enfermedades No Transmisibles. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Guanabacoa. 2019.

^bAnálisis de la situación de salud. Policlínico Julio Antonio Mella. Municipio Guanabacoa. 2018.