



RESUMEN

OBJETIVO: determinar la actitud farmacológica aplicada por los médicos a los pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco de la ciudad de Cuenca en el período 2010-2011.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio prospectivo y longitudinal, en 110 pacientes hipertensos del Proyecto “Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay”. Los datos se obtuvieron mediante visitas domiciliarias, consulta externa e historias clínicas de los pacientes hipertensos. Se analizó los resultados con diferencia de proporciones y chi cuadrado (X^2).

RESULTADOS: ante un inadecuado control de la presión arterial el médico modificó la actitud terapéutica en un 44,26%, siendo el cambio de fármaco la principal actitud (19,67%. $p=0,0394$). Si las presiones se encontraban entre 140-149/90-99 el médico optó por una actitud expectante o sin modificación con $X^2= 5,96$ ($p=0,014$). El uso de Amlodipino se observó con mayor frecuencia en los pacientes hipertensos mal controlados ($p=0,0096$).

CONCLUSIÓN: en pacientes hipertensos mal controlados existe alta frecuencia de sustitución de fármacos. Frente a una hipertensión arterial con valores entre 140-149/90-99 el médico optó por la actitud expectante. El uso de Amlodipino se observó con mayor frecuencia en los pacientes hipertensos mal controlados.

Palabras clave: hipertensión - terapia, médicos de atención primaria - psicología, atención primaria de salud – tendencias, Cuenca-Ecuador

ABSTRACT

OBJECTIVE: determine the pharmacological attitude applied by doctors to hypertensive patients in the health sub-center “Barrial Blanco” in Cuenca in the period 2010-2011.

MATERIAL AND METHODS: longitudinal and prospective study in 110 hypertensive patients from the Project “Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay”. Data were collected through home visits, outpatient and medical records of hypertensive patients. Results were analyzed using difference of proportions and chi-square (X^2).

RESULTS: considering an inadequate control of blood pressure, the doctor modified the therapeutic attitude in a 44, 26%, the main attitude was the pharmaco change (19,67%. $p=0,0394$). If the pressures were between 140-149/90-99 the doctor opted for an expectant attitude or without modification $X^2= 5,96$ ($p=0,014$). The use of amlodipine was frequently observed in badly controlled hypertensive patients ($p=0, 0096$).

CONCLUSIÓN: in badly controlled hypertensive patients there was a high frequency of pharmaco replacement. Facing an arterial hypertension with values between 140-149/90-99 the doctor opted for an expectant attitude. The use of amlodipine was frequently observed in badly controlled hypertensive patients.

Keywords: hypertension - therapy, physicians, primary care – psychology, primary health care – trends, Cuenca-Ecuador



ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
RESUMEN	1
CAPÍTULO I	
1.1 Introducción	8
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Justificación	12
CAPÍTULO II: Marco teórico	
2.1 Definición, epidemiología y clasificación	14
2.2 Etiología	15
2.3 Factores de riesgo	16
2.4 Inicio del tratamiento	16
2.5 Clasificación según control de hipertensión	18
2.6 Actitud terapéutica farmacológica del médico frente a la hipertensión arterial	18
2.6.1 Aumento	19
2.6.2 Combinación	20
2.6.3 Sustitución	22
2.6.4 Sin modificación	22
2.6.5 Reducción de dosis	22
2.6.6 Supresión de Fármaco	23
2.6.7 Investigaciones	23
2.7 Perspectiva	24
2.8 Difusión y discusión de resultados	25
CAPÍTULO III: Objetivos	
3.1 Objetivo general	26
3.2 Objetivos específicos	26
CAPÍTULO IV: Diseño metodológico	
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Área de estudio	27
4.3 Universo	27
4.4 Operacionalización de variables	27
4.5 Métodos de observación e instrumentos	28
4.6 Plan de tabulación y análisis	30
4.7 Aspectos éticos	31
CAPÍTULO V: Resultados	
Resultados	32
CAPÍTULO VI: Discusión	



Discusión

CAPÍTULO VII: Conclusiones

Conclusiones 46

CAPÍTULO VIII: Propuesta de intervención para difusión y discusión de resultados

8.1 Identificación 47

8.2 Justificación de la propuesta de intervención 48

8.3 Proyecto de intervención 49

8.4 Objetivos 50

8.5 Objetivos específicos 50

8.6 Actividades 50

8.7 Recursos 52

8.8 Supuesto general para la intervención 52

CAPÍTULO IX: Anexos

9.1 Anexo 1: Tablas de medicamentos y combinaciones 53

9.2 Anexo 2: Formulario de recolección de datos 58

9.3 Anexo 3: Tríptico (tamaño reducido) 61

9.4 Anexo 4: Solicitud 62

CAPÍTULO X: Bibliografía

10.1 Referencias bibliográficas 63

10.2 Bibliografía 67



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“ACTITUD FARMACOLÓGICA DEL MÉDICO CON LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO BARRIAL BLANCO DE CUENCA 2010-2011”**

*Tesis previa a la obtención
al título de Médico.*

Autores:

**Diego Román Bravo Díaz
Christopher José Cedillo Carrión
María Gabriela Cordero Cárdenas**

Director:

Dr. Edgar Segarra Espinoza

CUENCA – ECUADOR

JULIO 2011



RESPONSABILIDAD

“Los criterios, opiniones, afirmaciones, interpretaciones, conclusiones y otros aspectos analizados en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de la autoría”

Cuenca, julio de 2011

Diego Bravo D.

0104707179

Christopher Cedillo C.

0103809729

Gabriela Cordero C.

0105155824



AGRADECIMIENTOS

Por su sincero y desinteresado apoyo, porque hasta las tareas más difíciles son realizables cuando hay gente que camina junto a nosotros: Teodoro, Laura, Carolina, Margarita, Leonardo, Dra. Encalada, Dr. Segarra, Dr. Torres, Dr. Enriquez, personal del Subcentro de la Católica y pacientes hipertensos.



DEDICATORIA

Para quienes se lo merecen todo; nuestras familias.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la hipertensión en la población general de adultos en diferentes países de América Latina ajustada para la edad (encuestas nacionales o muestreos aleatorios sistemáticos) varía entre 26 y 42%¹. En el Ecuador esta prevalencia es de 28,7% en población mayor de 18 años².

El número de casos notificados de Hipertensión Arterial por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador aumentó en más del 150%³ desde el año 1998 hasta la actualidad. La incidencia de la enfermedad sigue en aumento y un gran porcentaje de la población hipertensa no sigue un tratamiento, no responden al mismo o es inadecuadamente tratada a pesar de que la terapia antihipertensiva reduce claramente los riesgos de enfermedad cardiovascular y renal.

La emergencia hipertensiva (EH) constituye un problema intrahospitalario relevante, con elevado consumo de recursos. Los Eventos Cerebro Vasculares (ECV) fueron la EH con mayor incidencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso entre los años 2005-2006, con el 90.73% de presentación⁴.

Los factores genéticos y ambientales influyen en su prevalencia. Se estima que un 20% de pacientes con HTA tienen sobrepeso⁵. Es por ello que las estrategias actuales antihipertensivas han orientado el tratamiento hacia la reducción global del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos y en buscar una reducción óptima de la presión arterial⁶, sin embargo; los factores que influyen en la conducta terapéutica del médico no están claramente definidas.



El presente estudio pretende esclarecer la actitud terapéutica que el médico adopta frente a la hipertensión arterial además de presentar información sobre los fármacos que se utilizan y la distribución de los pacientes según el control de la hipertensión arterial, lo que nos permitirá tener una perspectiva más acertada de qué tanto y cómo se está controlando la hipertensión arterial; pues su control es uno de los pilares del manejo y prevención de la enfermedad cardiovascular.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son varios los estudios que se hacen alrededor del paciente, como su dieta, hábitos, tabaquismo. Pero en la HTA también influye el médico y el tratamiento aplicado. Muchos médicos adicionan, combinan, sustituyen, suprimen, mantienen o disminuyen la dosis de los fármacos. Los factores que influyen en la conducta del médico no están claramente definidas, pero no hay que olvidar que la falta de tiempo, las consultas masivas, el stress laboral influyen sobre la actitud en la toma de resoluciones.

La prevalencia de HTA en el Ecuador es de 28,7% en población mayor de 18 años², es decir; tres de cada diez ecuatorianos son víctimas de la HTA, siendo el principal problema de esta patología la falta de prevención. De los datos de la SENPLADES publicados en el Plan Nacional del Buen Vivir, se ha encontrado que en el país existen 51 910 hipertensos, de los cuales 19 088 se encuentran en la Sierra, representando la hipertensión arterial la 3^{ra} causa de morbilidad a nivel nacional. Tan alarmante es la misma que una de cada dos personas ignora ser hipertenso, enterándose después de sufrir alguna complicación (embolia, infartos, problemas renales, etc.).

De acuerdo al proyecto Cumplex realizado en España en el 2007 por los médicos de familia, el 50,7% de los médicos opinan que la falta de cumplimiento terapéutico está asociada con los fracasos terapéuticos en más del 50% de los pacientes⁷.

Estudios demuestran que la actitud de los médicos es agresiva ante la HTA severa y falta de respuesta al tratamiento y por el contrario prefieren una actitud pasiva ante pacientes que a pesar de tener mal control de la presión



arterial presentan una enfermedad no tan agresiva. Además muestran que tan solo el 18,3% de los médicos adoptan cambio de tratamiento farmacológico en pacientes con HTA mal controlada, siendo la causa más frecuente de este cambio la falta de respuesta terapéutica⁸.

Para resolver el problema en general se ha propuesto la educación del paciente ya que en proyectos se ha encontrado que el control de los factores modificables produce una considerable mejoría de la enfermedad, además del apego necesario al tratamiento. Lo principal ha sido tratar la enfermedad a partir de la Atención Primaria en Salud para evitar sus posteriores consecuencias obteniéndose resultados bastante favorables.

La Hipertensión Arterial se ha convertido en un problema de salud tan importante que es mencionada dentro del fundamento del 3^{er} objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir (mejorar la calidad de vida en la población)⁹.

No se ha llegado a determinar los factores que intervienen en la actitud que toma el profesional de salud ante la falta de resultados frente a una presión arterial mal controlada, lo cual es imperioso, pues mejorando esta actitud se podrá mejorar también el control de la presión arterial y por lo mismo la calidad de vida de los pacientes.

Se realizó el proyecto en colaboración con el Subcentro de Salud del Barrial Blanco debido a que forma parte de uno de los numerosos proyectos en los que la Universidad Estatal de Cuenca y la Facultad de Ciencias Médicas trabaja, abriendo las puertas a estudiantes y profesionales de salud a que se pueda plantear nuevas propuestas como la presente y así pueda incitar cambios en la población para mejorar los estilos de vida.



1.3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial afecta a más de 800 millones de individuos en todo el mundo y conforme envejecemos la prevalencia es muy variada desde valores de 68% en España hasta 28.7% en EEUU. En América constituye la segunda causa de insuficiencia renal crónica. Con valores tan alarmantes se ha dado lugar a encuentros y asociaciones como el Séptimo Informe del Joint National Committee o la American Heart Association para prevenir y mejorar su control.

En el Ecuador, con las políticas nacionales actuales, la nueva tendencia se está orientando hacia la medicina preventiva por lo que hoy en día se está implementando nuevos sistemas de control, los mismos que vigilan a los habitantes y proveen de medicinas siendo ahora el médico quien acude al domicilio para el control y prevención de las enfermedades. El presente estudio es un apoyo a la Atención Primaria de Salud al reconocer como se está manejando una de los principales pilares de la atención primaria en prevención, la Hipertensión Arterial; ya que con su manejo adecuado se evitará morbilidad cardiovascular y reducción de recursos para las complicaciones de la misma por parte del Estado.

Dentro de los resultados e información que se obtuvo de esta tesis se encuentra el conocimiento de los fármacos más utilizados por los médicos para que así el Estado pueda proveer de dichos fármacos teniendo un mejor manejo de recursos. Así mismo una perspectiva del perfil de atención que se realiza con los pacientes y el manejo de los mismos. Al hacer visitas domiciliarias se pudo observar además la realidad de los pacientes, sus necesidades, y la imperante necesidad de hacer una medicina en atención primaria en la que se

Universidad de Cuenca



pueda llegar a cada uno de los pacientes, incluso aquellos a los que por su incapacidad no puedan acudir a las respectivas unidades de salud.

Los beneficiarios mediatos fueron la comunidad y el personal de salud, mediante la difusión de los resultados de la investigación.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGIA Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es un problema crónico, devastador, que muchas veces no produce síntomas hasta fases avanzadas de su evolución y representa un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, renal y cerebral. Se considera hipertensión arterial cuando los valores de presión son iguales o superiores a 140 mm de Hg, la presión arterial sistólica (PAS) e igual o superior a 90 mm de Hg la presión arterial diastólica (PAD)¹⁰.

Afecta a más de 800 millones de individuos en todo el mundo. La prevalencia y complicaciones aumentan con la edad¹¹. Alrededor del mundo su prevalencia oscila del 10 al 25% entre los 15 y 65 años en ambos sexos¹². En diferentes países de América Latina en la población general de adultos la prevalencia ajustada para la edad (encuestas nacionales o muestreos aleatorios sistemáticos) varía entre 26 y 42%¹. En el Ecuador esta prevalencia es de 28,7% en población mayor de 18 años²

Los niveles de HTA aumentan con rapidez conforme envejecemos y la prevalencia es muy variada: afecta a 68% de la población mayor a los 60 años en España¹³, en EEUU el 28.7%¹⁴, en el Hospital Vicente Corral Moscoso la prevalencia de HTA en la población mayor de 64 años es del 36.1% según un estudio realizado entre los años 2001 al 2005¹⁵ en el mismo que se observó que el 36% tenía HTA controlada.



Existe un incremento de esta enfermedad por el incremento de obesidad. Los factores genéticos y ambientales influyen en la prevalencia de la HTA. Se estima que un 20% de pacientes con HTA tienen sobrepeso¹⁴.

El JNC7 (séptimo informe del joint national committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial) clasifica los valores de HTA en:

NORMAL: PAS <120 mmHg y/o PAD < 80 mmHg

PRE-HIPERTENSIÓN: PAS 120-139 mmHg y/o PAD 80-90 mmHg

HIPERTENSIÓN ESTADIO 1: PAS 140-159 mmHg y/o PAD 90-99 mmHg

HIPERTENSIÓN ESTADIO 2: PAS mayor o igual a 160 mmHg y/o PAD mayor o igual a 100 mmHg¹⁶

2.2 ETIOLOGÍA

Existen causas claramente establecidas de HTA como por ejemplo aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma a las que se les conoce como HTA secundarias, sin embargo; en el 95% de pacientes con HTA no se conoce su etiología y forman el grupo de HTA esencial o primaria donde se han relacionado factores de riesgo genéricos, ambientales, biológicos, sociales y psicológicos. Este tipo de HTA no forma complicaciones a corto plazo pero a largo plazo los problemas pueden ser muy graves como: insuficiencia renal, cardiaca, ECV.

Son varios los estudios que se hacen alrededor del paciente, como su dieta, tabaquismo y hábitos. Pero en la HTA también influye el médico y el



tratamiento aplicado. Muchos médicos adicionan, combinan, sustituyen, suprimen, mantienen o disminuyen la dosis de los fármacos. En investigaciones realizadas en España se encontró que el 63.6% de los pacientes se trataba con 1 solo fármaco, el 30,3% recibió tratamiento a base de 2 fármacos, un 5,7% con 3 fármacos y un 1% con 4 fármacos. Los medicamentos más usados son los de tipo de inhibidores de enzima de conversión de la angiotensina (IECA) 41%, los Ca antagonista 25.1%, la asociación más frecuente de dos fármacos son diuréticos mas IECAS 36.3% luego los Ca antagonistas mas diuréticos¹⁷.

2.3 FACTORES DE RIESGO

Como se mencionó anteriormente ciertas características del paciente como sus hábitos, su edad, sexo influyen sobre la presión arterial del mismo. Aquellas características las podemos clasificar en modificables y no modificables. Dentro de las variables modificables encontramos diferencias en ciertos grupos como por ejemplo étnicos. Entre estas variables tenemos: reducción de peso^{18,19}, dieta DASH²⁰ rica en potasio y calcio²¹, reducción de ingesta de sodio^{20,22}, actividad física^{23,24} y moderación en el consumo de alcohol²⁵. La JNC-7 considera que al actuar sobre estas variables se puede conseguir una reducción de la tensión¹⁶:

2.4 INICIO DE TRATAMIENTO

La Guía ESH del 2009 tras analizar varios metaanálisis saca a relucir los siguientes resultados:

- Aunque la evidencia es escasa, parece razonable recomendar que, en HTA grado 1 (PAS 140-159 o PAD 90-99 mmHg) en bajo y moderado riesgo, la



terapia farmacológica debería iniciarse tras un periodo con cambios de estilos de vida. El inicio temprano del tratamiento es aconsejable con niveles altos de riesgo o si la HTA es de grados 2 o 3.

- En pacientes con PA normal alta (PAS 130-139 o PAD 85-89 mmHg) no complicados por diabetes o ECV previos, no hay evidencia de beneficios del tratamiento, excepto para un retraso del inicio de la HTA (punto de corte 140/90 mmHg).
- El inicio de antihipertensivos en diabéticos con PA normal alta no está apoyada en la actualidad por estudios prospectivos. Durante un tiempo, parece prudente recomendar inicio de tratamiento en estos pacientes si está presente (especialmente micro y macroalbuminuria) algún daño orgánico.
- La evidencia sobre antihipertensivos en pacientes con ECV previos sin HTA es controvertida, y son necesarios estudios posteriores antes de proporcionar recomendaciones.
- En general, el tratamiento hipotensor temprano, antes del desarrollo de lesión de órganos diana u ocurrencia de ECV irreversible, parece una recomendación prudente debido a que en los hipertensos de alto riesgo, incluso con terapia intensiva cardiovascular, a pesar del beneficio, no es suficiente para bajar el riesgo cardiovascular total por debajo de los umbrales de alto riesgo.²⁶

Sin embargo; si se presenta una hipertensión diastólica severa por encima de 110 o sistólica severa por encima de 180, se debe comenzar el tratamiento farmacológico y en formas graves hospitalizar¹⁶.



2.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN CONTROL DE HIPERTENSIÓN

HIPERTENSIÓN ARTERIAL BIEN CONTROLADA: se define como controlada cuando la presión arterial sistólica se encuentra por debajo de 140 mmHg y la presión diastólica se encuentra en cifras menores a 90 mmHg^{26,27}.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA: la definimos mal controlada cuando la PAS se encuentra por encima o igual a 140 mm de Hg y/o la PAD encima o igual a 90 mm de Hg en adultos mayores de 18 años y tras tomas en 2 controles consecutivos que hayan dado cifras elevadas^{26,27}.

2.6 ACTITUD TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DEL MÉDICO FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

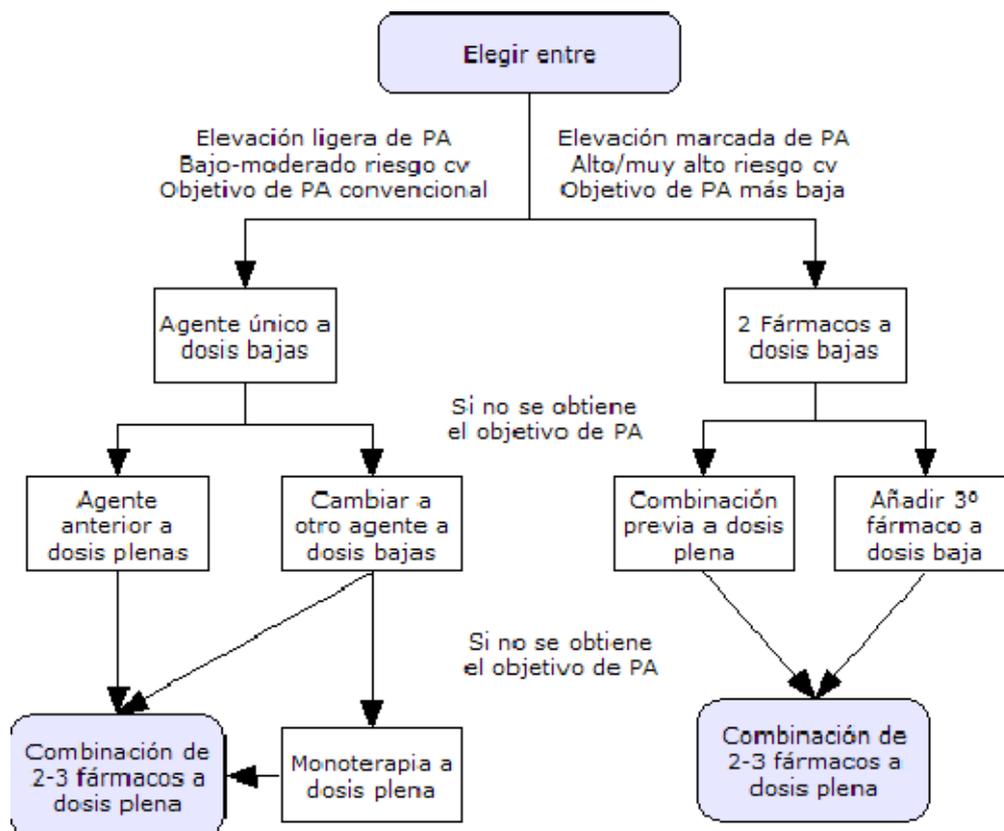
Es la manera o forma en la cual el médico aplica estrategias en el manejo de la hipertensión arterial con respecto a los fármacos.

La JNC 7 refiere que la mayoría de los pacientes con HTA requerirán dos ó más medicaciones antihipertensivas para conseguir el objetivo de la Presión Arterial y que si la Presión Arterial es $> 20/10$ mmHg superior al objetivo de presión arterial (menor a 140/90), debería considerarse iniciar la terapia con dos fármacos, uno de los cuales debería ser por norma un diurético tipo tiazida. Los diuréticos tipo tiazida deberían ser además usados en el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes con HTA no complicada, bien solos o combinados con otras clases de fármacos. Ciertos estados de alto riesgo constituyen indicaciones para el tratamiento inicial con otras clases de



fármacos antihipertensivos (IECAs, ARA-2, Betabloqueantes, Bloqueantes de los canales del calcio)¹⁶.

Estrategias de monoterapia y de terapia de combinación en el tratamiento de la HTA.



Fuente: ESH-ESC, 2007²⁸

Denominándose a elevación ligera de la presión arterial con riesgo cardiovascular bajo o moderado a cifras menores de 20 mm Hg de sistólica o 10 mm Hg de diastólica y elevación marcada por encima de estos valores²⁸.

2.6.1 AUMENTO: generalmente la Actitud Terapéutica del médico va destinada a emplear una menor cantidad de fármacos a una dosis baja por lo

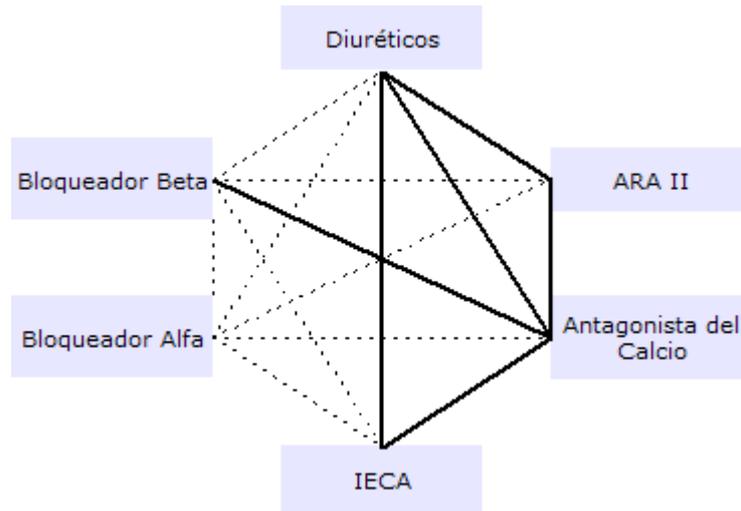


que un aumento en las dosis de los mismos se realizará paulatinamente, según los controles en cada paciente si la tensión se mantiene en cifras altas; entonces tanto en la monoterapia como en la combinada se puede realizar ajustes de dosis.

2.6.2 COMBINACIÓN: recordando que en un principio si las condiciones no son las favorables, de entrada se puede utilizar terapia combinada de dos fármacos; y si a pesar de haber empleado combinación desde el inicio no se ha conseguido las cifras buscadas a pesar de haber llegado a las dosis plenas; se puede agregar un tercer fármaco al esquema. Si por el contrario lo que se decidió fue la monoterapia pues las condiciones eran favorables y tras llegar con tal fármaco a las dosis plenas al no haber respuesta y aún no se ha conseguido los resultados esperados, lo que se puede hacer es combinar este fármaco con uno afín.

Además se debe considerar que tiene efectos más significantes y estables, el tomar dos antihipertensivos separados en la mañana y en la noche que tomarlos juntos en la mañana²⁹.

A continuación un gráfico de que explica las combinaciones más recomendables en la población general las cuales se encuentran con líneas gruesas:



Fuente: ESH-ESC, 2007²⁸

Consideradas como combinaciones de riesgo se encuentran: Diuréticos distales + IECA / Beta-Bloqueante (BB) + Calcioantagonista no dihidropiridínico (Verapamilo o Diltiacem)²⁸

Debe evitarse los diuréticos tiazídicos y los betabloqueantes en pacientes con síndrome metabólico y alto riesgo de incidencia de diabetes pues tienen efectos dismetabólicos que son más pronunciados cuando se administran en combinación. Sin embargo; pueden ser adecuados en asociación con más fármacos en el tratamiento de la HTA resistente o de pacientes con enfermedad cardiovascular.

La asociación de BB e IECA o ARA-II no es sinérgica desde el punto de vista antihipertensivo, pero puede estar indicada en muchos casos de insuficiencia cardíaca o de prevención secundaria de cardiopatía isquémica.

La asociación de IECA y ARA II ha demostrado utilidad únicamente en nefropatías proteinúricas e insuficiencia cardíaca.

En el año 2008, se publicó un ensayo clínico (Jamerson K, 2008) que confirmó la hipótesis de que en pacientes hipertensos de alto riesgo la terapia



combinada inicial de un IECA y un CA sería preferible a la de una IECA y un diurético³⁰. (VER ANEXO 1)

2.6.3 SUSTITUCIÓN: generalmente si se comenzó a emplear una monoterapia a dosis bajas en condiciones favorables y no dio resultado, lo que se puede hacer es sustituir tal fármaco por otro que se piense dé un mejor resultado³⁰.

2.6.4 SIN MODIFICACIÓN: estudios demuestran que la actitud de los médicos es agresiva (aumenta el número de combinaciones de fármacos) ante una HTA severa y una falta de respuesta al tratamiento; lo que sugiere que el mayor riesgo de estos pacientes influye en la conducta de los médicos, en tanto que la misma es más pasiva si sucede lo contrario, con pacientes que aunque tengan un mal control de hipertensión tengan una enfermedad no tan agresiva. Además el mismo estudio muestra que tan solo el 18,3% de los médicos adoptan cambio de tratamiento farmacológico en pacientes con HTA mal controlada, siendo la causa más frecuente de este cambio la falta de respuesta terapéutica, tomando todo el gran resto de médicos una actitud pasiva o expectante ante la enfermedad⁸.

2.6.5 REDUCCIÓN DE DOSIS: puede plantearse en la HTA sin repercusión en los órganos diana, que esté bien controlada al menos durante 1 año. Se irá disminuyendo la dosis cada 4 semanas.



2.6.6 SUPRESIÓN DE FÁRMACO: suele deberse a que el paciente ya sea por falta de recursos, por desconocimiento de su enfermedad o por los efectos adversos, deja de tomar su medicación o en su defecto el médico al ver efectos secundarios (como tos o mareos) elige retirar el fármaco.

Nota: mientras el esquema que se ha presentado es una guía en condiciones favorables, en la realidad la actitud y el empleo de fármacos por los médicos se adapta a cada paciente al igual que el número de combinaciones llegando en ciertos casos a emplear 4 fármacos. Así que el tratamiento en definitiva termina resultando de la interacción del paciente y el médico.

2.6.7 INVESTIGACIONES: en investigaciones realizadas en España se encontró que el 63.6% de los pacientes se trataba con 1 solo fármaco, el 30,3% recibió tratamiento a base de 2 fármacos, un 5,7% con 3 fármacos y un 1% con 4 fármacos. Los medicamentos más usados son los de tipo de inhibidores de enzima de conversión de la angiotensina (IECA) 41%, los Ca antagonista 25.1%, la asociación más frecuente de dos fármacos son diuréticos mas IECA 36.3% luego los Ca antagonistas mas diuréticos^{17,31}. La actitud del médico en estudios muestran que fue conservadora en hipertensos mal controlados, el cambio de fármaco es la actitud más adoptada por el médico de atención primaria de salud más que la asociación de fármacos³⁰. Ensayos controlados aleatorios establecen que el tratamiento para ancianos sanos con hipertensión es altamente eficaz. Los beneficios del tratamiento con dosis bajas de diuréticos o betabloqueantes son claros para las personas de 60 a 70 años de edad con hipertensión diastólica o sistólica³².



2.7 PERSPECTIVA EN EL PAÍS

Actualmente existe una Gestión de Riesgo del país, que es un proceso de adopción de políticas, estrategias y prácticas orientadas a reducir los riesgos de desastres o minimizar sus efectos. Los gobiernos de distintos países han orientando sus políticas hacia la elaboración de Mapas Parlantes que faciliten las intervenciones sobre las causas que generan vulnerabilidades y peligros, para lo cual se puede destacar ciertos aspectos: ubicación de recursos naturales, distribución de las zonas productivas, distribución de los asentamientos humanos, servicios básicos y sociales y ubicación de vías de comunicación³³.

Los problemas relacionados con la cobertura y calidad de la atención no solamente dependen de la carencia de medicamentos, el retardo de la aplicación de los tratamientos adecuados para las emergencias, prácticas clínicas basadas en criterios personales y normas establecidas por expertos antes que en evidencias científicas; esto como consecuencia de que aún no se ha puesto en práctica un sistema de vigilancia epidemiológica, guías, normas de manejo y supervisión con tutoría. Por otro lado, el uso de internet, software, aparatos que se integran a un sistema de información interconectado para el análisis, intervención y comunicación de los problemas de salud es inexistente entre las instituciones de salud pública y privadas³⁴.



2.8 DIFUSIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante para el autoanálisis de toda organización que toda investigación que se realice en un centro sea difundida y discutida por los médicos del mismo.

Además se debe incentivar una investigación y desarrollo en los centros de atención primaria, sin embargo; se encuentra ciertas dificultades a la hora del trabajo como la falta de tiempo, necesidad de apoyo técnico o la falta de estímulos, por lo que una propuesta puede ser la creación de unidades de investigación en cada área o departamento con personal liberado a tiempo parcial que lidere proyectos, con apoyo administrativo para la captación de recursos e incentivos³⁵.

Tan importante es la autoevaluación del médico y la constante formación, que por ejemplo la capacitación y aplicación de las recomendaciones para la medida correcta de la presión arterial con los pacientes hipertensos incrementa el porcentaje de control respecto a una medida previa, lo que da lugar a una modificación en la conducta terapéutica³⁶.



CAPÍTULO III: OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Determinar la Actitud Farmacológica del médico con los pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco de Cuenca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Agrupar a los pacientes hipertensos en grupos de Hipertensos Bien Controlados e Hipertensos Mal Controlados.

3.2.2 Describir los tratamientos antihipertensivos más utilizados en los grupos de pacientes hipertensos bien controlados e hipertensos mal controlados.

3.2.3 Determinar la actitud farmacológica de los profesionales de atención primaria ante la respuesta de la tensión arterial del paciente.

3.2.4 Elaborar y entregar material de difusión de datos a los médicos.

3.2.5 Elaboración de propuesta de difusión y discusión de resultados.



CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio tenía como objetivo conocer la conducta del médico de atención primaria ante la falta de control de la presión arterial en el Subcentro de Salud Barrial Blanco de Cuenca.

4.1 TIPO DE ESTUDIO: se trató de un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO: el estudio se realizó en el Subcentro de Salud del Barrial Blanco en Miraflores, que incluye las ciudadelas: La Católica y Calderón, ubicados en Cuenca, Azuay, Ecuador.

4.3 UNIVERSO: el universo fueron los pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco que constan dentro del Proyecto: “Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay”. Comprendiendo la muestra de esta tesis un total de 110 pacientes hipertensos.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	CONDICIÓN ORGÁNICA, MASCULINA O FEMENINA	FENOTIPO	CARACTERES SEXUALES	MASCULINO FEMENINO
EDAD	TIEMPO QUE HA VIVIDO LA PERSONA EN AÑOS CUMPLIDOS. HASTA EL MOMENTO DEL LEVANTAMIENTO DE DATOS.	TIEMPO EN AÑOS	TOMADO DE LA ENCUESTA O HISTORIA CLÍNICA	40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90-99
ACTITUD TERAPÉUTICA	MANERA O FORMA EN LA CUAL EL MÉDICO APLICA ESTRATEGIAS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN	1.AUMENTO 2.SUSTITUCIÓN	1.INCREMENTO DE LA DOSIS DEL FÁRMACO EN CUALQUIER VALOR 2.CAMBIO DE UN FÁRMACO POR OTRO O VARIOS	AUMENTO SUSTITUCIÓN COMBINACIÓN SIN MODIFICACIÓN REDUCCIÓN SUPRESIÓN



datos provistos por el Proyecto: “Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay”, de consultas externas, de la reuniones del club de hipertensos, y de las visitas domiciliarias realizadas a cada paciente.

Se realizó tomas de presión arterial cada 2 meses a lo largo de 6 meses durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 a marzo del 2011, se encontró el porcentaje de pacientes hipertensos bien controlados e hipertensos mal controlados.

En una primera recolección de datos se obtuvo el sexo, edad y los valores de Tensión Arterial de los datos provistos por el Proyecto: “Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay”, datos que sirvieron para dividir a los pacientes en dos grupos al hacer el análisis comparativo con los valores de Tensión arterial obtenidos en la segunda toma. Con estos dos grupos de pacientes hipertensos bien controlados e hipertensos mal controlados se trabajó en la tercera toma para identificar la actitud terapéutica adoptada por el médico de atención primaria que los trataba.

Finalmente se tomó una cuarta toma para evaluar la actitud terapéutica del médico empleada en los mismos pacientes.

De la segunda a la cuarta toma se tomó la Tensión Arterial, los fármacos que consumen y dosis de los mismos, a través de dicho proyecto, historias clínicas y/o visitas domiciliarias.

Se hizo un seguimiento bimensual a partir de octubre del 2010 a cada paciente hipertenso para ver la variación de las categorías antes mencionadas, y



cambios que el médico realizó en el tratamiento farmacológico a dichos pacientes.

Con fin descriptivo tras obtener las cuatro tomas de presión se dividió a los pacientes hipertensos en 2 grupos: pacientes hipertensos bien controlados y pacientes hipertensos mal controlados.

Posteriormente con los resultados obtenidos se elaboró un documento de difusión de resultados para los médicos del Subcentro de Salud Barrial Blanco y los médicos que comprenden el Área N°2 de Salud. (VER ANEXO 3)

4.5.3 PROCEDIMIENTO

4.5.3.1 **Autorización:** se realizó una solicitud a las autoridades del Subcentro de Salud Barrial Blanco para garantizar el acceso a las Historias Clínicas y la confidencialidad de los datos. (VER ANEXO 4)

4.5.3.2 **Capacitación:** los autores y responsables de la tesis se capacitaron a través de una exhaustiva revisión bibliográfica y un taller de toma de presión arterial provista por el proyecto al cual nos referimos anteriormente.

4.5.3.3 **Supervisión:** a cargo del Dr. Edgar Segarra Espinoza (Director del Proyecto).

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información obtenida se ingresó en el programa SPSS 18, se aplicó un análisis cuantitativo mediante el software Excel 2007; y a la información cualitativa mediante Microsoft Word 2007. Las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de resultados fueron porcentaje, diferencia de proporciones y chi cuadrado; que se presentaron a través de tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable.



4.7 ASPECTOS ÉTICOS

4.7.1 **Confidencialidad:** el consentimiento informado fue realizado por el proyecto, se guardó la debida confidencialidad de los datos registrados por el proyecto, sin utilizar los mismos para perjudicar o hacer juicios individuales de las personas involucradas.

4.7.2 **Uso de Datos:** los datos obtenidos son de uso exclusivo de los autores para la presentación de esta tesis y para el proyecto en el cual se trabaja.

4.7.3 **Revisión de Datos:** los datos obtenidos y recolectados pueden ser objeto de revisión, con la debida transparencia y confidencialidad en caso de existir solicitud de los mismos.

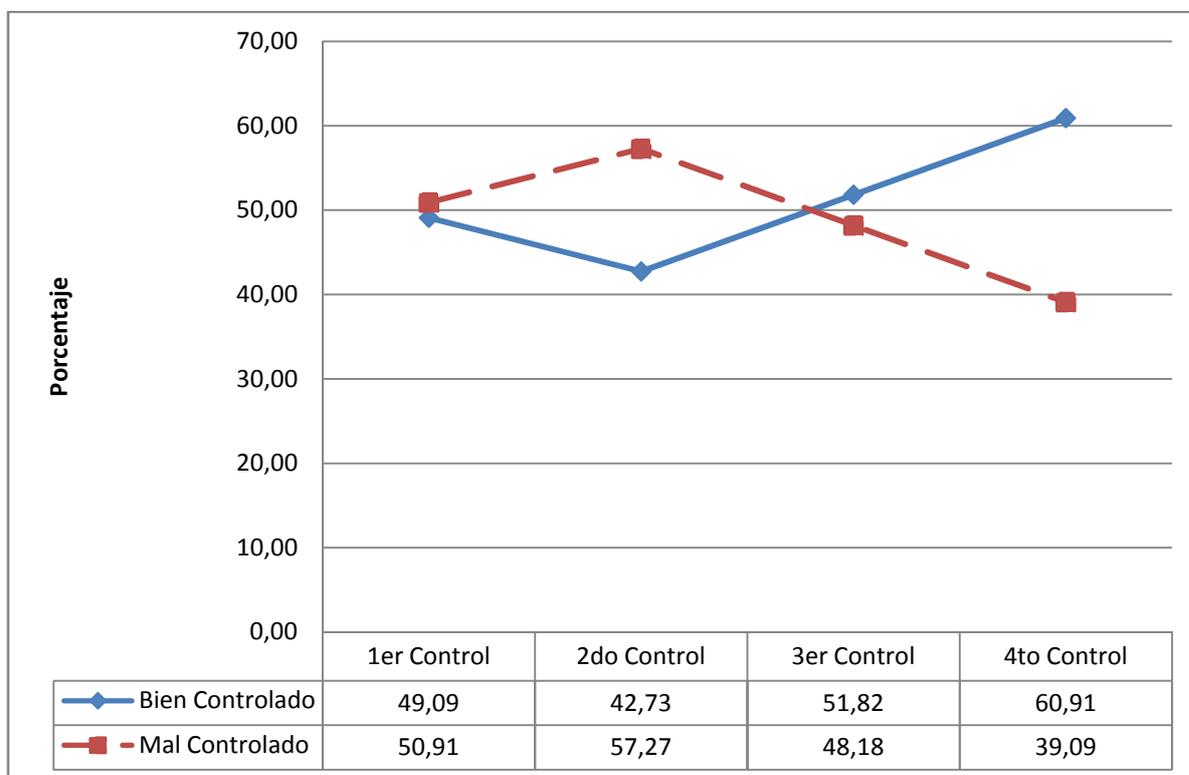


CAPÍTULO V: RESULTADOS

Se trabajó con un total de 110 pacientes hipertensos cuya edad media fue de 64,61 ($\pm 11,62$) años. El 75,45% de los pacientes fueron mujeres. El 33,6% de pacientes hipertensos tuvieron una instrucción de primaria incompleta y el 9,1% fueron analfabetos.

Gráfico N°1

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Control de la Presión Arterial. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

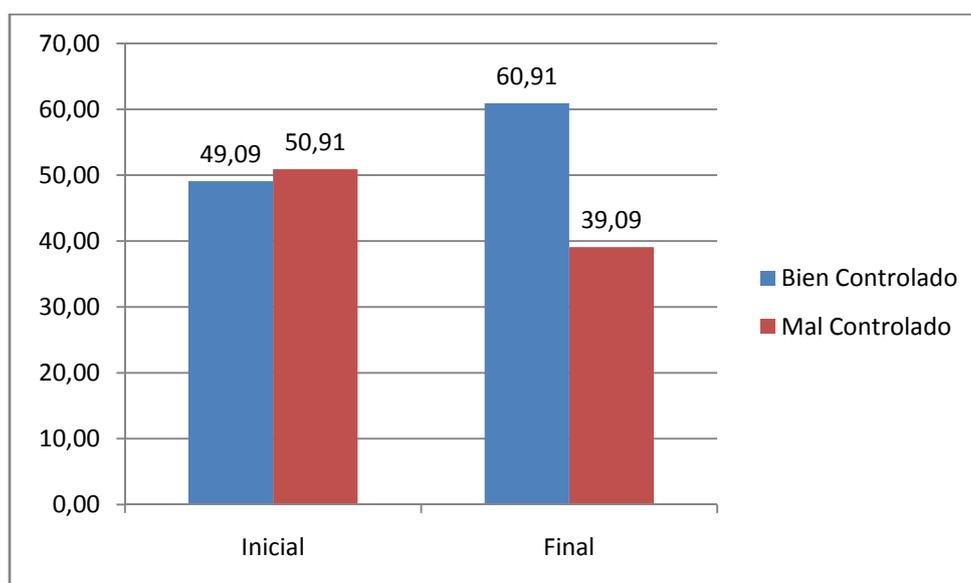
Se observó un estrecho margen de diferencia entre pacientes hipertensos bien controlados y pacientes hipertensos mal controlados en el 1er y 3er control, llegando casi a tener la misma proporción. Sin embargo; durante el 2do control se pudo notar claramente una superioridad de pacientes hipertensos mal



controlados (57,27%) frente a los pacientes hipertensos bien controlados (42,73%).

Gráfico N°2

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según el Control de Presión Inicial y Final. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

Se observó proporciones similares entre pacientes hipertensos bien controlados (49,09%) y pacientes hipertensos mal controlados (50,91%) en la primera toma de presión arterial, sin embargo; en el control final esta proporción se desvió a favor de los hipertensos bien controlados (60,91%) por sobre los hipertensos mal controlados (39,09%).

La presión arterial sistólica media de los pacientes mal controlados fue de 148,33 mm de Hg ($\pm 13,16$) y la presión arterial diastólica media de 84,97 mm de Hg ($\pm 7,22$).

El 71,43% de pacientes hipertensos mal controlados, fueron mujeres.



El 11,82% de los pacientes seguía únicamente modificaciones del estilo de vida. De los tratados farmacológicamente, el 56,19% recibía monoterapia, el 40,46% 2 antihipertensivos, el 3,09% 3 fármacos y el 0,26% recibía 4 fármacos. El número de fármacos recibidos por los pacientes bien y mal controlados se exponen en la Tabla 1, sin encontrar una diferencia significativa entre el número de fármacos empleados en cada grupo.

Tabla N°1

Distribución de 110 pacientes del Subcentro del Barrial Blanco, según el Número de Fármacos que consumen. Cuenca 2011

N° total	Hipertensos Bien Controlados N° (%)	Hipertensos Mal Controlados N° (%)	P
1 Fármaco	20 (42,55)	30 (47,62)	0,5962
2 Fármacos	21 (44,68)	24 (38,10)	0,4902
3 Fármacos	0 (0,00)	3 (4,76)	0,131

Fuente: Base de Datos

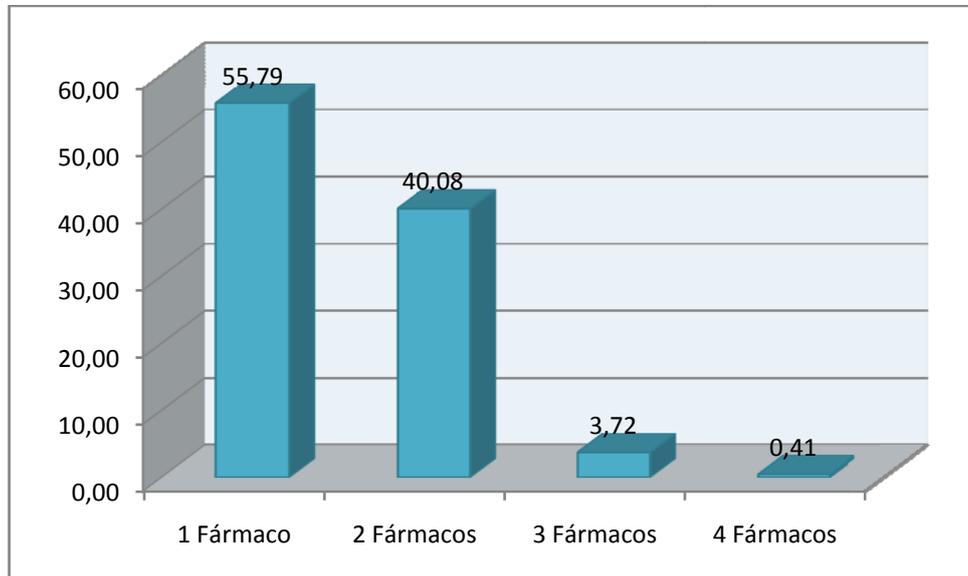
Elaborado por: Autores

Podemos observar que no existió una diferencia significativa entre el número de fármacos empleados en los grupos de pacientes hipertensos bien controlados o pacientes hipertensos mal controlados y existió una tendencia a la monoterapia en ambos grupos de pacientes.



Gráfico N°3

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Número de Fármacos administrados en los Pacientes Bien Controlados. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

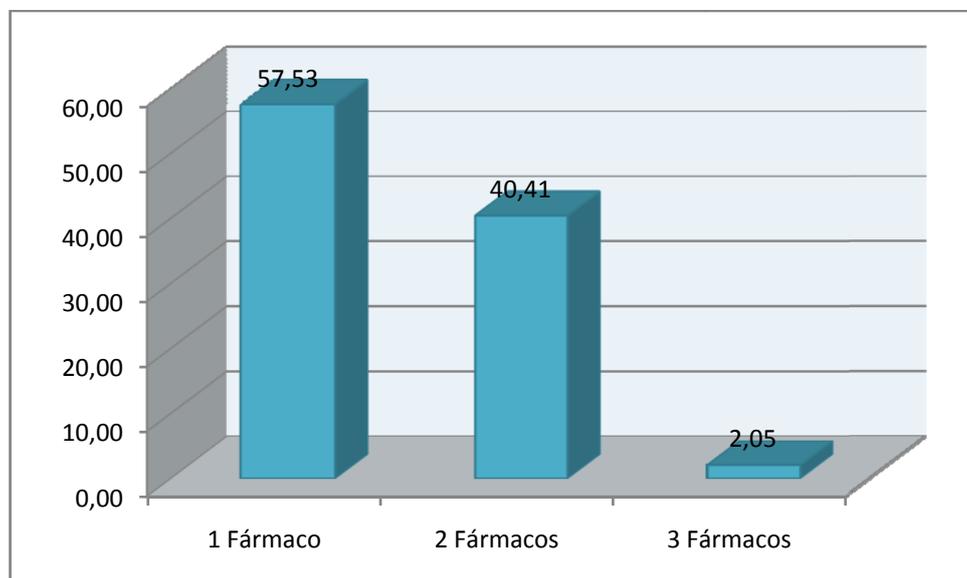
Elaborado por: Autores

El 55,79% de pacientes hipertensos bien controlados emplearon 1 fármaco para el control de su presión arterial, el 40,08% utilizaron 2 fármacos y el 3,72% y 0,41% emplearon 3 y 4 respectivamente.



Gráfico N°4

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Número de Fármacos administrados en los Pacientes Mal Controlados. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

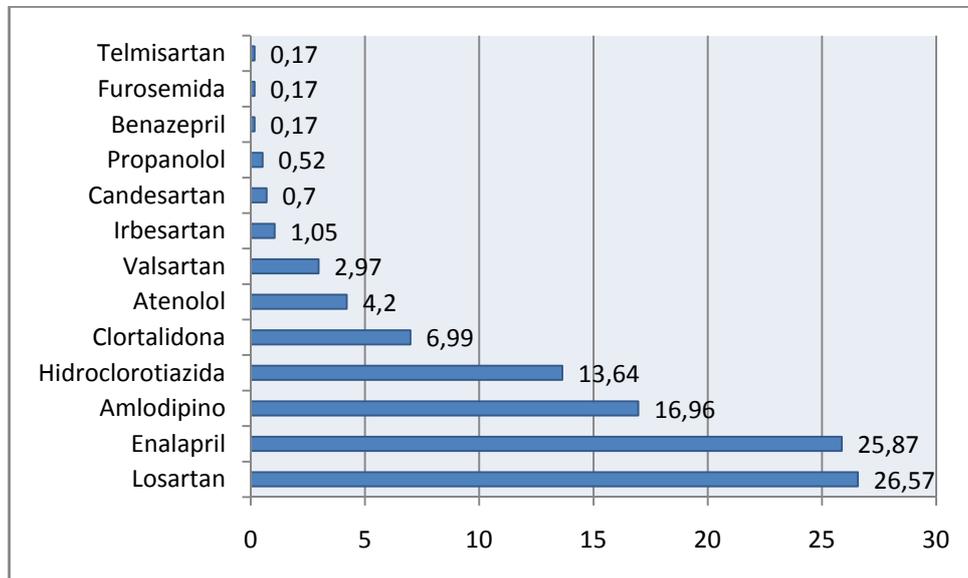
El 57,53% de pacientes hipertensos mal controlados emplearon 1 fármaco para el control de su presión arterial, el 40,41% utilizaron 2 fármacos y el 2,05% emplearon 3.

En monoterapia el Enalapril fue el fármaco más empleado (33,88%) frente al Losartán (25%), sin embargo; el Losartán se empleó con mayor frecuencia en terapia combinada y por lo tanto su frecuencia de uso se vio según los valores del Gráfico N°5.



Gráfico N°5

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, Fármaco Hipertensivo administrado. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

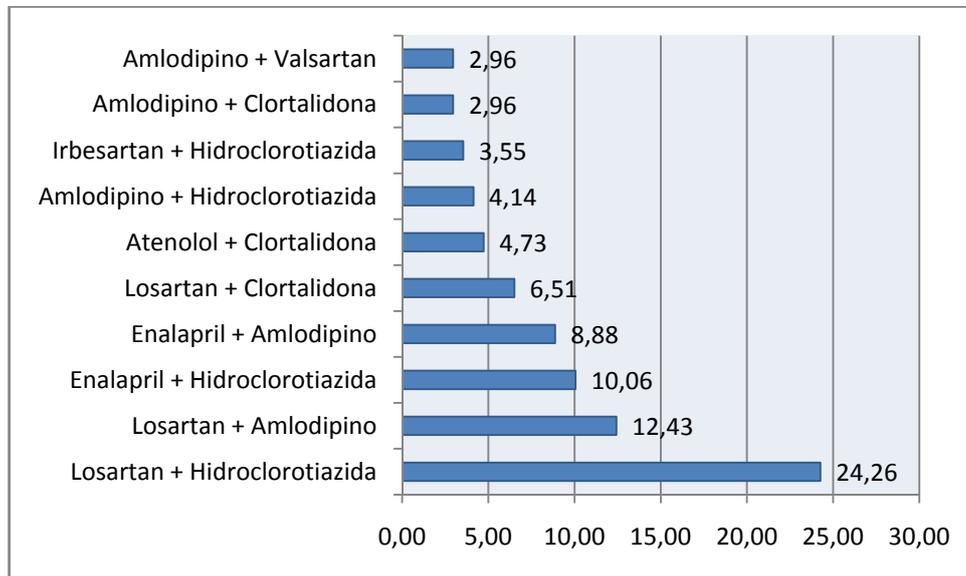
Elaborado por: Autores

Pudiendo apreciar que el Losartán representó el fármaco más utilizado (26,57%) en los pacientes hipertensos, seguido del Enalapril (25,87%).



Gráfico N°6

Distribución de 110 pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Asociación Farmacológica más frecuente. Cuenca 2011



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

Según se puede apreciar en el Gráfico N°6, el fármaco más empleado en combinación fue el Losartán (Losartán + Hidroclorotiazida el 24,26% y Losartán + Amlodipino el 12,43%).



Tabla N°2

Distribución de 110 pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Fármaco más frecuente. Cuenca 2011

N° total (440)	Hipertensos Bien Controlados N° (%)	Hipertensos Mal Controlados N° (%)	P
Losartán (152)	103 (28,53)	49 (23,22)	0,1646
Enalapril (148)	87 (24,10)	61 (28,91)	0,204
Amlodipino (97)	50 (13,85)	47 (22,27)	0,0096
Hidroclorotiazida (78)	49 (13,57)	29 (13,74)	0,9522
Clortalidona (40)	30 (8,31)	10 (4,74)	0,1052
Atenolol (24)	19 (5,26)	5 (2,37)	0,095
Valsartan (17)	12 (3,32)	5 (2,37)	0,5156

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

Al comparar los fármacos empleados en grupos de pacientes hipertensos bien controlados y pacientes hipertensos mal controlados, no se encontró diferencia significativa, salvo en el caso del Amlodipino (IC 95% p 0,0096), el cual se empleaba con mayor frecuencia en el grupo de pacientes hipertensos mal controlados.



Tabla N°3

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según dosis más empleada. Cuenca 2011

Genérico	Dosis (mg)	%
Losartán	50	62,09
Enalapril	20	72,30
Amlodipino	5	44,44
Hidroclorotiazida	12,5	71,79
Clortalidona	50	46,15

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

En la Tabla N°3 se aprecia las dosis más frecuentes de los 5 primeros fármacos del Gráfico N°5, que fueron los fármacos más empleados tanto en pacientes hipertensos bien controlados como en pacientes hipertensos mal controlados.

En el grupo de pacientes bien controlados se optó principalmente la actitud de “Sin Modificación” (87,76% con p 0,0002 IC 95%) en tanto entre los pacientes mal controlados los médicos prefirieron alguna modificación en el tratamiento en el 44,26% de los casos (0,0002 IC 95%) según se observa en la Tabla N°4.



Tabla N°4

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Actitud Terapéutica. Cuenca 2011

	Hipertensos Bien Controlados	Hipertenso Mal Controlados	
N° total (110)	N° (%)	N° (%)	p
Sin Modificación (77)	43 (87,76)	34 (55,74)	0,0002
Sustitución (15)	3 (6,12)	12 (19,67)	0,0394
Combinación (6)	1 (2,04)	5 (8,20)	0,1586
Aumento (6)	2 (4,08)	4 (6,56)	0,5686
Supresión (4)	0 (0,00)	4 (6,56)	0,0672
Reducción (2)	0 (0,00)	2 (3,28)	0,2006

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Autores

Ante cifras de presión arterial elevadas, el médico realizó alguna modificación terapéutica en el 44,26% de los casos y adoptó una actitud de sin modificación en el 55,74% restante.

Se encontró una asociación entre la actitud expectante o sin modificación del médico y los pacientes hipertensos mal controlados que presentaron hipertensión arterial entre los valores de 140-149 mm Hg/90-99 mm Hg con $\chi^2=5,96$ ($p=0,014$), contrario a lo que sucedía si las cifras de presión arterial sobrepasaban estos valores.



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio mostraron un buen control de presión arterial en el 60,91% de pacientes hipertensos y un mal control de la presión arterial en un 39,09%, comparado con los valores encontrados a nivel mundial donde el porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 30%, 7% y 4,5% en los EE.UU., el Reino Unido y Venezuela, respectivamente³⁷. En España tan solo 4 de cada 10 hipertensos tratados con fármacos antihipertensivos que reciben asistencia sanitaria en Atención Primaria tienen bien controlada la PA³⁸.

En Honduras en relación al sexo en un estudio en El Progreso el 28,4% de las mujeres y el 38,5% de los hombres presentaban hipertensión arterial³⁹. Estos últimos datos difirieron con nuestros resultados pues encontramos una proporción mayor de mujeres con hipertensión, el 75,45% del total de pacientes e incluso es mayor la proporción de mujeres en el total de pacientes hipertensos mal controlados, el 71,43%.

La mayoría de los pacientes con HTA requerirán dos ó más medicaciones antihipertensivas para conseguir el objetivo de la Presión Arterial. Debe considerarse iniciar la terapia con dos fármacos si la Presión Arterial es > 20/10 mmHg superior al objetivo de presión arterial, uno de los cuales debería ser por norma un diurético tipo tiazida¹⁶.

En nuestro estudio el 56,44% de los pacientes recibieron monoterapia, el 40,21% utilizó 2 fármacos, el 3,09% y 0,26% utilizaban 3 y 4 fármacos respectivamente, similar a datos encontrados en Perú en el 2007; 50% monoterapia, 43% dos fármacos y el 7% tres fármacos⁴⁰.



En el estudio PRESCAP encontramos diferencias entre los años 2002–2006 en el porcentaje de pacientes que recibía monoterapia antihipertensiva (56 vs. 44,4%), combinaciones de dos (35,6 vs. 41,1%) y de 3 o más fármacos (8,4 vs. 14,5%, respectivamente)³⁸.

En un Informe de Gestión Clínica y Sanitaria encontrado en Cochrane BVS, basado en 3 estudios, se encontró que a 40% de los pacientes sólo se le prescribió un fármaco, a un 45% dos fármacos y al 15% más de dos. El grupo terapéutico más prescrito fue el de diuréticos (32.5%), seguido de IECA (28%) y bloqueadores de canales del calcio (20.8%). Los betabloqueantes fueron el 6.8% de las prescripciones⁴¹.

En nuestro estudio, en lo que respecta a los fármacos utilizados, si se toma en consideración a los fármacos empleados en monoterapia, el Enalapril se emplea con mayor frecuencia (33,88%), frente al Losartán (25%), sin embargo; si se considera los fármacos sin importar que hayan sido utilizados en combinación o en monoterapia, el Losartán tiene un uso más difundido. Siendo la combinación más frecuente Losartán más Hidroclorotiazida.

En tanto que en un estudio realizado en Perú en el 2007 el Enalapril es el fármaco más utilizado en monoterapia (65.7%) y cuando se combinan dos fármacos la asociación más frecuente es Enalapril con tiazidas (38.9%)⁴⁰.

Por otro lado, mientras que en nuestro estudio los fármacos más empleados fueron ARA II Losartan (26,57%), IECA Enalapril (25,87%), Calcio Antagonistas Amlodipino (16,96%), Diuréticos Hidroclorotiazida (13,64%) y Clortalidona (6,99%) en el estudio peruano citado los fármacos más utilizados fueron IECA Enalapril (56.61%), calcio antagonistas dihidropiridínicos (amlodipino 16.87% y



nifedipino 5.05%), betabloqueadores (atenolol 9.79%) y diuréticos tiazídicos (9.60%)⁴⁰.

En el presente estudio se encontró que ante un inadecuado control de la presión arterial el médico modificó la pauta terapéutica en un 44,26%, siendo el cambio de fármaco la opción más elegida (19,67%), seguida de la combinación (8,20%) y del aumento de dosis (6,56%). En comparación el estudio PRESCAP 2002 mostró que el porcentaje de pacientes con inadecuado control de la PA en los que el médico modificó la pauta terapéutica fue del 18,3% (IC 95%: 17,5–19,1), siendo el cambio de fármaco la principal modificación (47%), seguida de la combinación (34,7%) y del aumento de dosis (18,3%). En el estudio PRESCAP 2006 el médico modificó el tratamiento en el 30,4% (IC 95%: 29,2–31,6) de los sujetos mal controlados, resultando las acciones más frecuentemente llevadas a cabo la combinación con otro fármaco (46,3%), el incremento de dosis (26,1%) y la sustitución del antihipertensivo (22,8%)³⁸.

Encontramos una asociación entre la actitud expectante o sin modificación del médico y los pacientes hipertensos mal controlados que presentaron hipertensión arterial entre los valores de 140-149 mm Hg/90-99 mm Hg con $\chi^2=5,96$ ($p=0,014$), contrario a lo que sucedía si las cifras de presión arterial sobrepasaban estos valores. En el estudio de casos y controles DISEHTAC se encontró esta misma asociación, sin embargo; los datos no tuvieron significancia estadística (OR 1,5. IC del 95%: 0,81 a 13,44)⁶.

El cumplimiento terapéutico y la inercia clínica terapéutica influyen en las cifras domiciliarias de PA y en el control de la HTA, aunque influye más



relevantemente, de forma individual, el incumplimiento⁴² y la monitorización constante de los pacientes presenta un mayor empleo de recursos.

En cuanto al tiempo que se debe emplear para hacer un estudio o una verdadera monitorización no se encuentra bien esclarecido, sin embargo; la mayoría de investigaciones se realizan en un lapso de 6 meses aproximadamente como el estudio PRESCAP y el CUMAMPA. Por otro lado existe una mejor perspectiva de la realidad cuando de estos estudios hay una continuidad en el proyecto pudiendo encontrar cifras de monitorización a lo largo de varios años como en el estudio PRESCAP.



CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

En pacientes hipertensos mal controlados existe alta frecuencia de sustitución de fármacos.

Frente a una hipertensión arterial con valores entre 140-149/90-99 el médico optó por la actitud expectante.

El uso de Amlodipino se observó con mayor frecuencia en los pacientes hipertensos mal controlados.



CAPÍTULO VIII: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA DIFUSIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

8.1 IDENTIFICACIÓN

PROVINCIA	Azuay
CANTÓN	Cuenca
ÁREA O SECTOR	Área de Salud 2, Miraflores
NOMBRE DE LA PROPUESTA	Discusión de la actitud terapéutica de los médicos del área 2 de salud, Miraflores
PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO	→Aumento de la prevalencia de pacientes hipertensos →Actitud farmacológica expectante del médico frente a los pacientes hipertensos mal controlados
PROGRAMA O LÍNEA ESTRATÉGICA	→Incorporación de directores y autoridades de los Subcentros de Salud →Incorporación de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos y pacientes hipertensos de cada Subcentro de Salud
UNIDADES RESPONSABLES	Ministerio de salud pública, Subcentros de salud, club de hipertensos
PERIODO	2011-2012



8.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

<p>IDENTIFICACIÓN DE LA ACTITUD FARMACOLÓGICA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD</p> <p>Los estudios realizados para conocer la actitud farmacológica del médico, sugieren 2 tomas de presión arterial y anotar el fármaco y dosis para el posterior análisis. En nuestra tesis incluimos 2 tomas más a las antes mencionadas para ver la evolución del paciente hipertenso.</p>	<p>POBLACIÓN IDENTIFICADA</p> <p>El médico de atención primaria Profesionales de Salud que forman parte del Área N°2 de Miraflores.</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>El 50,91% de los pacientes hipertensos están mal controlados de su presión arterial</p> <p>El médico frente a los pacientes hipertensos mal controlados no realizó ningún cambio a la terapéutica farmacológica en un 55,74%</p> <p>La no modificación terapéutica del médico en pacientes hipertensos mal controlados se realizó en presiones arteriales entre 140-149/90-99 $\chi^2=5,96$ ($p=0,014$)</p>	<p>DETERMINANTES</p> <p>Un buen control de la presión arterial depende tanto de los factores modificables (hábitos y actitud terapéutica) como de los no modificables.</p> <p>La actitud farmacológica del médico de atención primaria de salud debe prevenir los daños que la hipertensión arterial produce en los pacientes hipertensos</p>



<p>CAUSAS</p> <p>Falta de medicación</p> <p>Conocimientos inadecuados</p> <p>Stress laboral</p> <p>Gran demanda de la población con la consiguiente disminución de tiempo de la consulta</p>	<p>Políticas nacionales y administración de recursos</p> <p>Políticas y administración del Subcentro de Salud responsable de los médicos</p> <p>Falta de protocolos de atención</p>
---	---

8.3 PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Identificación de la propuesta de intervención

8.3.1 Difusión de resultados: con los autoridades de salud, directores, médicos, enfermeras, auxiliares, internos y pacientes hipertensos, mediante reuniones, trípticos y sala situacional. Los resultados a difundir se obtendrán de la tesis y de las sugerencias de los pacientes hipertensos para tener una visión cualitativa.

8.3.2 Discusión y capacitación: con las personas relacionadas al ámbito de la salud que trabajan en atención primaria de salud. Discutir y capacitar sobre el paciente hipertenso, su diagnóstico y clasificación, cuando y qué tipo de fármaco administrar, discutiendo con guías clínicas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

8.3.3 Actividades con promotores de salud: enfermeras, auxiliares, jefes de comunidades y presidentes de club de hipertensos para demostrar el efecto que conlleva un inadecuado control de la presión arterial.

8.3.4 Actividades a desarrollar con médicos: Talleres sobre el paciente hipertenso, diagnóstico, manejo y seguimiento del paciente hipertenso.



En el cual también se indicará la importancia de crear un mapa digital para identificar a pacientes que necesiten visitas domiciliarias.

8.4 OBJETIVOS

8.4.1 OBJETIVO GENERAL: mejorar la actitud farmacológica del médico de atención primaria de la salud frente a los pacientes hipertensos

8.4.2 META: llegar a una reducción del 2% anual de los pacientes hipertensos mal controlados como propone la Organización Mundial de la Salud

8.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

8.5.1 Incentivar y dar conocimientos a los médicos de atención primaria de salud sobre el manejo terapéutico de los pacientes hipertensos.

8.5.2 Disminuir la actitud expectante del médico frente a valores de presión arterial mal controlados.

8.5.3 Mejorar los valores de presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados.

8.6 ACTIVIDADES

COMPONENTE/ACTIVIDAD	ACCIÓN	MEDIOS	IMPLICADOS
Diagnostico del problema	Tamizaje de pacientes hipertensos mal controlados y de la actitud farmacológica del médico en los mismos	Consulta externa e historias clínicas	Pacientes hipertensos mal controlados y médicos



<p>Efectores</p>	<p>Obtención de datos por médicos y personal de salud</p> <p>Obtención de causas</p>	<p>Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e internos</p> <p>Entrevistas con médicos y pacientes</p>	<p>Pacientes hipertensos</p> <p>Médicos de atención primaria</p>
<p>Evaluación y confirmación de los resultados obtenidos</p>	<p>Nueva toma de datos y presión arterial a pacientes hipertensos mal controlados</p>	<p>Consulta externa e historias clínicas</p>	<p>Médicos de atención primaria</p>
<p>Informe a médicos y pacientes hipertensos</p> <p>Propuesta de intervención necesaria, tratamiento</p>	<p>A través de reuniones se explicara sobre la patología y resultados</p>	<p>Informe del tipo de intervención y tiempo necesario para el manejo y tratamiento de la hipertensión arterial</p>	<p>Contar con directores, médicos y demás personal de salud y promotores de salud</p>
<p>Evaluación de la intervención</p>	<p>Elaboración del informe de intervención</p>	<p>Mediante pruebas estadísticas</p>	<p>Médicos, pacientes hipertensos y autoridades de salud</p>



8.7 RECURSOS

8.7.1 Humanos: médicos, enfermeras, auxiliares e internos para la detección y obtención de resultados de los pacientes hipertensos.

8.7.2 Económicos: que son provistos por el Estado en remuneraciones, costos de terapia y todos los insumos necesarios para desempeñar esta labor.

8.8 SUPUESTO GENERAL PARA LA INTERVENCIÓN

Ya que la actitud del médico influye directamente sobre la evolución del paciente hipertenso se necesitara un tiempo prolongado y cambios graduales para llevar a un óptimo control de la presión arterial. Por lo tanto nos enfocaremos para realizar un cambio en la actitud farmacológica del médico de atención primaria de salud que primero será realizada en el Área 2 de Salud de Miraflores con expectativa a extendernos al resto del país.



CAPITULO IX: ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Tablas de medicamentos y combinaciones

Medicamentos recomendados para el tratamiento de la HTA según las situaciones clínicas.		
Daño orgánico subclínico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipertrofia Ventricular Izquierda. ■ Aterosclerosis asintomática. ■ Microalbuminuria. ■ Disfunción renal. 	IECA, CA, ARA II IECA, CA IECA, ARA II IECA, ARA II
Eventos Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ictus previo Infarto de Miocardio previo. ■ Angina de pecho Insuficiencia cardiaca. ■ Fibrilación auricular Recurrente. ■ Fibrilación auricular Permanente. ■ Insuficiencia renal/Proteinuria. ■ Enfermedad arterial periférica. 	Cualquier antihipertensivo BB, IECA, ARA II BB, CA Diuréticos, BB, IECA, ARA II, Antialdosteronicos IECA, ARA II BB, CA no dihidropiridínico IECA, ARA II, Diuréticos de asa CA
Situaciones Especiales	HSI (ANCIANO) Síndrome Metabólico Diabetes Mellitus Embarazo Raza negra	Diuréticos, CA IECA, ARA II, CA IECA, ARA II CA, Metildopa, BB Diuréticos, CA

Abreviaturas: ARA II: Antagonistas del receptor de la angiotensina II, BB: Betabloqueantes; CA: calcioantagonistas; HSI: Hipertensión sistólica aislada; IECA: Inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina;
 Fuente: ESH-ESC, 2007

Medicamentos recomendados para el tratamiento de la HTA según las situaciones clínicas.			
Fármaco	Condiciones que favorecen su uso	Contraindicaciones establecidas.	Contraindicaciones posibles.
Diuréticos (tiazidas)	Insuficiencia cardiaca HTA Sistólica Aislada (anciano) Raza negra	Gota	Síndrome metabólico Intolerancia a la glucosa Embarazo
Diuréticos (de asa)	Insuficiencia renal (estadio final) Insuficiencia cardiaca		
Diuréticos (antialdostero)	Postinfarto de miocardio	Insuficiencia renal	



na)	Insuficiencia cardiaca	Hiperkaliemi a	
Bloqueadores beta	Angina de pecho Post infarto miocardio Insuficiencia cardiaca* Taquiarritmias Glaucoma Embarazo	Asma moderada-grave Bloqueo A-V 2° ó 3° Grado	Enfermedad Vascular Periférica Síndrome Metabólico Intolerancia a la glucosa Deportistas y pacientes con actividad física importante EPOC moderada-grave
IECA	Insuficiencia Cardiaca Disfunción VI Post infarto miocardio Nefropatía diabética y no diabética** Proteinuria/Microalbuminuria HVI Aterosclerosis carotídea Fibrilación auricular recurrente Diabetes Síndrome Metabólico	Embarazo Edema angioneurótico Hiperkaliemi a Estenosis arteria renal bilateral	
Antagonistas del calcio (dihidropiridinas)	HTA Sistólica Aislada (anciano) Angina de pecho HVI Enfermedad Vascular Periférica Aterosclerosis carotídea/coronaria Embarazo Raza negra		Insuficiencia cardiaca congestiva Taquiarritmias
Antagonistas del calcio (Verapamilo, Diltiazem)	Angina de pecho Aterosclerosis carotídea Taquicardia supraventricular	Bloqueo A-V 2° ó 3° Grado	Insuficiencia cardiaca congestiva
<u>ARA II</u>	Insuficiencia cardiaca Postinfarto de miocardio HVI Fibrilación auricular recurrente Nefropatía diabética y no	Embarazo Hiperkaliemi a Estenosis arteria renal bilateral	



diabética**/Microalbuminuria
 Síndrome Metabólico
 Tos con IECA

Fuente: De la Sierra A, 2008, ESH-ESC, 2007; *Carvedilol, bisoprolol, metoprolol y nebulolol: iniciar el tratamiento con dosis mínimas y aumentarlas lentamente, con estrecho control clínico. ** En casos con insuficiencia renal, controlar la creatinina y el potasio séricos a los 7-14 días de iniciado el tratamiento para descartar deterioro de la función renal e hiperpotasemia (De la Sierra A ,2008

Tabla 10: Medicamentos antihipertensivos más utilizados (por orden alfabético)

Tipo de fármaco	Dosis mínima-máxima (mg/día) (Nº tomas/día)	Tipo de fármaco	Dosis mínima-máxima (mg/día) (Nº tomas/día)
Antagonistas de receptores angiotensina II (ARA II)		Bloqueadores de los canales del calcio	
Candesartán	8-32 (1)	Dihidropiridínicos	
Eprosartán	600-1.200 (1)	Amlodipino	2,5-10 (1)
Irbesartán	75-300 (1)	Barnidipino	10-20 (1)
Losartán	25-100 (1)	Felodipino	2,5-20 (1)
Olmesartán	10-40 (1)	Lacidipino	2-6 (1)
Telmisartán	20-80 (1)	Lercanidipino	5-20 (1)
Valsartán	80-320 (1)	Manidipino	10-20 (1)
Bloqueadores alfa		Nicardipino *	60-120 (2-3)
Doxazosina	1-16** (1-2)	Nifedipino oros	30-120 (1)
Prazosina	1-20 (2)	Nisoldipino	10-40 (1-2)
Terazosina	1-20** (1-2)	Nitrendipino	10-40 (1-2)
		No dihidropiridínicos	
		Diltiazem SR	120-360** (2-3)
		Verapamilo SR	120-480** (1-2)
Bloqueadores alfa y beta		Vasodilatadores	
Carvedilol	12,5-50**	Hidralacina	50*-200**



	(1-2)		(2-3)
Labetalol *	200-1200 (2-3)	Minoxidilo	2,5-40** (1-2)
Bloqueadores beta cardioselectivos		Bloqueadores beta no cardioselectivos	
Atenolol	25-100** (1-2)	Carteolol (ASI +)	2,5-10 (1)
Bisoprolol	2,5-20 (1)	Nadolol	80-240 (1)
Celiprolol (ASI +)	200-400 (1)	Oxprenolol (ASI +/+++)	160-480** (1-2)
Metoprolol	50-200** (1-2)	Propranolol (retard)	40-320 (1)
Nebivolol (vasodilatador)	2,5-5 (1)	Diuréticos	
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina		Clortalidona	12,5-50 (1)
Benazepril	10-40** (1)	Hidroclorotiazida	12,5-50 (1)
Captopril	25*-150* (2-3)	Indapamida	1,25-2,5 (1)
Cilazapril	1-5 (1-2)	Piretanida	6-12 (1)
Enalapril	5-40** (1-2)	Xipamida	10-20 (1)
Espirapril	3-6 (1)	Diuréticos de asa	
Fosinopril	10-40** (1-2)	Furosemida	40-240** (1-3)
Imidapril	2,5-10** (1-2)	Torasemida	2,5-20** (1-2)
Lisinopril	5-40** (1)	Diuréticos ahorradores de potasio	
Perindopril	2-8** (1-2)	Amilorida***	2,5-10 (1)
Quinapril	5-80** (1-2)	Espironolactona	25-200** (1-2)
Ramipril	1,25-10 (1)	Eplerenona (sólo en insuficiencia cardiaca)	25-50 (1-2)
Trandolapril	0,5-4 (1)	Triamtereno	25-100** (1-2)
Delapril	13/30 (2)		
Simpaticolíticos de acción central		Agonistas de los receptores imidazólicos I1	
Clonidina	0,3-2,4** (1-2)	Moxonidina	0,2-0,6** (1)



[Metildopa](#) 500-3000**
(1-3)

Inhibidores de la Renina

Aliskiren 150-300
(1)

ASI: actividad simpáticomimética intrínseca. (*)
Fármacos administrados en varias dosis desde la fase
inicial. (**) Fármacos que habitualmente necesitan dos o
más dosis cuando se llega a la dosis máxima. (***) No
existen como fármacos monocomponentes, sino
asociados a otros diuréticos.



9.2 ANEXO 2: Formulario de Recolección de Datos

ACTITUD FARMACOLÓGICA DEL MÉDICO CON LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO BARRIAL BLANCO DE CUENCA 2010-2011

Hoja 1/3

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Sexo Masculino: ____ Femenino: ____

Edad: ____ años cumplidos

Historia Clínica: _____

Formulario: _____

Primera recolección de datos:

Tensión arterial inicial: _____

Tensión arterial a los 10 min: _____

FARMACOS:

- **Fármaco 1**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

- **Fármaco 2**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

- **Fármaco 3**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

TA bien controlada

PAS <140 mmHg y PAD < 90 mmHg.

TA mal controlada

PAS ≥140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg.

Fecha: ___/___/___

Segunda recolección de datos:

Tensión arterial inicial: _____

Tensión arterial a los 10 min: _____

FARMACOS:

• **Fármaco 1**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

• **Fármaco 2**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

• **Fármaco 3**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

TA bien controlada

PAS <140 mmHg y PAD < 90 mmHg.

TA mal controlada

PAS ≥140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg.

Actitud del médico:

Aumento _____

Sustitución _____

Combinación _____

Sin modificación _____

Reducción _____

Fecha: ___/___/___

Tercera recolección de datos:

Tensión arterial inicial: _____

Tensión arterial a los 10 min: _____

FARMACOS:

- **Fármaco 1**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

- **Fármaco 2**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

- **Fármaco 3**

N. Comercial: _____

N. Genérico: _____

Tipo Farmacológico: _____

Dosis total 1: _____

Dosis total 2: _____

(En caso de ser fármaco combinado llenar dosis por separado)

TA bien controlada

PAS <140 mmHg y PAD < 90 mmHg.

TA mal controlada

PAS ≥140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg.

Actitud del medico:

Aumento _____

Sustitución _____

Combinación _____

Sin modificación _____

Reducción _____



9.3 ANEXO 3: TRÍPTICO (tamaño reducido)

El uso de Amlodipino se observó con mayor frecuencia en los pacientes hipertensos mal controlados (p=0,0096).

Ante un inadecuado control de la presión arterial el médico modificó la actitud terapéutica en un 44,26%, siendo el cambio de fármaco la principal actitud (19,67%. p=0,0394).

CONCLUSION: en pacientes hipertensos mal controlados existe alta frecuencia de sustitución de fármacos. Frente a una hipertensión arterial con valores entre 140-149/90-99 el médico optó por la actitud expectante. El uso de Amlodipino se observó con mayor frecuencia en los pacientes hipertensos mal controlados.

Si las presiones se encontraban entre 140-149/90-99 el médico optó por una actitud expectante o sin modificación con $\chi^2 = 5,96$ (p=0,014).

Agradecimientos:
Subcentro de Salud del Barrial Blanco
Club de Hipertensos de la Católica
Proyecto "Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay"

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según Actitud Terapéutica. Cuenca 2011

	Hipertensos Bien Controlados	Hipertensos Mal Controlados	p
N° total (110)	N° (%)	N° (%)	
Sin Modificación (77)	43 (87,76)	34 (55,74)	0,0002
Sustitución (15)	3 (6,12)	12 (19,67)	0,0394
Combinación (6)	1 (2,04)	5 (8,20)	0,1586
Aumento (6)	2 (4,08)	4 (6,56)	0,5886
Supresión (4)	0 (0,00)	4 (6,56)	0,0672
Reducción (2)	0 (0,00)	2 (3,28)	0,2006

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

"ACTITUD FARMACOLÓGICA DEL MÉDICO CON LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL SUBCENTRO BARRIAL BLANCO DE CUENCA 2010-2011"

El presente estudio pretende esclarecer la actitud terapéutica que el médico adopta frente a la hipertensión arterial además de presentar información sobre los fármacos que se utilizan y la distribución de los pacientes según el control de la hipertensión arterial, lo que nos permitirá tener una perspectiva más acertada de qué tanto y cómo se está controlando la hipertensión arterial; pues su control es uno de los pilares del manejo y prevención de la enfermedad cardiovascular.

OBJETIVO: determinar la actitud farmacológica aplicada por los médicos a los pacientes hipertensos del Subcentro de Salud Barrial Blanco de la ciudad de Cuenca en el período 2010-2011.

PACIENTES Y MÉTODO: estudio prospectivo y longitudinal, en 110 pacientes hipertensos del Proyecto "Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay". Los datos se obtuvieron mediante visitas domiciliarias, consulta externa e historias clínicas de los pacientes hipertensos. Se analizó los resultados con diferencia de proporciones y chi cuadrado (χ^2).

RESULTADOS: Se trabajó con un total de 110 pacientes hipertensos cuya edad media fue de 64,61 ($\pm 11,62$) años. El 75,45% de los pacientes fueron mujeres. El 33,6% de pacientes hipertensos tuvieron una instrucción de primaria incompleta y el 9,1% fueron analfabetos. El 11,82% de los pacientes seguía únicamente modificaciones del estilo de vida.

pacientes hipertensos bien controlados y pacientes hipertensos mal controlados.

Distribución de 110 pacientes del Subcentro del Barrial Blanco, según el Número de Fármacos que consumen. Cuenca 2011

N° total	Hipertensos Bien Controlados N° (%)	Hipertensos Mal Controlados N° (%)	P
1 Fármaco	20 (42,55)	30 (47,62)	0,5862
2 Fármacos	21 (44,68)	24 (38,10)	0,4902
3 Fármacos	0 (0,00)	3 (4,76)	0,131

El Losartán fue el fármaco más utilizado (26,57%), seguido del Enalapril (25,87%). En monoterapia el fármaco más empleado fue el Enalapril (33,88%) y en combinación el Losartán (Losartán + Hidroclorotiazida el 24,26% y Losartán + Amlodipino el 12,43%).

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según dosis más empleada. Cuenca 2011

Genérico	Dosis (mg)	%
Losartán	50	62,09
Enalapril	20	72,30
Amlodipino	5	44,44
Hidroclorotiazida	12,5	71,79
Clortalidona	50	46,15

Distribución de 110 pacientes del Subcentro de Salud Barrial Blanco, según el Control de Presión Inicial y Final. Cuenca 2011

No se encontró una diferencia significativa entre el número de fármacos empleados por

Manejo de la Hipertensión Arterial desde los servicios de Atención Primaria



9.4 ANEXO 4: Solicitud

Cuenca, 21 de junio del 2010

Dr. Juan Torres

Director del Subcentro del Barrial Blanco

Su despacho.

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo de Diego Bravo, Christopher Cedillo y Gabriela Cordero, estudiantes de la Escuela Medicina de la Universidad de Cuenca, quienes estamos realizando el proyecto: "Actitud Farmacológica del Médico con los Pacientes Hipertensos del Subcentro Barrial Blanco de Cuenca 2010-2011". Por medio de la presente queremos pedirle de la manera más encarecida se digne en autorizarnos el acceso a los datos de las Historias Clínicas y Libro de Registro del Subcentro del Barrial Blanco durante el periodo que se extienda dicho proyecto, con el propósito de realizar la recolección de datos para la tesis, misma que forma parte y tiene el visto bueno del Proyecto: "Manejo de la Hipertensión Arterial desde los Servicios de Atención Primaria en el Área 2 de Salud: Miraflores, de la provincia del Azuay" cuyo director es el Dr. Edgar Segarra E., aclarando que los datos son de gran valor para la misma y se guardará la respectiva confidencialidad.

Agradeciéndole anticipadamente por la acogida a la presente, le deseamos éxito para usted y su departamento

Atentamente:

Diego Bravo D.

Christopher Cedillo C

Gabriela Cordero C



CAPÍTULO X: BIBLIOGRAFÍA

10.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burlando G et al. CONSENSO LATINOAMERICANO SOBRE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION. (Online). Citado en: 2011-06-27. Disponible en: <http://www.surhta.com/PDF/Consenso%20Latinoamericano%20Diabetes%20e%20HA.pdf>
2. Armas de Hernández MJ, Armas Padilla MC, Hernández Hernández R. LA HIPERTENSIÓN EN LATINOAMÉRICA. Revista Latinoamericana de Hipertensión 2006; 1: 10-17. (Online). Citado en: 2011-06-27. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=170217078002>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. EPIDEMIOLOGIA, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Ene 18. 2007 (Online). Citado en: 2010-06-19. Disponible en : http://www.msp.gov.ec/dps/manabi/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=44
4. Ojeda T, Pacheco J, Padilla D. Tesis: CARACTERÍSTICAS DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA 2005-2006.
5. Fasce H. Eduardo, Flores O. Maritza, Fasce V Fabrizio.; PREVALENCIA DE SÍNTOMAS HABITUALMENTE ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN NORMOTENSA E HIPERTENSA; Rev. Méd. Chile feb. 130(2). Pág. 43 2002.
6. Pérez S et al. ¿ES ADECUADA LA ACTITUD QUE ADOPTAN LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA ANTE LA INSUFICIENTE REDUCCIÓN DE CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS? ESTUDIO DISEHTAC-2001, atención primaria 2008 Rev. Aten Primaria. 40 (10):505-10. 2008
7. Márquez E et al. EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA. PROYECTO CUMPLEX. Rev. Aten. Primaria. 39(8): 417-423, 2007. (Online). Citado: 2010-06-19. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=200.7.224.131&articuloid=13108616&revistaid=27
8. Alfonso FJ et al. CONDUCTA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL MAL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. Rev. Aten. Primaria. 36(04): 77-88. 2005. (Online). Citado: 2010-06-19. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=200.7.224.131&articuloid=13078617&revistaid=27



9. SENPLADES. PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR. 2009-2013. Pág. 198. (Online). Citado: 2011-06-30. Disponible en: <http://plan.senplades.gov.ec/web/guest/documentos-del-pnbv>
10. Harrison, T. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 17^a ed. McGraw-Hill. 2008. Pág. 1553.
11. Robbins, S. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 7^{ma} ed. Elsevier. 2008. Pág. 531
12. OMS. 100 PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS. Protocolo 17. Hipertensión arterial esencial.
13. SEH-LELHA. GUÍA ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2005. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. DEFINICION. EPIDEMIOLOGIA. (Online). Citado: 2010-06-05. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_2.pdf
14. Harrison, T. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 17^a ed. McGraw-Hill. 2008. Pág. 1549
15. Heras, M. Lazo, P. Tesis: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. Cuenca, 2001-2005. Págs. 1-2
16. JNC 7. JNC 7^{mo} INFORME. (Online). Citado: 2010-06-19. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>
17. Pérez, M. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO EN UN CENTRO DE SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS ASOCIADAS Y GRADO DE CONTROL DE LA HTA; Rev. Aten. Primaria. 29(9): 540-546, 2002
18. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. EFFECTS OF WEIGHT LOSS AND SODIUM REDUCTION INTERVENTION ON BLOOD PRESSURE AND HYPERTENSION INCIDENCE IN OVERWEIGHT PEOPLE WITH HIGH-NORMAL BLOOD PRESSURE. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. Arch Intern Med. 1997;157:657-67. RA
19. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. LONG-TERM EFFECTS OF WEIGHT LOSS AND 24 DIETARY SODIUM REDUCTION ON INCIDENCE OF HYPERTENSION. HYPERTENSION. 2000;35:544-9. F
20. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. EFFECTS ON BLOOD PRESSURE OF REDUCED DIETARY SODIUM AND THE DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION (DASH) DIET. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med. 2001;344:3-10. RA
21. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, et al. EFFECTS OF DIET AND SODIUM INTAKE ON BLOOD PRESSURE: SUBGROUP ANALYSIS OF THE DASH-SODIUM TRIAL. Ann Intern Med. 2001;135:1019-28. RA



22. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: A CRITICAL REVIEW OF CURRENT SCIENTIFIC EVIDENCE. HYPERTENSION. 2000;35:858-63. PR
23. 6. Kelley GA, Kelley KS. PROGRESSIVE RESISTANCE EXERCISE AND RESTING BLOOD PRESSURE: A meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension. 2000;35:838-43. M
24. 7. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. EFFECT OF AEROBIC EXERCISE ON BLOOD PRESSURE: A meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2002;136:493-503. M
25. Xin X, He J, Frontini MG, et al. EFFECTS OF ALCOHOL REDUCTION ON BLOOD PRESSURE: A meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension. 2001;38:1112-7. M
26. Mancia G et al. REVISION DE LA GUIA EUROPEA DE MANEJO DE HIPERTENSION: DOCUMENTO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSION. 2009 sep. Citado en: 2011-06-28.
27. De La Puente J. et al. GUÍAS CLÍNICAS 2009; 9, (Online). Citado: 2010-06-19. Disponible en : http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.asp
28. Mancia G et al. GUIA DE 2007 PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. GRUPO DE TRABAJO PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL DE LA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION Y LA EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. 2007. Citado en: 2011-06-25. (Online). Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>
29. Mu CL, Zhao CP, Hou JN, Jiang LS, Cui TQ, Bai B. IMPACT OF ANTIHYPERTENSIVE MEDICATION TIMING ON DEGREE AND STABILITY OF BLOOD PRESSURE LOWERING IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION (Pubmed Review). 2009 nov; 37(11):1010-3. Citado: 2010-06-05. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20137328>
30. Moliner, J et al. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. GUÍAS CLÍNICAS 2009; 9 (26). (Online). Citado: 2010-06-19. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.asp
31. Robbins, S. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 7^{ma} ed. Elsevier. 2008. Pág. 531
32. Musini M, Tejani M, Bassett K, Wright M. PHARMACOTHERAPY FOR HYPERTENSION IN THE ELDERLY. (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2010.
33. Aquino Alberto. GUIA METODOLOGICA DE ANALISIS PARTICIPATIVO DEL RIESGO DE DESASTRES PARA AREAS RURALES. 2006. Citado en: 2011-06-25. (Online). Disponible en: <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17080/doc17080-a.pdf>
34. Ortiz J. TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MATERNA Y NEONATAL EN LOS SERVICIOS



- PUBLICOS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY. 2010. (Online). Citado: 2011-06-12. Disponible en: http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=161
35. Mira J et al. PROMOCION DE LA INVESTIGACION EN ATENCION PRIMARIA, Rev. Aten Primaria. 40 (3):125-31. 2008
36. Márquez-Contreras E et al. INFLUENCIA DE LA MEDIDA CORRECTA DE LA PRESION ARTERIAL EN LA TOMA DE DECISIONES DIAGNOSTICADAS EN LA HIPERTENSION ARTERIAL. ESTUDIO MEDIDA. Rev. Aten Primaria. 131 (9):321-5. 2008
37. WHO, Melinda Henry. EL INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO PRESCRITO PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS ES UN PROBLEMA MUNDIAL DE GRAN ENVERGADURA. Ginebra 2003. (Online). Citado en: 2011-06-16. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
38. Llisterri J et al. CONDUCTA DEL MEDICO ANTE EL MAL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL. APORTACIONES DE LOS ESTUDIOS PRESCAP 2002 Y PRESCAP 2006 AL CONOCIMINETO DE LA INERCIA TERAPEUTICA EN ESPAÑA. Rev. Aten Primaria. 36:336-41 – vol.36 núm. 06. 2010
39. Hall J M, Hall J R, Alvarenga M, Gómez O. PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS DE EL PROGRESO. Rev. Med Hondur 2006; 73:60-64.
40. Rivas J, Gutiérrez C, Rivas J. TRATAMIENTO Y COSTOS FARMACOLOGICOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA EN UN HOSPITAL REGIONAL. Rev. Peruana de Cardiología. 2008. (Online). Citado en: 2011-06-15. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n3/pdf/a06v34n3.pdf
41. Bonet A et al. SE PUEDE MEJORAR EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL AL MISMO TIEMPO QUE REDUCIR SU COSTE. Informe de gestión clínica y sanitaria. Cochrane BVS. (Online). Citado en: 2011-06-28. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=farmacos%20and%20usados%20and%20en%20and%20hipertension%20and%20arterial&lang=es>
42. Márquez E et al. LA INERCIA CLINICA PROFESIONAL Y EL INCUMPLIMIENTO FARMACOLOGICO: ¿CÓMO INFLUYEN EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL? ESTUDIO CUMAMPA. 2007. (Online). Citado en: 2011-06-15. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2067597>



10.2 BIBLIOGRAFÍA

1. Agudo A, Jaramillo B. Tesis: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA 302 CENTRAL. Cuenca. 2007-2008.
2. Alcasena M, Martínez J, Romero J. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA: FISIOPATOLOGÍA. (Online). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol21/suple1/suple2a.html>
3. Aregullin-Elgio E, Alcorta-Garza M. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESCOLARES MEXICANOS. Rev. Salud pública de México. 51(1): 14-18. 2009. (Online) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51n1/05.pdf>
4. Arthur, L. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CONSUMO DE ALCOHOL (Online). Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=47201>
5. Blumenthal JA et al. EFFECTS OF THE DASH DIET ALONE AND IN COMBINATION WITH EXERCISE AND WEIGHT LOSS ON BLOOD PRESSURE: THE ENCORE STUDY. (Pubmed Review). 2010 Jan 25;170(2):126-35. (Online). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20101007>
6. Cirillo M, Del Giudice L, Bilancio G, Franzese MD, De Santo Ng. LOW SALT DIET AND TREATMENT OF HYPERTENSION: AN OLD STORY (Pubmed Review). 2009 Nov-Dec; 22 Suppl 14: 136-8. (Online). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20013746>
7. Estruch, R. EFECTOS DEL ALCOHOL EN LA FISIOLOGÍA HUMANA. (Online). Disponible en <http://www.adicciones.es/files/estruch.4.pdf>
8. Farreras P, Borstnar C. MEDICINA INTERNA. 16ª ed. Elsevier España. 2008
9. Feltes R et al. MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA. 7ª ed. McGraw-Hill. España. 2007
10. Fusco J, Barrio M, Denegri L. ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL ELEVADO Y VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL ALTAS EN EL CENTRO DE SALUD N VII DEL BARRIO "LAGUNA BRAVA". (Online). Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista156/1_156.htm
11. Galán M, Campos M, Pérez S. EFECTO DEL TABAQUISMO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 H – EVALUACIÓN MEDIANTE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL. (Online). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_5-6_04/med33_04.htm
12. González O, Rodríguez O. SAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. (Online). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_4_98/san08498.htm
13. Harrison, T. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 17ª ed. McGraw-Hill. 2008



14. Hulin I et al. DIASTOLIC BLOOD PRESSURE AS A MAJOR DETERMINANT OF TISSUE PERFUSION: POTENTIAL CLINICAL CONSEQUENCES. (Pubmed Review). 2010;111(1):54-6. (Online). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20429314>
15. Jiménez E et al. GUÍAS PARA LA DETECCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. (Online). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf>
16. Ke YN et al. EFFICACY AND SAFETY OF THE SINGLE PILL COMBINATION OF VALSARTAN 80 MG PLUS AMLODIPINE 5MG IN MILD TO MODERATE ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT ADEQUATE BLOOD PRESSURE CONTROL BY MONOTHERAPY. (Pubmed Review). 2009 Sep;37(9):794-9. (Online) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20128376>
17. Malpas SC. SYMPATHETIC NERVOUS SYSTEM OVERACTIVITY AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE. (Pubmed Review). 2010 Apr;90(2):513-57. (Online) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20393193>
18. Márquez E, De la Figueroa M, Roig L, Naval J. EL CUMPLIMIENTO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA, SEGÚN LA OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA. Proyecto Complex. Rev. Aten. Primaria. 39(8). 417-423. 2007.
19. Océano Mosby. DICCIONARIO DE MEDICINA, ed. Océano, Barcelona España, 2000.
20. Ojeda T, Pacheco J, Padilla D. Tesis: CARACTERÍSTICAS DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA 2005-2006.
21. Pérez B, Carrasco E; PREVALENCIA DE OBESIDAD, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA EN GRUPOS ABORÍGENES RURALES DE CHILE; Rev. Méd. Chile. Oct;127(10): 58. 1999.
22. Thomson. PLM DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS. ed. 35. 2009
23. Robbins, S. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. 7^{ma} ed. Elsevier. 2008
24. SEH-LELHA. GUÍA ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2005. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. (Online). Disponible en: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_7.pdf
25. Todd AS et al. DIETARY SALT LOADING IMPAIRS ARTERIAL VASCULAR REACTIVITY. (Pubmed Review) 2010 mar;91(3):557-64. (Online). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107199>
26. VADEMÉCUM FARMACOTERAPÉUTICO DEL ECUADOR 2009 2^{da} ed. Publiasesores. Ecuador. 2009