



Calidad del proceso en la ejecución del programa de Hipertensión Arterial

Quality of process in the implementation of the Arterial Hypertension program

Naifi Hierrezuelo Rojas ^{1*} , Clarisa Torres Tejera ² , Estrella García González ² , Jorge Cruz Llaugert ^{2,3} ,
Ana Josefa Limia Domínguez ^{2,3} , Ana Selva Capdesuñer ¹ 

¹ Policlínico Ramón López Peña. Santiago de Cuba, Cuba

² Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

³ Policlínico Comunitario Carlos J. Finlay. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: naifi.hierrezuelo@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo

Hierrezuelo Rojas N, Torres Tejera C, García González E, Cruz Llaugert J, Limia Domínguez AJ, Selva Capdesuñer A: Calidad del proceso en la ejecución del programa de Hipertensión Arterial: Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [citado]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4389>

Recibido: 11 de marzo de 2022
Aprobado: 20 de diciembre de 2022

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción: Existe calidad en la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los clientes externos e internos y cumplen, además, las normas, procedimientos y reglamentos institucionales del sistema.

Objetivo: Evaluar la calidad del proceso de ejecución del Programa de Hipertensión Arterial.

Material y Métodos: Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud en el Policlínico Ramón López Peña de Santiago de Cuba, desde enero hasta agosto de 2021, donde se evaluó la competencia y desempeño profesional de 81 médicos de familia. Un Comité de Expertos preestableció criterios, indicadores y estándares de evaluación.

Resultados: La estrategia de seguimiento (51,8 %), estratificación del Riesgo Cardiovascular (55,5 %), el tratamiento según Riesgo Cardiovascular, y la elección del tipo tratamiento; fueron los temas menos conocidos por los médicos de familia. Solo en 33,3 % de los Consultorios Médicos de la Familia (CMF) se constató actividades grupales con pacientes hipertensos. La mayoría de los criterios en relación a la calidad de las consultas en las Historias Clínicas Individuales (HCI), fueron evaluados de inadecuados, siendo las más representativas, las interconsultas de especialidades afines y estratificación del riesgo cardiovascular (25,0 %).

Conclusiones: Existen dificultades tanto en el desempeño como en la competencia profesional en la ejecución del programa de hipertensión arterial en el área de salud, lo cual afecta la calidad en su cumplimiento

Introduction: There is quality in health care when the results or effects of this process meet the requirements of external and internal clients and also comply with norms, procedures, and institutional rules of the system.

Objective: To evaluate the quality of process in the implementation of the arterial hypertension program.

Material and Methods: Research was carried out on health systems and services at Ramón López Peña Polyclinic in Santiago de Cuba from January to August 2021, wherein the competence and professional performance of 81 family physicians were evaluated. A committee of experts prearranged criteria, indicators, and evaluation standards.

Results: Follow-up strategy (51.8%); Cardiac Risk Stratification (CRS), (55.5%); treatment according cardiovascular risk, and choice of treatment were the least known topics among family doctors. Group activities with hypertensive patients were confirmed in only 33% of Family Physician' Offices (CMF). Most of the criteria in relation to the quality of consultations in Personal Clinical Histories proved inadequate, being interconsultations made to other related specialties and Cardiac Risk Stratification (CRS) the most representative.

Conclusions: There are difficulties in both performance and professional competence in the implementation of the arterial hypertension program in the health area, affecting the quality of its compliance.

Palabras Claves:

Hipertensión Arterial, Atención Primaria de Salud, competencia profesional, riesgo cardiovascular.

Keywords:

Arterial Hypertension, Primary Health Care, professional competence, cardiovascular risk.



INTRODUCCIÓN

Dentro de los objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública cubano, tiene especial importancia la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, fundamentalmente la Hipertensión Arterial. La Atención Primaria de Salud tiene un papel primordial y dispone de los elementos estructurales, que permitiría cumplir el rol fundamental de la prevención de las complicaciones.

La hipertensión arterial es una de las principales causas prevenibles de enfermedad cardiovascular y muerte en el mundo. Su prevalencia global en adultos oscila entre 30 % y 45 %, siendo mayor en hombres (24 %) que en mujeres. (20 %) La alta prevalencia concuerda en todos los países, independientemente del estado de ingresos económicos de estos.⁽¹⁾

Es definida como la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) a 140 mmHg o más, o presión arterial diastólica (PAD) a 90 mmHg o más, o ambos valores inclusive. Esta definición es aplicable para los adultos de 18 años y más. En los niños están definidas, según su edad, sexo y talla otras cifras o valores de la presión arterial (PA).⁽²⁾ Constituye uno de los factores de riesgo más importante que inciden en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (ECV).⁽³⁾

A escala mundial se estima, que un billón y medio de personas la padecen, y provocan cada año 7,5 millones de muertes, 13 % del total de defunciones que se producen a nivel global, según la World Health Organization (WHO). En las Américas, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte, responsables de 29 % de todas las vidas perdidas en 2019. Las ECV son también la principal causa de discapacidad de la región. La presión arterial alta es el factor de riesgo reversible más importante para ECV y muerte, con más de 50 % de los eventos y 17 % de las muertes atribuidas a la hipertensión.^(4,5,6,7)

Cuba no escapa de este contexto y en 2021 cerró con una prevalencia de HTA de 23,02 por cada 100 habitantes. En un contexto donde se mantiene un envejecimiento paulatino de la población (21,45 % tiene más de 60 años), y es de esperar que las enfermedades cardiovasculares continúen siendo la primera causa de muerte, con un aumento de 15 767 fallecidos más, en ese año con respecto a 2020, que representa un crecimiento de 36 %, todo en medio de una epidemia de la COVID-19.⁽⁸⁾

Para 2021, Santiago de Cuba mostraba indicadores demográficos similares al resto del país, y una prevalencia de HTA de 20,25 %. Las enfermedades cardiovasculares representan 39,63 % de las muertes (5 384, con aumento vertiginoso de 28,68 % comparado con el año anterior).⁽⁸⁾

Ahora bien, según los datos del Departamento de Estadísticas y el análisis de la situación de salud en la zona que atiende el Policlínico Ramón López Peña, existen 8 801 pacientes hipertensos, que representa 30,3 % del total de la población.

Ante el reto de reducir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y elevar la calidad de vida de la población se introduce como elemento sistemático de trabajo, el uso de la Guía de actuación para la Atención Primaria de Salud de la hipertensión arterial en el adulto.⁽²⁾

La calidad de la atención es un proceso complejo que tiene como objetivo ofrecer beneficios con un riesgo menor y a un costo razonable, a su vez tiene que ser oportuna, conforme con los principios éticos, conocimientos médicos, y satisfacer las necesidades de usuarios, proveedores y de la institución. Por medio de la evaluación de las dimensiones estructura, proceso y resultados se puede determinar la calidad de un programa y/o servicio, al identificar los factores que interfieren en la efectividad de las acciones sanitarias, lo cual es de gran importancia para la adopción de decisiones. La calidad depende de los recursos con que se cuenta, pero más importante aún, es la forma en que estos se organizan y las relaciones que se establecen en el proceso de atención.⁽⁹⁾

Para lograr dar cumplimiento a las acciones de salud con calidad, se necesita hacer evaluaciones sistemáticas de la competencia y el desempeño de los profesionales, para tener las decisiones adecuadas que permita corregir los posibles errores y tratar de buscar la mejoría.

Entre los obstáculos relacionados con los prestadores de servicios de salud que impiden un control eficaz y sostenido de la hipertensión, podemos citar: dedicar tiempo insuficiente a la atención del paciente, como también a su educación; caer en la inercia terapéutica o mostrarse renuente a tratar a un paciente; y no cumplir las recomendaciones de las guías clínicas por desconocimiento, por no estar de acuerdo con ellas o por no tener ningún incentivo para aplicarlas.⁽¹⁰⁾

La hipertensión arterial representa un problema de gran magnitud, y es de vital importancia evaluar la calidad de la atención que reciben el paciente y sus familiares. Para ello es menester evaluar los conocimientos que posee sobre la enfermedad por un lado (competencia profesional), y las habilidades en la puesta en práctica de estos (desempeño profesional).

Por todo lo anterior, se decidió realizar la presente investigación con el **objetivo** de evaluar la calidad del proceso en la ejecución del Programa de Hipertensión Arterial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad del proceso de ejecución del Programa de HTA a través de la competencia profesional de los médicos de la familia del Policlínico Docente Ramón López Peña de Santiago de Cuba, desde enero hasta agosto de 2021.

El universo estuvo integrado por los 81 médicos de familia vinculados a la asistencia médica en los consultorios de esta área de salud, quienes dieron su voluntad de participar en la investigación y permanecieron en el área durante el tiempo que duró el estudio.

Además, se revisaron un total de 1 111 historias clínicas individuales (HCI), las cuales fueron seleccionadas de la población de hipertensos, para el cálculo de la muestra mínima necesaria, se utilizó la fórmula para muestras finitas. Una vez calculada la muestra, se utilizó el muestreo estratificado proporcional y aleatorio, que indicó las historias clínicas que se necesitaron por consultorio, cuya sumatoria coincidió con el cálculo muestral mínimo.

Se utilizaron además las historias de salud familiar (HSF) y los análisis de la situación de salud (ASS) de los 27 consultorios.

La investigación se organizó en diferentes etapas:

- I Etapa: preparación del proceso evaluativo.

1. Selección de actividades y/o problemas de salud trazadores de la calidad de la atención.
2. Definición de la dimensión de la calidad a evaluar: proceso de la atención médica a pacientes hipertensos: calidad científico-técnica (competencia y desempeño profesional).

3. Selección del universo de estudio.

4. Formación de un grupo de expertos en el tema de investigación que preestableció los criterios, indicadores y estándares utilizados para dar salida a los objetivos propuestos, además ayudaron a confeccionar los instrumentos de evaluación (examen de competencia y guía de observación para el monitoreo del desempeño).

- II Etapa: ejecución del proceso evaluativo.

1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar el criterio seleccionado. 2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.

3. Clasificación de las desviaciones en problemas de conocimiento y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.

- III Etapa: Evaluación del proceso evaluativo.

Evaluación de conocimientos: se aplicó un instrumento evaluativo el cual fue diseñado por los autores de la investigación y validada por expertos en el tema (clínicos, cardiólogos y metodólogos docentes), contó con 15 preguntas relacionadas con la nueva guía cubana de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la HTA⁽²⁾ (examen de competencia). Se calificó como aprobado al profesional cuando obtuvo 70 puntos o más en el examen. Para el área de salud este indicador fue evaluado según los estándares prefijados para cada indicador y se consideró adecuado (A) cuando 70 % ó más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su examen de competencia. Asimismo, se evaluó como la competencia profesional en la institución cuando menos de 70 % de sus evaluados resultó aprobado.

• Evaluación del desempeño profesional: Se revisaron los análisis de la situación de salud (ASS) de los 27 consultorios médicos de la familia (CMF), los murales de promoción para la salud y el funcionamiento de los círculos de hipertensos; se definieron 3 criterios que se consideraron adecuados teniendo en cuenta lo siguiente:

1. ASS: se comprobó que se analizaba la situación del programa de HTA en el consultorio médico de la familia (CMF).

2. Círculo de hipertensos funcionando: cuando existió evidencias del funcionamiento de los círculos de HTA.

3. Mural de educación para la salud: cuando existió información de acciones de promoción y prevención de la HTA.

Se revisaron además las 1 111 historias clínicas individuales (HCI), seleccionadas por los CMF, y se definieron criterios que se consideraron adecuados teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Historia de salud familiar (HSF): cuando estaban dispensarizados los pacientes hipertensos, con programación de consultas y terrenos; además, se especificaba el riesgo cardiovascular y las principales acciones.

2. Historia clínica individual (HCI): se cumplía con los controles programados y en ellos se abordaban todos los aspectos que definían el programa, tales como estratificación de riesgo, tratamiento adecuado y seguimiento del paciente según RCV, debían aparecer acciones dirigidas a modificar, controlar o eliminar este último.

3. Interconsulta del clínico y especialidades afines: aparecía reflejada en la HCI la interconsulta con el clínico y los especialistas afines al riesgo que presentaba.

Se consideró adecuado (A) el desempeño profesional cuando se cumplió con el estándar preestablecido, o más de los criterios, e Inadecuado (I) cuando no se cumplió con esta condición. Para el área de salud se consideró adecuado cuando en 70 % de los casos se alcanzó esta evaluación e inadecuado si no se obtuvo esta cifra.

Una vez recolectada la información se procesó de forma computarizada en una computadora personal Core i3, para lo que se creó una base de datos en el programa SSPS 11.5 para Windows que facilitó el análisis de la información. Se utilizaron aplicaciones de Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016, y se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa) como medidas de resumen para variables cualitativas y la estadística inferencial para el muestreo de las historias clínicas individuales. La significación de estos resultados se validó también a través del índice de confianza (IC), con 95 %.

Antes de comenzar el trabajo de investigación se aplicó el consentimiento informado a todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio, se aplicó el instrumento mencionado, brindando la información necesaria y dándoles a conocer la gran importancia de su participación que tendría como fin evaluar la calidad del proceso de ejecución del Programa de Hipertensión Arterial.

RESULTADOS

La figura muestra que 33 % (27) de la serie estuvo representada por especialistas en Medicina General Integral y el resto eran residentes de los diferentes años (54 para 67 %).



En la Tabla 1 se observa que la estrategia de seguimiento (51,8 %), el tratamiento según riesgo cardiovascular, la elección del tipo tratamiento y estratificación del riesgo cardiovascular (55,5 %) fueron los temas menos conocidos por los médicos de familia.

Tabla 1. Competencia profesional de los participantes en relación con el programa de HTA

Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	No.	%	%	
Concepto actualizado de la HTA.	62	76,5	90	Inadecuado
Clasificación actual de la HTA.	62	76,5	90	Inadecuado
Factores de riesgo cardiovascular.	74	91,3	90	Adecuado
Estratificación de riesgo cardiovascular total.	45	55,5	85	Inadecuado
Evaluación diagnóstica de la HTA. Aspectos a tener en cuenta.	52	64,1	80	Inadecuado
Medición correcta de la TA.	62	76,5	85	Inadecuado
Búsqueda de daño orgánico asintomático.	48	59,2	80	Inadecuado
Tratamiento no farmacológico.	73	90,1	85	Adecuado
Elementos a tener en cuenta en la elección de los fármacos antihipertensivos.	48	59,2	80	Inadecuado
Fármacos antihipertensivos más utilizados.	74	91,3	80	Adecuado
Elección de monoterapia o tratamiento combinado.	45	55,5	80	Inadecuado
Tratamiento según riesgo cardiovascular.	45	55,5	70	Inadecuado
Tratamiento de los factores de riesgos asociados.	48	59,2	70	Inadecuado
Criterios de Control del paciente hipertenso.	48	59,2	80	Inadecuado
Estrategias de seguimiento en la APS.	42	51,8	70	Inadecuado

En la Tabla 2 se observa que solo en 9 consultorios para 33,3 % se constató funcionamiento de los círculos con este grupo de población.

Tabla 2. Desempeño de los profesionales con respecto al programa de HTA				
Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	No.	%	%	
Análisis de la situación de salud con discusión de indicadores de HTA.	25	92,5	90	Adecuado
Círculo de HTA funcionando.	9	33,3	85	Inadecuado
Mural de promoción para la salud con información acerca de la HTA.	26	96,2	95	Adecuado

Nótese en la Tabla 3, que la mayoría de los criterios en relación con la calidad de las consultas en las HCl, fueron evaluados de inadecuados, siendo las más representativas, las interconsulta de especialidades afines (24,9 %) y estratificación del riesgo cardiovascular (24,9 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Desempeño de los profesionales con respecto a la calidad de las historias clínicas individuales de los pacientes hipertensos					
Criterios	Indicador			Estándar	Evaluación
	No.	%	IC	%	
Dispensarización de los pacientes en HSF con su planificación de consulta y terreno.	1001	90	0.88;0.91	90	Adecuado
Cumplimiento de la planificación de consulta y terreno según programación.	695	62,5	0.59;0.63	90	Inadecuado
Interconsulta del Clínico	505	45,4	0.42;0.48	90	Inadecuado
Interconsulta con especialidades afines.	277	24,9	0.21;0.28	90	Inadecuado
Estratificación del riesgo cardiovascular.	277	24,9	0.21;0.28	85	Inadecuado
Enfoque terapéutico integral en relación con el riesgo cardiovascular	377	33,9	0.31;0.36	80	Inadecuado
Indicación de complementarios para buscar lesión en órganos diana.	505	45,4	0.42;0.48	90	Inadecuado
Estrategia de seguimiento según individualidades de cada paciente.	377	33,9	0.31;0.36	85	Inadecuado

P<0,05

DISCUSIÓN

El monitoreo y la evaluación son elementos fundamentales de toda iniciativa que busque mejorar la prevención y el control de la hipertensión. Los indicadores de proceso son útiles para valorar si los programas están alcanzando los objetivos necesarios para mejorar el control de la hipertensión y están difundiendo las mejores prácticas clínicas y de gestión. Los indicadores cuantitativos evalúan el número de personas en riesgo, y si el sistema de atención de salud y los programas comunitarios pueden identificar, diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión; también ayudar a visualizar las brechas existentes en los programas comunitarios y en el cuidado clínico.^(11,12)

El monitoreo y la evaluación son elementos fundamentales de toda iniciativa que busque mejorar la prevención y el control de la hipertensión. La competencia y los indicadores de proceso son útiles para valorar si los programas están alcanzando los objetivos necesarios para mejorar el control de la hipertensión y están difundiendo las mejores prácticas clínicas y de gestión.⁽¹³⁾

La calidad de los servicios en la Atención Primaria de Salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia, así como los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población.⁽¹⁴⁾

En el estudio la evaluación de la competencia profesional, se consideró inadecuado, pues estos aspectos no eran del todo conocidos por los profesionales evaluados. Resultado similar se halló en la investigación de Nieto RM, et al.,⁽¹⁵⁾ en otra área de salud de Santiago de Cuba, donde la clasificación de la HTA según las cifras establecidas por la OMS (86 %), las acciones para la evaluación clínica del paciente hipertenso y la estratificación del riesgo cardiovascular (80 % respectivamente) obtuvieron la categoría de inadecuados como criterios del proceso, en relación con el estándar establecido.

En estudio realizado por Suárez-Varela Úbeda JM, et al,⁽¹⁶⁾ en el centro de salud de Torreblanca, Sevilla, España, solo se realizaba el cálculo de Riesgo Cardiovascular en 21 % de los pacientes, con dificultades en las indicaciones de cambios en el estilo de vida y el tratamiento no farmacológico por parte del personal de salud; mostraron resultados favorables en la estrategia de seguimiento y tratamiento. Otro estudio realizado en Santa Marta, Colombia, por Pérez Quintero C, et al., presentó resultados similares en cuestiones claves del seguimiento como estratificación del riesgo cardiovascular (50 %), estrategias de seguimiento (52,5 %) y terapéutica utilizada (75 %).⁽¹⁷⁾

En Salamanca, España, García-Ortiz L y otros, en estudio realizado en dos centros de salud y 14 médicos de familia encontró deficiencias en las historias clínicas donde, no se alcanzaban estándares adecuados en las orientaciones del tratamiento no farmacológico, el examen físico correcto y el plan terapéutico adecuado.⁽¹⁸⁾

El desempeño profesional se define como la conducta real del individuo durante su participación en el proceso; la medida en que es capaz de utilizar los recursos de que dispone para alcanzar el máximo resultado. Dicha categoría constituye el centro del proceso de atención médica, pues mediante ella se garantiza el cumplimiento de este proceso y el acceso a las tecnologías necesarias, así como el alcance de los resultados en técnicas de efectividad clínica, diagnóstica y terapéutica.⁽¹⁹⁾

La evaluación inicial de todo paciente hipertenso debe seguir al menos 6 objetivos: evaluar el estilo de vida del paciente, detectar la coexistencia de factores de riesgo cardiovascular, buscar la existencia de causas curables de hipertensión arterial, establecer si la hipertensión arterial es o no mantenida y su magnitud, valorar la presencia de afección en órganos diana, enfermedades cardiovasculares, e identificar otras enfermedades concomitantes que pueden influir en el pronóstico y tratamiento.⁽¹⁴⁾

Las historias clínicas son los documentos de los cuales se parte en la mayoría de los estudios de evaluación del proceso de atención médica, aunque se discute el hecho de cuán completas son, además de que al evaluar el proceso a partir de este documento se le atribuye un valor al mismo y no a la atención prestada en sí. A pesar de ello, es un instrumento básico de la Atención Primaria de Salud, tiene función diagnóstica y sirve de base para el planteamiento, ejecución y control, en cada caso, de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Al respecto, la mayoría de los indicadores que se definieron como indispensables para alcanzar la condición de adecuado resultaron deficientes en su evaluación, pues a pesar de existir las HCl, las evoluciones carecían de calidad, pues no se cumplía con los controles programados ni se abordaban todos los aspectos que definían el programa, tales como estratificación de riesgo, examen físico completo, búsqueda de daños orgánicos asintomáticos, tratamiento adecuado, según situación específica de cada paciente; para el tratamiento y seguimiento del paciente no se tuvo en cuenta el RCV ni aparecían las acciones dirigidas a modificar, controlar o eliminar el riesgo, elemento fundamental para el control de la enfermedad. Llama la atención que aunque existen los murales educativos, no existe un funcionamiento de los círculos de hipertensos, para dirigir las acciones con un enfoque de estrategia de riesgo hacia esta población, tampoco existe un plan de medidas. Díaz A. y otros,⁽⁹⁾ en estudio realizado en 4 áreas de salud de los municipios de Cárdenas y Santiago de Cuba, encontró resultados similares e inadecuados en las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

Los autores consideran que la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la hipertensión arterial, pues le permite comprender mejor su enfermedad y sus consecuencias dotándolos de un arma de inestimable valor en su control poblacional. Las intervenciones de base comunitaria han demostrado que tienen efecto sobre la prevención de enfermedades no transmisibles, ya que actúan en el nivel individual, grupal y ambiente social que determinan los comportamientos.

Todo esto hizo que estos indicadores quedaran muy por debajo de los estándares prefijados. Por otro lado, a pesar de que 90,1 % de los ASS revisados incluía el análisis del programa, este se limitaba a exponer datos numéricos sin la adecuada interpretación y discusión de estos.

Se necesita una concientización por parte de todos los profesionales de la salud y mayor responsabilidad moral, que entraña responder por su competencia y desempeño profesional, requisito indispensable para cumplir con los principios éticos fundamentales: no dañar y hacer el bien. Es preciso, entonces, garantizar la competencia no solo en aspectos científico-técnicos, sino también en los relacionados con la dimensión humana.

La limitación de esta investigación fue que en las bibliografías consultadas se encontraron pocos estudios en nuestro país que evaluaran la calidad del proceso de la hipertensión, según las guías cubanas actualizadas.

CONCLUSIONES

Existen dificultades tanto en el desempeño como en la competencia profesional en la ejecución del programa de hipertensión arterial en el área de salud, lo cual afecta la calidad en su cumplimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams B, Mancia G, Mancia G. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J [Internet]. 2018 [Citado 02/04/2022]; 39:3021-104. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119?login=false>
2. Pérez MD, Valdés Y, Pérez L. Hipertensión arterial en el adulto. Guía de actuación para la Atención Primaria de Salud [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021. [Citado 02/04/2022]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/hipertension/2022/02/10/hipertension-arterial-guia-de-actuacion-para-la-atencion-primaria-de-salud/>
3. Gorostidi M, Gijón T, de la Sierra A. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. (SEH-LELHA). Hipertensión y Riesgo Vascular [Internet]. 2022 [Citado 02/04/2022]; 39: 174-94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-avance-resumen-guia-practica-sobre-el-diagnostico-S1889183722000666>
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare/viz Hub [Internet]. Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2022 [Citado 02/04/2022]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
5. Martínez R, Soliz P, Mujica OJ. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3-4: a population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. J Clin Hypertens [Internet]. 2020 [Citado 02/04/2022]; 22:1296-309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8029842/>
6. Zhou B, Carrillo Larco RM, Danaei G. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet [Internet]. 2021 [Citado 02/04/2022]; 398: 957-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC34450083/>
7. Campbell NRC, Schutte AE, Varghese CV. Sao Paulo call to action for the prevention and control of high blood pressure: 2020. J Clin Hypertens [Internet]. 2019 [Citado 02/04/2022]; 21(12):1744-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8030388/>
8. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2022 [Citado 02/04/2022]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-decuba>
9. Díaz A, Rodríguez A, Balcindes S. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. Rev Finlay [Internet]. 2018 [Citado 02/04/2022]; 8(2): 122-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200007&lng=es
10. Patel P, Ordúñez P, DiPette D. Improved Blood Pressure Control to Reduce Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. J Clin Hypertens (Greenwich) [Internet]. 2016 [Citado 02/04/2023]; 18(12): 1284-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476955/>
11. Campbell N, Ordúñez P, Jaffe MG. Implementing standardized performance indicators to improve hypertension control at both the population and healthcare organization levels. J Clin Hypertens (Greenwich) [internet]. 2017 [Citado 02/04/2023]; 19(5):456-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476944/>
12. Campbell NRC, Niebylski ML. Prevention and control of hypertension: developing a global agenda. Current Opinion in Cardiology [Internet]. 2014 [Citado 25/02/2022]; 29(4): 324-30. Disponible en: https://journals.lww.com/co-cardiology/Abstract/2014/07000/Prevention_and_control_of_hypertension_developing.8.aspx
13. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión [Internet]. Washington: OPS; 2018. [Citado 25/02/2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324064728_Marco_de_monitoreo_y_evaluacion_para_programas_de_control_de_hipertension
14. Alfonso JC, Salabert I, Alfonso I. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 [Citado 25/04/2022]; 39(4): 987-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es
15. Nieto RM, Vázquez M, Domínguez CF. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial en el Policlínico Universitario "Julián Grimau García". MEDISAN [Internet]. 2011. [Citado 25/04/2022]; 15(6): 762-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600006&lng=es

16. Suárez JF, Rodríguez S, Cabrera C. Evaluación de la calidad de la atención al paciente hipertenso en el Centro de Salud de Torreblanca, empleando la técnica del muestreo aleatorio por lotes. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2007 [Citado 25/04/2022]; 22(1):28-35. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-calidad-atencion-al-paciente-hipertenso-centro-13098453>
17. Pérez C, González G, Alfonso D. Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. Duazary [Internet]. 2014 [Citado 25/04/2022]; 11(1): 14-21. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305294840_Evaluacion_de_un_programa_de_atencion_de_la hipertension arterial_segun_normatividad_vigente_en_Colombia
18. García L, Santos I, Gómez MA. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2008 [Citado 25/04/2022]; 82 (1):57-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100005&Ing=es
19. Suñol R, Net A. La calidad de la atención. Fundación Avedis Donavedian [Internet]. Barcelona: Fundación Avedis Donavedian;1998 [Citado 17/02/2023]. Disponible en: <https://www.fadq.org/portfolio/la-calidad-de-la-atencion/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses en el estudio

Contribución de autoría

Naifi Hierrezuelo Rojas: Conceptualización de la investigación; curación de datos y análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; recursos; supervisión; validación; redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Clarisa Torres Tejera: Curación de datos y análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; recursos; supervisión; validación; redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Estrella García González: Investigación; metodología; supervisión; validación; redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Jorge Cruz Llaugert: supervisión; validación; redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Ana Josefa Limia Domínguez: redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Ana Selva Capdesuñer: redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.