

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la colonia Gaviotas, Centro, Tabasco”

**Tesis que para obtener el Grado de
Maestro en Salud Pública**

Presenta:

Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez

ORCID: 0000-0002-2041-7351

directores:

Dr. Argeo Romero Vázquez

ORCID: 0000-0002-9444-4889

Dr. Esteban Londoño

ORCID: 0000-0003-3254-3651

Villahermosa, Tabasco.

Mayo 2022



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



2022 FLORES
en Magisterio
PROFESOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:00 horas del día 26 del mes de abril de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la colonia Gaviotas, Centro, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Linaldi Gutiérrez Liliana Lizbeth

Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matrícula

1	9	2	E	6	7	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Maestría en Salud Pública

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Argeo Romero Vázquez
MPH. Estaban Londoño Agudelo

Dr. Baldomero Sánchez Barragán

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez

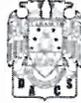
Dr. Alfonso Rodríguez León

Dra. María Isabel Avalos García

Mtra. Francisca Gómez Hernández



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0420/DACS/JAEP
06 de mayo de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez
Maestría en Salud Pública
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dr. Baldomero Sánchez Barragán, Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, Dr. Alfonso Rodríguez León, Dra. María Isabel Avalos García y la Mtra. Francisca Gómez Hernández, impresión de la tesis titulada: **"Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la colonia Gaviotas, Centro, Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Salud Pública, donde funge como Director de Tesis Dr. Argeo Romero Vázquez y el M.P.H. Esteban Londoño Agudelo.

Atentamente

Dra. Mirián Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dr. Argeo Romero Vázquez.- Director de Tesis
C.c.p.- M.P.H. Esteban Londoño Agudelo.- Director de tesis
C.c.p.- Dr. Baldomero Sánchez Barragán.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Alfonso Rodríguez León.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Francisca Gómez Hernández.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC\MCM\MCE\XME\mgcc*

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de diciembre del año 2021, el que suscribe, Lic. Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez, alumno del programa de maestría en Salud Pública, con número de matrícula 192E67008 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la Colonia Gaviotas, Centro, Tabasco”**, bajo la Dirección del Dr. Argeo Romero Vázquez y el MPH. Esteban Londoño Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: lilizabeth87@hotmail.com permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez

Nombre y Firma

Sello



DEDICATORIAS

Primeramente, a Dios quien es el autor de la sabiduría y el conocimiento.

“Porque somos hechura suya, creados en Cristo Jesús para buenas obras, las cuales Dios preparó de antemano para que anduviésemos en ellas.” Efesios 2:10

A las personas que estuvieron apoyándome y alentándome en todo momento:

A mis padres.

A mi esposo.

A mi hermano

A mis suegros

A mis cuñadas

A mis abuelos

A mis amigas

Y a los docentes de esta institución.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Dios y su amado hijo Jesús, los cuales han sido las fuerzas espirituales de mi vida, dándome la capacidad del razonamiento y la sabiduría para tomar decisiones que han exigido esfuerzo y sacrificio en medio de grandes dificultades; Señor, gracias por tus inmensas bondades, por el regalo de la vida, el amor y por mi salud y la de mis seres queridos.

Agradezco a mis padres por su amor, por su esfuerzo, sus consejos y creer en mí al emprender este proyecto en la continuidad de mi preparación profesional, mi querido padre Arturo Linaldi el cual ha sido el ejemplo de perseverancia y valor en mi vida y a mi madre Teresa Gutiérrez a quien admiro con todo mi corazón por su fortaleza, paciencia, bondad, amor y apoyo incondicional ante la adversidad.

Agradezco el amor, la paciencia, la comprensión y el apoyo a la persona que se unió a mí durante este trayecto, mi esposo Víctor Leonardo García, gracias por creer en mí y estar a mi lado día y noche, siempre pendiente en mis diversas necesidades. Este logro también es tuyo, mi amor ¡Te amo!

A mi hermano David quien me inspiró un ejemplo a seguir, por su esfuerzo y dedicación, mi admiración para él. A mis suegros Límbano y Rafaela por brindarme un alimento cuando lo necesitaba y así obtener la energía necesaria para continuar con mis estudios. A mis cuñaditas Maythe y Shelomith por su apoyo emocional en todo momento. A mis abuelitos Octavio y Carmen, siervos de Dios dedicados siempre a la oración, quienes sin duda no dejaron nunca de hacer rogativas por mí. Los amo a todos.

A Reyna y Joanny por ser quienes se animaron a emprender este viaje conmigo al estado de Tabasco y a quien conocimos en esta aventura e hicimos parte de nuestra amistad, Jamen. A Noemi, Magaly y Elidet que desde la distancia nos apoyaron emocionalmente.



Agradezco al Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, por ser el gestor de todos los proyectos que hicieron posible nuestra formación, facilitando todo tipo de recursos y por sus palabras que siempre inspiran al éxito y al crecimiento profesional.

A mi director de tesis Dr. Argeo Romero Vázquez por brindarme la oportunidad de incursionar en esta línea de investigación y proporcionarme las herramientas necesarias para la elaboración de esta tesis, por su apoyo y comprensión gracias.

A los docentes que fueron pieza fundamental de mi trayecto en esta carrera:

Dra. María Isabel Ávalos García por sus conocimientos y su dedicación en la construcción de este trabajo, al Dr. Juan Antonio Córdova por motivarnos en ser mejores estudiantes y al Dr. Alfonso Rodríguez León por su valiosa ayuda cuando más lo necesite, gracias Dr.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgarme una beca que permitió financiar mis estudios en este programa de posgrado durante dos años. Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a la Institución por brindarme un lugar en sus aulas.



ÍNDICE

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	VIII
ABREVIATURAS.....	IX
GLOSARIO.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
I. INTRODUCCION.....	1
II. MARCO TEORICO.....	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
IV. JUSTIFICACION.....	23
V. OBJETIVOS.....	26
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
VII. CONSIDERACIONES ETICAS.....	45
VIII. RESULTADOS	46
IX. DISCUSION.....	58
X. CONCLUSIÓN.....	61
XI. RECOMENDACIONES.....	62
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
XIII. ANEXOS.....	78



TABLAS Y FIGURAS

Nombre	Página
Tabla 1.- Clasificación de acuerdo con las cifras de Presión Arterial en el consultorio	8
Tabla 2.- Elementos para la estratificación del riesgo en la HTA	9
Tabla 3.- Principales fármacos usados en el tratamiento de la hipertensión arterial	10
Figura 1.- Tipos de brechas en el proceso de atención	14
Figura 2. Modelo de atención de enfermedades crónicas	17
Tabla 4.- Operacionalización de variables	32
Tabla 5.- Caracterización de la población según variables sociodemográficas	46
Tabla 6.- Variables de acceso a los servicios de salud de las personas estudiadas	49
Tabla 7.- Variables de diagnóstico en las personas estudiadas	52
Tabla 8.- Variables de tratamiento en las personas estudiadas	54
Tabla 9.- Variables de seguimiento y control en las personas estudiadas	56



ABREVIATURAS

HTA	Hipertensión arterial
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
SIC	Sistema de Información en Enfermedades Crónicas
PA	Presión arterial
TA	Tensión arterial
PAS	Presión arterial Sistólica
PAD	Presión arterial Diastólica
OPS	Organización Panamericana de la Salud
C	Colesterol
C-LDL	Lipoproteínas de baja densidad
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
mg	Miligramo
dL	Decilitro
EVC	Enfermedad cardiovascular
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENT	Enfermedad no transmisible
AVC	Accidentes Vasculares Cerebrales



GLOSARIO:

Primer nivel de atención	Es el nivel de atención de la salud la cual constituye la puerta de entrada del paciente a los servicios de salud, enfocado a la promoción, prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades que mas prevalecen en la población y que se por lo regular son de baja complejidad tanto diagnostica como terapéutica.
Enfermedad crónica no trasmisible	Se trata de aquellas afecciones que son de larga duración y progresión lenta, tales como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes.
Enfermedad cardiovascular	Se trata de los trastornos específicos del corazón y los vasos sanguíneos caracterizado por problemas estructurales y coágulos sanguíneos tales como la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, arritmia, insuficiencia cardiaca, derrame cerebral entre otras.
Accidentes Vasculares Cerebrales	Lesión ocasionada en el cerebro en donde una arteria se ve obstruida o se rompe, causando muerte celular o daño permanente provocado por la pérdida del flujo sanguíneo.
Brecha en la atención	Diferencia que existe entre las metas en salud planteadas bajo ciertas condiciones y lo que realmente se ha alcanzado.
Barreras en salud	Se trata de los elementos percibidos por la población que obstruyen o impiden el acceso a los servicios sanitarios.
Desigualdades en salud	Son las condiciones de salud que existe entre diferentes grupos que va desde el nivel de riesgo al que se encuentran expuestos y la oportunidad de acceder a los recursos disponibles de un sistema sanitario.
Hipertensión arterial	Definida como una enfermedad crónica que consiste en un trastorno de los vasos sanguíneos que presentan una tensión persistentemente alta que puede dañarlos.
Comorbilidad	Termino medico utilizado para referir que una persona tiene dos o mas padecimientos asociados.
Cultura de prevención	Conjunto de técnicas educativas, actividades de promoción a la salud encaminadas a la prevención de la enfermedad.
Costo- efectivas	Intervenciones en salud que requieren ser más efectivas en términos de costos.



RESUMEN

INTRODUCCION: La hipertensión arterial aumenta la probabilidad de padecer una EVC, esta puede ser prevenible, tratable y modificable. El manejo inadecuado de estas enfermedades y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud generan brechas en el tratamiento y control de la HTA. **OBJETIVO:** Identificar las brechas en el proceso de atención y control de la Hipertensión arterial en los participantes. **MATERIAL Y METODO:** Estudio cuantitativo, de tipo observacional, transversal y descriptivo, para la entrevista y medición de presión arterial y somatometría, participaron 57 sujetos mayores de 35 años. **RESULTADOS:** Brechas en el *acceso a los servicios de salud*: no búsqueda de atención a la salud e insatisfacción con la atención médica recibida. Para *diagnóstico*: incumplimiento en la medición de la presión arterial, alta prevalencia de sedentarismo y comorbilidades en presencia de HTA. En *tratamiento*: escasa orientación y educación a la salud del paciente para mantener un tratamiento integral y alto porcentaje de pacientes no adheridos. En *seguimiento y control*: incumplimiento en la asistencia a la consulta programada, falta de programación de consultas médicas preventivas y alto porcentaje de personas con HTA descontrolada. **CONCLUSION:**

Las brechas afectan el manejo integral de las personas con HTA, esto conlleva a insatisfacción de los usuarios y la no solución de sus problemas de salud. El rol del personal sanitario es esencial para prevenir complicaciones. El control de la hipertensión arterial es fundamental en la reducción del riesgo cardiovascular a nivel global y en la prevención de muertes prematuras.

Palabras Claves: Hipertensión arterial, brechas, control, factores.



ABSTRACT

INTRODUCTION: Arterial hypertension increases the probability of suffering a CVD, which may be preventable, treatable, and modifiable. Inadequate management of these diseases and inequalities in access to health services generate gaps in the treatment and control of HTN. **OBJECTIVE:** Identify the gaps in the process of care and control of hypertension in participants. **MATERIAL AND METHODS:** A quantitative, observational, cross-sectional, and descriptive study, for the interview and measurement of blood pressure and somatometry, 57 subjects over 35 years of age participated. **RESULTS:** Gaps in access to health services: failure to seek health care and dissatisfaction with the medical care received. For diagnosis: failure to measure blood pressure, high prevalence of sedentary lifestyle and comorbidities in the presence of HTN. In treatment: poor patient orientation and health education to maintain a comprehensive treatment and high percentage of non-adherent patients. In follow-up and control: failure to attend scheduled visits, lack of scheduled preventive medical consultations, and high percentage of people with uncontrolled HTN. **CONCLUSION:** The gaps affect the comprehensive management of people with HT, leading to user dissatisfaction and failure to solve their health problems. The role of health care personnel is essential to prevent complications. The control of arterial hypertension is fundamental in the reduction of cardiovascular risk at a global level and in the prevention of premature deaths.

Keywords: Arterial hypertension, gaps, control, factors.



I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a las enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT) como aquellas que son de larga duración y progresión generalmente lenta.¹ Estas son la principal causa de la elevada tasa de mortalidad e incapacidad en el mundo debido a su alta prevalencia y efecto sobre la vitalidad, entre la población adulta en países con cualquier nivel de desarrollo.² De acuerdo con datos y cifras de la OMS para el año 2021, se estimó que las enfermedades no transmisibles representaron el 71% de todas las muertes en todo el mundo,¹ por lo que este tipo de enfermedades se han convertido en un problema de salud pública, motivo de vigilancia epidemiológica.^{3,4}

Dentro del grupo de padecimientos crónicos se destacan las Enfermedades Cardiovasculares (EVC) como la primera causa de muerte prematura en el mundo (17,9 millones cada año).¹ El principal factor de riesgo metabólico que aumenta la probabilidad de padecer una EVC es la Hipertensión Arterial (HTA), la cual se encuentra entre las enfermedades que pueden ser prevenibles, tratables, modificables e identificarse fácilmente a través de métodos no invasivos.⁵

La hipertensión es la tercera causa de muerte a nivel mundial, se le atribuyen una de cada ocho muertes convirtiéndola en la responsable de 7.6 millones de muertes anuales (13,5% del total), de las cuales el 54% son accidentes cerebrovasculares y el 47% enfermedades isquémicas del corazón.⁶ Durante la última década en México, la HTA ha sido el padecimiento que más ha afectado a la población, ocasionando más de 50 mil muertes al año.^{7,8}

La HTA afecta entre un 20% y un 40% de la población adulta en la región de las Américas y del Caribe.⁵ Se estima que el 75% de las personas que padecen HTA viven en países de medianos y bajos ingresos,³ caracterizados por una población que tiende a desarrollar estas enfermedades a una edad más temprana, padecerlas por más tiempo y estar propensos a presentar muerte prematura.⁹ Los estudios de población mundial han demostrado que la hipertensión arterial es más prevalente en adultos mayores para los grupos superiores a los 35 años.^{10, 11,12}

La Organización Mundial de la Salud y sus estados miembros han reconocido la importancia de mejorar el control de la hipertensión al crear un conjunto de indicadores y metas mundiales



respecto de las enfermedades no transmisibles mediante el tratamiento estandarizado de la hipertensión que complementa la estrategia de prevención primaria a nivel poblacional,¹³ sin embargo esto ha representado un gran desafío para la mayoría de los sistemas de salud debido al manejo inadecuado de estas enfermedades;¹⁴ por esta razón, reiteradas ocasiones ha enfatizado la desigualdad en el acceso a los servicios de salud genera brechas en la salud y afirma que es necesario tomar decisiones políticas basadas en evidencia para mejorar el bienestar de las personas.¹⁵

Las brechas en salud se refieren a disparidades o diferencias en el acceso a la atención médica, las necesidades de atención y los servicios médicos que presentan diversas poblaciones debido a sus características raciales, étnicas o socioeconómicas; a pesar de la oportunidad que representa la oferta y el acceso en la prestación de los servicios de salud, ciertas poblaciones no se benefician de la atención médica disponible.¹⁶

Para reducir estas disparidades en materia de salud, es necesario anticipar, identificar y reducir las brechas de atención garantizando un mejor esfuerzo en la creación de programas y estrategias que permitan ampliar la atención de las personas que padecen HTA para su debido y oportuno diagnóstico, tratamiento y control que contribuya a superar las brechas en la atención, propiciando las condiciones necesarias que permitan el acceso a la atención de los pacientes¹⁷.

Además, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han enfatizado la importancia de los estudios realizados en Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Perú acerca de las brechas de salud en los países, ya que estos han demostrado que persisten considerables desigualdades en cuanto al estado de salud y el acceso a la atención de salud.¹⁸

Debido a lo antes expuesto, este trabajo se sustenta en la evidencia actual de estos programas y diversos estudios centrados en conocer cómo y en qué medida los factores sociodemográficos relacionados con los servicios/sistemas de salud contribuyen a la existencia de las diferentes brechas en el proceso de atención de esta enfermedad.



1.1 Antecedentes

En 1972, en Carelia del Norte (Finlandia), se iniciaban las primeras intervenciones preventivas integrales en un proyecto comunitario debido a la alta tasa de mortalidad por cardiopatías en ese país. Según el estudio en 5 años se logró registrar importantes cambios en la modificación de conductas de riesgo por lo que se optó por ampliar las intervenciones a nivel nacional y actualmente su tasa de mortalidad es 85% menor a la registrada en 1977.¹⁹

Desde entonces, los esfuerzos de los organismos mundiales que hacen frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, cobraron impulso en la creación de intervenciones como la declaración política de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las ENT de 2011 y el Plan de Acción Mundial 2013-2020 de la OMS, con el fin de definir las acciones encabezadas por los países en materia de prevención y control de las ENT.²⁰

Un proyecto para la prevención y tratamiento estandarizado de la HTA, que consistió en fortalecer los sistemas de salud, contemplaba como acciones el uso de protocolos estandarizados para el tratamiento, así como un cuadro básico de medicamentos con un mecanismo de compra que asegurará la disponibilidad y asequibilidad de los mismos, registros clínicos para el seguimiento de los pacientes, así como promover el empoderamiento, participación de los pacientes y el trabajo en equipo de la comunidad; resaltó que ejecutando las acciones mencionadas se pueden crear fuertes bases que permiten la reducción de la hipertensión arterial y la morbilidad y mortalidad asociadas a las enfermedades cardiovasculares.²¹

Un estudio para determinar el proceso de atención de la HTA en 44 países de bajos y medianos ingresos se examinó desde la necesidad de atención hasta el tratamiento exitoso, el cual proporcionó evidencia importante para el diseño y la focalización de políticas de salud e intervenciones de servicios para la hipertensión, en el que además se demostró la existencia de brechas en el proceso de atención de la hipertensión.²²

Otro estudio Epidemiológico Prospectivo Urbano Rural (PURE), llevado a cabo en 17 países de diferentes ingresos económicos, donde participaron 142,042 personas entre 35 y 70 años,



identificaron a los participantes a partir de las comunidades y no desde las instituciones de salud, demostró un 41% en la prevalencia global de la hipertensión arterial, de estos el únicamente el 46.5% eran conocedores de su diagnóstico y de estos el 87.9% recibía algún tipo de tratamiento farmacológico mientras que de los que recibían tratamiento farmacológico solo el 32.5% estaba controlado. Además, se observó que la situación fue más grave en los países de ingresos bajos en donde se demostró mayor prevalencia de morbilidad y la educación pobre se asoció con menores tasas de consciencia, tratamiento y control.²³

En un análisis sistemático de estudios poblacionales de 90 países, se identificaron disparidades sustanciales en la concientización, tratamiento y control de la hipertensión, en donde se determinó que los países de altos ingresos tienen aproximadamente el doble de proporciones de concientización y tratamiento y cuatro veces la tasa de control en comparación con los países de bajos y medianos ingresos. Estos resultados son consistentes con los del estudio PURE que también informó proporciones más altas de consciencia, tratamiento y control en los países de ingresos altos en comparación con los países de bajos y medios ingresos.²⁴

Desde de la perspectiva de Hill et al, las barreras en la atención y control de la HTA se encuentran presentes en grupos de alto riesgo que no tienen acceso a los servicios de atención preventiva o que no los buscan, estos pueden desarrollar complicaciones debilitantes y potencialmente fatales de la hipertensión no tratada, por lo anterior se deben comprender y abordar estas barreras, que permitan el manejo de los factores de riesgo que dificultan el cumplimiento de las recomendaciones de atención y tratamiento de la HTA esenciales para que las estrategias dirigidas a superar estas barreras sean efectivas y reducir las disparidades en salud.²⁵

Por otro lado, la Red Latinoamericana de Investigación de Enfermedades Crónicas demuestra que es necesario realizar estimaciones y análisis de las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial y su relación con los factores asociados desde una perspectiva poblacional, teniendo como objetivo el mejoramiento del control de la HTA y la reducción de brechas en la atención y control de la HTA en países de América Latina.²⁶



II. MARCO TEORICO

Alrededor de 17 millones de muertes al año en el mundo, son causadas por las enfermedades cardiovasculares;²⁷ a pesar de que la mortalidad por estas patologías ha decrecido en países desarrollados, éstas siguen siendo la principal causa de muerte. Por esto es importante definir algunos conceptos claves en el tema de estudio, como control de la hipertensión arterial, los diferentes tipos de brechas en el proceso de atención y los factores sociodemográficos asociados que pudieran presentar la población en estudio.

2.1 Generalidades de la hipertensión arterial

Hipertensión arterial se define como una enfermedad crónica caracterizada por el trastorno de los vasos sanguíneos que presenta una tensión arterial alta constante. La OMS define a la tensión arterial como “la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón, cuánto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear”.²⁸

En general, la HTA en sus inicios cursa de manera asintomática produciendo síntomas indefinidos tales como dolor de cabeza, vértigos, dolor torácico, hemorragias nasales y dificultad para respirar por lo que el paciente difícilmente los puede identificar.²⁹

En un estudio sobre la HTA en México y sus factores asociados se encontró que solo el 20% de los pacientes conocían ser portadores de HTA, por lo que la tamización e implementación de medidas preventivas según la guía para la atención integral de las personas con hipertensión arterial de la OPS, deben enfatizarse en personas con condiciones que aumentan el riesgo de padecer HTA, tales como: el incremento en el peso, antecedentes familiares, ausencia de actividad física alcoholismo y tabaquismo activo, así como la ingesta excesiva de sal,³⁰ edad mayor a 35 años, debido a que se ha observado en múltiples estudios epidemiológicos que a partir de los 35 años es el rango internacionalmente más utilizado debido a la alta concentración de la morbimortalidad atribuible a la hipertensión no controlada.³¹



2.2 Diagnóstico de hipertensión arterial en el primer nivel de atención

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico de la hipertensión arterial se puede realizar bajo métodos no invasivos en la consulta médica del primer nivel de atención, primeramente se debe considerar el aumento continuo de la presión arterial con cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg después de tres mediciones seguidas con un intervalo de 2 minutos entre estas, usar un equipo digital automatizado,³² y realizar estudios de laboratorio (examen general de orina y química sanguínea) y electrocardiograma para conocer si existe alguna complicación a nivel cardiaco.³³

Un paciente con hipertensión controlada es aquella persona en que la medición casual de su presión arterial presenta valores por debajo de 140/90 mmHg, o aquellas que refieren ser hipertensos y se encuentran bajo tratamiento médico en un rango de edad de 30 y 59 años.^{32,34}

Los valores de la presión arterial en pacientes de 60 años o más, deberán ser menores a 150/90 mmHg, si sus cifras son de 140/90 mmHg o más se consideran hipertensos no controlados,^{35,36} en pacientes diabéticos o con presencia de enfermedad renal crónica las mediciones de presión arterial deberán indicar cifras menores a 130/80 mmHg.³⁷

Los pacientes diagnosticados con este padecimiento por un profesional de salud deberán recibir tratamiento para disminuir las cifras de tensión arterial. Gran parte de los pacientes con HTA requerían en algún momento dos o mas medicamentos antihipertensivos para conseguir mantener una presión arterial por debajo de 140/90 mmHg.



2.3 Clasificación de la presión arterial

El proyecto de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica 2017, ofrece una clasificación para determinar el grado de presión arterial en los pacientes. (Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de acuerdo con las cifras de PA en el consultorio (mmHg)

Categoría	PAS	PAD
Presión Arterial Óptima	< 120	< 80
Presión Arterial Subóptima	120 - 129	80 - 84
Presión Arterial Límitrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión Grado 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensión Grado 3	≥180	≥ 110

Fuente: Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, 2017.

El riesgo de padecer HTA se ve incrementado por la concurrencia de otros factores de riesgo asociados como presentar cifras de presión límitrofe, edad, sexo, antecedentes de familiares consanguíneos afectados por la enfermedad, obesidad, dislipidemias, tabaquismo, alcoholismo, diabetes y/o enfermedad renal crónica, por lo que existe mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial sistémica.³⁸ (Tabla 2)

De igual forma, se recomienda realizar la medición de la circunferencia de cintura, considerado como otro factor importante para la detección de posibles riesgos a la salud. Cuando una persona presenta acumulación de la mayor parte de grasa corporal en la cintura se dice que presenta obesidad abdominal. Si la circunferencia de ésta mide más de 80 cms en mujeres y más de 90 cms en hombres presentan mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, ataques cardíacos, entre otros³⁹.



Tabla 2.- Elementos para la estratificación del riesgo en la HTA

Factores de riesgo	
<ul style="list-style-type: none">• Género masculino y femenino en la postmenopausia	
<ul style="list-style-type: none">• Edad igual o mayor que 55 años en hombres o igual o mayor que 65 años en mujeres	
<ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo (cualquier cantidad)	
<ul style="list-style-type: none">• Dislipidemia: C-LDL > 100 mg/dL en sujetos de alto riesgo; > 130 mg/dL en los de riesgo intermedio C-no HDL > 130 mg/dL en sujetos de alto riesgo o > 160 mg/dL en los de riesgo intermedio. C-HDL < 50 mg/dL en M y < de 40 mg/dL en H	
<ul style="list-style-type: none">• Triglicéridos > 150 mg/dL	
<ul style="list-style-type: none">• Grupo en riesgo de Diabetes.	
Glucemia anormal de ayuno: entre 100 y 125 mg/dL	
Intolerancia a la glucosa: entre 140 y 199 mg/dL 2 h post carga de glucosa	
HbA1c 5.7% a 6.4%	
<ul style="list-style-type: none">• Diabetes Mellitus:	
Glucemia de ayuno: 126 mg/dL en más de 2 determinaciones.	
Glucemia 200 mg/dL 2 h post carga de glucosa	
HbA1c 6.5%.	
<ul style="list-style-type: none">• Peso excesivo: sobrepeso u obesidad	
IMC > 25	
Perímetro abdominal 90 cm en H y 80 cm en M.	
<ul style="list-style-type: none">• Historia de enfermedad cardiovascular en familiar de primer grado con inicio < 55 años en H y < 65 años en M.	
C=Colesterol C-LDL =Lipoproteínas de baja densidad HDL=Lipoproteínas de alta densidad	HbA1c= Hemoglobina glicosilada Mg=Miligramo dL=Decilitro

Fuente: Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, 2017



2.4 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

El tratamiento farmacológico se indica acorde a las cifras de presión arterial y al riesgo cardiovascular inicial en cada paciente. La finalidad del tratamiento antihipertensivo en salud pública es la disminución de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal.⁴⁰ Los tratamientos farmacológicos más indicados son aquellos que consiguen disminuir las cifras de tensión arterial durante 24 horas.⁴¹ Es importante conocer que para poder iniciar una terapia antihipertensiva se deben valorar diversos elementos tales como la edad del paciente y las necesidades de este, la presencia de otras enfermedades, los factores asociados que interfieran tanto en el tratamiento como en la adherencia, dosis adecuada y que la fórmula terapéutica sea de fácil administración y óptima eficacia.⁴²

La terapia antihipertensiva se comenzará en pacientes que presenten hipertensión grado I la cual se mantendrá durante 3 meses como única medida terapéutica, esto si no se llegaron a presentar factores asociados al riesgo cardiovascular.⁴¹ Según estudios multicéntricos, los principales fármacos que se utilizan para el tratamiento de la hipertensión arterial son los considerados de primera línea y están recomendados para instaurar o mantener el tratamiento antihipertensivo, en monoterapia o combinados:⁴³ (Tabla 3)

Tabla 3.-Principales fármacos usados en el tratamiento de la hipertensión arterial

Diuréticos tiazídicos	Bloqueadores de los canales del calcio (AC)	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II)	Betabloqueadores
Hidroclorotiazida*	Nifedipino*	Enalapril *	Azilsartán	Atenolol
Clorotiazida	Amlodipino*	Benazepril	Candesartán	Bisoprolol
Clortalidona	Felodipino	Cilazapril	Eprosartán	Metoprolol*
Indapamida	Nitrendipino	Lisinopril	Irbesartán*	Nadolol
Metolazona	Lacidipino	Perindopril	Losartán*	Oxprenolol
Bendroflumetiazida	Nicardipino	Quinapril	Olmesartán	Propranolol
	Isradipino	Ramipril	Telmisartán*	Timolol
	Diltiacem	Trandolapril	Valsartán	Labetalol
	Verapamilo	Fosinopril		Carvedilol

*Medicamentos más dispensados en el Centro de Salud en Gaviotas, Centro, Tab.

Fuente: Principales fármacos usados para tratar hipertensión arterial en pacientes de Gaviotas, Centro, Tab. Tomado de la base de datos del CESSA Gaviotas Tabasco.



La mayoría de las veces el tratamiento no farmacológico resulta ser la terapia primordial para el control de la HTA, este consiste principalmente en la modificación del estilo de vida del paciente. El personal sanitario debe educar y promover las medidas a cumplir por parte del paciente entre las cuales se encuentran las siguientes: controlar el peso corporal, reducir la ingesta de sal en sus alimentos, llevar una alimentación saludable y equilibrada, realizar actividad física o ejercicio, no fumar y limitar el consumo de bebidas alcohólicas.⁴⁴

2.5 Adherencia al tratamiento y Test de Morisky-Green

El cumplimiento terapéutico o adherencia al tratamiento se entiende como el comportamiento en el que las acciones de la persona tratada coinciden con las recomendaciones otorgadas por el personal sanitario las cuales están relacionadas con el mejoramiento de su salud; esto incluye la facultad del paciente para cumplir con sus citas programas, tomar medicamentos como le fueron indicados, modificar hábitos saludables y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas requeridas.⁴⁵

Diversos estudios sugieren algunos métodos para realizar una valoración del incumplimiento terapéutico, los cuales se aplican de manera sencilla en la práctica clínica por los profesionales de la salud; uno de estos es la prueba de Morisky-Green. Este método fue desarrollado por Morisky, Green y Levine el cual fue validado para su aplicación en diferentes enfermedades crónicas, así como valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con HTA.⁴⁶

El método consiste básicamente en 4 preguntas de respuestas dicotómicas sí/no, las cuales demuestra la conducta del paciente en cuanto al cumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las siguientes 4 preguntas y las respuestas deben coincidir: 1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su presión alta? Respuesta: NO, 2. - ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Respuesta: SI, 3.- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Respuesta: NO 4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Respuesta: NO.⁴⁶



El componente psicosocial del paciente, las características propias de la enfermedad, el tratamiento prescrito y la relación médico-paciente son un conjunto amplio de factores que intervienen en el cumplimiento terapéutico de modo que se logre controlar la enfermedad; la alteración de algunos de estos factores conllevará a la aparición del descontrol de la patología y la presencia de complicaciones.⁴⁷

Por otra parte, es indispensable tener en cuenta que el uso racional y la dispensación de medicamentos es un punto esencial en la calidad de la atención de la salud, que tienen como objetivo garantizar la adhesión del paciente a la medicación; esto sugiere la prescripción adecuada y asegurar la disponibilidad y la dispensación del medicamento correcto con relación al prescrito, así como brindar enseñanza farmacológica al usuario por parte del profesional de salud.⁴⁸

2.6 Brechas en la atención en salud

La Cobertura Universal de Salud es la base de todas las metas de salud; la existencia de las brechas en salud interfiere en el cumplimiento de estas y constituyen inequidades en el estado de salud y el acceso a la atención de la salud. La OMS/OPS utiliza constantemente el término “Brechas en Salud” para referirse a las condiciones de salud entre diferentes grupos sociales, poblaciones o países, como las desigualdades económicas, la utilización y acceso a los servicios de salud en los diferentes sistemas en el mundo.⁴⁹ Comprender las brechas en salud resulta relevante, ya que este mecanismo permite demostrar el desempeño de los sistemas de salud, relacionados a indicadores del estado de salud de la población y las variables sociodemográficas de los individuos.⁵⁰

El concepto de “brecha” tiene un significado muy amplio el cual hace referencia a la desigualdad, inequidad o “distancia excesiva entre dos términos que se contrastan”⁵¹ por ejemplo en las ciencias sociales y económicas, se refiere a la noción de diferencia, vacío o déficit.⁵²

En el campo de la salud pública el concepto de “brecha” se define como la diferencia que existe entre las metas en salud planteadas bajo ciertas condiciones y lo que realmente se ha alcanzado.⁵³



En tal caso podemos afirmar que las brechas en salud son fallas que se relacionan a los diversos componentes que hacen posible un proceso de atención en salud idóneo. Bajo este contexto se deben considerar que las políticas de salud, las características propias de cada sistema sanitario y las particularidades de cada población determinan la posibilidad de acceder y utilizar los servicios sanitarios para satisfacer las necesidades del usuario.³¹

2.7 Tipos de Brechas en la atención en salud

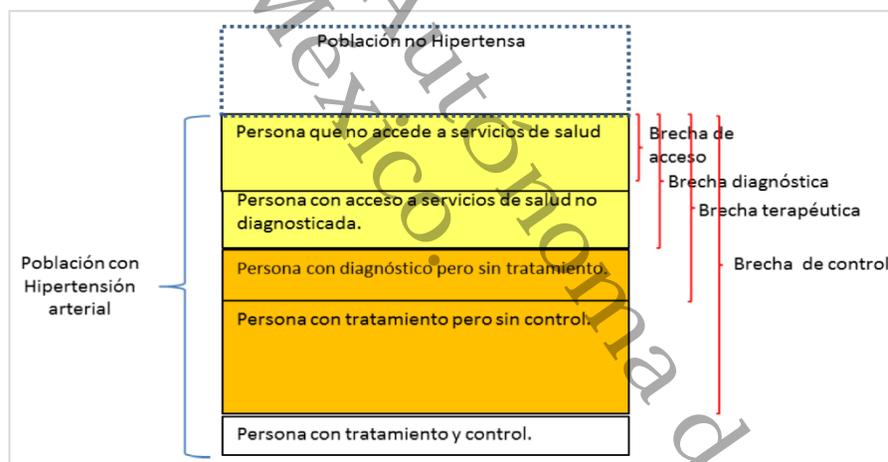
La Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedades Crónicas y Servicios/Sistemas de Salud define los siguientes términos sobre los tipos de brechas y control en la población con hipertensión arterial:

- **Brechas en el acceso:** se refiere a las personas que presentan o no hipertensión arterial, las cuales no sintieron alguna necesidad de atención médica durante el último año, o que a pesar de haber tenido alguna necesidad de salud no realizaron ninguna acción para resolver su problema y a aquellas personas que no fueron atendidas al acudir a algún servicio sanitario.³¹
- **Brechas de diagnóstico:** se refiere a las personas que presentan probable hipertensión arterial que aún no ha sido diagnosticada es decir presentar cifras de presión elevadas en el momento de la entrevista y que no tienen algún tipo de antecedente.³¹
- **Brechas de seguimiento:** se refiere a las personas que conocen su diagnóstico de hipertensión arterial pero no acudieron a una consulta de seguimiento durante el último año, independientemente del motivo que fuere.³¹
- **Brechas de tratamiento:** son las personas que conocen su diagnóstico de hipertensión arterial que recibieron indicaciones de tratamiento farmacológico, pero no cumplen con la adherencia terapéutica, independientemente del motivo que fuere.³¹

- **Brechas de control:** son las personas que se conocen con hipertensión arterial < a 60 años que presentan cifras > a 140/90 mmHg. Personas con diagnóstico de hipertensión de 60 años o más con cifras > a 150/90 mmHg y personas con diabetes con cifras > a 130/80 mmHg.³¹

El modelo propuesto permite explicar que las brechas en la atención y control de la hipertensión arterial se refieren a las diferencias observadas entre el estado en que se encuentran los diversos componentes de la atención a la hipertensión arterial tales como el acceso al servicio de salud, el diagnóstico oportuno de la enfermedad, el seguimiento, tratamiento y el grado alcanzado de control poblacional de la enfermedad en un contexto y momento determinados; en comparación con el estado óptimo en que cada uno de esos componentes debería encontrarse de acuerdo con la evidencia disponible y/o a los parámetros internacionales definidos.⁵⁴ (figura 1)

Figura 1.- Tipos de brechas en el proceso de atención



Fuente: Londoño y col. Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedades Crónicas y Servicios/Sistemas de Salud. De próxima aparición.



2.8 El modelo de atención en salud y las estrategias para el control de la HTA

Actualmente las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan un gran impacto socioeconómico para los sistemas de salud y la población. De acuerdo con la evidencia científica se conoce que la gran mayoría de las personas con ECNT no reciben una atención adecuada, consecuencia de una gestión inadecuada, falta de acceso a la atención y la presencia de diversos tipos de barreras.

LA OMS/OPS afirma que de las personas que viven con ECNT únicamente la mitad se diagnostica, y de éstos solo la mitad recibe atención médica, de la cuarta parte éstos solo la mitad logra alcanzar un tratamiento clínico adecuado. Esto significa que 1 de cada 10 personas con ECNT es tratado exitosamente. Es por esto que uno de los retos en salud es lograr la cobertura universal ya que esta puede contribuir a la equidad social de manera exitosa y alcanzar un modelo de gestión clínica efectiva desde la atención primaria que garantice una mejor atención sanitaria para todos y no únicamente a las personas con enfermedades crónicas.

La OMS a través de todos sus programas y estrategias universales tiene como objetivo maximizar la equidad de la salud, por este motivo ha enfatizado constantemente en el acceso y la cobertura universal de salud en el primer nivel de atención, esto significa que las personas tienen el derecho de acceder a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad, que sean de acuerdo con sus necesidades.⁵⁵

Sin embargo, el acceso a los servicios de atención de la salud puede verse restringido por barreras, que son factores o fenómenos que dificultan que las personas lleguen a los servicios prestados por los proveedores de atención de la salud en el momento deseado.^{56,57} estas barreras conllevan serios problemas que generan resultados clínicos negativos en los pacientes, mala calidad de vida y aumento de los costos para el sistema de salud.⁴⁷

Ahora bien, las estrategias en el primer nivel de atención para el control de la hipertensión deben ser integrales y capaces de causar un gran impacto que consiga disminuir la mortalidad en la



población; puesto que el control y la prevención de la hipertensión arterial son retos que deberían ser alcanzables pues se conoce que esta afección es un factor de riesgo que puede ser modificable.

Los programas de salud enfocados en el control de la hipertensión arterial deben tener como finalidad asegurar la detección, seguimiento, tratamiento y control de la HTA y sus complicaciones, así como mejorar la prevención a través de diferentes acciones tales como proporcionar unidades con sistemas de información funcional y actualizada, personal de salud altamente capacitado para la educación del paciente en su padecimiento, así como estar equipados con los dispositivos, materiales e insumos necesarios y disponer de medicamentos seguros, eficaces, asequibles y de calidad, garantizando a su vez que estos no generen dificultades financieras en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.⁴⁷

Los grandes organismos en salud enfatizan que los sistemas deben implementar en su organización y prestación del cuidado un programa de calidad en la atención que mejore la atención ambulatoria como el Modelo de Cuidados Crónicos el cual contempla un manejo integral para las enfermedades crónicas no transmisibles. El Modelo de Cuidado Crónico (MCC),^{58,59} desarrollado por Edward Wagner, constituye la principal referencia internacional para la mejora de la calidad del cuidado a enfermedades crónicas⁶⁰

Este modelo se centra en que el manejo de las ECNT es más efectivo cuando la relación se da entre un paciente activado y un equipo de atención médica proactivo y preparado, además sugiere que para el logro de mejores resultados clínicos todos los componentes del modelo deben estar interconectados y funcionar de manera coordinada:

1. Apoyo en el automanejo es decir generar conciencia y participación del paciente y de su familia en el seguimiento global de su padecimiento.
2. Apoyo en la toma de decisiones (Soporte a la decisión profesional a través de guías clínicas y otros métodos).
3. Diseño del sistema de prestación de servicios: Mejora de la atención clínica. Asignación de tareas y responsabilidades según las necesidades del paciente

4. Sistema de información para el seguimiento, atención y evaluación.
5. Brindar incentivos para los cambios organizacionales, como la mejora de la calidad.
6. Participación de la comunidad en la movilización de recursos fuera del sector de la salud

Figura 2. Modelo de atención de enfermedades crónicas.



Fuente: Wagner EH. Modelo de atención de enfermedades crónicas. Mac Coll Institute for Healthcare Innovation. Seattle, EE.UU. 1998



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El panorama actual con respecto a las principales cargas epidemiológicas como son las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) constituye un gran reto para la Salud Pública a nivel mundial; esto de acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud donde informa que las ECV son la principal causa de muerte a nivel mundial.⁶¹ Se estima que el 31.8% (18 millones de personas) del total de las muertes anuales mueren debido a estas causas, de estas muertes 7.4 millones son por Cardiopatía Coronaria y 6.7 millones de muertes por Accidentes Vasculares Cerebrales (AVC). Las ECV afectan mayormente a países de bajos y medianos ingresos ya que el 80% de las defunciones se producen en esos países; también presentan tres a seis veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares mortales que en los países de altos ingresos.⁶²

Los países de bajos y medianos ingresos presentan mayor tendencia a desarrollar este tipo de enfermedades a una edad más temprana, sufrirlas por más tiempo, que a menudo tienen complicaciones prevenibles pero que pueden tener consecuencias graves e incluso la muerte., por lo que la mayoría de las personas con HTA no controlada que viven en este tipo de países tienen acceso limitado a servicios de diagnóstico, atención y tratamiento.³

En regiones como América Latina y el Caribe se estima que aproximadamente un 80% de las personas con hipertensión arterial no llevan un control adecuado de esta. De acuerdo con el estudio PURE en países como Argentina, Brasil y Chile, únicamente un 57% de las personas con este padecimiento conoce su condición, un 53% de ellos se encuentra bajo un tratamiento establecido y sólo el 30% de las personas con tratamiento tiene la presión arterial controlada.⁶³

La prevalencia de la HTA en la población en general se incrementa con la edad; se estima que en el mundo más de 1130 millones de personas padecen hipertensión arterial⁶⁴ y en México se habla aproximadamente de 31 millones, esto significa que uno de cada cuatro mexicanos la padecen.^{65,66}



El aumento de la prevalencia de la hipertensión se debe al crecimiento de la población, el envejecimiento y los factores de riesgo conductuales, mala alimentación, alcoholismo, tabaquismo, inactividad física, el sobrepeso, sedentarismo y la exposición prolongada al estrés, los cuales aumentan el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados. Debido a estos factores de riesgo conductuales, la mortalidad relacionada con la hipertensión ha aumentado por lo que es importante adoptar medidas apropiadas, de lo contrario se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando.⁶⁷

Actualmente existen pruebas directas de que el descuido de las ECV provoca un aumento objetivo de la mortalidad. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo principales para padecer un evento cardiovascular o morir a causa de este. El mal manejo de la hipertensión arterial puede conducir a otros problemas tales como la enfermedad isquémica cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca y arritmias además de ser la segunda causa de discapacidad en el mundo.⁶⁸

No obstante, se observó un incremento de la mortalidad total por ECV en ciertas regiones de España, Italia y Europa por encima de lo esperado por la pandemia de COVID-19. Estudios recientes demostraron una asociación entre la patología cardiovascular y una mala evolución de la infección por coronavirus SARS-CoV-2; esto confirma los datos mostrados por las autoridades de Wuhan, China, en su análisis acerca de las personas que fallecieron debido al COVID-19, un 10.5% presentaba cardiopatías, el 7.3% diabetes y el 6.3% hipertensión,⁶⁹ por lo que los pacientes con enfermedades cardiovasculares y HTA constituyen un grupo de mayor riesgo que requieren de cuidados críticos.⁷⁰

Según el comunicado de prensa realizado por el INEGI en 2021, en México, las tres principales causas de muerte a nivel nacional son: enfermedades del corazón (20.8%), COVID-19 (15.9%) y diabetes mellitus (14.6%).⁷¹



En México las defunciones confirmadas a causa del COVID-19, suman hasta abril de 2021, 228,014 personas según informa la Secretaría de Salud que el 45.4% de las personas fallecidas por COVID-19 en México tenían hipertensión.^{72,73}

Dado que la hipertensión es una de las comorbilidades más frecuentes y factor de riesgo para adquirir la enfermedad del COVID-19, algunos de los efectos de esta crisis pandémica son el aumento de las brechas en el acceso a los sistemas de salud,⁷⁴ lo cual representan las dificultades de los pacientes para tener acceso a los servicios de salud, para el control de su padecimiento y la prevención de las complicaciones clínicas y discapacidades, por lo que existe la necesidad de encontrar una manera de monitorear continuamente a los pacientes con problemas y riesgos cardiovasculares.

La HTA es el padecimiento crónico más frecuente en nuestra sociedad la cual impacta de forma negativa a los individuos aun en las etapas más productivas de su vida. La importancia de este problema consiste en las repercusiones en la esperanza y la calidad de vida de las personas que la padecen ya que la mayoría de las veces no se alcanza un diagnóstico oportuno mientras cursa asintomático hasta que aparezcan una o varias complicaciones. Es por esto que su alta prevalencia, gravedad, costos asociados y el gran impacto causado a largo plazo en la salud de los pacientes se considera un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo.⁷⁵

La HTA es un factor de riesgo que puede ser modificable por lo que su control, prevención de la morbilidad y mortalidad que ésta genera deberían ser metas alcanzables para los sistemas de salud. Según la Organización Panamericana de la Salud, se ha planteado el prevenir 10 millones de muertes por eventos cardiovasculares en todo el mundo en 10 años;⁷⁶ por lo que el adecuado control de la presión arterial es importante para reducir la carga de la enfermedad, es decir mantener cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg, lo cual es una medida costo-efectiva para evitar muertes prematuras.⁷⁷

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018-2019 se ha demostrado un incremento sostenido en la prevalencia de HTA durante los últimos 22 años en



personas de 20 años y de más edad, con una prevalencia de 25.5%, de estos el 40.0 % de las personas identificadas con hipertensión desconocía su estatus; además de observar tendencia creciente en la prevalencia de HTA a partir del grupo de edad de 30 a 39 años, se observó un aumento en la prevalencia de la hipertensión arterial por diagnóstico médico previo a partir de los 40 años para ambos sexos, con un incremento relativo de 208.7% en mujeres y de 208.3% en hombres del grupo de 40 a 59 años en comparación con el grupo de 60 años y más.⁷⁸

En los registros del Sistema de información de Crónicas (SIC) de México, 2020 se observó que del total de pacientes con HTA el 68.8% cuenta con un registro de medición de tensión arterial y el 31.3% se encuentran sin medición y del total de pacientes con registro de TA el 66.3% se encuentran con TA controlada y el 33.7% se encuentran con TA descontrolada. Para Tabasco el 59.7% son pacientes en control de la TA y el 40.3% son pacientes sin control de la TA. El porcentaje que representa a los pacientes que son activos es decir que acuden a consulta regularmente es de 61.9% y de estos el 38.1% están descontrolados.⁷⁹

El diagnóstico, control y seguimiento oportuno de la HTA es vital para el adecuado proceso de atención del paciente, sin embargo, existen diversas dificultades inherentes a estos tales como diferencias socioculturales relacionadas al paciente, al personal sanitario, e incluso, al mismo sistema de salud. Los profesionales de la salud afirman que las dificultades para lograr el cumplimiento en tratamientos prolongados en pacientes con padecimientos crónicos, el 40% o el 50% de las pacientes que inician un tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial dentro del primer año realizado su diagnóstico, abandonan o modificación su medicación mientras que entre una tercera parte y la mitad de los que se mantienen en el tratamiento presentan cifras de presión arterial controlada.⁸⁰

En la actualidad, las metas mundiales en salud han ampliado sus objetivos, es decir se han propuesto reducir tanto la prevalencia e incidencia de las enfermedades, mejorar los servicios de salud, así como reducir las inequidades en materia de salud, de este modo El acceso a una atención sanitaria de calidad está estrechamente relacionado con la reducción de las ECV,



Hasta el momento se ha investigado que los obstáculos en la atención se derivan de la falta de preparación e intervenciones costo-efectivas para la prevención y control de las enfermedades crónicas en la mayoría de los sistemas de salud puesto que la forma en que funcionan y están diseñados impide implementar las intervenciones necesarias y sostenerlas a largo plazo de una manera efectiva y con equidad.⁸¹ Estudios han encontrado que gran parte de los sistemas de salud en el mundo presentan una deficiente organización incapaces de crear una estrategia que sea realmente efectiva para lograr una desaceleración al crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y hacer frente a los retos planteados por los problemas de salud.^{82,83}

Así que por esto importante analizar la situación de salud y el riesgo que representa esta enfermedad, a través de estudios sobre el abordaje de las brechas en la atención y control de la HTA que permite conocer las dificultades y barreras que entorpecen un adecuada atención y control en los pacientes con HTA, las cuales se pueden examinar a través de investigaciones de perspectiva poblacional.

En consideración con el panorama expuesto anteriormente, es imperante la necesidad de conocer la situación específica de la atención en salud de la población con HTA, lo cual permitirá identificar las áreas de riesgo, diseñar y poner en marcha estrategias e intervenciones, así como encaminar apropiadamente los recursos que conllevan en cierta manera a la disminución de brechas de salud, en países con mayor presencia de inequidades existentes.⁸⁴

Por lo que con base en el planteamiento del problema surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las principales brechas en el proceso de atención de la hipertensión arterial en pacientes de Gaviotas, Centro, Tabasco?



IV. JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ocurren 1.6 millones de muertes debido a las enfermedades cardiovasculares en el continente americano, de este medio millón son muertes prematuras y evitables; esto quiere decir que las muertes ocurren en personas menores de 70 años. La hipertensión arterial perjudica a un porcentaje amplio de la población adulta que va desde un 20% a un 40%, es decir al menos 250 millones de personas tienen este padecimiento, la cual su frecuencia se hace visible con la edad, por lo que el número de personas con hipertensión ha aumentado en los últimos años y gran parte de la población desconoce acerca de este padecimiento y sus consecuencias.⁸⁵

Como se ha venido observando el riesgo de morir por HTA en edad temprana es más alto en los países de bajos y medianos ingresos; además dos tercios de todos los eventos cerebrovasculares y la mitad de las enfermedades coronarias son atribuibles a un control deficiente de la HTA. La prevención, atención y control de la HTA de las enfermedades cardiovasculares constituyen un gran desafío para la Salud Pública en América Latina debido a los altos índices de mortalidad y la aparición de las complicaciones que pueden generar discapacidad, lo que conlleva al paciente y a sus familiares a experimentar una mala calidad de vida y la escasez de los recursos económicos que se producen por los gastos de bolsillo a consecuencia de las complicaciones de esta patología.

En algunos países de bajos y medianos ingresos los gastos producidos por las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son el motivo de casi la mitad del costo ya que constituyen el 20% del gasto total en salud, esto quiere decir que para las economías nacionales y los servicios de salud representan altos costos. Las proyecciones de impacto socioeconómico para el periodo 2011-2025 indican que países como México, Brasil, Argentina y Colombia sufrirán reducciones del 4% en su Producto Interno Bruto (PIB) y la pérdida acumulada de la producción relacionada a las ECNT en países de bajos y medianos ingresos será de \$7,28 billones de dólares,⁸⁶ mientras que la pérdida anual será de \$500 000 millones de dólares como resultado de los efectos macroeconómicos de las principales enfermedades crónicas en América Latina.⁸⁷



En México, la hipertensión arterial sea mantenido dentro de las primeras nueve causas de muerte durante las dos últimas décadas y en los últimos años, ha aumentado la tasa de mortalidad a un 29.9%.⁸⁸ La mortalidad por enfermedades hipertensivas mostró una tendencia ascendente en el 2005 de 13.91% que para el 2013 fue de 20.13% lo que representa un incremento de 6.22 puntos y en 2015 responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenible. De acuerdo con el Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México 2019, la tendencia se ha mostrado al alta, registrándose una incidencia para 2019, de 439.12 casos por cada 100 mil habitantes.

Al comparar los hallazgos nacionales en la detección de hipertensión arterial de los resultados en la ENSANUT 2019, se encontró que Tabasco se encuentra ligeramente arriba del promedio nacional, Tabasco con un 31.6% mientras que el promedio nacional es de 29.4%.⁵⁷ Conforme a los registros de información crónica del Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Gaviotas se estimó que, para enero, 2020 había en seguimiento aproximadamente 245 pacientes con diabetes e hipertensión arterial de los cuales, el 60% eran hipertensos. Para diciembre 2020 se reportó una pérdida del 30% en el programa de atención a pacientes con problemas crónicos debido a múltiples causas entre las que se pueden destacar el nulo seguimiento de la HTA por parte de los pacientes debido al reto emocional que presentan por riesgo al contagio por COVID-19 y los fallecimientos.

Las brechas de atención en el primer nivel de atención permiten conocer la perspectiva de la población y examinar el estado de salud, utilización de los servicios de salud, ingresos y otros marcadores socioeconómicos que identifiquen las desigualdades de salud haciendo énfasis en la detección, seguimiento, tratamiento y control de la HTA y las complicaciones en la población.

Con este estudio se pretende analizar las brechas en el proceso de atención y control de la HTA y los principales factores asociados; ya que es fundamental conocer las principales barreras que los pacientes atraviesan, lo cual permitirá aumentar el desarrollo de conocimiento en la creación de políticas e intervenciones con el fin de reducir las inequidades en materia de salud. •



Asimismo este proyecto de investigación sienta sus bases y está respaldado por la Red Latinoamericana de Investigación Multidisciplinaria de Enfermedades Crónicas que es una iniciativa académica internacional para la cooperación y el fortalecimiento de la investigación en Salud Pública y Epidemiología, la cual es auspiciada por el Instituto de Medicina Tropical de Amberes- Bélgica y apoyada por diversas instituciones académicas y de salud en América Latina, la cual se encuentra enfocada en el análisis de estudios poblacionales sobre hipertensión arterial y la consolidación de tres líneas de investigación sobre Enfermedades Crónicas : Sistemas de salud y organización de servicios de salud, economía de la salud y estudios cualitativos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



V. OBJETIVOS

5.1 General:

Identificar las brechas en el proceso de atención y control de la Hipertensión arterial en los casos de la Colonia Gaviotas, Centro, Tabasco

5.2 Específicos:

- Determinar la presencia de brechas relacionadas con el acceso a la atención de los pacientes con HTA.
- Investigar las brechas relacionadas con el diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial de la población estudiada.
- Identificar las brechas relacionadas con la adherencia al tratamiento de los pacientes.
- Conocer las brechas relacionadas con control y seguimiento de casos de hipertensión arterial en la población bajo estudio.



VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, transversal y descriptivo con la finalidad de conocer las inequidades que pueden existir durante el proceso de atención del paciente con hipertensión arterial; esta investigación se llevó a cabo en el periodo de diciembre 2019 a diciembre de 2021.

6.2 Tamaño de la muestra

Se realizó la visita a 100 viviendas particulares ocupadas en la Colonia Gaviotas, Centro, Tabasco. Entre las cuales se consideraron para el estudio a 57 sujetos por muestreo no probabilístico a conveniencia que fueran mayores de 35 años y aceptaran participar en el estudio. Se realizó la actividad de campo relacionada a esta investigación hasta contar con la aprobación del protocolo por parte del jefe de la Jurisdicción sanitaria del Centro y el director del CESSA Gaviotas los cuales manifestaron su complacencia en incluir a la Colonia Gaviotas en la investigación, contribuyendo a facilitar el desarrollo de esta y las autoridades de salud involucrados. Previo a dicha aprobación se comenzó la recopilación de información. Se dejó de encuestar debido a diversas causas como las medidas de distanciamiento social a causa de la pandemia de la COVID-19, falta de disposición a participar por parte de los residentes y las inundaciones que se presentaron en la región.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Persona adulta mayor de 35 años diagnosticado o no con HTA, que otorgue su consentimiento informado y que resida en:

- área de salud ubicada en zona urbana.
- Población de ingresos bajos o medios
- Área de salud con un funcionamiento “típico” del modelo de atención a pacientes crónicos.



- Disposición a participar y posibilidades de mejoramiento

Exclusión:

Se excluye de la población a las personas que se encuentren, temporal o definitivamente, en habitaciones colectivas como: hospitales, conventos y centros de bienestar y similares y a las que demuestren incapacidad para responder el cuestionario.

6.4 Método e instrumento de recolección de datos

Se les realizó una entrevista individual semiestructurada a los participantes, a través del cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, “Encuesta para la Detección de Brechas en la Atención y control de la Hipertensión,” (anexo 1) el cual fue utilizado y estandarizado para estudios de 3 países (Colombia, Ecuador y Cuba).^{47,89} A los participantes se les explicó el proceso de la recolección de la información, y se les midió la presión arterial en tres ocasiones, la primer medición se realizó al iniciar la entrevista, la segunda medición a la mitad del cuestionario y la última medición al finalizar la entrevista. La presión arterial se tomó en el brazo derecho en posición sentado, con un equipo digital debidamente calibrado y certificado para su uso, siguiendo el método estandarizado recomendado internacionalmente para la medición de la presión arterial en encuestas poblacionales.⁹⁰ Las personas que referían antecedentes de HTA se les aplicó la encuesta de manera completa (Anexo 1). También se les realizó la medición de la talla, peso y perímetro abdominal.

A todas las personas incluidas en el estudio se les informó adecuadamente sobre los procedimientos y los objetivos del estudio. Su consentimiento escrito se obtuvo por el entrevistador en presencia de un testigo. En caso de analfabetismo, el testigo se aseguró que la persona estuviera bien informada y confirmará el consentimiento del paciente para participar.

Se creó un código para cada encuestado para asegurar la correcta relación entre el consentimiento informado, el formato de la encuesta del paciente y los registros electrónicos. correspondiente a los datos básicos de cada entrevistado (nombre, género, número de documento de identificación,



fecha y encuestador). Se garantizó que toda la información fuera anónima una vez introducida en la base de datos.

El instrumento de valoración utilizado “Encuesta para la detección de brechas en la atención y control de la hipertensión arterial (una aproximación desde la perspectiva poblacional)” se validó y se calibró adaptándolo a la realidad mediante la evaluación por el equipo local de la Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedades Crónicas y Sistemas/Servicios de Salud y a sus instituciones, estandarización a encuestadores, estandarización multinacional del instrumento.

6.5 Análisis de datos

La recolección de los datos manuales se archivó y se garantizó la confidencialidad de la información. La base de datos digital y el manejo de la información se realizó por el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 26). Para el proceso de la información se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como cálculos de porcentaje y distribuciones de frecuencia ilustradas en tablas.

6.6 Operacionalización de variables

Se determinaron las siguientes variables de estudio, las cuales se encuentran reflejadas en la “Encuesta para la Detección de Brechas en la Atención y control de la Hipertensión”.

Principales variables independientes:

Las variables independientes consisten en factores sociodemográficos y los relacionados con el funcionamiento de los sistemas de salud asociados a la existencia y magnitud de las brechas en la atención y control de la HTA.

- Sexo
- Edad
- Población desplazada
- Estructura familiar
- Identidad



- Estado civil
- Ocupación
- Nivel de educación

Principales variables dependientes:

Las variables dependientes consisten en la proporción de la población que no accede a los servicios de salud, no se diagnostica, no se trata o no se controla. A nivel individual estas variables se corresponden con variables cualitativas, nominales y/o politómicas.

- Acceso
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Control

Variables de Acceso: disponibilidad del servicio, percepción sobre la necesidad de atención o la calidad del servicio, distancia al centro, costos directos/indirectos.

Variables de Diagnóstico: Oportunidad de diagnóstico, tipo de prestador (médico especialista, general, Médico Familiar, enfermera), tipo de contacto (puerta de entrada primer nivel, segundo o tercer nivel), tipo de consulta (urgencias, externa, otra).

Variables de Tratamiento: Negativa del paciente, uso de medicina alternativa, falta de recursos, no disponibilidad de medicamentos por el sistema, no prescripción de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico, efectos adversos. Adherencia: farmacológica / no farmacológica. (Test de Morisky-Green)

Variables de seguimiento y control: paciente diagnosticado que abandona el tratamiento, control regular (o no) y sitio del control, disponibilidad del servicio, aceptabilidad del servicio. Presencia de comorbilidades y su adecuado manejo (integral).



Tabla 4.- Operacionalización de variables

	Variable	Categoría	Tipo/escala	Definición conceptual	Definición operacional
Sociodemográficas	Sexo	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativo/nominal	Conjunto de características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Características biológicas que diferencia al sexo masculino del femenino.
	Edad	0,1,2,3,4.... años	Cuantitativo/Discreta	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años cumplidos
	Población desplazada	1. SI 2. No	Cualitativa /nominal	Familias o personas que abandonan su lugar de residencia habitual en movimientos colectivos, debido por lo general a un desastre repentino.	persona que se ha visto obligada a abandonar su hogar o residencia habitual
	Estructura familiar	1. Solo 2. Cónyuge 3. Hijos 4. yerno o nuera 5. padres o suegros 6. nieto o nieta 7. otro pariente 8. otro no pariente 9. empleado (puertas adentro)	Cualitativa, nominal, politómica	Descripción de los elementos que componen el sistema, distinguiendo configuraciones en términos de número de integrantes y desempeño de roles dentro del mismo espacio de convivencia.	Miembros de la familia que viven en la casa (comen y duermen habitualmente en el hogar)
	Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • INE • acta de nacimiento • cedula de ciudadanía • cedula de extranjería • pasaporte • otro 	Cualitativa, nominal, politómica	Relación que posee una persona con la nación a la cual pertenece, ya sea si nació en el territorio, forma parte de alguna comunidad o por sentir afinidad por las costumbres y tradiciones de dicha nación	Documento de identidad
	Identidad cultural	1. Negro 2. mestizo, 3. blanco 4. indígena	Cualitativa, nominal, politómica	Un conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y acciones que funcionan como un elemento	Raza o etnia con la que se identifica según sus costumbres



				unido dentro de un grupo social.	
	Estado civil	<ol style="list-style-type: none">1. Casado2. Separado3. Divorciado4. Viudo5. Unión libre6. soltero	Cualitativa, nominal, politómica	Condición de las personas físicas que se determina por lazos familiares provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación conyugal actual
	Ocupación	<ol style="list-style-type: none">1. nada o desempleado2. estudiante3. trabajador con remuneración fija4. trabajador independiente5. trabajador eventual6. ama de casa7. jubilado/retirado	Cualitativa, nominal, politómica	Actividad comúnmente regular y a menudo realizada a cambio de un pago	Trabajo actual
	Nivel de educación	<ol style="list-style-type: none">1. ninguno2. primaria3. secundaria4. técnica5. Profesional6. posgrado	Cualitativa/Ordinal	Años de escolaridad	Años o semestres cursados
	salario	Si No	Cualitativa /nominal	Remuneración por la actividad que realiza	Dinero percibido
	Tipo de afiliación	<ol style="list-style-type: none">1. Seguro popular2. IMSS3. ISSSTE4. ISSET5. SEDENA6. SEDEMAR7. Servicios Médicos UJAT8. No estoy afiliado9. Otro	Cualitativa, nominal, politómica	Régimen contributivo en el que las personas con capacidad de pago, empleados y personas con vínculos familiares se consideran como cotizantes.	Cotizante o no



Acceso a los servicios de salud	Necesidad de atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa /nominal	<p>Grado de ajuste entre las necesidades de los usuarios y los recursos de la atención de salud, la cual distingue diversas dimensiones tales como las geográficas la cual considera el tiempo que necesita el usuario para obtener el servicio de salud y los medios de transporte utilizados.</p> <p>De tipo organizacional la cual se refiere a las barreras u obstáculos encontrados en la organización de los servicios prestadores de salud.</p> <p>De tipo socioculturales Los que se refieren a los fenómenos el individuo que caracterizan el tipo de búsqueda de la salud tales como la percepción física de su organismo, su salud o enfermedad, la tolerancia al dolor y el crédito otorgado a los servicios de salud, así como los recursos económicos del usuario.</p>	Proporción de la población con HTA que no accede a los servicios de salud
	Acción para recibir atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visitó una institución de salud o un médico 2. Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. 3. Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera o profesional de salud. 4. Visitó un curandero, chamán, mago, sobandero o similar. 5. No hizo nada. 6. Acudió a una farmacia o droguería 	Cualitativa, nominal, politómica		
	Motivo por el cual no hizo nada para resolver su necesidad de atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Era una enfermedad o accidente leve 2. No tuvo tiempo 3. El centro de atención le queda lejos 4. La atención es de mala calidad 5. Falta de dinero 	Cualitativa, nominal, politómica		



		<ol style="list-style-type: none">6. No pudo dejar la casa o a los niños7. Sabe cómo tratar la enfermedad por usted mismo8. No pudo dejar de trabajar9. Le daba miedo saber qué es lo que tenía10. Tenía desconfianza del establecimiento de salud11. Pensó que no lo iban a querer atender12. No le dieron permiso en su casa13. El centro de salud está en un lugar muy inseguro14. Pidió cita y no se la asignaron			
	Lugar donde acudió	<ol style="list-style-type: none">1. Centro de salud2. Unidad Médica Familiar3. Clínica u hospital público4. Consultorio médico particular5. Farmacia6. Consultorio médico/dental7. Homeópata8. Centro naturista9. Curandero	Cualitativa, nominal, politómica		



		10. Clínica/hospital privado 11. Otro			
	Motivo de visita	1. Porque quería un chequeo 2. Para que me atendieran una nueva enfermedad 3. Para controlarme una enfermedad ya conocida 4. Por una urgencia 5. Otro	Cualitativa, nominal, politómica		
	elección del establecimiento	1. Es la unidad de salud que me corresponde/Solo me atienden en ese lugar 2. Está cerca 3. Tiene precios bajos 4. Buena calidad 5. Sugerido por otras personas/profesional 6. Tiene conocidos en el servicio	Cualitativa, nominal, politómica		
	Distancia al centro	<ul style="list-style-type: none">• Horas• Minutos	Cuantitativa/discreta		
	Transporte utilizado para acudir	1. A pie 2. Carro particular 3. Transporte público 4. Bicicleta 5. Motocicleta	Cualitativa, nominal, politómica		



Atención en el establecimiento de salud	<ol style="list-style-type: none">1. Sí2. No	Cualitativa /nominal		
Motivo por el que no lo atendieron	<ol style="list-style-type: none">1. El establecimiento de salud estaba cerrado2. No había médicos o personal para atender3. No logró obtener una cita o turno de atención4. Tenía que esperar mucho tiempo y se fue5. No tenía una orden o autorización para la atención	Cualitativa, nominal, politómica		
Tiempo de espera para ser atendido	<ul style="list-style-type: none">• Días• Horas• Minutos	Cuantitativa/discreta		
tipo de prestador del servicio	<ol style="list-style-type: none">1. Médico2. Médico especialista3. Odontólogo4. Enfermera/auxiliar de enfermería5. Otro6. No sabe	Cualitativa, nominal, politómica		
tipo de consulta	<ol style="list-style-type: none">1. Urgencia/emergencia	Cualitativa, nominal, politómica		



		<ol style="list-style-type: none"> 2. Consulta externa 3. Consulta de especialidades 4. Medicina general/integral 5. Laboratorio clínico 6. Imagenología (Rayos X, ecografía, TAC, etc.) 7. Rehabilitación 8. Entrega de medicamentos 9. Curaciones o inyecciones 10. Hospitalización 			
	Calificación del paciente por la atención médica recibida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena 	Cualitativa/Ordinal		
Diagnóstico de HTA	Medición de la presión arterial en la consulta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. no 	Cualitativa /nominal	Reconocimiento de una afección diferenciándola de cualquier otra, recabar datos para analizarlos e interpretarlos que permite una correcta evaluación para el caso de la HTA. Para confirmar el diagnostico se recomienda complementar mediciones de la presión arterial fuera del consultorio, es decir se pueden realizar	Proporción de la población que no se diagnostica
	Consumo de tabaco o cigarrillo al día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 3 2. Entre 4 y 9 3. Entre 10 y 20 4. Más de 20 	Cuantitativa/discreta		
	Consumo de alcohol en el mes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sólo una vez al mes 2. 2 a 3 veces por mes 	Cuantitativa/discreta		



		3. Semanalmente 4. Diariamente		monitoreos ambulatorios o en el domicilio.	
	Actividad física	1. Diario 2. 1 vez por semana 3. 2-3 veces por semana 4. Más de 3 veces por semana	Cuantitativa/discreta		
	Diagnóstico de alguna enfermedad	1. No me han diagnosticado nada 2. Diabetes/azúcar alta en la sangre 3. Colesterol alto 4. Cáncer 5. Depresión 6. Ansiedad 7. Enfermedades pulmonares (Asma/EPOC) 8. Infarto de miocardio (Ataque cardíaco) 9. Derrame cerebral 10. Falla cardíaca (Insuficiencia cardíaca) 11. Falla de los riñones 12. Daño en la retina por presión o azúcar alta	Cualitativa, nominal, politómica		
	alguna vez le han medido la presión arterial	1. Sí 2. Nunca	Cualitativa /nominal		



	Donde le miden la presión arterial	<ol style="list-style-type: none"> 1. En un establecimiento de salud 2. En una farmacia o botica 3. En una campaña de salud 4. En el trabajo 5. En mi casa o la de algún familiar o vecino 6. En otro lugar (Especifique) 	Cualitativa, nominal, politómica		
	Medición de la presión arterial	<ol style="list-style-type: none"> 1. En el último mes 2. En los últimos 12 meses 3. De 1 a 4 años 4. Hace 5 o más años 	Cuantitativa/discreta		
	Diagnóstico de hipertensión arterial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa /nominal		
	Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial	<ol style="list-style-type: none"> 1. En los últimos 12 meses 2. Entre 1 y 5 años 3. Entre 5 y 10 años 4. 10 años ó más 	Cuantitativa/ continua		
Seguimiento y control de la hipertensión arterial	Seguimiento o control de hipertensión en el último año	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa /nominal	Es el proceso de atención a la salud que continua con intervenciones de tipo diagnostico o terapéutico con la finalidad de lograr la completa recuperación de la enfermedad o de mantener un estado de salud estable o controlado	Proporción de la población con HTA que no lleva un control
	Razón por la falta de seguimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. No quiso asistir al control médico 	Cualitativa, nominal, politómica		



		<ol style="list-style-type: none">2. No le programaron consulta médica en el servicio de salud3. Fue a la consulta, y no lo atendieron4. Se le olvidó la cita5. No tenía tiempo para acudir o el horario del establecimiento no le permitió acudir6. No pudo dejar la casa o a los niños7. No pudo dejar de trabajar8. El centro de atención le queda lejos9. Le daba miedo que el personal de salud lo regañe10. Pensó que no lo iban a atender11. No le dieron permiso12. El centro de salud está ubicado en un lugar inseguro		satisfactoriamente sobre todo en enfermedades crónicas.	
	Ultima consulta medica	<ol style="list-style-type: none">1. Programada2. Por iniciativa propia	Cualitativa, nominal,		
	Lugar de ultima consulta medica	<ol style="list-style-type: none">1. Centro de salud2. Unidad Médica Familiar (seguridad social)	Cualitativa, nominal, politómica		



		3. Clínica u hospital público 4. Consultorio médico particular 5. Farmacia 6. Consultorio médico/dental 7. Homeópata 8. Centro naturista 9. Curandero 10. Clínica/hospital privado 11. Otra			
	Quien le atendió en su última consulta de control	1. Médico general/familiar 2. Médico especialista 3. Enfermera 4. Otro	Cualitativa, nominal, politómica		
	Considera que la consulta por hipertensión mejoro su problema de salud	1. Totalmente 2. Parcialmente 3. De ninguna manera	Cualitativa/Ordinal		
Tratamiento de HTA	Tratamiento no farmacológico	1. Dieta baja en sal 2. Dieta baja en grasa 3. Realizar ejercicios y actividad física saludable 4. Tomar pastillas 5. No fumar 6. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa, nominal, politómica	Es el conjunto de medios o recursos terapéuticos de tipo: quirúrgicos, fisiológicos, biológicos, farmacológicos con la finalidad de paliar o curar los síntomas de la enfermedad detectados en el diagnóstico.	Proporción de la población que no lleva un tratamiento



		<ol style="list-style-type: none">Control de pesoNo le ha dado ninguna indicaciónOtra			
	Tratamiento farmacológico	<ol style="list-style-type: none">SiNo	Cualitativa, nominal		
	Fármacos utilizados	<ol style="list-style-type: none">Diuréticos tiazídicosBloqueadores de los canales del calcio (AC)Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA)Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II)Betabloqueadores	Cualitativa, nominal, politémica		
	Cantidad de fármacos que utiliza	<ol style="list-style-type: none">1 medicamento2 medicamentos3 medicamentos4 o más medicamentos	Cuantitativa/discreta		
	Tiempo tomando fármacos	<ol style="list-style-type: none">Desde los últimos 12 mesesEntre 1 y 5 añosEntre 5 y 10 años10 años ó más	Cuantitativa/discreta		
	Tiempo que considera que va a tener que tomar medicamento	<ol style="list-style-type: none">Menos de 6 mesesDe 6 meses a 1 añoDe 1 a 5 añosMás de 5 añosDe por vida	Cuantitativa/discreta		
	Olvida tomar el medicamento	<ol style="list-style-type: none">SiNo	Cualitativa, nominal		



Descuido en la hora de tomar la medicación	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal		
Deja de tomar el medicamento cuando se siente bien	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal		
Deja de tomar el medicamento si le sienta mal	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal		
uso de medicina alternativa	1. Si 2. No	Cualitativa/nominal		
Negativa del paciente para tomar medicamentos	1. No quiere/no le gusta 2. No le han recetado 3. No tiene dinero para las pastillas 4. No está disponible en farmacias 5. No le han entregado pastillas en servicio de salud 6. No entiende las indicaciones del médico 7. Tiene desconfianza del médico 8. La farmacia le queda muy lejos 9. Me caen mal	Cualitativa/nominal		



VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos esta investigación se realizó con base a lo estipulado en la Ley General de Salud Mexicana manteniendo el anonimato de los participantes, así como de la información proporcionada. Las personas participantes en esta investigación no presentaron ningún riesgo, ya que solamente fueron sujetos de una encuesta y un breve chequeo clínico de la presión arterial y medidas antropométricas. Sin embargo, y en cumplimiento de lineamientos del Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud⁹¹ se solicitó el consentimiento informado por escrito a cada uno de los sujetos encuestados.

Aquellos participantes que resultaron hipertensos no diagnosticados previamente o en quienes se detectó o se sospechó la existencia de una condición clínica de alto riesgo (p.ej. diabetes descompensada, alto riesgo de infarto, accidente cerebrovascular o falla cardiaca o renal), se refirieron inmediatamente a una institución de salud.

Las personas involucradas en la investigación no recibieron ningún beneficio personal por su participación. Esta investigación tuvo como principal objetivo analizar las brechas en el proceso de atención y control de la Hipertensión arterial y los principales factores asociados a dichas brechas en pacientes mayores de 35 años de Gaviotas, Villahermosa, Tabasco para el mejoramiento del cuidado para todos los pacientes afectados por esta patología.

El presente trabajo es parte del proyecto “Brechas en la atención y control de la Hipertensión Arterial en Gaviotas, Centro, Tabasco, México: una aproximación desde la perspectiva poblacional”. Registro de Proyecto con folio N° 947, Dirección de Investigación / UJAT. Aprobado por la “Comisión Institucional de Ética en Investigación” de la UJAT.



VIII. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

De acuerdo con los datos obtenidos, se observa que la mayoría de los participantes en este estudio pertenece al sexo femenino con un 61.4 %, el rango de edad en el que se encuentra el mayor porcentaje es de 55-64 años con un 33 %. La edad media fue de 59.9 años con una mínima de 36 y una máxima de 83 años. De acuerdo con el estado civil, el 59.6 % de los encuestados eran casados y según el nivel educativo, el 36.8 % cursaron hasta la primaria, seguido del 29.8 % que estudiaron hasta la secundaria y el 14 % obtuvieron una carrera técnica.

En cuanto a su ocupación, el 36.8% informaron ser amas de casa y los trabajadores independientes un 26.3%, los que indicaron no recibir un salario o remuneración según la actividad que realizan fueron el 49.1%. Con base a las personas con las que vive en su hogar, el 68.4 % indicó que vive con su cónyuge y el 64.9 % vive con sus hijos.

En cuanto a si la población estaba afiliada a algún tipo de seguridad social, la mayoría de los entrevistados informó que se encontraban afiliados al Programa “Seguro Popular” de Secretaría de Salud con un 42.1%, seguido del 19.3 % que indicó estar afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social. (Tabla 5).

Tabla 5.- Caracterización de la población según variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	Clasificación	f	%
Sexo	Hombre	22	38.6
	Mujer	35	61.4
Edad	35-44	7	12.0
	45-54	11	19.0
	55-64	19	33.0
	65-74	12	21.0
	75 y más	8	15.0
Estado civil	casado	34	59.6
	separado	3	5.3
	divorciado	1	1.8



	viudo	8	14
	unión libre	7	12.3
	soltero	4	7
Nivel educativo	ninguno	6	10.5
	primaria	21	36.8
	secundaria	17	29.8
	técnica o tecnológica	8	14
	profesional (pregrado)	4	7
	postgrado (especialidad, maestría, o doctorado)	1	1.8
Ocupación	nada o desempleado	4	7
	estudiante	1	1.8
	trabajador con remuneración fija	8	14
	trabajador independiente	15	26.3
	trabajador eventual	3	5.3
	ama de casa	21	36.8
	jubilado	5	8.8
Salario o remuneración por la actividad que realiza	si	29	50.9
	no	28	49.1
Personas con las que vive en su hogar	Solo	3	5.3
	Cónyuge	39	68.4
	Hijos	37	64.9
	Yerno o nuera	3	5.3
	Padres o suegros	3	5.3
	Nietos	6	10.5
	Otro pariente	5	8.8
Tipo de afiliación	Seguro popular	24	42.1
	Instituto Mexicano del Seguro Social	11	19.3
	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	2	3.5
	Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco	8	14.0
	Petróleos Mexicanos	4	7.0
	No estoy afiliado	8	14.0

Fuente: Cuestionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en países de América Latina



Brechas en el acceso a los servicios de salud

De acuerdo con los resultados, del total de personas entrevistadas el 66.7% (38) declararon haber sentido necesidad de atención médica en el último año; de estos el 59.5% (34) refirieron que como primera acción para buscar la atención médica fue visitar una institución de salud o un médico ya sea centro de salud, hospital o médico particular mientras que un 7% (4) no realizó ninguna acción. El motivo principal por el cual acudieron a una visita médica fue para control de una enfermedad ya conocida con un 31.5% (18), para la atención de una nueva enfermedad y chequeo médico fue de 10.5% (6) y 8.7% (5) respectivamente. En cuanto al lugar donde más acuden para su atención fueron los más concurridos el Centro de salud con un 17.5% (10), la Unidad Médica Familiar con un 15.8% (9) y la Clínica u hospital público con un 14% (8), así para la elección del establecimiento de salud el 45.6% (26) afirmó que es la unidad de salud que les corresponde.

En cuanto a la forma de traslado para acudir al servicio de salud que más utilizaron los usuarios fue el transporte público con 36.8% (21), de los que utilizaron los servicios de salud el 33.3% (19) respondió que demoran entre 15 y 30 minutos en llegar al lugar de atención y el 21% (12) demora menos de 15 minutos en llegar.

El total de las personas que sintieron necesidad de atención y acudieron a una visita médica fueron atendidas, esto corresponde a un 57.9% (33) de la población total, de estos el 40.3% (23) indicó que fueron atendidos en menos de 30 minutos mientras que el 17.5% (10) aseguraron esperar una hora o más para ser atendidos. El tipo de prestador de servicio de salud que más refieren los pacientes fue el médico ya sea general o especialista con un 54.4% (31); los tipos de consulta por los que más acuden los usuarios son consulta externa 36.8% (21), entrega de medicamentos 33.3% (19), medicina general 26.3% (15) y laboratorio clínico 19.2% (11). El 28% (16) de los entrevistados manifestaron haber percibido una buena atención, por otro lado, el 17.5% (10) manifestó que era regular.



De acuerdo con los resultados obtenidos, las principales brechas encontradas en el acceso a los servicios de salud están relacionadas con la no búsqueda de atención a la salud por parte de los pacientes a pesar de tener una necesidad de atención. Además, se observó que la búsqueda de atención por prevención es mínima entre la población pues la mayoría acude para tratar una enfermedad ya conocida. Por otro lado, encontramos un porcentaje importante de insatisfacción con la atención médica recibida en donde el tiempo de espera prologando es un factor influyente (Tabla 6).

Tabla 6.- Variables de acceso a los servicios de salud de las personas estudiadas.

Variables de acceso	Clasificación	f	%
Necesidad de la atención (N=57)	Si	38	66.7
	No	19	33.3
Acción para recibir atención médica (n=57)	Visitó una institución de salud o un médico	28	49.1
	Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.	1	1.7
	Acudió a una farmacia o droguería	4	7.0
	Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera o profesional de salud.	1	1.7
	No hizo nada.	4	7.0
	No aplica	19	33.3
Motivo de visita (n=57)	Porque quería un chequeo	5	8.7
	Para que me atendieran una nueva enfermedad	6	10.5
	Para controlarme una enfermedad ya conocida	18	31.5
	Por una urgencia	3	5.2
	Otro	1	1.7
	No aplica	24	42.1
Lugar donde acudió (n=57)	Centro de salud	10	17.5
	Unidad Médica Familiar	9	15.8
	Clínica u hospital público	8	14
	Consultorio médico particular	2	3.5
	Farmacia	3	5.2
	Clínica/hospital	1	1.7
	No aplica	24	42.1



elección del establecimiento (n=57)	Es la unidad de salud que me corresponde/Solo me atienden en ese lugar	26	45.6
	Está cerca	3	5.2
	Tiene precios bajos	1	1.7
	Sugerido por otras personas/profesional	3	5.2
	No aplica	24	42.1
Transporte utilizado para acudir (n=57)	A pie	7	12.3
	Carro particular	5	8.7
	Transporte público	21	36.8
	No aplica	24	42.1
Tiempo para llegar al establecimiento de salud (n=57)	Menos de 15 minutos	12	21
	15 minutos a 30 minutos	19	33.3
	Mas de 30 minutos	2	3.5
	No aplica	24	42.1
Atención en el establecimiento de salud (n=57)	Si	33	57.9
	No	0	0
	No aplica	24	42.1
Tiempo de espera para ser atendido (n=57)	Menos de 30 minutos	23	40.3
	1 hora y más	10	17.5
	No aplica	24	42.1
tipo de prestador del servicio (n=57)	Médico general	24	42.1
	Médico especialista	7	12.3
	Odontólogo	1	1.7
	Enfermera/auxiliar de enfermería	1	1.7
	No aplica	24	42.1
tipo de consulta (n=57)	Urgencia/emergencia	3	5.2
	Consulta externa	21	36.8
	Consulta de especialidades	5	8.8
	Medicina general/integral	15	26.3
	Laboratorio clínico	11	19.2
	Imagenología (Rayos X, ecografía, TAC, etc.)	4	7.0
	Rehabilitación	1	1.7
	Entrega de medicamentos	19	33.3
	Curaciones o inyecciones	2	3.5
	Hospitalización	1	1.7
	No aplica	24	42.1



Calificación del paciente por la atención recibida (n=57)	Muy mala	4	7.0
	Mala	0	0
	Regular	10	17.5
	Buena	16	28
	Muy buena	3	5.2
	No aplica	24	42.1

Fuente: Cuestionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en países de América Latina

Brechas en el diagnóstico de la HTA

Respecto a los factores de riesgo que presenta la población estudiada el 96.4% (55) aseguró no consumir tabaco o cigarrillos, el 87.7% afirmó que no consume bebidas alcohólicas y el 57.9% afirma no realizar alguna actividad física. De acuerdo con la somatometría realizada se encontró que el 19.3% se encuentran en peso normal y el 73.7% con algún tipo de sobrepeso u obesidad.

Al indagar si le habían medido la presión arterial alguna vez, el 93% (53) aseguro que sí, de la misma manera a estos se les preguntó cuándo fue la última vez que les midieron la presión arterial siendo las respuestas principales en el último mes con un 43.8% (25), y en los últimos 12 meses con un 38.6% (22) , esto indica una brecha de 10 individuos (17.6%) en los que se perdió la ocasión de conocer sus lecturas de presión arterial para observar su control, posible diagnóstico y/o evitar complicaciones.

El lugar que más refieren los pacientes donde les miden la presión arterial es en un establecimiento de salud con un 54.3% (31). Las personas que acudieron a consulta durante el último año y afirmaron que si les midieron la presión arterial representan al 81.8% (27) de la población total. El 47.4% (27) de los encuestados aseguraron tener diagnóstico confirmado de hipertensión arterial. Del total de la población, el tiempo que tienen de ser diagnosticados desde hace 5 años o más, está representado por el 26.2% (15) el 12.2% (7) entre 1 y 5 años y el 8.7% (5) fueron diagnosticados en los últimos 12 meses.

Lo referente a las comorbilidades asociadas el 45.6% (26) no le habían diagnosticado ninguna enfermedad, los trastornos que más coexisten con el diagnóstico de hipertensión arterial son la diabetes con un 24.5% (14) e hipercolesterolemia con un 15.7% (9). De acuerdo con el



grado de hipertensión en el momento de la entrevista se encontró el 56.1% (32) de personas con presión normal, 15.8% (9) con presión normal alta y un 28% (16) se encontraron hipertensión arterial grado I, II y III.

Las principales brechas encontradas en el diagnóstico de la HTA son el incumplimiento en la medición de la presión arterial, las cuales están más relacionadas a la asistencia del paciente a la consulta. En cuanto a los factores de riesgo en el estilo de vida se observó una alta prevalencia de sedentarismo tanto en pacientes diagnosticados y no diagnosticados y alta presencia de comorbilidades en pacientes con diagnóstico de HTA (Tabla 7).

Tabla 7.- Variables de diagnóstico en las personas estudiadas.

Variables de diagnóstico	Clasificación	f	%
Consumo de tabaco o cigarrillo al día (n=57)	No consume	55	96.4
	Menos de 3	1	1.7
	Entre 4 y 9	0	0
	Entre 10 y 20	1	1.7
	Más de 20	0	0
Consumo de alcohol en el mes (n=57)	No consume	50	87.7
	Sólo una vez al mes	4	7.0
	2 a 3 veces por mes	3	5.3
Actividad física (n=57)	No realiza	33	57.9
	Diario	14	24.6
	1 vez por semana	3	5.3
	2-3 veces por semana	7	12.2
Estado nutricional por IMC (n=57)	Normopeso	11	19.3
	Sobrepeso grado I	6	10.5
	Sobrepeso grado II (preobesidad)	18	31.6
	Obesidad tipo I	13	22.8
	Obesidad tipo II	4	7.0
	Obesidad tipo III (mórbida)	1	1.8
	Condiciones de salud no permiten la medición del peso y talla	4	7
Alguna vez le han medido la presión arterial (n=57)	Si	53	93
	Nunca	4	7



última vez que midieron la presión arterial (n=57)	En el último mes	25	43.8
	En los últimos 12 meses	22	38.6
	De 1 a 4 años	3	5.3
	Hace 5 o más años	3	5.3
	No aplica	4	7.0
Donde le miden la presión arterial (n=57)			
En un establecimiento de salud	31	54.3	
En una farmacia o botica	7	12.2	
En una campaña de salud	1	1.7	
En el trabajo	3	5.3	
En mi casa o la de algún familiar o vecino	9	15.7	
Medico particular	2	3.5	
No aplica	4	7.0	
Medición de la presión arterial en la consulta (n=57)			
Si	27	81.8	
No	6	18.2	
No aplica	24	42.1	
Diagnóstico de hipertensión arterial (n=57)			
Si	27	47.4	
No	30	52.6	
Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial (n=57)			
En los últimos 12 meses	5	8.7	
Entre 1 y 5 años	7	12.2	
Entre 5 y 10 años	5	8.7	
10 años ó más	10	17.5	
No aplica	30	52.6	
HTA y Comorbilidad* (n=57)			
No me han diagnosticado nada	26	45.6	
Diabetes/azúcar alta en la sangre	14	24.5	
Colesterol alto	9	15.7	
Depresión	2	3.5	
Ansiedad	1	1.7	
Enfermedades pulmonares (Asma/EPOC)	2	3.5	
Falla de los riñones	3	5.2	
Daño en la retina por presión o azúcar alta	4	7.0	
Grado de hipertensión arterial en las personas estudiadas (n=57)			
PA normal	32	56.1	
PA normal alta	9	15.8	
HTA grado 1	10	17.5	
HTA grado 2	2	3.5	
HTA grado 3	4	7.0	
*pueden coexistir más de una			

Fuente: Cuestionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en países de América Latina



Brechas en el tratamiento de la HTA

En cuanto a hábitos saludables o recomendaciones que el médico tratante más les sugiere son llevar una dieta baja en sal y tomar sus medicamentos ambas con un 26.3% (15), mantener una dieta baja en grasa con un 24.5% (14) y realizar ejercicios y actividad física saludable con un 15.7% (9).

Del total de personas estudiadas, el 33.3% (19) de los pacientes con hipertensión arterial conocida indicaron tener un tratamiento farmacológico. De estos, el medicamento que más utilizan fue el losartán del grupo “Antagonistas de los receptores de la angiotensina II” (ARA II) con un 24.5% (14); y el nifedipino y el amlodipino del grupo “Bloqueadores de los canales del calcio” (AC) con un 7% (4). En cuanto a la cantidad de fármacos prescritos un 22.8% (13) indicó tomar solo un medicamento, el 10.5% (6) utiliza la combinación de 2 tipos de medicamentos. Para conocer la adherencia terapéutica de los pacientes se utilizó el test de Morisky, se encontró que el 15.7 % del total de la población no se encuentran adheridos siendo las principales razones: olvidar tomar el medicamento o dejarlo de tomar cuando se sienten bien.

Las principales brechas detectadas en el tratamiento fueron: La escasa orientación y educación a la salud del paciente de acuerdo con las recomendaciones necesarias para mantener un tratamiento integral y el alto porcentaje de pacientes no adheridos a su tratamiento farmacológico (Tabla 8).

Tabla 8.- Variables de tratamiento en las personas estudiadas.

Variables de tratamiento	Clasificación	f	%
Tratamiento para control (n=57)	Tratamiento farmacológico	19	33.3
	Solo tratamiento no farmacológico	8	14
	No aplica	30	52.6
Recomendaciones por el médico tratante	Dieta baja en sal	15	26.3
	Dieta baja en grasa	14	24.5



(n=57)	Realizar ejercicios y actividad física saludable	9	15.7
	Tomar pastillas	15	26.3
	No fumar	2	3.5
	Limitar el consumo de bebidas alcohólicas	4	7.0
	Control de peso	6	10.5
	No aplica	30	52.6
Fármacos utilizados (n=57)			
	Diuréticos tiazídicos	2	3.5
	Bloqueadores de los canales del calcio (AC)	4	7.0
	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) solo	2	3.5
	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) combinado	1	1.7
	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) solo	14	24.5
	Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) combinado	1	1.7
	Betabloqueadores	1	1.7
	No aplica	38	66.6
Cantidad de fármacos que utiliza (n=57)			
	1 medicamento	13	22.8
	2 medicamentos	6	10.5
	No aplica	38	66.6
Adherencia farmacológica Test de Morinsky (n=57)			
	Adherido	10	17.5
	No adherido	9	15.7
	No aplica	38	66.6

Fuente: Cuestionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en países de América Latina

SEGUIMIENTO Y CONTROL

El porcentaje de participantes en este estudio que aseguraron realizar al menos una consulta de seguimiento durante el último año está representado por el 26.3% (15) del total de la población, las razones principales que refirieron las personas para no tener una visita de control o seguimiento fueron no querer asistir al médico con un 7% (4), que no les programaron una consulta médica en el lugar de atención con un 5.3% (3) y que se les olvidó la cita o no pudieron dejar de trabajar con 3.5% (2) respectivamente. Los que indicaron haber



realizado seguimiento médico para el control de la hipertensión mencionaron que su última consulta médica fue programada con un 19.2% (11) y el 7% (4) acudió por iniciativa propia.

De acuerdo con lo que respondieron los encuestados, los establecimientos de salud que otorgan atención a nivel primario como la unidad de medicina familiar, centro de salud, clínica o hospital público son los lugares donde más son atendidos los pacientes con esta condición con un 22.7% (15), el 3.5% (2) acuden a consultas en farmacia.

Para determinar el control de la presión arterial de las personas con hipertensión arterial conocida o diagnosticada por algún profesional de salud se consideró el promedio de la segunda y tercera medición de la presión arterial, y se clasificaron los valores obtenidos de acuerdo con la tabla de clasificación de acuerdo con las cifras de PA en el consultorio; de esta manera se observó que el 28% (16) de estos pacientes no tenía las cifras de presión arterial controlada mientras que el 19.2% (11) si se encontró en control.

Se realizó el mismo análisis y clasificación para conocer el diagnóstico presuntivo en pacientes que refirieron no padecer hipertensión arterial y se encontró que el 12.2% (7) de estas personas presentaron cifras de presión arterial no controlada, por lo que se les puede considerar como sospecha diagnóstica de hipertensión y el resto se observó con control de la presión arterial con un 40.3% (23).

Las principales brechas encontradas en el seguimiento y control de la HTA son: incumplimiento en la asistencia a la consulta programada, mayormente debido a factores relacionados a la conducta del paciente. Falta de programación de consultas médicas preventivas por parte del personal sanitario, alto porcentaje de personas con hipertensión arterial descontrolada, así como falta de diagnóstico oportuno en grupos de riesgo (Tabla 9)



Tabla 9.- Variables de seguimiento y control en las personas estudiadas

Variables de seguimiento y control	Clasificación	f	%
Seguimiento médico en el último año (n=57)	Si	15	26.3
	No	12	21.0
	No aplica	30	52.6
Razón por la falta de seguimiento (n=57)	No quiso asistir al control médico	4	7.0
	No le programaron consulta médica en el servicio de salud	3	5.3
	Se le olvidó la cita	2	3.5
	No pudo dejar de trabajar	2	3.5
	Pensó que no lo iban a atender	1	1.7
	No aplica	45	78.9
	Ultima consulta médica (n=57)	Programada	11
Por iniciativa propia		4	7.0
No aplica		42	73.6
Lugar de última consulta médica (n=57)	Centro de salud	1	1.7
	Unidad Médica Familiar (seguridad social)	10	17.5
	Clínica u hospital público	2	3.5
	Farmacia	2	3.5
	No aplica	42	73.6
Control de la presión arterial (hipertensos conocidos) (n=57)	Controlados	11	19.2
	No controlados	16	28
	No aplica	30	52.6
Control de la presión arterial (Sin hipertensión arterial) (n=57)	Controlados	23	40.3
	No controlados	7	12.2
	No aplica	27	47.3

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).

Fuente: Cuestionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en países de América Latina.



IX. DISCUSIÓN

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que inicia cuando el usuario percibe la necesidad de atención. Sacchi y col. mencionan que la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida entre éstas la inestabilidad laboral, son factores que condicionan la salud y la toma de decisión de utilizar los servicios de salud. Los casos presentados en esta investigación corresponden principalmente a personas que no contaban con un trabajo formal, asimismo la mitad de éstos carecían de un salario estable. De esta manera podemos observar que la presencia de factores condiciona el tipo de ayuda que buscan los pacientes para solucionar sus problemas de salud⁹².

De acuerdo con los principales hallazgos de este estudio, la principal brecha encontrada en el acceso a los servicios de salud en esta región fue una baja utilización de los servicios de salud, donde solo las personas que sintieron una necesidad de salud acudieron durante el último año y solo lo hicieron las personas que querían controlarse una enfermedad, realizarse un chequeo de rutina y los que presentaron una enfermedad nueva. Como se observó en un estudio en La Habana, 2019 donde se encontró que las brechas de acceso al manejo del paciente con hipertensión estuvieron vinculadas a la no búsqueda de atención por parte de los pacientes a pesar de percibir la necesidad.⁹³

Fajardo y col. afirman que el acceso a los servicios de salud se entiende de una forma amplia es decir se deben abarcar no únicamente los aspectos curativos en el proceso de atención sino desde la promoción y la prevención;⁹⁴ debido a la baja utilización de los servicios de salud por parte de la población se debe hacer énfasis a la cultura de la prevención, la cual es fundamental para contrarrestar el avance de las enfermedades.

Otro aspecto importante que determina un acceso adecuado a la atención de la salud es el tiempo de espera; de acuerdo con los resultados obtenidos un tercio de las personas que acudieron a los servicios de salud mencionaron que el tiempo de espera para recibir atención médica fue más de una hora. Welch argumenta que los pacientes que acuden a los servicios de salud frecuentemente sobrestiman la urgencia de su necesidad de atención médica, y normalmente perciben que el proceso de atención a los pacientes se brinda de forma lenta e



injusta; por lo que se considera que el tiempo de espera es uno de los factores determinantes de la satisfacción global de los pacientes.⁹⁵

El diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial es fundamental para el alcance de una buena calidad de vida en los pacientes, de allí la importancia de conocer las cifras de la presión arterial que permitan una correcta valoración. En cuanto a la brecha de diagnóstico se observó que aproximadamente la mitad de la población encuestada presentó diagnóstico conocido de hipertensión arterial y con relación a las mediciones se encontró que un poco más del 40% de la población estudiada presentaba cifras de presión arterial que sugerían desde hipertensión limítrofe hasta hipertensión grado 3 para ambos sexos; similar a los datos obtenidos por Díaz y col. en donde encontraron una prevalencia del 42.5% de hipertensos conocidos y presencia de comorbilidades como diabetes e hipercolesterolemias.³¹

Desde hace tiempo se ha estudiado la relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos, conforme a los resultados obtenidos según los hábitos y conductas de riesgo para la salud de la población se encontró que más de la mitad de estas personas no realizaban una actividad física o ejercicio, similar al porcentaje encontrado para los que presentaron algún problema de sobrepeso u obesidad. De acuerdo con Vinaccia en su análisis realizado en Colombia, los hábitos de salud percibidos a nivel general considerados como hábitos inadecuados y facilitadores del mantenimiento del cuadro hipertensivo, son la falta de disciplina en los hábitos alimenticios y la poca actividad del ejercicio físico.⁹³

La toma de medicamentos, el régimen alimentario y la modificación del estilo de vida componen las acciones correspondientes a la orientación y educación en salud que el personal sanitario debe proporcionar en la prestación del servicio de salud; esto permite encaminar positivamente a los individuos y comunidades con el propósito de alcanzar un tratamiento integral. La falta de adherencia al tratamiento está relacionada directamente en el incremento del riesgo de morbimortalidad y la disminución de la calidad de vida del paciente. La aplicación del test de Morisky-Green-Levine permitió conocer la adherencia terapéutica la cual demostró una brecha importante en el nivel de adherencia terapéutica, la cual coincide



con los resultados obtenidos por Hernández y col. en donde se observó una baja adherencia terapéutica siendo el motivo más frecuente el olvido de la toma del medicamento y sentirse mejor.⁹⁶

Otros hallazgos importantes en cuanto a las brechas en la atención fueron el deficiente seguimiento y control de la HTA en donde un poco menos de la mitad de las personas hipertensas no acudieron a una consulta durante el último año, aunado a la baja adherencia terapéutica, componen los principios que sustentan el alto porcentaje de individuos con cifras de presión arterial no controladas. Como lo evidenciado por Rodríguez y col. en 2019 en donde afirmaron que la principal brecha encontrada en pacientes con diabetes fue la de seguimiento, con solo el 69,7% de los pacientes consultados en el último año y una adherencia terapéutica de 68,3%.⁴⁷

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



X. CONCLUSION

Las principales brechas que afectan el manejo integral de las personas hipertensas se relacionaron con la baja utilización de los servicios médicos como medio para satisfacer la necesidad de atención y los tiempos de espera prolongados, esto conlleva a la insatisfacción de los usuarios con el servicio recibido y la no solución de sus problemas de salud. La alta prevalencia de la HTA, baja concientización del diagnóstico y la no caracterización correcta de los factores de riesgo que condicionan la enfermedad aumentan la presencia de la brecha de diagnóstico en la población.

El control mantenido de la persona con hipertensión arterial es fundamental en la reducción del riesgo cardiovascular a nivel global y en la prevención de muertes prematuras, sin embargo, la presencia de una baja adherencia al tratamiento y el seguimiento deficiente constituyen la principal brecha en el tratamiento, causas principales del alto por ciento de individuos con cifras de presión arterial no controlada. La falta de programación y periodicidad de consultas médicas de seguimiento por el área de salud, constituyen una falla en los programas enfocados a la atención de las enfermedades crónicas.

El personal sanitario desempeña un papel esencial en la prevención de las complicaciones y manejo integral de los pacientes con HTA; por lo que caracterizar las brechas en el proceso de atención permite que los creadores de políticas en salud identifiquen en dónde se encuentran las principales limitantes para establecer las correcciones adecuadas y garantizar la utilización de los servicios.



XI. RECOMENDACIONES

Las diversas brechas requieren ser disminuidas a través de estrategias que permitan generar cambios de conducta individuales y sociales, logrando alcanzar la búsqueda de la atención por parte de la población y asegurar una cobertura universal de salud para todas las personas y las comunidades permitiendo un acceso equitativo de calidad, sin dificultades financieras y de por vida.

Por lo tanto, es necesario crear políticas en salud que minimicen el impacto de los factores de riesgo en la población y promover estilos de vida saludables, mejorando los conocimientos a través de una comunicación asertiva para con el paciente, sustentada en la confianza y compromiso mutuos, lo cual permitirá a las personas informarse mejor y elegir las opciones más saludables.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. [internet]. [consultado 21 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/
- ² Ionov MV, Zhukova OV, Zvartau NE, Konradi AO. Blood pressure telemonitoring and remote counseling in uncontrolled hypertension. *Terapevticheskii arkhiv*. 2021;93(1):30-40. doi: 10.26442/00403660.2021.01.200590
- ³ Hipertensión. Organización Mundial de la Salud. [internet]. Ginebra: who.int; 2019 [actualizada septiembre 2019; consultado 03 de agosto de 2020] Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- ⁴ Martínez R, Lloyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Ordunez P, et al. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990-2017: a population-based study. *Lancet Globa Health*. 2020;8(4):e511–23. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8)
- ⁵ Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Rev colomb cardiol*. 2019;26(2):99–106. DOI: 10.1016/j.rccar.2018.06.008
- ⁶ Salicrup LA, Ordunez P, Engalgau MM. Hypertension control activities in Latin America and the Caribbean: opportunities for late-stage (T4) translation research. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e22. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.22>
- ⁷ Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear A, Nava-Sánchez JP, García PR-, Rodríguez-Weber F. Level of knowledge in high blood pressure in patients with this disease of Mexico City [Internet]. *Medigraphic.com*. [consultado 22 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>



⁸ El INEGI presenta resultados de la quinta edición de la encuesta nacional de salud y envejecimiento. [Internet]. 2020; Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENASEM/Enasem_Nal20.pdf

⁹ Londoño E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2017;43(1):68-74. Disponible en: <<https://www.scielo.org/article/rcsp/2017.v43n1/68-74/#>>. Epub Jan-Mar 2017. ISSN 1561-3127.

¹⁰ Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Rev colomb cardiol*. 2019;26(2):99–106. DOI: 10.1016/j.rccar.2018.06.008

¹¹ C.K. Chow, K.K. Teo, S. Rangarajan, S. Islam, R. Gupta, Avezum, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA.*, 310 (2013), pp. 959-968 doi:10.1001/jama.2013.184182

¹² Querales, M. Rojas, S. Romero, G. Ramírez, J. Estudio piloto de los factores clásicos de riesgo cardiovascular en una comunidad rural del municipio San Diego, Venezuela. *Avances en Biomedicina*, vol. 5, núm. 3, pp. 138-148, 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3313/331349259004/html/index.html>

¹³ Patel P, Ordunez P, DiPette 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. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:1. Disponible en: <>. Epub 08 Jun 2017. ISSN 1680-5348.

¹⁴ Selby K, Michel M, Gildengorin G, Karliner L, Pramanik R, Fontil V, et al. Disparities in hypertension control across and within three health systems participating in a data-sharing



collaborative. J Am Board Fam Med. 2018;31(6):897–904. doi: 10.3122/jabfm.2018.06.180166.

¹⁵ Uneven access to health services drives life expectancy gaps: WHO [Internet]. Who.int. [consultado el 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>

¹⁶ Riley WJ. Health disparities: gaps in access, quality and affordability of medical care. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2012;123:167–72; discussion 172-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540621/>

¹⁷ Higuchi M. El acceso a la atención de las enfermedades crónicas en los países de ingresos bajos y medianos. [internet]. un.org [consultado 09 de agosto de 2020] Disponible en: <https://www.un.org/es/chronicle/article/el-acceso-la-atencion-de-las-enfermedades-cronicas-en-los-paises-de-ingresos-bajos-y-medianos>

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Nuevos estudios examinan las brechas de salud en los países que trabajan para lograr la cobertura universal en las Américas [Internet]. Paho.org. [consultado 03 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=719:nuevos-estudios-examinan-brechas-salud-paises-que-trabajan-lograr-cobertura-universal-americas&Itemid=267

¹⁹ Declaración de Cataluña. La prevención de las enfermedades cardiovasculares. 1997. [consultado 18 de diciembre 2020] Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v2n2/77-101/es>

²⁰ Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS. 2013 [consultado 03 agosto 2020] disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/



- ²¹ Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S, for the Standardized Hypertension Treatment and Prevention Network. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016;18(12):1284–1294. DOI: 10.1111/jch.12861
- ²² Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation*. 2016;134(6):441–50. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912
- ²³ Gómez JF, Camacho PA, Lopez J, Lopez P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Rev. Colomb Cardiol*. 2019;26 (2): 99-106. DOI: 10.1016/j.rccar.2018.06.008
- ²⁴ Geldsetzer P, Manne-Goehler J, Marcus ME, Ebert C, Zhumadilov Z, Wesseh CS, et al. The state of hypertension care in 44 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative individual-level data from 1.1 million adults. *Lancet*. 2019;394(10199):652–62. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30955-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30955-9)
- ²⁵ Hill MN, Bone LR, Kim MT, Miller DJ, Dennison CR, Levine DM. Barriers to hypertension care and control in young urban black men. *Am J Hypertens*. 1999;12(10 Pt 1):951–8. DOI: 10.1016/s0895-7061(99)00121-1
- ²⁶ Red latinoamericana de investigación en enfermedades crónicas. [internet] Paho.org. [consultado el 2 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-regional-sobre-implementacion-proyecto-reduccion-riesgo-cardiovascular-santiago-mayo-2017-9290&alias=40405-red-latinoamerican-a-investigacion-enfermedades-cronicas-esteban-londono-405&Itemid=270&lang=es



- ²⁷ Organización Mundial de la Salud. Causas de muerte 2008 [internet] Ginebra, OMS. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_method .pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_method.pdf)
- ²⁸ Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Ginebra: OMS, 2015. [consultado 10 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
- ²⁹ Murillo G. El asesino silencioso: la hipertensión arterial sistémica primaria no complicada Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (3): 233-235. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38628#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20sist%C3%A9mica%20se,se%20detecta%20y%20controla%20oportunamente.>
- ³⁰ Rosas M, Pastelín G, Martínez J, Herrera J, Attie F. Hipertensión arterial en México: Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch. Cardiol. Méx. 2004 [consultado 13 enero de 2021] ; 74(2): 134-157. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402004000200007&lng=es.
- ³¹ Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, León Sánchez M, Maldonado Cantillo G, Fernández Gonzales L, Álvarez Mesa N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico “Julio Antonio Mella”, Guanabacoa, 2016-2017. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2021 [citado el 7 de marzo de 2022];46(4):e2350. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2350/>
- ³² Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, México: Secretaría de salud, 2008. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/GER_HIPERTENSION.pdf



- ³³ Valero R., García Soriano A.. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Feb [consultado 2021 Abr 08] ; (15). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012&lng=es.
- ³⁴ Pérez Caballero Manuel Delfín, León Álvarez Jorge Luis, Fernández Arias Manuel Antonio. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev cubana med* [Internet]. 2011 sep. [citado 2022 Mar 07]; 50(3): 311-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&lng=es.
- ³⁵ Lopez P, Molina D, Coca A, Zanchetti A. Definición y clasificación de la Hipertensión Arterial. Manual práctico LASH, de diagnóstico y manejo de la HTA en Latinoamérica. Caduceo Multimedia, S.L. 2017. Disponible en: <https://iashonline.org/guidelines/MANUAL-HTA-LASH-2015.pdf>
- ³⁶ Pérez M, León J, Fernández M. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Rev cubana med* [Internet]. 2011 Sep [consultado el de abril de 2021] ; 50(3): 311-323. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300009&lng=es.
- ³⁷ Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206–1252. Disponible: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- ³⁸ Diario Oficial de la Federación. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. [Internet]. Gob.mx. [consultado el 30 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480159&fecha=19/04/2017



- ³⁹ Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena.2018 [internet] [consultado el 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/046GER.pdf>
- ⁴⁰ Coca A. Importancia del control de la presión arterial en la prevención de la morbimortalidad. Medwave [Internet]. 2004 [citado el 8 de marzo de 2022];4(8). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/565>
- ⁴¹ Berenguer L. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2016 Nov [consultado el 11 de febrero 2021] ; 20(11): 2434-2438. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015&lng=es.
- ⁴² Cardoso Aguilar, Esperanza, Pereira Relis, Elizabeth, Fernández Betancourt, Yamil, hipertensión arterial. Actualización bibliográfica. Revista Información Científica [Internet]. 2008;60(4): . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757322014>
- ⁴³ Pérez Caballero Manuel Delfín, León Álvarez Jorge Luis, Dueñas Herrera Alfredo, Alfonzo Guerra Jorge Pablo, Navarro Despaigne Daysi A., de la Noval García Reinaldo et al . Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial*. Rev cubana med [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Nov 24] ; 56(4): 242-321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000400001&lng=es
- ⁴⁴ Sosa-Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2011 [citado el 9 de marzo de 2022];71(4):241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400006
- ⁴⁵ Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina ME, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Finlay [revista en Internet]. 2017 [consultado 22 May 2020];7(2):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view>



w/474

⁴⁶ Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado el 9 de marzo de 2022];40(8):413–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>

⁴⁷ Rodríguez-Salvá A, Céspedes-Hernández L, Díaz-Piñera A, García-Roche R, Balcindes-Acosta S. Brechas en el manejo del paciente diabético tipo 2 en un área metropolitana de La Habana. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Oct 13]; 9(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/638>

⁴⁸ Soriano et al. Brechas entre la prescripción de antihipertensivos y el control de la hipertensión en adultos mayores de los CAPS del conurbano bonaerense. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 2011; 68(4): 141-148. DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v68.n4.21446>

⁴⁹ Margaret Whitehead and Göran Dahlgren and World Health Organization Europe. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. 2006. Disponible en : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

⁵⁰ Gutiérrez, Juan Pablo, Bertozzi, Stefano M. La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil. *Salud Pública de México* [Internet]. 2003;45(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645208>

⁵¹ Real Academia de la Lengua Española. RAE: <http://lema.rae.es/drae/?val=gap>

⁵² Ramírez, J. Conceptos claves en ciencias sociales. Definiciones y aplicaciones. Universidad de Guadalajara, 2018. Disponible en: <https://www.comesco.com/wp->



content/uploads/2018/08/Ramirez-J.-Coord.-Conceptos-claves-en-ciencias-sociales-2018.pdf

⁵³ Gutiérrez, Juan Pablo, Bertozzi, Stefano M. La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil. *Salud Pública de México* [Internet]. 2003;45(2): Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645208>

⁵⁴ Londoño E. Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedades Crónicas y Servicios/Sistemas de Salud. De próxima aparición

⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington: OPS; 2014 [consultado 17 noviembre 2020]. Disponible: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>

⁵⁶ 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. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.01.054

⁵⁷ 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 Pública*. 2016;32(10):e00108914. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108914>

⁵⁸ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002 October 9;288(14):1775-9. DOI: 10.1001/jama.288.14.1775

⁵⁹ Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001 November;20(6):64-78. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64



- ⁶⁰ Sanchez J. OPS/OMS [Internet]. Paho.org. 2013 [consultado el 5 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8502:2013-the-chronic-care-model&Itemid=1353&lang=es
- ⁶¹ Organización Mundial de Salud. Enfermedades cardiovasculares. Datos y cifras. [internet]. Ginebra: OMS; 2017 [consultado 03 agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- ⁶² Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. Lancet. 2016;388(10060):2665–712. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5
- ⁶³ OMS. La OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. Ginebra: OMS. (2015) Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es
- ⁶⁴ Organización Panamericana de la Salud. Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. 2020 [consultado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53146/9789275322697_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ⁶⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Hipertensión arterial. México: IMSS, 2015 [consultado 16 de octubre de 2020]. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/hipertension-arterial>
- ⁶⁶ Lopez P. Con hipertensión, 31 millones de mexicanos [Internet]. Gaceta. Unam.mx. 2019 [consultado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/con-hipertension-31-millones-de-mexicanos/>



⁶⁷ OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo. OMS. 2013;[consultado 03 agosto 2020] disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

⁶⁸ OMS. Hipertensión. 13 de septiembre de 2019. [consultado agosto 03, 2020] Disponible En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

⁶⁹ COVID-19 e hipertensión: guía de cuidados en el hogar.2020. Disponible: <https://omronhealthcare.la/Blog/contenido/covid-19-e-hipertension-guia-de-cuidados-en-el-hogar#:~:text=Seg%C3%BAAn%20los%20datos%20que%20mostraron,cuidado%20mayor%20en%20su%20higiene.>

⁷⁰ Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes frente a la Covid-19. Grupos de riesgo frente al SARS-CoV-2. [consultado 13 agosto, 2020] Disponible En: https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/enfermedades-cardiovasculares-hipertension-arterial-diabetes-frente-covid-19_77665_102.html

⁷¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020 [internet] Org.mx. [consultado el 1 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

⁷² Con 22,339 contagios y 1,803 muertes, México registró récord letal por COVID-19. 2021. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/01/22/coronavirus-en-mexico-nuevo-record-se-registraron-1803-muertes-en-un-dia/>

⁷³ Milenio Digital. Mapa covid-19 en México: Casi la mitad de personas que han muerto tenían hipertensión [Internet]. Grupo Milenio. 2021 [consultado el 24 de abril de 2021].



Disponible en: <https://www.milenio.com/estados/coronavirus-casos-mexico-mapa-13-abril-2021>

⁷⁴ CEPAL. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales. Inf Espec Covid-19 [Internet]. 2020;(1):1–15. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/S2000264_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

⁷⁵ Cruz, M. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. INCICH. 2001; volumen (71): 192-197. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011an.pdf>

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases and their risk factors (NCDs). Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS. (2018) Disponible en: <https://www.who.int/ncds/en/>

⁷⁷ Brandon Omar Michael. Covid-19 and the angiotensin-converting enzyme (ACE2): Areas for research. Heart & Lung. [consultado agosto 09, 2020] Disponible En: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0147956320301461?token=9A22A25D03C94241C56DBFC077938BA69BE9B6EF72386D94BAB3F0895C06CD7C763E757F40A3C55726E374804F1E79DA>

⁷⁸ Shamah T, Vielma E, Heredia O, Romero M, Mojica J, Cuevas L, Santaella JA, Rivera J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

⁷⁹ Hipertensión arterial. Sistema de Información en Enfermedades Crónicas. (consultado 02 de diciembre de 2020) Disponible en: <http://www.tablerocronicassinba.com/TableroSIC/SIC-HipertensionArterial>



- ⁸⁰ 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 [consultado 12 Mar 2019];41(1):[aprox. 12p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
- ⁸¹ Serra Valdés Miguel, Serra Ruíz Melissa, Viera García Marleny. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev. Finlay [Internet]. 2018 Jun [consultado 2020 Dic 15] ; 8(2): 140-148. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008&lng=es
- ⁸² Samb B, Desai N, Nishtar S, Mendis S, Bekedam H, Wright A et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in lowincome and middle-income countries. Lancet 2010. November 20;376(9754):1785-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61353-0
- ⁸³ Organización Mundial de la Salud. Principales problemas y retos en el ámbito de la salud: Introducción. Ginebra: OMS; 2017 [consultado 03 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas>
[2017/?post_t_es=introduccion&lang=fr#:~:text=Las%20metas%20de%20salud%20ya,de%20que%20la%20salud%20es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas/2017/?post_t_es=introduccion&lang=fr#:~:text=Las%20metas%20de%20salud%20ya,de%20que%20la%20salud%20es)
- ⁸⁴ OPS/OMS. Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida. 2006. Consultado 15 de noviembre. Disponible en: https://www.paho.org/Director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf
- ⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números. Estados Unidos de América. OPS; 2017 [consultado 03 agosto 2020]. Disponible



en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es

⁸⁶ Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Foro Económico Mundial, 2011. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary

⁸⁷ De Maio FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latino America: towards an equity-based research agenda. *Global Health* 2011; 7:36. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-7-36>

⁸⁸ Baglietto-Hernández JM, Mateos-Bear A, Nava-Sánchez JP, Rodríguez-García P, Rodríguez-Weber F. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. *Med Int Méx.* 2020 enero-febrero;36(1):1-14. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i1.2844>

⁸⁹ Londoño Agudelo E, Pérez Ospina V, Battaglioli T, Taborda Pérez C, Gómez-Arias R, Van der Stuyft P. Gaps in hypertension care and control: a population-based study in low-income urban Medellín, Colombia. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2021;26(8):895–907. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.13599>

⁹⁰ Russell V. Luepker, Alun Evans, Paul McKeigue, K. Srinath Reddy. Cardiovascular survey methods. Third, 1-185. 2004. Geneva, World Health Organization. 19-2-2016. Ref Type: Serial (Book, Monograph). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42569>

⁹¹ Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud [internet]. gob.mx. [citado el 28 de junio de 2021]. disponible en: http://www.diputados.gob.mx/leyesbiblio/regley/reg_lgs_mis.pdf



- ⁹² Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colect.* 2007;3(3):271. disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/es/>
- ⁹³ Vinaccia, S. Quiceno, J. Fernandez , H. Gaviria, A. Chavarria, F. Orozco, O. Apoyo social y adherencia al Tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos.* Colombia: 2006. No. 8 p. 89 – 106. Disponible en:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/768>
- ⁹⁴ Fajardo-Dolci Germán, Gutiérrez Juan Pablo, García-Saisó Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2015 Abr [citado 2021 Jun 08] ; 57(2): 180-186. Disponible en:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es)
- ⁹⁵ S.J. Welch. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual.*, 25 (2010), pp. 64-72
<http://dx.doi.org/10.1177/1062860609352536>
- ⁹⁶ Hernández-Quintero L, Crespo-Fernández D, Trujillo-Cruz L, Hernández-Quintero L, Azcuy-Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2021 [citado 2022 May 4]; 11(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973>



XIII. ANEXOS



Questionario Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en cuatro países de América Latina (Ecuador, Cuba, Colombia y México): una aproximación desde la perspectiva poblacional



Objetivo. Estimar y analizar las brechas en el proceso de atención y control de la HAC y los principales factores asociados a dichas brechas en áreas de estudio de cuatro países latinoamericanos.

1 A. Fecha Año Mes día Única respuesta

2 B. Familia considerada población desplazada.

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

3 C. Colonia

Única respuesta

1 () Colonia Gaviotas

4 D. Nombre Barrio

Única respuesta

201 () Gaviotas Norte N.B. _____

202 () Gaviotas Sector Explanada N.B. _____

203 () Gaviotas Sector San José N.B. _____

204 () Gaviota Sur Armenia N.B. _____

205 () Gaviota Sur Valle verde N.B. _____

206 () Gaviotas Sur Valle Verde N.B. _____

207 () Gaviota Sur Monal N.B. _____

208 () Gaviota Sur Coquitos N.B. _____

209 () Gaviota Sur Cedral N.B. _____

210 () Otro _____

5 E. Número de la manzana () **Única respuesta**

6 F. Código de la vivienda según muestreo () **Única respuesta**

7 G. Dirección de la vivienda _____ **Única respuesta**

8 H. Total personas con o de 35 años o más. () **Única respuesta**

Sí= 0 FIN



Persona No. 1

9-1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Año Mes día (Numérico) Única respuesta
Confirmar con su INE o Acta de nacimiento.

10-2. Tipo de documento de identidad.

Única respuesta

- 0 () INE
1 () Acta de nacimiento
2 () Cédula de ciudadanía
3 () Cédula de extranjería
4 () Pasaporte
5 () Otro

11-3. Numero de documento de identidad () Única respuesta

12-4. Nombres y apellidos _____ Única respuesta

13-5. Sexo.

Única respuesta

- 1 () Hombre
0 () Mujer

14-6. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?

Única respuesta

- 1 () Casado(a)
2 () Separado(a)
3 () Divorciado(a)
4 () Viudo(a)
5 () Unión libre
6 () Soltero(a)

15-7. ¿Con quién vive usted?

Múltiple respuesta

- 0 [] Vive solo(a)
1 [] Cónyuge o conviviente
2 [] Hijo(s) o hija(s)
3 [] Yerno o nuera
4 [] Padres o suegros
5 [] Nieto o nieta
6 [] Otro pariente
7 [] Otro no pariente
8 [] Empleado(a) puertas adentro

Tome en cuenta las personas que comen y duermen habitualmente en éste hogar.

16-8. ¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?

Única respuesta

- 1 () Negro
2 () Mestizo(a)
3 () Blanco(a)
4 () Indígena

17-9. ¿Cuál fue el último nivel de educación alcanzado?

Única respuesta

- 0 () Ninguno



- 1 () Primaria
2 () Secundaria
3 () Técnica o tecnológica
4 () Profesional (Pregrado)
5 () Postgrado (Especialización, maestría o doctorado)

Sí la Pregunta 17 es igual a 0 pase a la pregunta 19

18-10. ¿Cuál fue el último año, grado o semestre aprobado?

Única respuesta

PRIMARIA: ___ AÑOS

SECUNDARIA: ___ AÑOS

TECNOLOGICA: ___ SEMESTRES

SUPERIOR: ___ SEMESTRES

Para primaria y secundaria anotar años, para educación superior (técnica, tecnológica, preparatoria, profesional) anotar semestres.

19-11. ¿Cuál es su ocupación principal?

Única respuesta

- 1 () Nada o desempleado
2 () Estudiante
3 () Trabajador con remuneración fija o empleado
4 () Trabajador independiente
5 () Trabajador eventual o informal
6 () Ama de casa
7 () Jubilado/retirado

20-12. ¿Recibe dinero, salario o remuneración por la actividad que realiza?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

21-13. Usted aporta o es afiliado a:

Única respuesta

- 1 () Seguro popular
2 () IMSS
3 () ISSSTE
4 () ISSET
5 () SEDENA
6 () SEDEMAR
7 () Servicios Médicos UJAT
8 () No estoy afiliado
9 () Otro, ¿Cuál? _____

Sí la Pregunta 21 es igual a 1 o 8 pase a la pregunta 23

22-14. Tipo de afiliación.

Única respuesta

- 1 () Cotizante
2 () Beneficiario
3 () No sabe

23-15. ¿En los últimos 12 meses, usted, sintió la necesidad de consultar o recibir atención por un médico o en un servicio de salud?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Sí la Pregunta 23 es igual a 0 pase a la pregunta 43



24-16. Usted, ¿Qué hizo como primera acción para buscar la atención medica la ÚLTIMA VEZ?

Única respuesta

- 1 () Visitó una institución de salud o un médico (centro de salud, hospital, médico particular)
- 2 () Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.
- 3 () Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera o profesional de salud.
- 4 () Visitó un curandero, chamán, mago, sobandero o similar.
- 5 () No hizo nada.
- 6 () Acudió a una farmacia o droguería

25-17 ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL por el que usted no hizo nada para resolver su necesidad de atención o control médico la ÚLTIMA VEZ?

Única respuesta

- 1 () Era una enfermedad o accidente leve
 - 2 () No tuvo tiempo
 - 3 () El centro de atención le queda lejos
 - 4 () La atención es de mala calidad
 - 5 () Falta de dinero
 - 6 () No pudo dejar la casa o a los niños
 - 7 () Sabe cómo tratar la enfermedad por usted mismo
 - 8 () No pudo dejar de trabajar
 - 9 () Le daba miedo saber qué es lo que tenía
 - 10 () Tenía desconfianza del establecimiento de salud
 - 11 () Pensó que no lo iban a querer atender
 - 12 () No le dieron permiso en su casa
 - 13 () El centro de salud está en un lugar muy inseguro
 - 14 () Pidió cita y no se la asignaron
- Sí la Pregunta 24 es igual a 5 pase a la pregunta 43.

26-18. ¿Usted a dónde acudió o quién le atendió por su necesidad de atención médica la ÚLTIMA VEZ?

Única respuesta

- 1 () Centro de salud
- 2 () Unidad Médica Familiar
- 3 () Clínica u hospital público
- 4 () Consultorio médico particular
- 5 () Farmacia
- 6 () Consultorio médico/dental
- 7 () Homeópata
- 8 () Centro naturista
- 9 () Curandero
- 10 () Clínica/hospital privado
- 11 () Otro

Sí la Pregunta 26 es igual a 11 pase a la pregunta 27, de lo contrario pase a la 28.

27-19. ¿Cuál? _____ Única respuesta

28-20. La última vez que acudió a un establecimiento de salud, ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL por el que acudió?

Única respuesta

- 1 () Porque quería un chequeo
- 2 () Para que me atendieran una nueva enfermedad
- 3 () Para controlarme una enfermedad ya conocida
- 4 () Por una urgencia
- 5 () Otro

Sí la Pregunta 28 es igual a 5 pase a la pregunta 29, de lo contrario pase a la 30.



29-21. ¿Cuál? _____

30-22. ¿Cuál fue el motivo PRINCIPAL por el que eligió ir a ese establecimiento de salud?

Única respuesta

- 1 () Es la unidad de salud que me corresponde/Solo me atienden en ese lugar
- 2 () Está cerca
- 3 () Tiene precios bajos
- 4 () Buena calidad
- 5 () Sugerido por otras personas/profesional
- 6 () Tiene conocidos en el servicio

31-23. ¿Cuánto tiempo le tomó a usted llegar al establecimiento de salud desde su casa, utilizando el medio de transporte habitual?

Única respuesta

___ HORA ___ MINUTOS

32-24. ¿Qué tipo de transporte utiliza HABITUALMENTE para acudir al establecimiento de salud desde su casa?

Única respuesta

- 1 () A pie
- 2 () Carro particular
- 3 () Transporte público
- 4 () Bicicleta
- 5 () Motocicleta

33-25. Una vez que llegó al establecimiento de salud ¿Recibió la atención que necesitaba para resolver su problema de salud?

Única respuesta

- 1 () Sí lo atendieron
- 0 () No lo atendieron

Sí la Pregunta 33 es igual a 0 pase a la pregunta 35, de lo contrario pase a la 34.

34-26. ¿Cuánto tiempo esperó para recibir la atención que requería?

___ DIAS ___ HORAS ___ MINUTOS

Sí la Pregunta 33 es igual a 1 pase a la pregunta 36

35-27. ¿Por qué motivo no le atendieron en el establecimiento de salud?

única respuesta

- 1 () El establecimiento de salud estaba cerrado
- 2 () No había médicos o personal para atender
- 3 () No logró obtener una cita o turno de atención
- 4 () Tenía que esperar mucho tiempo y se fue
- 5 () No tenía una orden o autorización para la atención

Sí la Pregunta 33 es igual a 0 pase a la pregunta 41

36-28. Cuando usted acudió al establecimiento de salud ¿Con quién tuvo consulta?

única respuesta

- 1 () Médico
- 2 () Médico especialista
- 3 () Odontólogo
- 4 () Enfermera/auxiliar de enfermería



- 5 () Otro
6 () No sabe

Si la Pregunta 36 es igual a 5 pase a la pregunta 37, de lo contrario pase a la 38.

37-29. ¿Cuál? _____

38-30. Usted ¿Qué atención, atenciones o servicios de salud recibió en el establecimiento de salud?

Múltiple respuesta

- 0 [] Urgencia/emergencia
1 [] Consulta externa
2 [] Consulta de especialidades
3 [] Medicina general/integral
4 [] Laboratorio clínico
5 [] Imagenología (Rayos X, ecografía, TAC, etc.)
6 [] Rehabilitación
7 [] Entrega de medicamentos
8 [] Curaciones o inyecciones
9 [] Hospitalización

39-31. Cuando consultó, ¿Le tomaron la presión arterial en el establecimiento de salud?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

40-32. ¿Cómo calificaría usted la atención recibida en el establecimiento de salud?

Única respuesta

- 1 () Muy mala
2 () Mala
3 () Regular
4 () Buena
5 () Muy buena

41-33. Si en los últimos 12 meses ha sido atendido en su casa, ¿Quién le atendió?

Única respuesta

- 1 () Médico
2 () Médico especialista
3 () Enfermera
4 () Auxiliar de enfermería
5 () Farmacéutico
6 () Curandero/partera/sobador
7 () Otro
8 () No ha sido atendido en casa

Si la Pregunta 41 es igual a 7 pase a la pregunta 42, de lo contrario pase a la 43.

42-34. ¿Cuál? _____

43-35. ¿En el último mes usted ha fumado? (Por lo menos una vez) Fumar incluye cigarrillos o tabaco.

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Si la Pregunta 43 es igual a 0 pase a la pregunta 45, de lo contrario pase a la 44.

44-36. ¿Cuántos cigarrillos o tabacos consume al día?

Única respuesta

- 1 () Menos de 3 cigarrillos/tabacos al día
2 () Entre 4 y 9 cigarrillos/tabacos al día



- 3 () Entre 10 y 20 cigarrillos/tabacos al día
4 () Más de 20 cigarrillos/tabacos al día

45-37. ¿En el último mes usted ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Sí la Pregunta 45 es igual a 0 pase a la pregunta 47, de lo contrario pase a la 46.

46-38. ¿Con qué frecuencia usted consumió bebidas alcohólicas en el último mes?

Única respuesta

- 1 () Sólo una vez al mes
2 () 2 a 3 veces por mes
3 () Semanalmente
4 () Diariamente

47-39. ¿Usted ha realizado ejercicio o actividad física adicional en el último mes, tales como: caminatas, trote o deportes en general?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Sí la Pregunta 47 es igual a 0 pase a la pregunta 49, de lo contrario pase a la 48.

48-40. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

Única respuesta

- 1 () Diario
2 () 1 vez por semana
3 () 2-3 veces por semana
4 () Más de 3 veces por semana

49-41. ¿Alguna vez un médico le ha DIAGNOSTICADO cualquiera de las siguientes enfermedades?

Múltiple respuesta

- 0 [] No me han diagnosticado nada
1 [] Diabetes/azúcar alta en la sangre
2 [] Colesterol alto
3 [] Cáncer
4 [] Depresión
5 [] Ansiedad
6 [] Enfermedades pulmonares (Asma/EPOC)
7 [] Infarto de miocardio (Ataque cardíaco)
8 [] Derrame cerebral
9 [] Falla cardíaca (Insuficiencia cardíaca)
10 [] Falla de los riñones
11 [] Daño en la retina por presión alta o azúcar alta

50-42. ¿En los últimos 12 meses, estuvo hospitalizado por alguna de estas enfermedades?

Múltiple respuesta

- 0 [] Infarto de miocardio (ataque cardíaco), igual a 0 pase a la pregunta 51 y 58
1 [] Derrame cerebral, igual a 1 pase a la pregunta 52 y 59
2 [] Falla cardíaca (insuficiencia cardíaca), igual a 2 pase a la pregunta 53 y 60
3 [] Falla de los riñones, igual a 3 pase a la pregunta 54 y 61
4 [] Presión alta, igual a 4 pase a la pregunta 55 y 62
5 [] Diabetes/Azúcar alta en la sangre, igual a 5 pase a la pregunta 56 y 63
6 [] Colesterol alto, igual a 6 pase a la pregunta 57 y 64
7 [] No me han hospitalizado en los últimos 12 meses, igual a 7 pase a la pregunta 65



- 51-43. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Infarto de miocardio (ataque cardíaco)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 52-44. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Derrame cerebral?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 53-45. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Falla cardíaca (insuficiencia cardíaca)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 54-46. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Falla de los riñones?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 55-47. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Presión alta (hipertensión)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 56-48. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Diabetes/Azúcar alta en la sangre?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 57-49. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado por Colesterol alto?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 58-50. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Infarto de Miocardio (ataque cardíaco)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 59-51. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿cuantos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Derrame Cerebral?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 60-52. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Falla Cardíaca (insuficiencia cardíaca)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 61-53. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Falla de los Riñones?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 62-54. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Presión Alta (Hipertensión)?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 63-55. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Diabetes/Azúcar Alta en la sangre?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 64-56. En los últimos 12 meses, fuera de los días de hospitalización ¿Cuántos días más se sintió limitado o impedido para realizar actividades cotidianas por Colesterol Alto?
Registre el tiempo en ___ DIAS ___ MESES
- 65-57. ¿Alguna vez en su vida le han medido la presión arterial?
Única respuesta
1 () Si
2 () Nunca
Sí la Pregunta 65 es igual a 2 pase a la pregunta 69, de lo contrario pase a la 66
- 66-58. ¿Cuál es el lugar donde usted habitualmente se toma la presión?



Única respuesta

- 1 () En un establecimiento de salud
- 2 () En una farmacia o botica
- 3 () En una campaña de salud
- 4 () En el trabajo
- 5 () En mi casa o la de algún familiar o vecino
- 6 () En otro lugar (Especifique)

Sí la Pregunta 66 es igual a 6 pase a la pregunta 67, de lo contrario pase a la 68

67-59. ¿Cuál lugar? _____ Única respuesta

68-60. ¿Cuándo fue la última vez que le midieron la presión?

Única respuesta

- 1 () En el último mes
- 2 () En los últimos 12 meses
- 3 () De 1 a 4 años
- 4 () Hace 5 o más años

69-61. ¿Algún médico o trabajador de salud le ha DIAGNOSTICADO alguna vez Hipertensión o Presión alta?

Única respuesta

- 1 () Sí
- 0 () No

Sí la Pregunta 69 es igual a 0 pase a la pregunta 130, de lo contrario pase a la 70

70-62. ¿Hace cuánto tiempo le DIAGNOSTICARON de hipertensión o Presión alta?

Única respuesta

- 1 () En los últimos 12 meses
- 2 () Entre 1 y 5 años
- 3 () Entre 5 y 10 años
- 4 () 10 años ó más

71-63. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido al menos una consulta médica de seguimiento o control por su Hipertensión o Presión alta?

Única respuesta

- 1 () Sí
- 0 () No

Sí la Pregunta 71 es igual a 1 pase a la pregunta 73

72-64. ¿Cuáles fue la LA PRINCIPAL RAZÓN por la cual NO ha tenido consulta médica de control para la presión alta en el último año?

Única respuesta

- 1 () Usted no quiso asistir al control médico, a pesar que tenía cita programada y lo llamaron a recordarle
- 2 () No le programaron consulta médica en el servicio de salud
- 3 () Fue a la consulta, y no lo atendieron
- 4 () Se le olvidó la cita y nunca lo llamaron para recordársela
- 5 () No tenía tiempo para acudir o el horario del establecimiento no le permitió acudir
- 6 () No pudo dejar la casa o a los niños
- 7 () No pudo dejar de trabajar
- 8 () El centro de atención le queda lejos
- 9 () Le daba miedo que el personal de salud lo regañe
- 10 () Pensó que no lo iban a atender
- 11 () No le dieron permiso
- 12 () El centro de salud está ubicado en un lugar inseguro

73-65. ¿La última consulta médica de seguimiento o control para su hipertensión fue?



Única respuesta

1 () Programada (Le dieron cita)

0 () Acudió por iniciativa propia

74-66. ¿En qué lugar recibió la ÚLTIMA consulta médica para el control de su hipertensión?

Única respuesta

1 () Centro de salud

2 () Unidad Médica Familiar (seguridad social)

3 () Clínica u hospital público

4 () Consultorio médico particular

5 () Farmacia

6 () Consultorio médico/dental

7 () Homeópata

8 () Centro naturista

9 () Curandero

10 () Clínica/hospital privado

11 () Otra

Sí la Pregunta 74 es igual a 11 pase a la pregunta 75, de lo contrario pase a la 76

75-67. ¿Cuál otra? _____ Única respuesta

76-68. En su última consulta por control de la presión alta o hipertensión ¿Quién lo atendió?

Única respuesta

1 () Médico general/familiar

2 () Médico especialista

3 () Enfermera

4 () Otro

Sí la Pregunta 76 es igual a 4 pase a la pregunta 77, de lo contrario pase a la 78

77-69. ¿Cuál otro? _____ Única respuesta

78-70. ¿Considera que su última consulta por control de la hipertensión le permitió resolver o mejorar sus principales problemas de salud?

Única respuesta

1 () Totalmente

2 () Parcialmente

3 () De ninguna manera

79-71. ¿Actualmente qué le ha dicho su médico que haga para la hipertensión?

Múltiple respuesta

0 [] Dieta baja en sal

1 [] Dieta baja en grasa

2 [] Realizar ejercicios y actividad física saludable

3 [] Tomar pastillas

4 [] No fumar

5 [] Limitar el consumo de bebidas alcohólicas

6 [] Control de peso

7 [] No le ha dado ninguna indicación

8 [] Otra

Sí la Pregunta 79 es igual a 8 pase a la pregunta 80, de lo contrario pase a la 81

80-72. ¿Cuál otra? _____ Única respuesta

81-73. ¿Toma medicamentos para la presión alta (hipertensión)?

Única respuesta



1 () Sí

0 () No

Si la Pregunta 81 es igual a 0 pase a la pregunta 127, de lo contrario pase a la 82

82-74. Diga el nombre de las diferentes pastillas que toma para controlar la presión alta (hipertensión)

Pida que le muestren las pastillas en físico y verifique el nombre. Escriba cuidadosamente los nombres de todas las pastillas que el encuestado le mostró

83-75. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

Única respuesta

La Pregunta 83 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

84-76. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

_____ MGS + _____ MGS

Pregunta 84, 999 mgs + 99.9 mgs

85-77. ¿Desde cuándo toma esta pastilla?

Única respuesta

1 () Desde los últimos 12 meses

2 () Entre 1 y 5 años

3 () Entre 5 y 10 años

4 () 10 años ó más

86-78. ¿Toma todos los días un segundo tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Si la Pregunta 86 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 87

87-79. ¿Cuál es el nombre del segundo tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta

88-80. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 88 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

89-81. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

_____ MGS + _____ MGS

90-82. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

1 () Desde los últimos 12 meses

2 () Entre 1 y 5 años

3 () Entre 5 y 10 años

4 () 10 años ó más

91-83. ¿Toma todos los días un tercer tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Si la Pregunta 91 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 92

92-84. ¿Cuál es el nombre del tercer tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta



93-85. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 93 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

94-86. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

95-87. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

1 () Desde los últimos 12 meses

2 () Entre 1 y 5 años

3 () Entre 5 y 10 años

4 () 10 años ó más

96-88. ¿Toma todos los días un cuarto tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Sí la Pregunta 96 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 97

97-89. ¿Cuál es el nombre del cuarto tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta

98-90. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 98 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

99-91. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

100-92. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

1 () Desde los últimos 12 meses

2 () Entre 1 y 5 años

3 () Entre 5 y 10 años

4 () 10 años ó más

101-93. ¿Toma todos los días un quinto tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Sí la Pregunta 101 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 102

102-94. ¿Cuál es el nombre del quinto tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta

103-95. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 103 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

104-96. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

105-97. ¿Desde cuándo toma la pastilla?



Única respuesta

- 1 () Desde los últimos 12 meses
2 () Entre 1 y 5 años
3 () Entre 5 y 10 años
4 () 10 años ó más

106-98. ¿Toma todos los días un sexto tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Sí la Pregunta 106 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 107

107-99. ¿Cuál es el nombre del sexto tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta

108-100. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 108 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

109-101. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

110-102. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

- 1 () Desde los últimos 12 meses
2 () Entre 1 y 5 años
3 () Entre 5 y 10 años
4 () 10 años ó más

111-103. ¿Toma todos los días un séptimo tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No

Sí la Pregunta 111 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 112

112-104. ¿Cuál es el nombre del séptimo tipo de medicamento que toma todos los días?

_____ Única respuesta

113-105. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

_____ Única respuesta

La Pregunta 113 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

114-106. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

115-107. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

- 1 () Desde los últimos 12 meses
2 () Entre 1 y 5 años
3 () Entre 5 y 10 años
4 () 10 años ó más

116-108. ¿Toma todos los días un octavo tipo adicional de medicamento?

Única respuesta

- 1 () Sí
0 () No



Sí la Pregunta 116 es igual a 0 pase a la pregunta 121, de lo contrario pase a la 117

117-109. ¿Cuál es el nombre del octavo tipo de medicamento que toma todos los días?

Única respuesta

118-110. Cantidad de pastillas que toma de este medicamento al día

Única respuesta

La Pregunta 118 puede ser ≥ 1 y ≤ 9

119-111. ¿De cuántos miligramos es la pastilla?

___ MGS + ___ MGS Única respuesta

120-112. ¿Desde cuándo toma la pastilla?

Única respuesta

1 () Desde los últimos 12 meses

2 () Entre 1 y 5 años

3 () Entre 5 y 10 años

4 () 10 años ó más

121-113. ¿Cuánto tiempo considera que va tener que tomar las pastillas para la presión alta?

Única respuesta

1 () Menos de 6 meses

2 () De 6 meses a 1 año

3 () De 1 a 5 años

4 () Más de 5 años

5 () De por vida

122-114. ¿Se olvida de tomar ALGUNA vez los medicamentos para su presión alta?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

123-115. ¿Es descuidado con la hora en que debe toma la medicación?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

124-116. Cuando se siente bien, ¿Deja de tomar la medicación?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

125-117. ¿Si alguna vez le sienta mal la medicación, deja de tomarla?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

126-118. TOTAL respuestas POSITIVAS

Única respuesta

En relación a las preguntas 122, 123, 124, 125

127-119. ¿Toma remedios caseros para la presión alta?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No



128-120. ¿Toma medicamentos naturistas u homeopáticos para la presión alta?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

129-121. ¿Cuál es el motivo PRINCIPAL por el que usted no toma pastillas para la presión alta?

Única respuesta

1 () No quiere/no le gusta

2 () No le han recetado

3 () No tiene dinero para las pastillas

4 () No está disponible en farmacias

5 () No le han entregado pastillas en servicio de salud

6 () No entiende las indicaciones del médico

7 () Tiene desconfianza del médico

8 () La farmacia le queda muy lejos

9 () Me caen mal

Sí la Pregunta 81 es igual a 0 pase a la pregunta 130

130-122. Tome la presión en el brazo derecho y registre. TOMA 1

SISTOLICA / DIASTOLICA: _____ / _____

Se deben realizar 3 tomas de la presión. Para tomar la presión, el participante debe estar sentado sin cruzar las piernas por 10 minutos. Para la segunda y tercera medición el participante debe descansar MÍNIMO 3 minutos.

70<=SISTOLICA<=140.

50<=DIASTOLICA<=100.

Si no es posible la toma de presión, por alguna razón escriba 000 / 000

131-123. Tome la presión en el brazo derecho y registre. TOMA 2

SISTOLICA / DIASTOLICA: _____ / _____

Para tomar la presión, el participante debe estar sentado sin cruzar las piernas. Para la segunda medición el participante debe descansar MÍNIMO 3 minutos.

132-124. Tome la presión en el brazo derecho y registre. TOMA 3

SISTOLICA / DIASTOLICA: _____ / _____

Para tomar la presión, el participante debe estar sentado sin cruzar las piernas. Para la tercera medición el participante debe descansar MÍNIMO 3 minutos.

133-125. ¿Las condiciones de salud de la persona permiten la medición de la talla?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Sí la Pregunta 133 es igual a 0 pase a la pregunta 135, de lo contrario pase a la 134

134-126. Con el paciente de pie, descalzo, en posición recta y de espaldas a la pared, tome la estatura con la regleta y anote el resultado en centímetros.

Medición en centímetros. _____ Única respuesta

P134>=100 y <=210

135-127. ¿Las condiciones de salud de la persona permiten la medición del peso?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Sí la Pregunta 135 es igual a 0 pase a la pregunta 137, de lo contrario pase a la 136

136-128. Con el paciente de pie, descalzo, en ropa ligera, en posición recta y de espaldas a la pared, mida el peso registrado en la báscula y anote el resultado en kilogramos (En ropa ligera significa despojarse de suéter, Medición en kilogramos. _____ Única respuesta



P136 ≥ 30 y ≤ 150

137-129. ¿Las condiciones de salud de la persona permiten la medición del perímetro abdominal?

Única respuesta

1 () Sí

0 () No

Sí la Pregunta 137 es igual a 0 pase a la pregunta 139, de lo contrario pase a la 138

138-130. Con el paciente de pie, descalzo, con el abdomen descubierto, en posición recta, mida el perímetro con la cinta métrica flexible y anote el resultado en centímetros (En ropa ligera significa despojarse de suéter, abrigo

Medición en centímetros. _____

P138 ≥ 40 y P138 ≤ 180

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 2

**Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica de Ciencias de la Salud
Coordinación de Investigación y Posgrado
Maestría en Salud Pública**

Carta de consentimiento informado

Título: “Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial de los casos en Gaviotas, Centro, Tabasco”

Investigador: Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez, estudiante de la Maestría en Salud Pública/UJAT.

Reconozco que el procedimiento de investigación descritos en la carta adjunta me ha sido explicados y que se ha respondido satisfactoriamente a todas mis preguntas. Comprendo igualmente las ventajas, si existen, de la participación de este estudio. También me han explicado los posibles riesgos e incomodidades. Entiendo que tengo derecho a plantear, ahora y en el futuro, cualquier pregunta sobre el estudio. Se me ha asegurado que mis datos se guardaran de forma confidencial y que ninguna información será publicada o comunicada incluyendo mi identidad personal. Por lo que autorizo a la Lic. En Enf. Liliana Lizbeth Linaldi Gutiérrez para realizar la aplicación de la encuesta, así como la medición de la presión arterial y mis datos antropométricos. Con fecha _____ acepto participar en el estudio titulado: **“Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial de los casos en Gaviotas, Centro, Tabasco”**

Aceptante

Testigo
