



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

III SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“PREFERENCIAS TERAPEUTICAS DE LOS MEDICOS PARA EL
TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE
SALUD PÚBLICA Y PRIVADA”.**

Requisito previo para optar por el título de: Médico

Autora: Coronado Barreno, Lizbeth Patricia

Tutor: Dr. Vaca Pazmiño, Carlos Fernando

Ambato – Ecuador

Julio, 2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Graduación sobre el tema:

“PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS MÉDICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA” de Lizbeth Patricia Coronado Barreno egresado de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para que continúe con los tramites y consiguiente aprobación de conformidad con el Art. 16 Capítulo II, del Reglamento de Graduación para obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Julio del 2011

EL TUTOR

.....
Dr. Carlos Vaca

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “PREFERENCIAS TERAPEUTICAS DE LOS MEDICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2011

EL AUTOR

.....
Lizbeth Patricia Coronado Barreno

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice presentando mis derechos de autor.

Ambato, Julio del 2011

EL AUTOR

.....
Lizbeth Patricia Coronado Barreno

APROBACIÓN DE LA COMISION CALIFICADORA

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “PREFERENCIAS TERAPEUTICAS DE LOS MEDICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA.” de Lizbeth Patricia Coronado Barreno, egresado de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio del 2011

Para constancia firman

.....
Dra. Mayra Sánchez

.....
Dr. Bárbaro Pérez

.....
Dra. Aida Aguilar

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres.

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminar cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar y por haberme regalado una familia maravillosa, a mis padres, Patricio y Narcisa quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad y porque me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes

Lizbeth Coronado

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

A mi Tutor de Tesis, Dr. Carlos Vaca de por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A la Dra. Aida Aguilar por haber confiado en mi persona, por la paciencia, el tiempo brindado, por la dirección de este trabajo y por su amistad que es invaluable.

Al Dr. Opilio Córdova por los consejos, el apoyo incondicional y el ánimo que me brindó durante toda mi carrera.

Lizbeth Coronado

INDICE DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	I
APROBACION DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
INDICE GENERAL.....	VIII
INDICE DE TABLAS.....	XIII
INDICE DE GRÁFICOS.....	XIV
RESUMEN EJECUTIVO.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	3
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO.....	6
1.2.3. PROGNOSIS.....	7
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8

1.2.5. DIRECTRICES.....	8
1.2.6. DELIMITACIÓN.....	8
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4. OBJETIVOS.....	10

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	13
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	13
2.4. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES.....	14
2.4.1. MARCO TEÓRICO.....	15
2.4.1.1 DEFINICIÓN.....	15
2.4.1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	15
2.4.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN.....	17
2.4.1.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	18
2.4.1.5 PREFERENCIAS TERAPEUTICAS.....	41
2.5. HIPOTESIS.....	57
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	57

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.2. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	59
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	60
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	60
3.4.3 CRITERIOS ÉTICOS.....	60
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
3.5.1 TÉCNICAS INSTRUMENTOS.....	63
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	63

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION.....	64
4.1.1 EDAD.....	64
4.1.2 SEXO.....	65
4.1.3 EDAD/SEXO.....	66
4.2. CARACTERISTICAS PROFESIONALES DE LA POBLACION.....	67

4.2.1. ESPECIALIDAD	67
4.2.2. LUGAR DE TRABAJO	69
4.2.3. TIEMPO DE TRABAJO	71
4.2.4 PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE	71
4.3. ANALISIS DE LAS PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS	73
4.3.1. PREFERENCIAS EN TIPOS DE TERAPIA	73
4.3.2. MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN	74
4.3.3. ESPECIALIDAD Y FÁRMACOS DE PRIMERA ELECCIÓN ..	77
4.3.4. PREFERENCIAS EN TERAPIA COMBINADA	78
4.3.5. CONOCIMIENTO Y USO DE GUIAS	79
4.3.6 FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESCRIPCIÓN	81
4.3.7 GENÉRICO O MARCA EN LA ELECCIÓN DE MEDICAMENTOS	83
4.3.8 FARMACOS DISPONIBLES EN EL LUGAR DE TRABAJO ..	84
4.3.9 DIFICULTADES EN LA PRESCRIPCION	85
4.4. VALIDACION DE LA HIPÓTESIS	86

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES	88
5.2. RECOMENDACIONES	88

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS.....	90
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	91
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	93
6.4. MARCO INSTITUCIONAL.....	95
6.5. OBJETIVOS.....	95
6.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	95
6.6.1 PRESCRIPCION.....	95
6.6.2 ADHERENCIA.....	99
6.6.3 CAPACITACION.....	103
6.7. ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	108
6.8. MODELO OPERATIVO.....	110
6.9. ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA.....	112
6.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	113
ANEXOS.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Clasificación de los niveles de la presión arterial en adultos.....	17
Tabla 2.2 Clasificación de los niveles de la presión arterial JNC 7.....	18
Tabla 3.1 Población y Muestra.....	59
Tabla 3.2 Variable Independiente.....	61
Tabla 3.3 Variable dependiente.....	62
Tabla 4.1 Criterios que intervienen para la prescripción.....	82
Tabla 4.2 Genéricos o Marca.....	83
Tabla 4.3 Fármacos disponibles en el lugar de trabajo.....	85
Tabla 4.4 Dificultades en la prescripción.....	85
Tabla 6.1 Modelo Operativo.....	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

2.1 Categorización de variables.....	15
4.1 Edad.....	64
4.2 Sexo.....	66
4.3 Edad y Sexo.....	67
4.4 Especialidad.....	68
4.5 Lugar de trabajo.....	70
4.6 Tiempo de trabajo.....	71
4.7 Atención de pacientes.....	72
4.8 Tipos de terapia.....	74
4.9 Elección de medicamentos.....	75
4.10 Especialidad y fármacos.....	77
4.11 Terapia combinada.....	78
4.12 Uso de guías.....	79
4.13 Factores en la prescripción.....	81
6.1 Administración de la propuesta.....	112

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer qué factores interfieren en la prescripción de medicamentos, para el tratamiento de la hipertensión arterial leve a moderada en los sectores públicos y privados; parte desde la vivencia diaria donde médicos generales y especialistas en sus consultorios reciben a pacientes, que esperan un tratamiento específico, duradero y eficaz salen con prescripciones similares en los dos sectores, no se realiza un estudio de las características propias de cada individuo, los tipos de medicamentos, familias y dosis se manejan de forma mecanizada.

El enfoque del trabajo realizado fue el cualitativo, aplicando la investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo, se encuestó a 91 médicos para determinar los medicamentos utilizados en la hipertensión, estableciéndose que los IECAS con el Enalapril es el más utilizado, en la terapia combinada los IECAS + Diuréticos son los preferidos, las razones para recetarlos son el costo, ya que la mayoría de gente provienen del estrato medio bajo y la disponibilidad en cada uno de los establecimientos de salud, esto limita a los médicos especialistas a enviar medicamentos fuera de esta línea, se suman a los médicos generales en las preferencias antes mencionadas. Los galenos reconocen como limitante para el cumplimiento de metas el poco recurso que dan las instituciones para la adquisición de fármacos, otro problema manifiesto es que sin duda la terapia farmacológica ayuda al control de la presión arterial, el no tener un cambio de hábitos agrava la situación de los pacientes, que se hacen más propensos a sufrir daño a órganos vitales.

PALABRAS CLAVES: PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EXECUTIVE SUMMARY

This research work was as a question of knowing what factors interfere with prescription medications for the treatment of mild to moderate hypertension in public and private sectors, part from the daily experience where general practitioners and specialists in their offices receive patients waiting for a specific treatment, leaving lasting and effective with similar requirements in both sectors, there is a study of the characteristics of each individual, the types of drugs, families and dose are handled mechanically.

The focus of the work was qualitative, using field research with a descriptive level, 91 doctors were surveyed to determine the drugs used in hypertension, establishing that the ACE inhibitors with Enalapril is the most widely used in therapy Combined ACE inhibitors + Diuretics are preferred, the reasons for prescribing them are cost, since most people from the lower middle strata and the availability in each health facility, this limits to medical specialists to send drugs out this line, in addition to general practitioners in the preferences listed above. The doctors recognized as limiting for the performance of the limited resource goals that institutions provide for the purchase of drugs, another glaring problem is that drug therapy undoubtedly helps to control blood pressure, not having a change of habit worsens situation of patients who are more likely to suffer damage to vital organs.

KEYWORDS: PREFERENCES THERAPEUTIC, HYPERTENSION

INTRODUCCIÓN

La elección del fármaco es el elemento crucial de la prescripción, debiéndose tomar en cuenta diversos factores, particularmente la experiencia previa del médico, los paciente con antihipertensivos antes tratados, la capacidad de seguir el tratamiento, el menor número de pastillas posible, el costo y la presencia de comorbilidades.¹

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la hipertensión arterial ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.²

El médico actualmente se limita a recetar fármacos, que se ven influenciados a experiencias previas, remesas de farmacéuticas, o limitación de productos existentes en el área de trabajo sin tomar en cuenta las condiciones reales de los pacientes, principalmente que al no tener presupuesto no cumplen con el tratamiento señalado y el objetivo primordial de la atención en salud que es el control de la presión arterial queda en un simple formalismo.³

Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la terapéutica más recomendable hacia un paciente o situación en particular. Es arduo seguirle la pista a tantas publicaciones que aportan a la resolución de una duda en particular, a veces con resultados contradictorios.⁴

La clave fundamental del tratamiento no sólo debe ser dirigido a normalizar las cifras tensionales de acuerdo con las comorbilidades del paciente: a menos de 140/90 mmHg., en la población general y en la población diabética o con enfermedad renal a menos de 130/80 mmHg. Paralelamente se deben corregir todos los factores de riesgo, pues incluso, una vez controlados, los pacientes hipertensos continúan

teniendo mayor probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria que los normotensos, pese alcanzar el mismo nivel de presión arterial.¹

El objetivo del presente estudio es determinar las preferencias terapéuticas, identificando los fármacos más prescritos, las combinaciones terapéuticas más utilizadas, la especialidad médica el costo y disponibilidad de los mismos en los servicios de salud públicos y privados

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA: “PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS MÉDICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

La elección del fármaco es el elemento crucial de la prescripción, debiéndose tomar en cuenta diversos factores, particularmente la experiencia previa del médico, los paciente con antihipertensivos antes tratados, la capacidad de seguir el tratamiento, el menor número de pastillas posible, el costo y la presencia de comorbilidades.[1]

El principal objetivo del tratamiento es reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a la hipertensión, incluidos episodios cardíacos,

cerebrales, enfermedad renal y vascular periférica; pero aún así muy pocos pacientes logran seguir el tratamiento.

Probablemente hay algunas razones para esta escasa reducción, quizá la más importante se debe al hecho de que, en todo el mundo, sólo están controlados adecuadamente menos del 25% de los pacientes hipertensos. [1]

En una encuesta en EEUU realizada con 11.613 pacientes hipertensos en tratamiento antihipertensivo, se demostró que la valoración de las acciones que se habían desarrollado en el 63% de los pacientes no estaba controlada adecuadamente, en el 82% no se había realizado ninguna acción y en el 18% se aumentó la dosis, se sustituyó el fármaco o se añadió un segundo fármaco. [1]

De todos es conocida la alta prevalencia del incumplimiento farmacológico en la hipertensión arterial en España, cuyo porcentaje oscila entre el 7,1 y el 66,2%, y es una de las grandes asignaturas pendientes por resolver por parte de los profesionales sanitarios, que no sólo investigan poco el incumplimiento del tratamiento, sino que además, cuando lo hacen, en un porcentaje muy alto no se utiliza la mejor metodología para su detección. [1] Hay que tener en cuenta que el 75% de los profesionales sanitarios refiere no haber recibido formación reglada académica sobre el cumplimiento, y sólo el 15,2% refiere haber recibido alguna formación por parte de los organismos oficiales. [2]

Sin embargo, el 84,3% de ellos considera el incumplimiento como una causa principal de la falta de control de la HTA y el 75% estaría dispuesto a modificar su actitud ante él. La causa principal que dificulta su actuación ante el incumplimiento fue la presión asistencial (60,7% de los casos). [2]

La hipertensión arterial, sus complicaciones, y las enfermedades relacionadas, representan un problema de salud pública de primera

magnitud, que está lejos de estar bajo control, aún en países desarrollados. [3]

En Latinoamérica, una región que comparte muchos aspectos histórico-culturales y socio-económicos, como también una problemática sanitaria, la situación es aún más seria, y dentro de la búsqueda de soluciones se deben tener en cuenta condiciones regionales tanto epidemiológicas como de recursos que influyen de manera trascendente sobre las acciones médicas. En este sentido la aplicabilidad de las recomendaciones internacionales para el manejo de estas enfermedades requiere una adaptación a nuestra realidad. En varios países se han desarrollado normas, recomendaciones, o guías para auxiliar al médico en el manejo de los pacientes hipertensos. [2]

El mal manejo en el tratamiento en América del Sur afecta en forma directa sus vidas, reduciéndolas en tiempo y calidad. A pesar de eso un 40% de los pacientes hipertensos no logra incorporar las pautas de su tratamiento, y un tercio de los “cumplidores” deja de serlo antes del año. Los especialistas explican cómo a cierta resistencia natural al cambio se le suman premisas equivocadas, y dan claves para adaptar el tratamiento al paciente y no al revés. [1]

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador la hipertensión arterial ha experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994 – 2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años. [3]

Para el 2009, los casos notificados fueron de 151,821 para hipertensión arterial. En el periodo 2000 a 2009, la incidencia de la hipertensión arterial pasó de 256 a 1084 por 100,000 habitantes; las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país. Su incidencia es mayor en la mujer. [3]

Por Provincias la mayor tasa de incidencia de hipertensión está en: Manabí, que para el año 2000, la tasa de incidencia fue de 453,9 y para el 2009 de 2.261,67 por cada 100.000 habitantes, le sigue Esmeraldas, que para el año 2000, la tasa de incidencia fue de 452,8 y para el 2009, de 2.223,31, Cañar, que para el año 2000, la tasa de incidencia fue de 318 personas por cada 100.000 habitantes y su tendencia es hacia el aumento, siendo para el año 2009, de 2.134,95 le sigue los Ríos con una tasa de 1761 Azuay con una tasa de 1381; en sexto lugar se encuentra la provincia de Napo con una tasa de 1150, en el mismo año 2009. [3]

Consecuente con este escenario epidemiológico, el Ministerio de Salud Pública, ha establecido que el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye una alta prioridad política y estratégica, para ello se ha establecido como referente técnico la Estrategia Regional y Plan de Acción de la OPS/OMS, con Enfoque Integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas. [3]

El médico actualmente se limita a recetar fármacos, que se ven influenciados a experiencias previas, remesas de farmacéuticas, o limitación de productos existentes en el área de trabajo sin tomar en cuenta las condiciones reales de los pacientes, principalmente que al no tener presupuesto no cumplen con el tratamiento señalado y el objetivo primordial de la atención en salud que es el control de la presión arterial queda en un simple formalismo.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular con prevalencia más elevada y su control inadecuado aumenta la morbimortalidad. Por este motivo, todas las guías coinciden en la necesidad de disminuir las cifras de presión arterial en los pacientes. [1]

El incumplimiento terapéutico por parte del paciente constituye una dificultad añadida para este objetivo, pero también la actitud del médico, en ocasiones es bastante conservadora. En las últimas décadas la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud se ha considerado como indicador clave de la calidad de los sistemas sanitarios, que al no ser atendidos ni favorecidos adecuadamente con medicamentos que les permita tener una mejor calidad de vida, seguirá presentándose alta tasas de tratamientos mal controlados.[4]

Además de la accesibilidad a los servicios de salud, adherencia al tratamiento y las recomendaciones que las guías de tratamiento proponen, hay que considerar el costo y la baja dosis del fármaco para la terapia inicial en pacientes hipertensos de baja complejidad y que la adquisición de los fármacos sea sostenible en el tiempo. [1]

1.2.3 PROGNOSIS

La falta de cumplimiento de la medicación para disminuir la presión arterial es una razón principal de la deficiencia en el control de la hipertensión en todo el mundo. Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos han sido evaluadas, pero el escaso interés en la falta de cumplimiento del tratamiento, supone a priori un aumento de visitas por el mal control del factor de riesgo a tratar y un continuo cambio de medicación que nunca llega a ser utilizada. Como consecuencia de esto, el aumento del gasto monetario a corto y medio plazo será siempre mayor. [2]

Por la complejidad y la extensión del tema, se hace difícil para muchos médicos tener una idea clara y precisa acerca de la terapéutica más recomendable hacia un paciente o situación en particular. Es arduo seguirle la pista a tantas publicaciones que aportan a la resolución de una duda en particular, a veces con resultados contradictorios. [5]

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué preferencias terapéuticas para el tratamiento de hipertensión arterial leve a moderada tienen los médicos del sector público y privado?

1.2.5 DIRECTRICES

¿Cómo influye la especialidad médica en la elección de medicamentos?

¿Qué factores interfieren en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial?

¿Cuáles son las dificultades en la prescripción de medicamentos y aplicación de las guías para el tratamiento de la hipertensión arterial?

1.2.6 DELIMITACIÓN

1.2.6.1. CAMPO: Medicina Interna

1.2.6.2. AREA: Cardiología

1.2.6.3. ASPECTO: Tratamiento de la Hipertensión

1.2.6.4. TEMPORAL: Noviembre 2010 -marzo 2011

1.2.6.5. ESPACIAL: HPDA, IESS, Hospital Alli Causai, Hospital Indígena, Hospital Municipal, Hospital Milleniun, Subcentros de Salud, Consultorios privados

1.3. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión es una enfermedad multifactorial, como consecuencia, es muy difícil o imposible controlar con terapia farmacológica solamente, es necesario implementar en los pacientes y profesionales de la salud actitudes que mejoren las expectativas de conseguir una mejor calidad de vida. Los médicos encuentran frecuentemente una situación, en la que la presión arterial del paciente mejora mucho con el tratamiento farmacológico inicial, pero no se controla adecuadamente. [4] [27]

El aumento de la dosis del fármaco inicial puede conseguir un mejor control pero generalmente conlleva un aumento importante de los efectos secundarios debidos a la dosis, que puede influir negativamente en la aceptación del paciente. Se produce entonces un dilema consistente en aceptar una presión ligeramente mayor de lo deseable o someterse al riesgo de mayores efectos secundarios y menor aceptación por parte del paciente. En muchos casos se prefiere el control inadecuado de la presión, el escaso control de los pacientes hipertensos indica que este sistema está fallando y que los médicos no están realizando últimamente los cambios necesarios para conseguir un control adecuado de la patología. [6] [20]

Debe tenerse en cuenta que hay estudios del tema que corresponden a la atención medica general, ya que la información acerca del resultado del tratamiento en unidades especializadas en la atención del paciente hipertenso es escasa. Este vacío de información motiva el presente trabajo.

Los beneficiarios de este estudio serán los pacientes hipertensos y los médicos porque tendrán a su alcance información de medicamentos que sean de fácil acceso independientemente del lugar donde sean tratados.

La investigación es factible porque se cuenta con los recursos materiales, económicos y humanos para recabar datos fidedignos de la fuente donde se genera el problema.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Determinar las preferencias terapéuticas de los médicos para el tratamiento de la hipertensión leve a moderada en relación con los servicios de salud público y privado.

1.4.2 ESPECÍFICOS

- Analizar cómo influye las especialidades médicas en la elección de medicamentos antihipertensivos.
- Describir los factores que intervienen en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.
- Identificar las dificultades en la prescripción de medicamentos y aplicación de las guías para el tratamiento de la hipertensión arterial.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el 2008 las guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México advirtieron que una terapéutica farmacológica óptima, consiste en la elección de los fármacos que potencialmente ofrezcan el mayor beneficio al enfermo y su economía, en armonía con la estratificación de su padecimiento. Las características dominantes de la Hipertensión Arterial Sistémica en México, con su asociación al síndrome metabólico y la frecuente presencia de daño a órganos blanco, como el corazón, el riñón y la circulación cerebral, requieren usualmente la aplicación de dos o más medicamentos, por lo que depende muchas veces la población de estudio para la decisión de fármacos a administrar. [7]

Terán J, Escobar L realizaron un estudio para medir los precios, disponibilidad y asequibilidad, y componentes del precio de medicamentos seleccionados en Ecuador en el 2008. Los resultados de la investigación establecen deficiencias significativas a nivel público y privado, especialmente para los medicamentos genéricos.

La disponibilidad media de todos los medicamentos de la encuesta fue muy baja (32,9%), por tanto, en algunas unidades, tanto públicas como privadas, pueden existir problemas importantes de disponibilidad. [8]

Rivas J. Gutiérrez C. realizaron un estudio del Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada en un hospital regional de la Policía Nacional del Perú mediante un estudio analítico transversal en una cohorte de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, En el periodo de un año se registró una prescripción de 522,360 unidades de medicamentos, siendo los fármacos más utilizados el enalapril (56.61%), los calcio antagonistas dihidropiridínicos (amlodipino 16.87% y nifedipino 5.05%), los betabloqueadores (atenolol 9.79%) y los diuréticos tiazídicos (9.60%). El 50% recibe monoterapia, el 43% utiliza dos fármacos y el 7% tres fármacos. Enalapril es el fármaco más utilizado en monoterapia (65.7%), cuando se combinan dos fármacos la asociación más frecuente es enalapril con tiazidas (38.9%) y la combinación más frecuentemente al utilizar tres fármacos es la asociación entre enalapril, calcio antagonistas dihidropiridínicos y tiazidas (51.7%). [9]

Bernztein R, Drake I realizan un estudio sobre el uso de medicamentos en hipertensión arterial en el primer nivel de atención pública en la república de la Argentina. La frecuencia de prescripción fue: enalapril 77,0%, atenolol 22,1%, hidroclorotiazida 12,5% y aspirina 7,1%. Sobre la base de estadísticas poblacionales previas y la prevalencia esperada de HTA. El 74,9% de los beneficiarios hipertensos recibió tratamientos suficientes para 4 o menos meses por año. [10]

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El presente trabajo de investigación va a tener un efecto axiológico, porque permite identificar y observar las preferencias terapéuticas de un grupo de médicos, el cual tiene un alto grado de repercusiones en el tratamiento de los pacientes, por lo que se podrá promover sugerencias que regularicen los medicamentos administrados, basados en su efectividad y disponibilidad, evitando así el control inadecuado de la hipertensión arterial.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”;

El Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”;

Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema, por lo que propone:

“Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de la población a medicamentos genéricos, para el tratamiento de las enfermedades de mayor prevalencia;

con énfasis en la selección y uso racional, precios accesibles, sostenibilidad financiera y sistemas de provisión confiables.”

“Favorecer el uso racional de medicamentos, que garantice que los pacientes reciban la terapia apropiada para sus necesidades, en dosis que se ajusten a sus necesidades individuales, durante un período de tiempo adecuado y al costo más bajo posible, tanto para el paciente, como para la comunidad”.

El Código de la salud manda en el artículo 63 que la Autoridad de Salud dictará las normas, ejecutará las acciones, ordenará las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos y de la comunidad.

El Artículo 96 del mismo cuerpo legal manda que el Estado fomentara y promoverá la salud individual y colectiva.

Por otra parte, el artículo 42 de la Constitución Política de la República dispone que el Estado garantice el derecho a la salud, su promoción y protección.

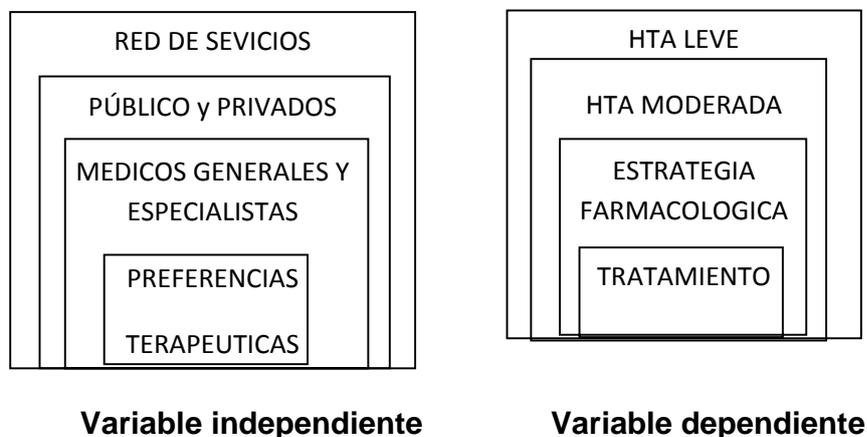
El artículo 63 del Código de la Salud dispone que la Autoridad de Salud dictara las normas, ejecutará las acciones. Ordenará las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales.

2.4. CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Preferencias terapéuticas de los médicos

Variable dependiente: Tratamiento de la hipertensión

Gráfico No. 2.1



2.4.1 MARCOTEÓRICO

2.4.1.1 DEFINICION

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, género, grupo étnico, herencia). [11] [21]

2.4.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Las enfermedades cardiovasculares, entre estas la hipertensión, son las principales causas de muerte en el mundo. En América Latina representa el 30% de fallecimientos. En el Ecuador, según el Estudio de Prevalencia de Hipertensión Arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. [13] [24]

Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales, como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial. Alrededor de la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, y sólo una pequeña fracción de los tratados está controlada. [12] [23]

El envejecimiento poblacional representa un problema de magnitud diferente en los países de la región: mientras que las personas mayores de 65 años constituyen menos del 5% de la población en Perú, Paraguay y Brasil, llegan al 12% en Uruguay. Al aumentar la población añosa, aumenta el número de hipertensos, con predominio de la hipertensión sistólica, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control. Además, el envejecimiento se asocia a un incremento de la comorbilidad general y cardiovascular. [23]

El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de la hipertensión, y contribuye a que se la reconozca y se la trate menos. Así, en Chile, la hipertensión y la obesidad tienen tasas de prevalencia del 12,1% y el 21,5%, respectivamente, en el estrato socioeconómico superior y del 21% y 40,1% en el inferior. Además, los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, correlación más evidente en las mujeres. En Argentina, la prevalencia de la hipertensión aumenta del 19% entre las personas más instruidas, al 50% entre las carentes de instrucción. [23]

Factores socioculturales parecen incidir en la diferente prevalencia de la hipertensión en determinados grupos étnicos, como la población negra de Cuba y de Brasil. Del mismo modo, la baja presión arterial y su falta de aumento con la edad en poblaciones indígenas que viven aisladas de la civilización parecen relacionarse con modos de vida, más que con factores raciales. [23]

El proceso de aculturación se asocia a una mayor prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo. La transición de las poblaciones indígenas al sedentarismo y hábitos alimentarios urbanos, así como la incorporación de alcohol y tabaco, determina un aumento del promedio de

hipertensión arterial y su elevación con la edad, característica de las sociedades occidentales. [23]

2.4.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN:

Se han desarrollado diversas clasificaciones de HTA por diversas asociaciones científicas de las cuales se presentan las dos vigentes.

Las guías de las asociaciones europeas continúan graduando la HTA en tres categorías, mantienen la categoría de presión normal alta y se continúa usando la clasificación de la OMS publicada en 1999. Así mismo, se insiste en algo fundamental: los puntos de corte deben ser flexibles y ser considerados adecuados o no de acuerdo con el nivel de riesgo cardiovascular del paciente. [18] [22]

Tabla No. 2.1 CLASIFICACION DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS SEGÚN OMS, BHS-ESH-ESC-SEH

CATEGORIA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
HIPERTENSION		
Estadio 1 (leve)	140-159	90-99
Estadio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estadio 3 (severa)	180-209	110-119

Fuente: British Hipertension Society (BHS), European Society Hipertension (ESH), European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH)

El VII Reporte del JNC ha creado la categoría pre hipertensión para dar mayor importancia a un estado pre mórbido y une bajo una sola categoría la antigua hipertensión arterial grado 2 y 3 al considerar el mismo riesgo de

morbimortalidad. Además, plantea tener en cuenta los otros factores de riesgo cardiovascular y la evidencia de lesión de órgano blanco. [15] [21]

Tabla No. 2.2 Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos, según JNC 7

CATEGORIA	SISTOLICA mmHg	DIASTÓLICA mmHg
Normal	<120	< 80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Estado 1	140-159	90-99
Estado 2	≥160	≥100

Fuente: VII Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure

2.4.1.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Diuréticos

Introducción

Los diuréticos se usan para el tratamiento de la hipertensión desde 1957 y desde entonces varios estudios han demostrado su efectividad en la reducción de la morbilidad y mortalidad del paciente hipertenso. [13]

Clasificación y Propiedades farmacológicas

Los diuréticos útiles en hipertensión se dividen en cuatro grupos según el sitio de acción en el túbulo renal:

- Agentes que actúan sobre el túbulo proximal, como los inhibidores de la anhidrasa carbónica, que tienen efectividad antihipertensiva limitada. [12]
- Diuréticos que actúan inhibiendo la reabsorción de sodio en el asa de Henle, como furosemida, ácido etacrínico, bumetanide, son de acción rápida pero menos efectivos como antihipertensivos; se emplean preferiblemente en pacientes con deterioro de la función renal o en falla cardíaca.
- Diuréticos tipo tiazida que incluyen hidroclorotiazida y clortalidona, inhiben la reabsorción de sodio en el túbulo distal; se usan preferentemente en pacientes con función renal normal.
- Agentes ahorradores de potasio que actúan en el túbulo distal e incluyen espironolactona, amiloride, triamtereno y eplerenone.
Amiloride y triamtereno, con acción diurética débil, inhiben directamente la secreción de potasio y son efectivos en mantener el balance de éste. La espironolactona y el eplerenone, inhibidores de la aldosterona, conservan el potasio y tienen propiedades antihipertensivas. [12]

Inicialmente, de acuerdo con su mecanismo de acción, los diuréticos incrementan la excreción de sodio y reducen el volumen plasmático, el volumen extracelular, el gasto cardíaco y la presión arterial. Estos volúmenes regresan a lo normal en seis a ocho semanas, pero la presión arterial continúa controlada, lo cual está relacionado con la disminución de la resistencia periférica, debido probablemente a efectos sobre el flujo iónico a través de las células del músculo liso arterial.

Con la disminución del volumen sanguíneo y de la presión arterial, hay disminución de la perfusión renal lo que estimula el sistema renina-angiotensina-aldosterona, manteniéndose el balance de los fluidos; con el uso de antihipertensivos que actúan sobre estos sistemas, se mantiene el efecto antihipertensivo de los diuréticos. [23]

Los diuréticos más usados en los estudios clínicos han sido los tiazídicos o de acción semejante, intercambiando hidroclorotiazida y clortalidona. [13]

Eventos adversos

Los efectos secundarios vienen determinados por el mecanismo de acción. Son dosis dependientes (raros a dosis bajas), siendo quizás éste el mayor determinante de su magnitud:

- Alteraciones hidroelectrolíticas: deshidratación, hipovolemia, hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia, hipercalcemia, alcalosis, azotemia. La hipopotasemia tiene una incidencia entre un 10-50%, es más frecuente con los diuréticos de asa y los tiazídicos, favorece la aparición de arritmias ventriculares, siendo el riesgo mayor en los hipertensos ancianos, con hipertrofia de ventrículo izquierdo o cardiopatía isquémica asociada, y en pacientes digitalizados. El riesgo disminuye utilizando dosis bajas de diuréticos, administrando suplementos de K o asociándolos con diuréticos ahorradores de potasio.
- Alteraciones metabólicas: Producen en ocasiones hiperglucemia y resistencia a la insulina, aunque está por aclarar el significado clínico de estas alteraciones. Los diuréticos tiazídicos pueden aumentar los niveles de colesterol en el 5-7% en los primeros 3-12 meses de tratamiento. En ensayos clínicos a 3-5 años el efecto, incluso a dosis altas, fue mínimo o inexistente. La hiperuricemia asintomática no precisa tratamiento. [30]

Otros efectos adversos:

- Hipotensión postural.
- Digestivo: anorexia, náuseas, pancreatitis con las tiazidas.
- Dermatológicos: eritema, fotosensibilidad.
- Hematológicos: las tiazidas pueden producir trombopenia.
- Endocrinos: ginecomastia con la espironolactona, disminución de la libido e impotencia en los varones (a dosis altas). [30]

Contraindicaciones: Solo existe una contraindicación establecida: el paciente con gota. Los diuréticos a dosis bajas pueden ser usados como fármacos de primera línea en diabéticos. Tampoco existe contraindicación en hiperlipémicos. [30]

Conclusiones: Los nuevos medicamentos antihipertensivos no han demostrado ser superiores a los diuréticos en el control de la presión arterial, pero pueden ser útiles en pacientes con comorbilidades. [30]

En pacientes que requieran más de dos medicamentos para el control de la presión arterial, uno de ellos deberá ser un diurético.

Con la evidencia actual, los diuréticos, en especial los tiazídicos o relacionados con éstos, deberían ser ampliamente usados como antihipertensivos de primera línea al iniciar fármacos en el tratamiento de la presión arterial, como monoterapia o como coadyuvante de otras medicaciones en pacientes con presión arterial aislada o en pacientes con comorbilidad. [30]

En pacientes con falla cardíaca, enfermedad renal y diabéticos debe tenerse en cuenta la patología de base y el equilibrio electrolítico, y en éstos es posible que sea necesario usar diurético de asa o la combinación de cualquiera (tiazídico o de asa) más un ahorrador de potasio. En pacientes con falla cardíaca, se recomienda el uso de antagonistas de la aldosterona. [13]

Estos medicamentos son de bajo costo, lo que tiene grandes implicaciones económicas para el sistema de salud en general y para el paciente en particular, ya que permiten la adherencia al tratamiento, algo bastante importante para evitar las consecuencias de la hipertensión arterial sobre el sistema vascular. [13, 30]

Betabloqueadores

Introducción

Los fármacos beta-bloqueantes se conocen desde hace más de treinta años, y su uso actual está extendido a multitud de trastornos como hipertensión arterial, miocardiopatía hipertrófica, prolapso de la válvula mitral, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, migraña y tirotoxicosis entre otras.[12,13,17]

Mecanismo de acción

Existen dos tipos de beta-receptores adrenérgicos en base a su respuesta a las catecolaminas. Los receptores β_1 predominan, fundamentalmente, en el tejido cardíaco, cuya activación produce taquicardia y aumento de la contractilidad y excitabilidad miocárdica, y los β_2 que se encuentran sobre todo en pulmón y vasos, induciendo dilatación arteriolar sistémica. Producen pues un bloqueo competitivo y reversible de las acciones de las catecolaminas. [30]

Reducen las resistencias vasculares periféricas por un mecanismo mixto en el que están implicados el bloqueo de los receptores β_2 -presinápticos, una acción central (reajuste de los barorreceptores), la inhibición de la secreción de renina, y un aumento de la síntesis vascular de prostaglandina E2 y óxido nítrico. [12,13,17]

Así pues, su efecto antihipertensivo se debe a varios mecanismos, siendo los más importantes:

- Disminución del gasto cardíaco: La disminución del gasto cardíaco trae consigo un aumento de las resistencias periféricas los primeros días del tratamiento, pero este fenómeno reflejo sufre un acomodo en días, volviendo las resistencias periféricas a su situación basal mientras que el gasto cardíaco sigue bajo.

- Inhibición de la actividad de renina plasmática: El bloqueo de los receptores β_1 de las células yuxtaglomerulares del riñón inhibe la liberación de renina.

La inhibición de la renina plasmática trae consigo una disminución de la síntesis de angiotensina I y II, cuestión que puede ser útil en el tratamiento de pacientes hipertensos con niveles elevados de renina; serían pues más útiles en pacientes jóvenes que en ancianos, ya que la actividad de renina plasmática en los primeros está más elevada. [13]

Indicaciones y efectos secundarios

Los B-bloqueantes se han mostrado efectivos en el tratamiento de la hipertensión arterial ligera a moderada y en sus complicaciones cardiovasculares. Su efectividad se pone de manifiesto tanto en monoterapia como asociados a otros grupos farmacológicos. [12]

Los β -bloqueantes son útiles en la reducción de la hipertrofia ventricular izquierda así como en la prevención de reinfarto en pacientes que previamente lo habían tenido. Reducen la progresión de las placas de ateroma en modelos de experimentación animal. [13]

En general responden mejor a β -bloqueantes los hipertensos varones blancos, y son particularmente útiles en aquellos con renina alta, palpitaciones, taquiarritmias, cardiopatía isquémica, estrés, ansiedad, hipertiroidismo, glaucoma o migraña. En general se prefieren los β bloqueantes β_1 -selectivos y los que permiten una única dosis al día, pues facilitan el seguimiento del tratamiento. Asociados a vasodilatadores reducen la actividad neurohormonal y la taquicardia, que estos producen, a la vez que potencian su actividad antihipertensiva. [12,13,14]

El uso de β -bloqueantes junto con otros grupos farmacológicos potencia su efecto antihipertensivo, éste es el caso de su adición a: vasodilatadores, calcioantagonistas, diuréticos, alfa-bloqueantes y antagonistas de los receptores AT-1; si bien, su uso con alguno de ellos puede causar ciertos

efectos indeseables, como en el caso de los calcioantagonistas, tipo verapamilo y diltiazem, que pueden producir episodios de bradicardia extrema y bloqueos aurículoventriculares avanzados, de la misma manera que cuando se usan junto a la digoxina.[14][17]

Los β -bloqueantes presentan efectos secundarios que en ocasiones podrían desaconsejar su uso:

- **Cardiodepresores:** pueden producir bradicardia y bloqueo A-V. Su efecto sobre la contractilidad cardiaca puede producir, o empeorar, una insuficiencia cardiaca en pacientes con bajo gasto. Estudios recientes han demostrado, no obstante, efectos beneficiosos de bisoprolol y carvedilol en pacientes con insuficiencia cardiaca moderada y severa.
- **Pulmonar:** pueden originar broncoespasmo en pacientes asmáticos, o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, debido al bloqueo de los receptores β_2 pulmonares.
- **Digestivos:** náuseas, estreñimiento.
- **SNC:** los efectos derivan de la posibilidad de atravesar la barrera hematoencefálica (propranolol), lo cual puede producir desde alteraciones del sueño hasta sedación intensa y disfunción sexual. Es menos frecuente con beta bloqueantes menos liposolubles como atenolol.
- **Vascular:** El bloqueo de los receptores β_2 vasodilatadores produce un predominio del tono alfa-vasoconstrictor, que explica la aparición de calambres, sensación de frío o cansancio en las extremidades y el empeoramiento de las vasculopatías (claudicación intermitente, Raynaud).
- **Disfunción sexual.**
- **Metabólicos:** aumenta las VLDL, triglicéridos y LDL-colesterol y reduce la actividad de la lipoproteinlipasa, lo cual puede llevar a un empeoramiento del perfil lipídico de los pacientes, aunque no se ha determinado la importancia clínica de éstos cambios. Aumentan la resistencia a la

insulina y, también, pueden bloquear la descarga catecolamínica que se produce en la hipoglucemia, lo cual puede enmascarar su clínica, por esto deben usarse con cuidado en los pacientes diabéticos.

La supresión brusca del tratamiento conduce a una hipertensión de rebote y agrava la cardiopatía isquémica, por la que debe hacerse de forma muy gradual. [18]

Contraindicaciones: Existirá contraindicación absoluta en pacientes con Asma, enfermedad periférica grave (el bloqueo beta 2 deja sin oposición a los receptores alfa vasoconstrictores) y pacientes con enfermedad de Raynaud. También estarían contraindicados en hipertensos que padezcan trastornos de la conducción aurículo-ventricular tipo bloqueo avanzado, así como en bradicardia, enfermedad del seno y en insuficiencia cardíaca congestiva leve-moderada. Se deben usar con precaución en el caso de enfermedad vascular periférica, diabetes mellitus e hiperlipemia. Aunque en el diabético que ha sufrido un infarto el beneficio supera a los riesgos. [12][18]

Conclusiones: La utilización de los betabloqueadores como medicamentos de primera línea, está en discusión al no haber demostrado una disminución consistente en la morbimortalidad cardiovascular. [13][30]

En el tratamiento de la hipertensión arterial, los betabloqueadores están indicados en pacientes con patologías asociadas en las cuales su utilización ha demostrado disminución en la morbimortalidad cardiovascular. En pacientes que requieren un betabloqueador por patologías asociadas, éstos no deben discontinuarse. [13]

Están indicados en pacientes blancos jóvenes, en aquellos con taquicardia en reposo o componente adrenérgico asociado, en el hipertenso con angina

o antecedente de infarto del miocardio y en presencia de falla cardíaca (con o sin hipertensión arterial). No se aconseja su utilización en pacientes ancianos. Deben evitarse o emplearse con precaución en pacientes en riesgo de desarrollar diabetes, como en pacientes obesos, con alteraciones de la glicemia basal o con síndrome metabólico. [13]

Bloqueadores de los canales de calcio

Introducción

Desde su introducción hace dos décadas, los bloqueadores de los canales de calcio han demostrado ser muy efectivos en el control de la presión sanguínea y de la angina de pecho. [13]

Clasificación

La clasificación más básica es en dihidropiridinas y no dihidropiridinas:

- Dihidropiridinas: amlodipino, felodipino, isradipino, lacidipino, lercanidipino, nicardipino, nifedipino, nisoldipino, nitrandipino.
- No dihidropiridinas: diltiazem y verapamilo.

Mientras verapamilo y diltiazem reducen modestamente la presión y las resistencias periféricas, sin efecto depresor significativo de la función cardíaca, las dihidropiridinas ocasionan un importante descenso de la presión y de las resistencias periféricas, con aumento de la frecuencia y del gasto cardíaco por actividad simpática refleja, así como de los niveles plasmáticos de norepinefrina y de angiotensina II. [18]

La activación neurohormonal se reduce durante la administración a largo plazo, manteniéndose el efecto hipotensor, al contrario de lo que ocurre con

los vasodilatadores clásicos. Además las dihidropiridinas tienen un efecto natriurético que se produce sin modificación del filtrado glomerular y que se mantiene a largo plazo. Verapamilo y Diltiazem no estimulan el sistema nervioso simpático ni la actividad plasmática de renina. [18]

La magnitud de su efecto hipotensor guarda relación con el nivel de presión arterial previo, siendo mínima en pacientes normotensos, lo que reduce el riesgo de hipotensión ortostática.

Además del efecto antihipertensivo, los calcioantagonistas son capaces de reducir el crecimiento del ventrículo izquierdo y algunos, como verapamil y diltiazem, tienen propiedades antiarrítmicas además de las propiedades antianginosas en global. Aunque no modifican la progresión de las lesiones ateroscleróticas coronarias establecidas, si podrían retrasar la progresión de nuevas lesiones. [12,13,18]

Indicaciones

La eficacia y seguridad de los antagonistas del calcio en monoterapia, ha sido ampliamente estudiada en ensayos controlados frente a otros fármacos hipotensores, resultando tan efectivos como cualquier otro grupo de agentes antihipertensivos. [15][16] En hipertensión, es preferible la utilización de los calcioantagonistas de acción prolongada, debiendo evitar el empleo de fármacos de este grupo con inicio de acción rápida y de corta duración por la mayor morbimortalidad cardiovascular que conllevan.

Están especialmente indicados en pacientes mayores de 60 años o que siguen mal una dieta pobre en sal, en la hipertensión sistólica aislada del anciano asociados a diuréticos y en hipertensión asociada a cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica o cerebral, migraña, taquicardias supraventriculares o miocardiopatía hipertrófica, y en la hipertensión que no

responde o en la que están contraindicados los diuréticos (diabetes, hiperuricemia, dislipemia o hipopotasemia), o los betabloqueantes (broncoespasmo, asma, hiperlipidemia o vasculopatía periférica). [12][13]

Se asocian de forma efectiva con otros fármacos antihipertensivos. Su asociación con diuréticos se ha cuestionado por su efecto aditivo (puede no producir efectos sinérgicos, quizás porque los calcioantagonistas también producen natriuresis), sin embargo, resulta eficaz en muchos casos. Las dihidropiridinas combinan muy bien con los β -bloqueantes, aumentando su eficacia antihipertensiva y mejorando sus efectos adversos.

La asociación de verapamilo y diltiazem con β -bloqueantes no es aconsejable; si se asocian debe hacerse con sumo cuidado ya que se potencia la bradicardia, la hipotensión y la depresión del nodo AV, pudiendo ocasionar un bloqueo. La combinación con los inhibidores de la enzima de conversión consigue mayor eficacia y disminución de los edemas maleolares. [12,13,15,17]

Efectos adversos

- Digestivo: a nivel gastrointestinal, el efecto secundario más frecuente es el estreñimiento con el uso de verapamilo, especialmente en pacientes ancianos.
- Nervioso: sedación, mareo y parestesias.
- Cardiovascular: Por su acción vasodilatadora producen edema pretibial, mareos, enrojecimiento facial, cefalea, hipotensión y congestión nasal, sobre todo con las dihidropiridinas, aunque su incidencia tiende a disminuir durante el tratamiento. Estos efectos son dosis dependiente. También tienen efectos

cardiodepresores tipo bradicardia, bloqueo A-V, disfunción sinusal e insuficiencia cardiaca (más frecuentes con verapamilo y diltiazem). [13]

Conclusiones: Los bloqueadores de los canales del calcio, son un grupo heterogéneo de medicamentos antihipertensivos que comparten un mecanismo de acción similar, con estructuras y características farmacológicas diversas. [12,13,15]

Son potentes agentes antihipertensivos en los cuales un aumento en la dosis se acompaña de un efecto adicional en la disminución de cifras de presión arterial, aunque a expensas de mayores efectos secundarios.[12]

La seguridad de estos medicamentos ha quedado establecida en los últimos estudios clínicos. [13] Debido a su efecto metabólico neutro, son de utilidad en el tratamiento de pacientes con hiperglicemia, síndrome metabólico o resistencia a la insulina, y dislipidemia. [12][13]

Son de gran utilidad en terapia de combinación con cualquier otro antihipertensivo, incluso con diuréticos. [12] Son de especial importancia en la prevención de la enfermedad cerebrovascular o en el tratamiento de pacientes hipertensos de raza negra; son menos eficaces que otros antihipertensivos en disminuir la aparición de falla cardíaca. [30]

Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina II (IECA)

Los inhibidores de la enzima de conversión (IECA), actúan inhibiendo la actividad de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA), que convierte la angiotensina I en angiotensina II que es la sustancia vasoconstrictora más potente del organismo, aumenta el tono simpático y libera vasopresina y aldosterona con la consiguiente retención hidrosalina. Los IECA interfieren,

por tanto, en las acciones vasopresoras y antinatriuréticas de la angiotensina II y de la aldosterona y esto se traduce en una vasodilatación que es diferente en los distintos tejidos, dependiendo de la sensibilidad de cada uno de ellos, lo cual permite una redistribución de los flujos locales. [17][18]

Además, la inhibición de la enzima de conversión impide la degradación de las cininas contribuyendo a la dilatación y a la diuresis, y aumenta la liberación de prostaglandinas vasodilatadoras (E2 y F2) y óxido nítrico. [13]

Los IECA reducen las resistencias vasculares periféricas tanto en sujetos normotensos como hipertensos, y sin modificar el gasto cardíaco ni la frecuencia cardíaca ni presión venocapilar pulmonar. No provocan taquicardia refleja a pesar de la vasodilatación. Aumentan los flujos coronario, esplácnico, cerebral y renal, revierten la hipertrofia ventricular izquierda, el remodelado del hipertenso y el remodelado ventricular postinfarto de miocardio. Esto está en relación con su capacidad para inhibir la actividad mitógena que la angiotensina II, la aldosterona y el aumento del tono simpático producen. [18]

Tipos de moléculas y diferencias farmacodinámicas

El primer IECA oral disponible fue el captoprilo, el cual posee un radical sulfidrilo que en los otros IECA ha sido sustituido por el grupo carboxilo o fosfonilo. A este radical sulfidrilo se le atribuyen algunos de los efectos beneficiosos del captoprilo sobre la calidad de vida o sobre la liberación de prostaglandinas que induce en algunos tejidos. [13]

Tan sólo captoprilo y lisinoprilo son fármacos activos por lo que tienen una rapidez de acción mayor. Los restantes se administran como profármacos, lo que facilita la absorción intestinal, siendo, posteriormente, transformados en el hígado y el metabolito resultante es el responsable de su acción antihipertensiva; estos tardan más en ejercer su acción y además puede verse alterada su cinética en presencia de alteraciones de la función hepática. [26][29]

La vida media es muy variable dependiendo del IECA, oscilando entre 2 horas (captoprilo) hasta 30 horas (perindopril) aunque esto no afecta demasiado a la duración del efecto. [15]

El efecto no solo se ejerce sobre el sistema renina-angiotensina circulante, sino también sobre los sistemas renina-angiotensina tisulares. [15]. La mayoría son eliminados por el riñón, aunque alguno tiene doble vía de eliminación renal-hepática. [18][21]

Efecto antihipertensivo y usos clínicos

Los IECA son actualmente fármacos de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial. En monoterapia, pueden controlar al 60% de los pacientes hipertensos esenciales y, en general, son capaces de mantener un control satisfactorio durante años. [18,21,26]

A diferencia de otros vasodilatadores, el efecto antihipertensivo no se acompaña de activación neurohormonal o retención hidrosalina. No producen hipotensión postural, taquicardia, HTA de rebote, cambios en el perfil lipídico o de la glucemia, depresión, alteraciones del sueño o impotencia y reducen la resistencia a la insulina. Al reducir la presión arterial y no modificar la frecuencia cardíaca disminuyen las demandas miocárdicas de oxígeno. [18]

Son efectivos en todos los pacientes hipertensos, estando especialmente indicados en la hipertensión asociada al asma o EPOC, diabetes, depresión, gota, hiperlipidemia, vasculopatías, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, nefropatías, postransplante renal o en la hipertensión severa resistente a otros tratamientos.[29]

Asociados a los diuréticos aumentan su potencia antihipertensiva y reducen sus efectos metabólicos adversos. No se deben asociar a diuréticos

ahorradores de potasio por el riesgo de hiperpotasemia. El efecto antihipertensivo de los IECA se potencia con la restricción de sodio, tratamiento diurético o en hipertensión vasculorrenal donde la primera dosis puede producir hipotensión, debiéndose iniciar el tratamiento con dosis bajas del fármaco. [29]

Efectos adversos

- Hipotensión: debe iniciarse el tratamiento con dosis bajas en pacientes de riesgo como aquellos con depleción hidrosalina o hipertensión vasculorrenal. [13]

- Retención de potasio: Es rara su aparición en pacientes con función renal normal ya que no suprimen la liberación de aldosterona inducida al aumentar la potasemia, pero puede aparecer en sujetos con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca grave, diabetes o que reciben dosis altas de antiinflamatorios no esteroideos o diuréticos ahorradores de potasio. [13][15]

- Insuficiencia renal: En situaciones de hipertensión con estenosis de arterias renales bilaterales, nefrosclerosis grave o estenosis de arteria renal con riñón único, los IECA disminuyen la formación de angiotensina II y la presión de filtración, pudiendo producir insuficiencia renal.

- Tos seca: Es el efecto adverso más común de los IECA. Se manifiesta como una tos seca y persistente que se asocia a sensación irritativa de garganta. [13]. Puede aparecer precozmente pero, en general, aparece varios meses después de iniciado el tratamiento y desaparece muy rápidamente tras suspenderlo. Su incidencia oscila entre el 0,2% y el 33%. [13][15]

- Otras

- Erupciones cutáneas: exantema maculopapular, prurito.
- Angioedema.
- Molestias digestivas: náuseas o diarrea.
- Neutropenia y leucopenia.
- Otros: fiebre, disgeusia.
- Embarazo: no se recomiendan los IECA en la hipertensión de la embarazada (ni en la de la mujer en periodo fértil con embarazo potencial) ya que pueden producir anomalías en la osificación, retraso en el cierre del ductus arterioso y anuria neonatal. [15][16]

Conclusiones: Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina-II, tienen efecto antihipertensivo adecuado, similar al de otros grupos de medicamentos. [26]

Este efecto está modificado por el origen étnico y la ingestión de sodio (los hipertensos de raza negra en general responden menos a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina cuando se usan como monoterapia). [13] El efecto antihipertensivo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, aumenta de manera significativa cuando se combinan con diuréticos. [21]

A dosis equivalentes y empleados con el intervalo de dosificación apropiado, no hay diferencias significativas en cuanto a la eficacia antihipertensiva de los integrantes del grupo, pero sí se presentan diferencias en cuanto a los tiempos de inicio y duración del efecto antihipertensivo. [16] Permiten utilizarse en combinación con los demás grupos de antihipertensivos.

Son de uso obligatorio (en ausencia de contraindicaciones) en pacientes con disfunción ventricular (sintomática o asintomática), disfunción renal (cualquier grado de proteinuria, disminución de la filtración glomerular), diabéticos (especialmente con compromiso renal), post-infarto de miocardio, individuos

con historia de enfermedad cerebrovascular o personas con riesgo cardiovascular elevado. [15, 16,17]

Son de utilidad en el manejo del hipertenso con alteraciones metabólicas dado su perfil neutro. Su utilización puede retardar la aparición de diabetes en individuos en riesgo de desarrollarla. [17][18] Durante su utilización y especialmente durante las primeras semanas, debe hacerse seguimiento a los niveles de creatinina y potasio séricos. [12][13]

Están contraindicados durante el embarazo, en individuos con hipersensibilidad (edema angionefrótico), y en presencia de estenosis bilateral de la arteria renal. Efectos secundarios como la tos (efecto de clase), pueden limitar su utilidad. [21][26]

Antagonistas de los receptores de angiotensina-II (ARA-II)

Introducción

Los antagonistas de los receptores de angiotensina- II (ARA-II), son en la actualidad una excelente opción terapéutica en el manejo de la hipertensión arterial, especialmente en aquellos pacientes que tienen comorbilidades como síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, falla cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad coronaria y enfermedad renal. [26][29]

La angiotensina II es el efector clave del sistema renina angiotensina. La conversión de angiotensina I y II a partir del angiotensinógeno se realiza con la intervención de la enzima convertora de la angiotensina, así como por enzimas diferentes. La mayoría de la angiotensina II se genera a través de vías diferentes a la enzima de conversión, como la enzima quimasa; así parte del efecto beneficioso de estos fármacos se deriva de la inhibición parcial de

la angiotensina II, pero su efecto vasodilatador y otros se atribuyen a la inhibición de la bradiquininasa, lo que produce aumento de la bradiquinina y liberación de óxido nítrico y prostaglandinas. [18]

Mecanismo de acción

Las acciones fisiopatológicas de la angiotensina II son consecuencia de su interacción con receptores AT1 y AT2 localizados en la superficie de la membrana de las células diana. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) provocan un bloqueo competitivo y específico de las acciones de la AII mediadas a través de los receptores AT1 por inhibición de éste. Esto conlleva un aumento de los niveles plasmáticos y tisulares de renina y de angiotensina I y II. El aumento de angiotensina II actúa sobre los receptores AT2 cuya expresión está incrementada por el propio bloqueo de los receptores AT1. Esta estimulación lleva al aumento de la liberación de óxido nítrico y PGI₂, que tienen propiedades vasodilatadoras y antiproliferativas. [18][26] Además, la estimulación de los AT2 tiene también efecto antiproliferativo y activador de diversas colagenasas, lo que facilita la regresión de la fibrosis miocárdica en la hipertrofia cardíaca del hipertenso.

Efecto antihipertensivo

La acción antihipertensiva de los ARA II es mayor cuanto mayor es el nivel presión arterial previo, así como en pacientes con restricción de sodio o que reciben diuréticos a altas dosis; en estos últimos, se potencia la acción antihipertensiva que posee cada fármaco por separado y además se corrige la hipopotasemia que provocan los diuréticos. Su acción antihipertensiva es gradual e independiente de la edad, sexo o raza del paciente y se acompaña de una regresión de la hipertrofia cardíaca y del remodelado vascular. No

provoca hipertensión de rebote al suspender el tratamiento ni aumento de la frecuencia cardíaca. [13][15]

Efectos adversos

Los ARA II son fármacos muy bien tolerados, con mínimos efectos secundarios, como astenia, mareo y cefalea. Al contrario que los IECA, dado que no tienen acción sobre la vía de las quininas, el riesgo de producir tos o angioedema es mínimo. No debe ser indicado en embarazadas y puede producir insuficiencia renal aguda reversible en HTA con estenosis bilateral de arterias renales, en nefrosclerosis severa o estenosis de la arteria renal en riñón único. [21]

Indicaciones: Su buena tolerancia convierte a los ARA II en una buena alternativa a los IECA, en especial en aquellos pacientes con intolerancia a los mismos por tos, urticaria o angioedema. Al igual que los IECA, son útiles en la HTA asociada a asma, EPOC, diabetes, vasculopatías periféricas o hiperlipidemias, potenciándose su acción antihipertensiva cuando se asocia a tiazidas. [13]

Conclusiones: Los bloqueadores de los receptores de la angiotensina- II (BRA-II) presentan eficacia antihipertensiva similar a la de otros medicamentos y proveen protección para la aparición de enfermedad cerebro-vascular. [13]

La utilización de dosis en el rango más alto, se ha acompañado de mejores desenlaces en los estudios clínicos (en diferentes patologías). [15]

Su eficacia antihipertensiva aumenta cuando se combinan con diuréticos. También pueden combinarse con bloqueadores de los canales del calcio

para obtener buenos resultados. [15][16] Su perfil metabólico neutro permite su utilización en pacientes con alteraciones metabólicas, como obesos, diabéticos o en presencia de síndrome metabólico. [12][13]

Su empleo se asocia con menor desarrollo de nuevos casos de diabetes, en comparación con otros fármacos antihipertensivos (y similar a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). [16,17,18]

Se consideran de elección en el manejo del diabético tipo 2, hipertenso con nefropatía. La ausencia casi total de efectos secundarios asociados a su utilización, es la mayor ventaja de este grupo de medicamentos. [13]

Bloqueadores alfa

Los alfabloqueantes tienen una afinidad mucho mayor por los receptores alfa 1 postsinápticos, situados en las células del músculo liso vascular, que por los receptores alfa 2 presinápticos, situados en la membrana neuronal. El bloqueo de los receptores alfa 1 produce una vasodilatación arteriovenosa y reduce las resistencias vasculares periféricas, y la presión arterial. [26]

No modifican la frecuencia cardíaca, el flujo sanguíneo renal, la tasa de filtración glomerular, la tolerancia a la glucosa, los niveles plasmáticos de K o de ácido úrico. Reducen los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL y elevan los niveles de colesterol HDL. Revierten la hipertrofia cardíaca y disminuyen las demandas miocárdicas de oxígeno. [29]

Los alfabloqueantes no selectivos (fentolamina y fenoxibenzamina), que bloquean también los receptores alfa 2 presinápticos, eliminan el efecto inhibitor que ejerce la estimulación de este receptor, con lo que pasa una mayor cantidad de ésta a la circulación, amortiguando el efecto

antihipertensivo y causando una taquicardia. Estos últimos fármacos sólo son útiles para el tratamiento del feocromocitoma. [15][16]

Efectos adversos

Aparte de los casos muy raros de hipotensión de primera dosis (menor con doxazosina), algunos pacientes continúan presentando mareo y, algunos, experimentan taquicardia o molestias digestivas. Excepcionalmente, los alfabloqueantes causan efectos secundarios en el SNC, como sedación o sequedad de boca. [13]

La dosis inicial de los alfabloqueantes puede reducir la presión arterial en exceso, en especial en los pacientes que están siendo tratados ya con diuréticos. La hipotensión de primera dosis puede evitarse con las siguientes medidas:

- Suspender el empleo del diurético durante dos días antes de iniciar el tratamiento con alfabloqueantes.
- Administrar tan sólo 1 mg del fármaco.
- Advertir a los pacientes acerca de la posibilidad de síntomas posturales. [21][26]

Usos clínicos

Son efectivos en todos los pacientes hipertensos, especialmente en asociación a otros fármacos, estando especialmente indicados en el tratamiento de la HTA asociada a hiperlipidemia, hiperuricemia, diabetes, asma, EPOC, vasculopatía periférica, insuficiencia cardíaca o renal e hiperplasia benigna de próstata. También constituyen una alternativa en pacientes que no toleran o que los diuréticos y betabloqueantes están

contraindicados. En la práctica se asocian a diuréticos, betabloqueantes o IECA, aumentando su efectividad. [13,15,16]

Conclusiones: Los alfabloqueadores son agentes antihipertensivos efectivos, más útiles en terapia de combinación cuando no se logra llegar a la meta. [21]

Aunque el gasto cardíaco permanece estable o cambia poco con el tratamiento, puede acompañarse de hipotensión ortostática, especialmente cuando se asocia a diuréticos, de importancia en el tratamiento de pacientes ancianos. [26][29]

Su principal utilidad puede ser en el tratamiento de pacientes hipertensos con hiperplasia prostática benigna asociada. [13][21]

El efecto antihipertensivo de los alfabloqueadores selectivos, no varía sustancialmente con la edad, la raza o el género de los pacientes. [26]

Inhibidores alfa y beta bloqueantes combinados

Mecanismo de acción

Los alfa-beta bloqueantes son capaces de reducir resistencias periféricas y la presión arterial sin apenas modificar la frecuencia y el gasto cardíaco. El componente vasodilatador bloqueador alfa-adrenérgico disminuye la presión arterial por reducción de las resistencias vasculares periféricas, mientras que el componente beta-bloqueante protege el corazón de los efectos de la hipertensión crónica y de la isquemia coronaria. [17][18]

Labetalol y carvedilol son los alfa-beta bloqueantes comercializados. El carvedilol presenta además propiedades antioxidantes y antiproliferativas; no modifica los niveles de glucosa ni el perfil lipídico y no produce activación neurohormonal o retención hidrosalina. [17]

Efectos adversos

Algunos efectos secundarios están en relación con el betabloqueo; entre ellos se encuentran los siguientes:

- Mareo de causa postural
- Parestesias en el cuero cabelludo
- Congestión nasal.

Otros efectos secundarios están en relación con el betabloqueo, entre ellos se encuentran los siguientes: Fatiga, sueños intensos, broncoespasmo, extremidades frías, claudicación intermitente. [12][13]

Se han descrito también casos, muy poco frecuentes, de hepatotoxicidad grave con labetalol. Estos fármacos producen una menor elevación de los triglicéridos en suero y un menor agravamiento de la sensibilidad a la insulina, en comparación con los betabloqueantes. [13]

Uso clínico

Por vía oral, el labetalol puede utilizarse para el tratamiento de los grados moderados e intensos de hipertensión. Por vía intravenosa, debe emplearse en los pacientes en los que es necesaria una reducción rápida, aunque no instantánea de una presión arterial considerablemente elevada. [16][17]

El carvedilol ha resultado útil en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica moderada y severa, con una reducción de la morbilidad y la mortalidad cuando se administra a pacientes que están siendo tratados con digoxina, diuréticos e inhibidores de la ECA. [16]

Por su acción alfa 1-bloqueante pueden utilizarse en vasculopatías periférica (claudicación intermitente, fenómeno de Raynaud), produciendo una menor incidencia de extremidades frías. El labetalol se utiliza para el tratamiento de la hipertensión en el embarazo. [17]

2.4.1.5 PREFERENCIAS TERAPEUTICAS

Factores que intervienen al momento de elegir un medicamento.

PRESCRIPCIÓN

El médico está obligado a dar a su paciente un servicio de calidad. Una de las cláusulas del Juramento Hipocrático era: “Aplicaré mis tratamientos para bien de mis enfermos según mi capacidad y buen juicio”. Esa exigencia de calidad es hoy más fuerte que nunca porque la Medicina ha entrado en el campo de fuerzas (sociales, económicas y jurídicas) que vienen promoviendo en nuestra sociedad la calidad de los servicios. La gente ya no se conforma con cualquier tipo de cuidados médicos, los quiere de la mejor calidad posible. [45]

La prescripción es un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta un paciente. En este proceso, a partir del conocimiento adquirido, el prescriptor escucha el relato de síntomas del paciente, efectúa un examen físico en busca de signos, realiza exámenes clínicos, si corresponden, y concluye en una

orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica. La prescripción debe ser considerada como un acto formal, entre el diagnóstico y la ejecución del tratamiento y no como un acto reflejo, una receta de cocina o una respuesta a las presiones comerciales o del paciente. [40]

La prescripción de medicamentos es un proceso clínico, individualizado. A pesar de su carácter personal y único sus patrones están fuertemente influidos por condicionantes sociales, culturales, económicos, promocionales y administrativos. [14]

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado a sus estados miembros la necesidad de establecer una política nacional de medicamentos y la importancia de una estrategia asociada de investigación que incluya Estudios de Utilización de Medicamento, estos estudios son aquellos que tienen por objeto analizar la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una población determinada con particular atención a sus consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.[38]

Los IECAS fueron el grupo farmacológico más ampliamente utilizado y el Enalapril es el agente más utilizado. El uso casi exclusivo del Enalapril debe atribuirse a las actividades promocionales de los laboratorios y las actitudes prescriptivas de los médicos, más que a los resultados de los ensayos clínicos controlados donde en general fueron utilizados otros agentes del grupo como: Lisinopril, Captopril, Perindopril, Ramipril.[38]

El gran número de medicamentos trae no solo una pesada carga económica, especialmente para los países en desarrollo, sino que impacta en los recursos humanos y técnicos de su estructura sanitaria. Así, los varios medicamentos del mercado representan una desventaja administrativa en lo que respecta a la adquisición, control de calidad, almacenamiento, distribución y dispensación de los mismos. Además, atenta contra la posibilidad de un manejo racional por parte de los prescriptores. A menudo el médico se enfrenta a la decisión de elegir entre una amplia gama de

posibilidades terapéuticas y esto requiere de conocimientos sólidos para evaluar la mejor relación beneficio riesgo para cada caso. [44]

EFICACIA

La eficacia es el beneficio que en un tratamiento se define como su capacidad para modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o el curso clínico de una enfermedad. Se mide en ensayos clínicos controlados, en los que se compara el curso clínico de diferentes grupos de pacientes tratados con distintas modalidades terapéuticas. [40] [48]

EFFECTIVIDAD

La efectividad se encamina a los resultados respecto a la población a la que va dirigido. Se apoya en el uso de la tecnología en la práctica habitual y por tanto, mide la utilidad. Lleva implícitos los conceptos de eficacia y aceptación. [48]

SEGURIDAD

Es la característica de un medicamento que garantiza su uso con una probabilidad muy pequeña de causar reacciones adversas o efectos colaterales. Son excepciones las reacciones alérgicas y otras menos frecuentes, denominadas reacciones de idiosincrasia. [37] [40]

Su uso racional requiere que los “pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y, al menor coste posible para ellos y la comunidad”. [12]

La utilización excesiva de medicamentos, a veces por complacencia, contribuye a perpetuar o acentuar las expectativas erróneas del paciente, y en ocasiones del propio prescriptor, de que los problemas de salud se

solucionan siempre con medicamentos y que cada síntoma o signo debe conducir a una intervención farmacéutica. [40]

CONVENIENCIA

Tiene relación con las características de cada paciente considerando, además de la patología a tratar, los efectos indeseados y contraindicaciones del fármaco, la facilidad para su administración e interacciones con otros fármacos o alimentos; así como otros factores tales como enfermedades asociadas, edad, actividad que desarrolla y características socioculturales. [40]

COSTO

Aspecto importante a tener en consideración al momento de prescribir un medicamento, pues de ello puede depender que el paciente cumpla con el tratamiento indicado. En este contexto, se debe considerar siempre el costo total del tratamiento y no solamente el costo por unidad. Cuando se prescriben demasiados medicamentos el paciente quizás sólo pueda pagar por algunos de ellos o recibir dosis o tiempos parciales de tratamiento. Deben prescribirse fármacos que sean realmente necesarios y se encuentren disponibles y asequibles para el paciente. [40]

El precio es uno de los principales determinantes del acceso a los medicamentos; el gasto en que se incurre para su adquisición no está comúnmente programado pero es ineludible y afecta con frecuencia de manera catastrófica el presupuesto familiar, especialmente en ausencia de cobertura de seguros de salud como ocurre en más de la mitad de la población en muchos países de América Latina. [56]

América Latina y el Caribe representa aproximadamente el 10% del mercado mundial de medicamentos, liderado por tres países: Brasil (US\$ 9.9 mil millones), México (US\$ 8.6 mil millones) y Argentina (US\$ 2.6 mil millones). El gasto en medicamentos asciende aproximadamente a más de US\$ 22 000 millones, del cual las dos terceras partes es financiado por los hogares, pero sin embargo, no todas las poblaciones tienen acceso apropiado a los medicamentos que requieren. [56]

Dado que la HTA es una condición que usualmente requiere terapia de por vida, el aspecto económico es un factor de gran importancia, ya que el costo del tratamiento influirá en una menor o mayor adherencia a éste. [32]

El aspecto económico debe considerar además del costo del medicamento, el costo producido por los efectos colaterales es decir, el gasto de los análisis de control y de los medicamentos para contrarrestarlos. Igualmente se debe considerar el costo de las visitas de control y el denominado costo en la calidad de vida. [18]

Considerando sólo el costo de adquisición del medicamento, los diuréticos constituyen la terapia más barata de la HTA. [32]

En el sector privado, los costos añadidos representan un alto porcentaje del precio final al paciente para las marcas originales importadas, para genéricos importados y para genéricos producidos localmente. La mayor contribución a los costos añadidos corresponde a los costos administrativos, los cuales declara el productos o importados y representan porcentajes que superan grandemente del valor real de producción o importación. [8]

El valor de los costos administrativos no tiene un límite en nuestro país. Si el laboratorio farmacéutico cuenta con mayores recursos puede invertir una mayor cantidad en costos administrativos, que se incluyen en el precio de venta al público y que forman la base para el cálculo de los márgenes de utilidad antes señalados. En el valor de los costos administrativos se incluyen todos los gastos por promoción y administración del producto, se puede decir

remuneraciones de ejecutivos, empleados, visitantes a médicos, reuniones de promoción del producto, obsequios y premios grandes y pequeños. En todo caso estos valores se recuperarán, con la utilidad correspondiente, gracias al pago que realiza el paciente. [8]

En una encuesta realizada en España el 93% de los pacientes entrevistados no se consideraba cumplidor. El 96% de los pacientes incumplidores citó precios excesivos del fármaco como la razón principal del incumplimiento. [33]

Los tratamientos que pueden parecer asequibles son demasiado costosos para los segmentos más pobres de la población (11% de la población vive por debajo de la línea internacional de pobreza de menos de \$1/día). La mayoría de los tratamientos cuestan sustancialmente más que el salario básico unificado de un trabajador, inclusive si se usa medicamentos genéricos de menor precio. [8]

Los médicos no podemos eludir la dimensión económica de nuestras decisiones, pero nuestro deber ético es procurar la máxima calidad de los actos médicos, por ello creemos que tenemos que centrarnos en mejorar la calidad de la prescripción y en cómo hacerla más efectiva, mejorando la eficacia de nuestras actuaciones profesionales, de modo que previsiblemente contribuiríamos a disminuir el gasto. [45]

Técnicas de análisis de costo

La crisis económica mundial de los sistemas de salud tiene un común denominador: costos excesivos y falta de control del gasto. Es un fenómeno que afecta casi todos los rubros o categorías del presupuesto de salud. [47]

Una de las áreas que ha sido más abusada es la de los medicamentos bien sea porque el propietario de la patente, el productor, el proveedor, el intermediario o el dispensador le cargan al medicamento costos o gastos excesivos o porque el medicamento es ineficaz o cuando en términos

comparativos con otros medicamentos o tratamientos es relativamente no adecuado. [47]

El valor de los medicamentos aumenta cuando su relación costo-beneficio es favorable, dicho de otra manera, es más valioso un medicamento que tiene tasas de curación más altas, menos días de estancia hospitalaria o que requiere menos medicamentos adicionales, menos días de ausentismo laboral o escolar, etc. [41]

Costo Beneficio: La técnica original de evaluación económica es el análisis de costo beneficio, que es básicamente una contabilización de costos y resultados en términos monetarios. Además permite identificar la opción que maximiza la diferencia entre beneficios y costos, que es, en teoría, la opción que maximiza el bienestar de la sociedad, lo cual nos ofrece un criterio de decisión claro. [48] La principal ventaja de este enfoque es que permite la comparación entre cualquier tipo de proyecto, programa u opción; por otra parte, permite confrontar el beneficio neto de un proyecto determinado con la opción de no hacer nada.[48] Solamente se deberá llamar análisis de costo beneficio a una evaluación económica si todos los efectos relevantes, incluyendo los efectos sobre la salud, se han valorado en términos monetarios. [48]

Costo Efectividad: Trata de identificar y cuantificar los costos y los resultados de diversas opciones o procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo, en donde los costos vienen expresados en términos monetarios, y las consecuencias, en unidades físicas o naturales. Por ejemplo, número de vidas salvadas o número de días libres de enfermedad. En los resultados de este tipo de análisis, los costos netos se relacionan con un solo indicador de efectividad. [48] Por ello, es preciso que los principales resultados de todas las opciones relevantes puedan ser expresados por el mismo indicador de efectividad, aunque éste pueda tomar, para cada opción, una magnitud diferente. Es importante aclarar que con el análisis costo

efectividad no se puede hacer comparaciones de medicamentos que generan beneficios de distinta naturaleza.[48]

Minimización de Costos: Forma limitada de evaluación económica en la que se comparan los costos de dos o más procedimientos alternativos para alcanzar un objeto determinado, cuyas consecuencias (que se hacen cualitativamente explícitas en términos de su efectividad o eficacia) se suponen equivalentes. En este tipo de estudio, se supone que los efectos sobre la salud son los mismos para todas las opciones comparadas. La Minimización de Costos puede considerarse un caso particular de análisis costo efectividad, en el que la regla de decisión obvia seleccionar la opción que tenga el efecto neto menor sobre los recursos, es decir, la que minimiza el costo. Si no se puede probar la igualdad de los efectos sobre la salud, la evaluación debe considerarse un análisis de costos. [48]

Costo Utilidad: Es la forma de evaluación económica completa que permite comparar diferentes intervenciones sanitarias, en la que los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud, en términos de años de vida ajustados por calidad o cualquier otra medida que utilice el año de vida sano como unidad de medida o numerario en la que se pueda expresar años de vida en cualquier estado de salud. Algunos autores opinan que el término costo utilidad debería limitarse a aquellos estudios que han usado un método de valoración relativa de los estados de salud basado en la teoría de la utilidad. [48]

Costo cumplimiento: El cumplimiento terapéutico es el grado de seguimiento por parte del paciente, de las normas dadas por el médico. El incumplimiento terapéutico puede contribuir al agravamiento de la enfermedad, causar muertes prevenibles, aumentar los costos de la atención médica y las hospitalizaciones innecesarias. Un paciente que no mantiene su

tratamiento para controlar su enfermedad, puede además desarrollar otras patologías anexas que compliquen aún más su estado de salud.

A pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas, los problemas relacionados con el cumplimiento farmacoterapéutico persisten. Así, aunque hoy disponemos de medicamentos altamente seguros y eficaces y aunque conocemos cada vez mejor la etiología y la patogenia de numerosas enfermedades muy prevalentes; sin embargo, el grado de control conseguido en ellas es, con mucha frecuencia, escaso. Este hecho suele atribuirse precisamente a una falta de cumplimiento terapéutico.

Cada año se gastan muchos millones de horas y dólares en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos. Sin embargo, se dedican muy pocos recursos al hecho de si el paciente los toma o no. Por lo tanto, de poco sirve disponer de fármacos excelentes o prescribir y dispensar óptimos tratamientos o hasta realizar diagnósticos certeros, si luego el paciente no toma correctamente la medicación. Es el paciente quien determina el consumo o no del medicamento y también, cómo y cuándo lo hará. Por todo ello, el cumplimiento farmacoterapéutico constituye uno de los puntos más críticos de la cadena del medicamento: elaboración-prescripción, indicación, dispensación, consumo; pues al ser el último eslabón, una falta de cumplimiento supondría la anulación de todo lo anterior. [50]

Costo condición socioeconómica: Todo profesional de la salud que prescribe medicamentos debe tener necesariamente en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, ya que éstas ejercen una influencia en la actuación profesional y su consecución en la acción de salud. Así, el profesional de la salud que prescribe debe siempre considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, su grado de instrucción y conocimiento sobre el uso de medicamentos, su

entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros. [40] Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar todos estos factores a fin de decidir lo mejor para cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos. [40]

Las barreras económicas se registran cuando los beneficiarios de un sistema de salud tienen dificultades para acceder al mismo por incapacidad para costear el transporte hacia el centro de atención, por el alto impacto que genera la utilidad que involucra seguir un tratamiento o simplemente por no poder sustentar los costos totales o parciales de su tratamiento. En todo el mundo, la principal barrera económica a los cuidados de salud radica en el acceso a los medicamentos. [52]

El problema económico del acceso a los medicamentos ha sido definido como compuesto por dos grandes dimensiones. La primera deriva del alto precio de los medicamentos y su impacto sobre los presupuestos familiares. La segunda es función de los sistemas de financiamiento imperantes en los diferentes sistemas de salud. [52] La desigualdad en salud no se restringe a la desigualdad en el acceso a los servicios sino que se presenta además como una desigualdad inaceptable ante la enfermedad y la muerte. Es un hecho reconocido que los determinantes de las condiciones de salud son las condiciones de vida y de trabajo y que hay una gradiente plenamente comprobada en la morbi-mortalidad entre grupos y clases sociales. Y los que más se enferman y se mueren debido a sus precarias condiciones de vida son precisamente aquellos que tienen menos acceso al tratamiento requerido oportunamente. [53]

DISPONIBILIDAD

En América Latina se avanzó más en el acceso de las personas a los servicios médicos que a los medicamentos esenciales para el cuidado de su

salud. La provisión pública y gratuita de medicamentos fundamentales a la población constituye una poderosa herramienta para promover el acceso y uso racional de los medicamentos. [35]

Casi todos los países de la Región disponen de un cuadro básico de medicamentos que se basa en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Sin embargo, en pocos casos la compra y la prescripción se ajustan a esas listas; en ocasiones existe más de una lista y muy pocas veces se han desagregado listas para cada nivel de atención. [21] Además, en la provisión de suministros se ha privilegiado al segundo y tercer nivel de atención con respecto al primero. [31]

La baja disponibilidad de medicamentos esenciales exige a muchos de los pacientes adquirir los medicamentos en el sector privado o dejar de acceder a ellos. [8] La disponibilidad media de todos los medicamentos es muy baja (32,9%), por tanto, en algunas unidades, tanto públicas como privadas, pueden existir problemas importantes de disponibilidad de medicamentos, incluyendo en su mayor parte los medicamentos esenciales. [13]

En el sector público, la asequibilidad a los genéricos de menor precio fue pobre para algunas de las enfermedades, por su baja disponibilidad, lo cual obliga a muchos pacientes a comprar los medicamentos. [8]

En países como Venezuela, Ecuador y Colombia parece ser que la presencia de medicamentos de marca original (43%-57%) compite muy de cerca con los medicamentos genéricos (50%-60%), así como también con los genéricos del sector público (43% - 48%), mientras que en los otros países la disponibilidad de los medicamentos de marca original se mantuvo por debajo de 13% en el mercado privado; los medicamentos genéricos se mantienen en porcentajes similares a los otros países. Esto podría indicar que la presencia de medicamentos de marca innovadora ha sido desplazada en cierta medida por las versiones genéricas en los establecimientos encuestados del sector privado, lo que podría traducirse en una mayor

aceptación de los genéricos por parte de los usuarios. En el caso del sector público, es evidente la tendencia a mantener medicamentos genéricos en sus establecimientos, como una política pública para facilitar el acceso a los medicamentos. [56]

AUTOMEDICACIÓN

El concepto de automedicación ha variado a lo largo del tiempo, según se hayan considerado sólo los medicamentos de uso «sin receta», o también los medicamentos «de prescripción con receta» (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), e incluso los «remedios caseros» plantas medicinales, infusiones, etc.; este último concepto es más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores. [51]

La automedicación constituye una decisión del propio paciente a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones, tomada en función de la gravedad de la enfermedad y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario. [51]

La automedicación incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que estos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos. [51]

Desafortunadamente por cuestiones culturales y sociales de la población, la sobre prescripción y dispensación por parte de profesionales de la salud y la presión de la industria farmacéutica a través de la publicidad muchas veces engañosa, hacen del uso del medicamento como sinónimo de salud. Tal

conducta ha creado un problema para la salud pública y para toda la sociedad denominado “medicalización de la salud”. [51]

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce y acepta la automedicación responsable como el uso de medicamentos de libre acceso (sin receta médica) para el alivio de síntomas poco graves (dolencias leves de garganta, estómago, oído, tos) siempre que no reemplace el contacto con el profesional con el paciente. [51]

DOSIFICACIÓN

La elección y dosificación de fármacos antihipertensivos debe estar guiada por una elección individual para cada paciente, considerando sus características personales, coexistencia de otros factores de riesgo, enfermedades concomitantes, capacidad económica para acceder a los fármacos y los antecedentes obtenidos del interrogatorio acerca de la respuesta y/o tolerancia previa a la medicación. [34]

Los hallazgos observados indican que la introducción de regímenes de dosificación más sencillos puede ser eficaz para mejorar el cumplimiento, pero el posterior efecto sobre la reducción de la presión arterial no se ha establecido y puede no ser clínicamente importante. [33]

TIPO DE TERAPIA

En términos de intervención farmacológica, todos los medicamentos categorizados como antihipertensivos disminuyen la presión arterial. No obstante, al amparo de los efectos a largo plazo, pocos medicamentos han probado su utilidad en términos de la salud pública; y en muchos casos, una combinación de drogas antihipertensivas es requerida para alcanzar el control. [34] En un esquema básico de monoterapia, los tres fármacos más prescritos son (atenolol, enalapril e hidroclorotiacida). [34]

La selección individual de la medicación debe ser la más apropiada; ciertamente es preferible la monoterapia, aunque la combinación de fármacos puede ser requerida según la severidad de la enfermedad, de los resultados de los ensayos clínicos y de la presencia de una o varias condiciones mórbidas coexistentes [43]

A mayor estadio de HTA se requiere de mayor cantidad de fármacos.

En la actualidad hay 151 nuevos medicamentos en desarrollo para las enfermedades cardiovasculares, 11 de ellos para la HTA. Dichos medicamentos permitirán conseguir mayores tasas de eficacia pero, sobre todo, mejorar el perfil de tolerabilidad de los actualmente disponibles y simplificar las pautas de administración, tanto en monoterapia como en terapia combinada, de modo que sea más sencillo garantizar el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes.[36]

USO DE GUÍAS

Con el advenimiento de la medicina basada en la evidencia, las Guías de Práctica Clínica se están convirtiendo en el 'Patrón de Oro' para el manejo de las enfermedades. Los beneficios de la aplicación de estas guías se relacionan con la estandarización y optimización de los procesos de atención clínica y sanitaria, lo cual reducirá la morbimortalidad y los costos de atención. [54] No obstante, la aceptación de las guías por parte de la comunidad médica dista mucho del ideal; posiblemente, debido a aspectos relacionados con la predisposición de los médicos, y a barreras institucionales, económicas o culturales que impiden su aplicación. [13]

La información disponible al momento evidencia la efectividad de las Guías o Protocolos Terapéuticos en la Prescripción Racional de Medicamentos. La normatización de la prescripción mediante protocolos terapéuticos, constituye el método más simple y efectivo para mejorar la calidad de la terapéutica y para disminuir los ingentes desperdicios en gastos de medicamentos. Existen evidencias suficientes a favor de su empleo en forma continua. [49]

EXPERIENCIA

Es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en vida práctica. A la hora de elegir el fármaco antihipertensivo hay que tener en cuenta una serie de cuestiones que incluyen conocer si el paciente ha tenido ya una experiencia favorable o no previa con el fármaco. Lo que se deberá de investigar haciendo un interrogatorio dirigido y tener en cuenta también la propia experiencia con el mismo; conocer la dosificación específica del fármaco elegido, dosis media y máxima, efectos secundarios para poder advertir al paciente. [17]

LUGAR DE TRABAJO

Los hospitales públicos cumplen un papel fundamental en cuanto a la adquisición de medicamento y su distribución a los pacientes, sin embargo se ha observado en la medida que las farmacias de estos hospitales no cubren los requerimientos de medicamentos de los usuarios, el conjunto de farmacias y boticas del sector privado las suplanta. Consecuentemente, se ha comprobado que quienes compran medicamentos del sector privado pagan más que aquellos que compran en el sector público. [55]

Los sistemas sanitarios públicos, conscientes de la libertad que goza el médico a la hora de prescribir y del impacto económico de sus decisiones, quieren poner límites, restricciones y orientaciones a la labor del médico, con el propósito y la convicción de que así disminuirá el gasto en medicamentos y el sanitario en su conjunto. La prescripción de medicamentos va a ser un acto cada vez más condicionado tanto por criterios económicos tendentes a la reducción del gasto público en medicamentos, como terapéuticos tendentes a una mayor racionalización y participación de los criterios científicos. [45]

La diferencia que existe en la prescripción de medicamentos depende del lugar de trabajo: en el Sistema Público los fármacos más prescritos fueron diuréticos, IECA y betabloqueadores, y en el Sistema Privado calcioantagonistas y ARA II. [9]

MARCA O GENÉRICOS

Los genéricos son medicamentos con la misma eficacia, seguridad y calidad que el original, y son bioequivalentes a la marca original. Diversos estudios muestran que los pacientes aceptan bien (entre el 71 y el 90,8%) la sustitución de medicamentos de marca por genéricos, con un grado de conocimiento moderado (alrededor del 70%); no obstante, un 10% prefieren uno de marca. [39]

En general, los pacientes demandan mejor atención y exigen una relación costo-efectividad. Por su parte, los profesionales sanitarios destacan que es importante aumentar el tiempo dedicado al paciente y realizar campañas informativas. La motivación y el conocimiento sobre los genéricos por parte del médico son factores influyentes sobre su uso. En una encuesta realizada a médicos se halló que un 43,2% no creen que tengan la misma utilidad terapéutica y que un 52% confían más en la marca. [39]

Una ventaja de los medicamentos de marca es que la comunidad médica y la farmacéutica los identifican con facilidad, y al usarlos pueden determinar si funcionan adecuadamente. Dado que en los genéricos no siempre existe la marca, es difícil llevar un registro sobre la experiencia en torno al perfil de eficacia y seguridad. [42] Algunos médicos manifiestan sus discrepancias entre medicamentos de marca y genéricos por diversas causas, pero pocos han estudiado la relación entre la sustitución por un genérico y el cumplimiento terapéutico en alguna enfermedad crónica. [39]

Existen diferencias notables respecto a la eficacia entre un medicamento original y un medicamento genérico que se extienden desde la pobre calidad

de la materia prima hasta la pérdida de la estabilidad química y del efecto terapéutico debido a un empaque defectuoso. [46]

2.5 HIPOTÉISIS

Las preferencias terapéuticas de los médicos para el tratamiento de la HTA leve a moderada son similares en los servicios de salud pública y privada.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable independiente: Preferencias terapéuticas de los médicos en los servicios de salud pública y privada

Variable dependiente: Tratamiento de la hipertensión leve a moderada

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del trabajo de investigación que se propone estuvo enmarcado dentro del enfoque cualitativo porque se hizo un estudio donde se observó, describió e identificó a un grupo de médicos que atienden a pacientes hipertensos en los servicios de salud públicos y privados, determinando las razones y circunstancias que intervienen en las preferencias terapéuticas

3.2 MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se desarrolló aplicando la investigación de campo, porque se acudió a los diferentes establecimientos públicos y privados a obtener la información mediante encuestas a los médicos.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación que se planteo es la descriptiva debido a que se determino los factores y características de los médicos que influyen en la elección del tratamiento de la hipertensión que indican a sus pacientes.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo que se investigo estuvo constituido por: 91 médicos

Tabla No.3.1 Población

Médicos	Frecuencia
Generales	72
Internistas	6
Cardiólogos, Emergenciólogos, Intensivistas	9
Otros	4
TOTAL	91

Elaborado por: Lizbeth Coronado

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos generales y especialistas (Medicina Interna, Cardiología) que trabajan en los hospitales públicos o privados con una muestra total de 91, que aceptaron participar en la investigación.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Médicos que no deseaban participar por varios argumentos como falta de tiempo, o apatía hacia las investigaciones.

3.4.3 CRITERIOS ÉTICOS

Se mantuvo la privacidad de los médicos y el anonimato de los mismos al implementar un código con el cual se los identifico, el investigador se comprometió a guardar la información, la encuesta se realizo en un lugar cómodo en el que no hubo intimidación del encuestado y el mismo pudo abstenerse de participar de la investigación una vez conocido los objetivos que se quería alcanzar.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Preferencias Terapéuticas de los Médicos

Tabla No. 3.2 Preferencias Terapéuticas de los Médicos

Conceptualización o descripción	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos
Decisiones que toma el médico para tratar a los pacientes dependiendo de su especialidad y área de trabajo	Especialidad	Médico General, Cardiólogo, Internista	¿Qué especialidad tiene?	Encuesta /cuestionario
	Lugar de trabajo	Público, Privado	¿Dónde trabaja?	
	Experiencia	Número de Años	¿Cuántos años trabaja?	
	Pacientes	Número de pacientes	¿Cuántos pacientes hipertensos acuden diariamente?	
	Medicamentos	Grupos	¿Qué grupos de fármacos prescribe?	
	Guías	Europea/Americana/MSP	¿Qué guías utiliza?	
	Disponibilidad	Genéricos/marca	¿Qué medicamentos prefiere?	
	Razones	Costos/dosificación/disponibilidad/s eguridad	¿Por qué prefiere?	

Elaborado por: Coronado Lizbeth

Variable Dependiente: Tratamiento de la hipertensión arteria leve o moderada.

Tabla No. 3.3 Tratamiento de la hipertensión leve o moderada.

Conceptualización o descripción	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas de instrumentos
Uso de fármacos para curar la enfermedad dependiendo de , dosis, costo, beneficio	Dosis/día	N° de tomas/24h	¿Qué dosis diaria indica?	Encuesta /cuestionario
	Costo	Tableta en dólares	¿Cuánto cuesta cada tableta?	
	Beneficio	Control de la presión	¿Cuántos pacientes logran mantener una presión arterial óptima?	
	Tratamiento	Monoterapia/terapia combinada	¿Qué tipo de tratamiento utiliza?	
	Dificultades	Mantener tto /cumplir dosis/ cambios de hábitos	¿Qué dificultades tiene en el tto. HTA?	
Prescripción	Criterios	¿ Cuáles son los criterios que fundamentan su prescripción?		

Elaborado por: Coronado Lizbeth

3.5.1 TÉCNICAS INSTRUMENTOS

Se aplicó una encuesta en la que el cuestionario constó de datos de identificación, preguntas abiertas y de opción múltiple. (Ver Anexo No.1)

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se recurrió a la técnica de la encuesta por medio de un cuestionario que constó de preguntas de opción múltiple y abiertas, se entregó a los médicos que estuvieron laborando en el sector público y privado en días ordinarios, se tabuló las respuestas, se creó una base de datos en Microsoft Office Excel 2007, después en Microsoft Office Access 2007 y por medio de el programa informático Epi Info 7 se realizó una estadística descriptiva, análisis univariado y estadísticas de significación con cruces y combinación de variables para la revisión de metas. Los resultados se mostraron mediante gráficos y tablas con su análisis respectivo.

CAPITULO IV

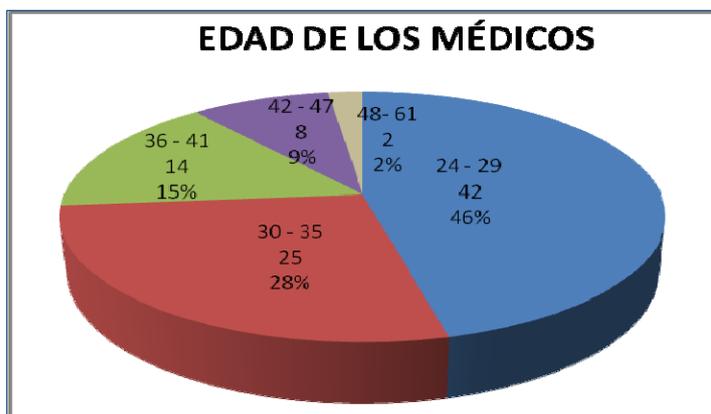
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION

4.1.1 EDAD

En la población de estudio el promedio de edad es de 32.18 años y la mediana es de 30. La edad de los investigados varió entre los 24 – 60 años. Los médicos jóvenes comprendidos en un rango de 24 a 29 años representan la población más numerosa (46%,) ya que al salir de la rural encuentran empleo como residentes en instituciones públicas y privadas, son el grupo que más servicios abarca.

Gráfico No. 4.1



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

Un informe del Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) revela que en las 20 facultades de Medicina del país hay 32.040 alumnos en el 2011. Solo la Universidad Central gradúa más de 500 nuevos médicos por año. [70]

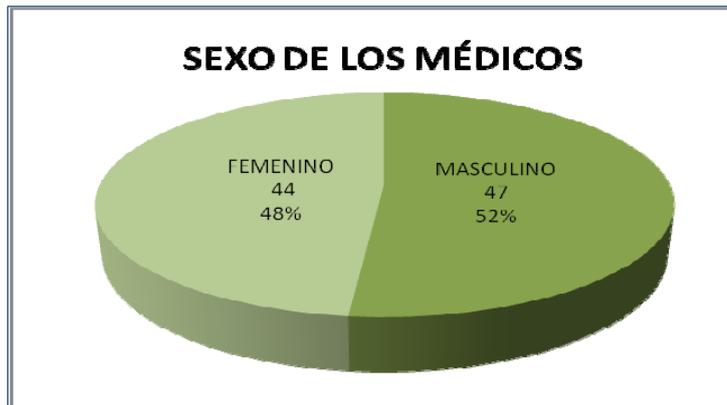
Los jóvenes que realizan su práctica profesional se enfrentan a una serie de situaciones nuevas que en muchas ocasiones, por su origen, generan confusión y aun sentimientos encontrados. [70]

Los médicos mayores de 40 años que son la minoría de toda la población que labora en los puestos de salud, adquirieron experiencia a través de años ejerciendo la profesión como un quehacer que les permite valorizar las mejores fuentes del conocimiento, que son las que enseñan lo que es útil, y asimismo, pueden transmitir los métodos de aprendizaje más eficientes, aun los tradicionales hoy injustamente devaluados. Como señalara el gran escritor mexicano Carlos Fuentes en una conferencia, *“las generaciones mayores tenemos la obligación de llevar a los jóvenes las novedades del pasado”*. [57]

4.1.2 SEXO

No se evidencia una notable diferencia entre ambos sexos, guardan estrecha relación con un porcentaje de 48% de mujeres y 52% de hombres; debido a las y reivindicaciones del movimiento feminista, lograda con mucho esfuerzo y en un lapso de muchos años. Se demuestra con la gráfica que existe equidad en el número de médicos que ejercen la profesión localmente.

Gráfico No. 4.2



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

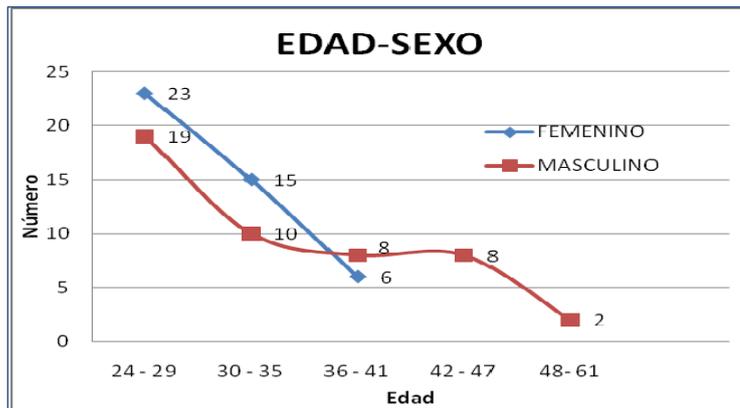
Hoy en día en que en muchas Facultades de Medicina hay igual cantidad de estudiantes de ambos sexos y aún más estudiantes del género femenino que del masculino, es difícil pensar que hasta finales del siglo XIX le estaba vedado a las mujeres estudiar esta profesión.[71]

Los argumentos utilizados para impedir a las mujeres ejercer la medicina eran supuestamente específicos a su género, tales como la incapacidad mental y física debido a la menstruación, falta de fortaleza física, incapacidad por el embarazo y lactancia, inferioridad mental debido a un cerebro de menor tamaño, y la queja habitual que la labor médica arrebatava el sexo a la mujer. [71]

4.1.3 EDAD/SEXO

La existencia de diferencias en la práctica asistencial de médicos hombres y mujeres y las edades, se atribuye a las mujeres y mientras menos edad se observa el desarrollo de consultas más largas, lo cual se manifiesta en un incremento de la satisfacción con el tiempo de consulta en los usuarios que reciben atención de ellas, aunque también en el hecho de una mayor insatisfacción de éstos con el tiempo de espera hasta entrar a la consulta. [65]

Gráfico No. 4.3



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

Los médicos hombres son el grupo predominante 100% cuando se encuentran por encima de los 42 años, tal vez porque las mujeres luego de una lucha constante por sobresalir, de combinar la vida profesional y la experiencia de la maternidad y crianza de los hijos; no comprendida muchas veces deciden retirarse tempranamente, debido a su rol histórico.

Los médicos, al menos los que llegan ahora a la edad de jubilación, están enganchados a su profesión, a tenor de los datos. Y es que la vocación, el contacto con el paciente o los compañeros es el motivo que más se invoca a la hora de plantearse el seguir trabajando después de los 65. [66] En total, el sistema público en la comunidad de Pamplona-España cuenta con 37 facultativos, entre médicos generales y especialistas, mayores de 65 años: 7 mujeres y 30 hombres. Suponen casi un 3% de la plantilla fija de médicos, cerca de 1.700 en toda la red. [66]

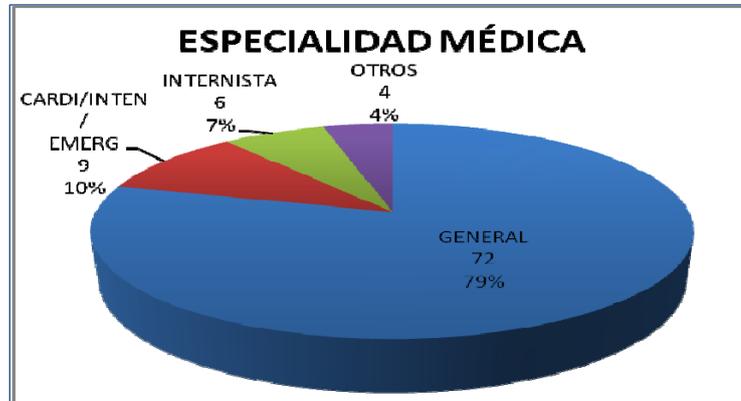
4.2. CARACTERISTICAS PROFESIONALES DE LA POBLACION

4.2.1. ESPECIALIDAD

Lo aseguran muchos especialistas, hay saturación de médicos generalistas y faltan profesionales en especialidades clave. Prevén que,

en los próximos años, el sistema sanitario no podrá absorber tanta cantidad de médicos. [59]

Grafico No. 4.4



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

En la investigación se encontró que la especialidad se cubre apenas el 21% de los profesionales que egresan de las universidades y esto es un dato alarmante que requiere urgente redefinición de las autoridades públicas en consenso con las universidades, porque no hacen falta tantos egresados de grado sino se necesita más carreras de posgrado que permita especializar el recurso humano médico en el país. [58].

De lo expuesto se deduce que la mayoría de pacientes hipertensos son tratados por médicos generales con diferentes niveles de competencias científicas para el manejo de los pacientes, por lo que se requiere reflexión sobre los mecanismos que permitan no solo la especialización de los médicos, sino también la educación y actualización permanentes de los médicos generales que están cubriendo la mayoría de la demanda en salud y que se responsabilizan especialmente de la áreas de atención primaria.

La medicina pública y privada no satisface la demanda de especialidades y abundan los médicos generalistas en un 79% de la muestra general, en una proporción ampliamente superior a la que demandan los organismos específicos internacionales, por lo que el mercado sanitario no podrá acogerlos a todos en los próximos años. [58]

A menos que se establezca una nueva corriente de formación médica en Medicina Familiar y atención primaria, como medio para mejorar el acceso a atención de calidad a la mayoría de la población a través de los servicios de salud del sector público.

En el sector público, de Argentina La Rioja los médicos estatales, se tiene un médico cada 450 habitantes, es decir, el doble de lo que marcan como necesidad los organismos internacionales y, con la cantidad de egresados previstos, será imposible que puedan ser ubicados en el mercado sanitario local y, a pesar de tener muchos médicos, hay especialidades que no se cuenta y hacen faltan. [58]

El problema radica en las universidades, que no limitan el acceso ni preparan a los estudiantes para volcarlos a especialidades no cubiertas en el mercado de salud local, ni ofertan otras carreras atractivas que merme la saturación de aspirantes en carreras donde abundan profesionales, como medicina, ingeniería y abogacía, entre otras. [58]

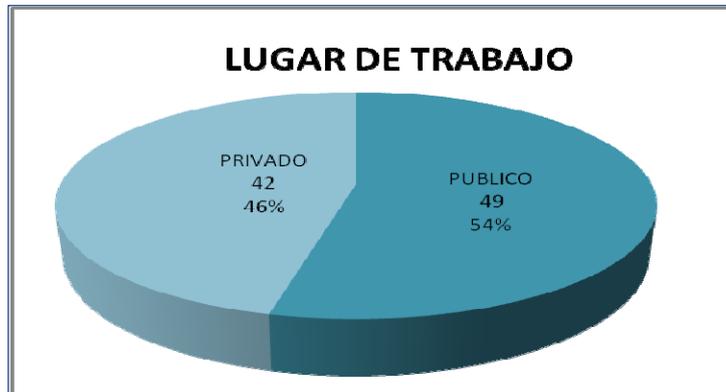
4.2.2. LUGAR DE TRABAJO

Antes del surgimiento de las instituciones públicas, el cuidado de la salud estaba a cargo de los profesionales que se dedicaban a la práctica privada. El creciente dominio del Estado sobre las instituciones de salud que amparan a los distintos sectores de la población, dejó de lado al sector privado. Durante muchos años se restó la importancia de éste en el cuidado de la salud. [63] Las posibilidades de trabajo en el Sistema Nacional de Salud para un médico general son muy escasas, limitándose por regla general a trabajos durante períodos limitados de tiempo (sustituciones) o a medicina de Urgencias en los centros en los que no se disponga de especialistas. [60]

Tampoco hay muchas posibilidades de trabajo privado para médicos no especialistas, salvo en algunas zonas rurales, centros médicos con

atención médica de 24 horas, como visitador médicos de la industria farmacéutica o combinando la Medicina General con algún tipo de terapéutica alternativa como acupuntura, homeopatía, etcétera. [60]

Grafico No. 4.5



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

Los galenos prefieren trabajar en instituciones públicas, (el 54% de la población estudiada lo hace allí), por la diversidad de patologías que llegan para ser resueltas; la remuneración es otro factor que hay que tener en cuenta al comparar el trabajo que se realiza y los beneficios que se recibe.

No se puede dejar de lado el problema que pueden enfrentar los médicos del sector público al poder ser impedidos de trabajar en el sector privado, según el Presidente de la República del Ecuador Rafael Correa se debería aplicar esta ley con el objetivo de evitar conflicto de intereses.

El ministerio de Salud fijo desde 2007 la política de contratar médicos para jornadas de ocho horas diarias y generalmente estos médicos tienen dedicación exclusiva al Ministerio, sobre todo en las unidades básicas.

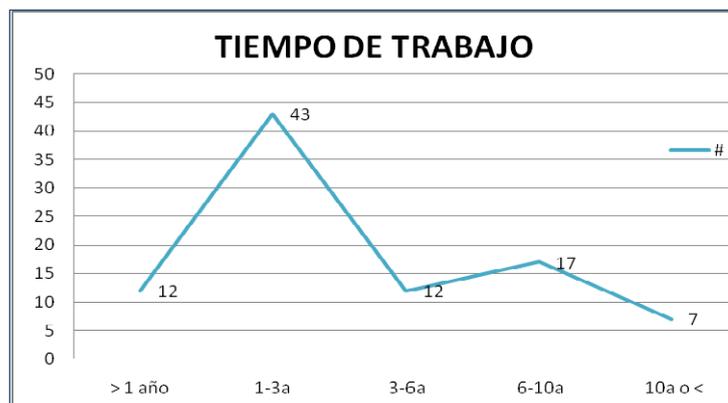
Un estudio de 2007 elaborado por la Secretaría de Salud Mexicana mostró que hay unos 197 mil médicos en todo el país, lo que coincide con las apreciaciones internacionales. Del total de médicos, 70.2 por ciento se ubica en el sector público y 29.8 por ciento en instituciones privadas. El crecimiento del personal médico dentro del sector público muestra avances importantes en el periodo 2000 a 2007, el cual es de 27.7 por

ciento, lo que representa 30 mil 54 médicos más. Por lo que toca a medicina privada, el crecimiento es de alrededor de 24 mil 239 médicos, es decir, 59.8 por ciento más en 2007 en relación con 2001. [62]

4.2.3. TIEMPO DE TRABAJO

La falta de profesionales con muchos años de trabajo, hace que las instituciones pierdan baluartes en sus filas, se ven saturados por jóvenes con conocimientos nuevos pero poca experiencia, que deberían nutrirse previamente de sus antecesores, para retroalimentar lo pasado con lo actual para un mejor beneficio de los pacientes. [61]

Grafico No. 4.6



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

En la investigación se encontró que en el medio más médicos jóvenes ejercen la profesión, pues entre 1 a 3 años es el tiempo de trabajo que más frecuencia se encontró, con un total de 43 personas se obtuvo en la encuesta. Apenas el 7.69% de los encuestados trabajan por tiempos superiores a los 10 años (Gráfico No.4.6.)

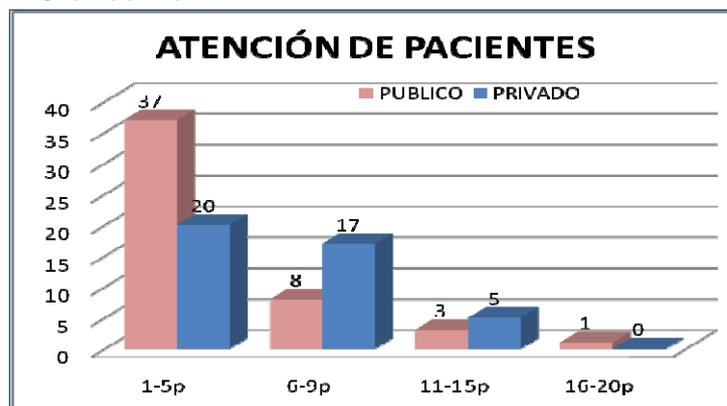
4.2.4 PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE

La satisfacción del paciente constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad; es la medida en que la atención médica y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. [67]

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. Se ha comprobado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. [67]

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado, de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico, elegir la institución en la que desea ser revisado. [49]

Gráfico No. 4.7



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

La mayoría de médicos atienden pacientes hipertensos en el sector privado con un rango que va de de 6 a 15 pacientes diarios, lo que puede explicarse por las múltiples dificultades que se presentan en las entregas de turnos, los pacientes acceden en poca cantidad 1 a 5 diarios en el público. (Gráfico No. 4.7)

En un estudio se puede afirmar que la población mexicana usa los servicios privados sin importar su pertenencia a la seguridad social. Las encuestas antes mencionadas coinciden en que las razones por las cuales la población recurrió a la medicina privada tuvieron que ver sobre todo con la deficiencia de los servicios de salud públicos, es decir, los

usuarios no están satisfechos con la atención que reciben, pues el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud. En consecuencia, buscan la opinión de los médicos privados, que muchas veces son los mismos que, en otro horario, laboran en el sector público. [63]

4.3. ANALISIS DE LAS PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS

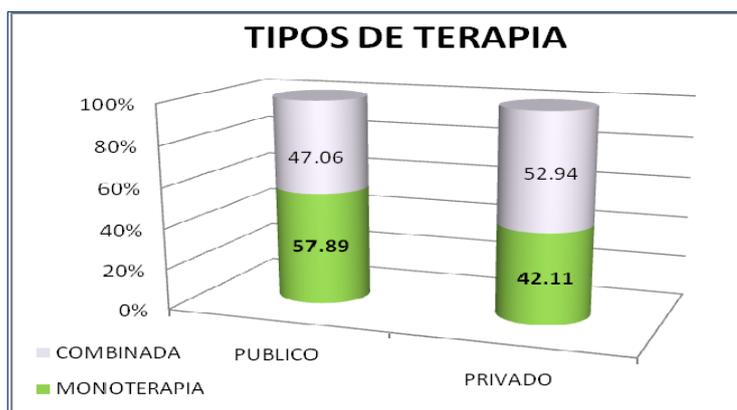
4.3.1. PREFERENCIAS EN TIPOS DE TERAPIA

La postura tradicional ha sido la terapia basada en el empleo de un solo fármaco a la dosis mínima eficaz, intentando así evitar la aparición de efectos secundarios y mejorar el cumplimiento terapéutico al simplificar el esquema terapéutico. En este esquema, basado en la monoterapia, cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos se procede al aumento de dosis (preferiblemente cuando se ha obtenido algún efecto, aunque insuficiente) o la sustitución del fármaco inicial por otro con distinto mecanismo de acción, asumiendo que el mecanismo presor determinante en el paciente concreto es otro. [64]

En contraposición a la monoterapia, cada vez se aboga más en el campo de la HTA por el empleo de varios fármacos antihipertensivos combinados, la denominada terapia combinada o de asociación.

La prescripción de los fármacos varía entre un Sistema de Salud Público y otro Privado. Tanto la elección de la monoterapia como de la combinación a utilizar (y en ello coinciden europeos y americanos) debe basarse en la individualización. Deben considerarse las características demográficas del paciente, la existencia de lesión de órgano diana y la presencia o no de enfermedad cardiovascular concomitante. [64]

Grafico No. 4.8



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

El uso de un solo fármaco en el inicio del tratamiento es impulsado de forma considerada en el sector público en un 57,89%, y en el sector privado la monoterapia se encuentra en el segundo lugar con un 42.11% de la población encuestada. Sin embargo las diferencias en el tipo de terapia que se indica en ambos sectores no fueron estadísticamente significativas. ($p=0.24.29$)

En un estudio realizado en un Hospital Público de Lima, Perú la mitad de pacientes (50%) recibieron solamente un fármaco para el tratamiento de la HTA (monoterapia), el 43% utilizó dos fármacos y el 7% tres fármacos. [9]

Antiguas publicaciones extranjeras reportaron que entre el 55 a 77% de los pacientes hipertensos controlados utilizaban Monoterapia. Publicaciones recientes han referido que la presión arterial ha sido mejor controlada con asociación de medicinas (dos o más fármacos) que utilizando monoterapia 62.2% y 37.8% respectivamente [9]

4.3.2. MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN

Los medicamentos juegan en la actualidad un papel fundamental en la asistencia sanitaria. Este papel puede observarse considerando a los medicamentos como “herramientas”, o medios de los que se vale el

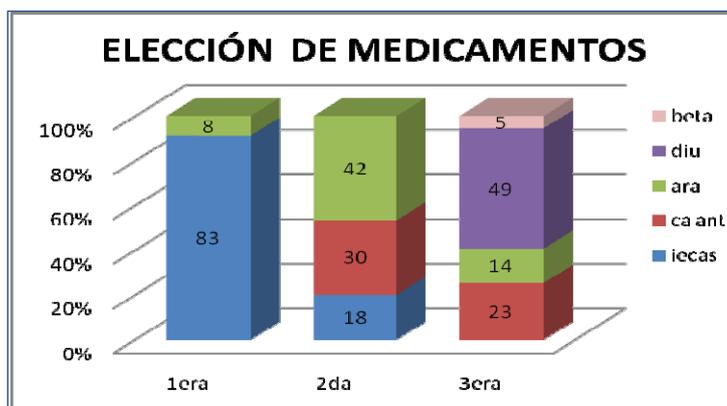
proveedor de salud para modificar el curso natural de una enfermedad, prevenirla o diagnosticarla. El papel de los medicamentos también puede considerarse como una forma de evaluar la conducta médica: el uso que hacen los prescriptores de esta herramienta tan poderosa pone en evidencia sus propios conocimientos, aptitudes, valores éticos y hasta su personalidad. [68]

La elección de un medicamento antihipertensivo depende de varios factores como del tipo y la causa de la hipertensión arterial, de la eficacia del medicamento, de la buena tolerancia al medicamento, las ventajas y factores de riesgo asociados.

De acuerdo con la OMS, la selección de medicamentos es un “proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y coste de los medicamentos a fin de asegurar el uso racional de los mismos”. [68]

Tomando en consideración las premisas anteriores, se observó que las preferencias de los médicos en la elección de los medicamentos como primera opción sobresalen los IECAS en 83 médicos, como segunda opción los ARA II con 42 y en tercera opción los diuréticos con 49. Cabe resaltar que al preguntarles a los médicos una tercera opción de medicamentos nos dan varias alternativas, las mismas que se muestran en el (Gráfico No.4.9)

Gráfico No. 4.9



Elaborado por: Lizbeth Coronado Fuente: La encuesta

En un estudio realizado en Lima, Perú se encontró que el Enalapril fue el fármaco más utilizado en monoterapia con 65.7% de las prescripciones, seguido de los calcio antagonistas (17.2%) y luego los betabloqueadores (13.3%). Durante el año 2006, entre los pacientes estudiados, se prescribieron 522,360 unidades de medicamentos, siendo el fármaco más utilizado el IECA Enalapril con 293,580 unidades prescritas (56.2% del total de la prescripción), siguiéndole los calcio antagonistas dihidropiridínicos con un 21.8% (amlodipino 17.2% y nifedipino 4.7%), los betabloqueadores con 10.13% (atenolol 9.9% y propranolol 0.2%) y los diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) con 9.3% [9]

Concuerda con un segundo estudio donde resultó llamativa la distribución de la selección de los medicamentos antihipertensivos: el enalapril fue el fármaco preferido en las tres cuartas partes de las recetas, el atenolol en una de cada cinco y la hidroclorotiazida sólo en una de cada ocho recetas. Esta tendencia confirma una observación mundial: a pesar de que los ensayos controlados han demostrado la utilidad de las tiazidas como monoterapia al mismo nivel o por encima de otros grupos farmacológicos, en la práctica se indican como drogas de segunda línea. En nuestro caso, los fármacos eran provistos en forma gratuita, de manera que el costo no fue un condicionante, sino la preferencia de los médicos. [10]

Las dosis de los fármacos han sido convencionales y su posología generalmente no más de dos tomas al día. En el caso de Enalapril, lo más frecuente fue prescribirlo entre 10 y 20mg. [9]

Por lo señalado, el Enalapril es un fármaco que se usa en lo local y a nivel internacional como primera elección en el manejo de los pacientes hipertensos, y al parecer se encuentra bien posicionado como arma terapéutica de primera elección. Si bien esta investigación no indagó las razones de estas preferencias sería importante a futuro realizar nuevos trabajos que exploren tales aspectos.

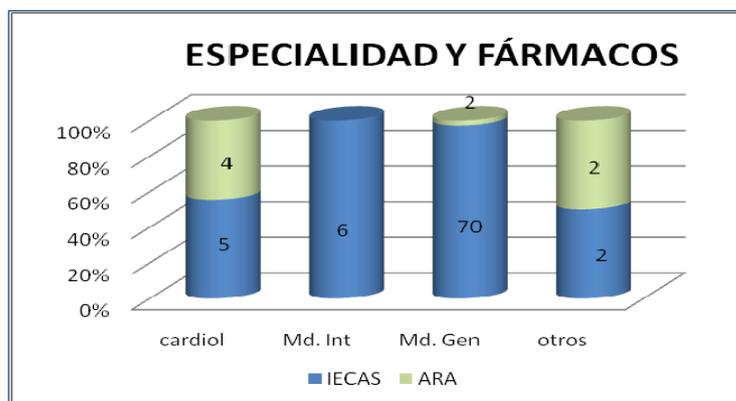
4.3.3. ESPECIALIDAD Y FÁRMACOS DE PRIMERA ELECCIÓN

El médico clínico se enfrenta, a la hora de decidir qué fármaco emplear en un paciente concreto, ante un importante conflicto. Este conflicto está provocado en primer lugar por el elevado número de fármacos disponibles en la actualidad, cada vez más potentes, en muchas ocasiones con diferencias marginales entre ellos, pero apoyados en su mayoría con campañas de marketing farmacéutico cada vez más efectivas, agresivas y difícilmente contestadas o cuanto menos contrastadas. [68]

Estas campañas de información sobre medicamentos promovidas por los fabricantes, lógicamente, inciden más en las características diferenciales de sus productos con los de la competencia, que en las posibles similitudes. Ello complica mucho más si cabe la situación para el médico prescriptor. Asimismo, es evidente que no se dispone en la bibliografía de estudios comparativos entre fármacos similares.[68]

En segundo lugar, para el médico prescriptor es cada día más difícil estar al día en farmacoterapia, debido a lo previamente comentado y al poco tiempo de que dispone habitualmente para su autoformación continuada. Además, en nuestro entorno geográfico es sabido que dicha formación continuada viene proporcionada en un alto porcentaje por la industria farmacéutica, con lo que inevitablemente se introduce una distorsión o cuanto menos un sesgo significativo. [68]

Grafico No. 4.10



Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

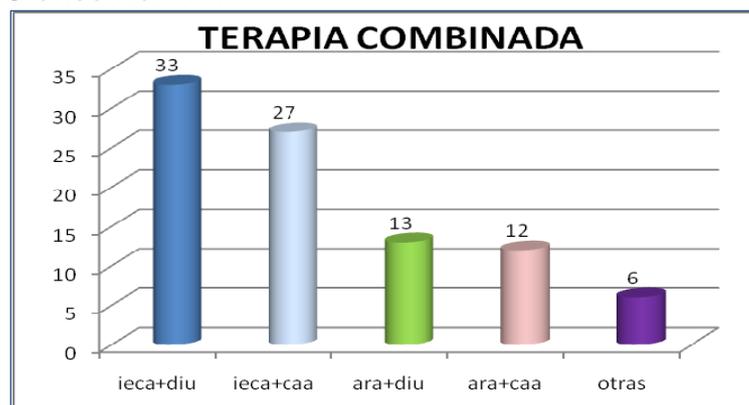
Los IECAS son prescritos por médicos internistas al 100% como fármacos de primera elección, los cardiólogos, emergenciólogos e intensivistas los prefieren en 55% y los médicos generales en 97%. Determinándose que cuando acude un paciente con hipertensión leve a moderada los IECAS son el grupo preferido para iniciar el tratamiento sin distinción si un médico es o no especialista.

Las diferencias en la prescripción de los IECAS como fármacos de primera línea para el tratamiento de la hipertensión son estadísticamente significativos, entre la especialidad del médico ($X^2=7.16$, $p=0.0078$)

4.3.4. PREFERENCIAS EN TERAPIA COMBINADA

Uno de los mayores objetivos en el tratamiento de la hipertensión arterial es lograr un mayor control sobre la presión. La estrategia pasa por hallar un tratamiento sencillo y bien tolerado por el paciente para que, de esta manera, el cumplimiento terapéutico sea más fácil. El uso de combinaciones a dosis fijas de fármacos con acciones sinérgicas es un recurso de gran utilidad en este aspecto.

Grafico No. 4.11



Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

Cuando se interrogó a los profesionales sobre el uso de terapia combinada se encontró que los IECA+ diuréticos son las combinaciones preferidas por ellos, seguidas por la combinación de IECA+CA Antagonistas. Otras combinaciones se exponen en el gráfico No. 4.11.

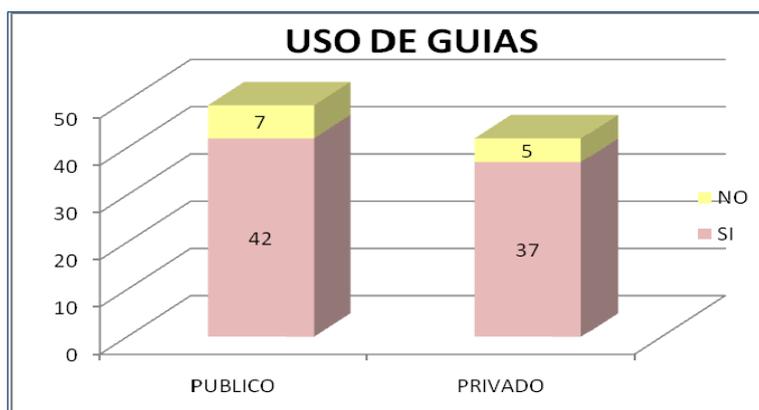
Estos hallazgos son similares a los de un estudio realizado en Argentina cuando se combinaron dos fármacos, la asociación más frecuente fue un IECA (enalapril) con diurético tiazídico (38.9%) en primer lugar, luego IECA con calcio-antagonista dihidropiridínicos (25.0%) y calcio-antagonista con diurético tiazídico (13.6%). [6]

Como se puede ver la terapia combinada se está aplicando por buena parte de los médicos investigados, lo que muestra que a pesar de ser una estrategia antigua poco a poco se la aplica de acuerdo a las nuevas metas u objetivos terapéuticos. Si se trata a un paciente con una droga se consigue disminuir la presión sistólica 6-6,5mmHg y la diastólica 4-4,5mmHg. Cuando a eso se le adiciona dos drogas hay un descenso de 11mmHg de la sistólica y entre 6-7mmHg de la diastólica. [69]

4.3.5. CONOCIMIENTO Y USO DE GUIAS

El tratamiento farmacológico de la HTA ha sido muy cambiante en las últimas décadas y aún en la actualidad no existe consenso absoluto para este problema. Un ejemplo es que en la literatura médica mundial existen diversas Guías de tratamiento cada una con puntos de vista muy respetables. [9]

Grafico No. 4.12



Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

Doce médicos de la muestra reconocieron que no aplican guías para el tratamiento de la hipertensión arterial, argumentando que no representan

la realidad de los pacientes que atienden, las metas que se proponen no son realistas, no son de aplicación en la práctica diaria. De entre los que respondieron que si usan las guías terapéuticas se encontró que les proporciona información precisa sobre metas en las cifras de la presión arterial que deben lograrse en pacientes diabéticos 130/80 y no diabéticos 140/90 la mayoría lo desconocía. Si bien esta información es interesante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales que trabajan en el o público y privado ($p=0.7378$)

Adicionalmente debe considerarse que la selección de medicamentos, en parte por su gran relevancia social, debe considerarse un proceso multidisciplinario, porque si bien se considera que debe ser el prescriptor el decisor último, éste debe intentar siempre basar sus decisiones clínicas en consensos previos (guías de práctica clínica, protocolos, etc. elaborados habitualmente de forma multidisciplinaria), combinándolos con su propia experiencia previa. [68]

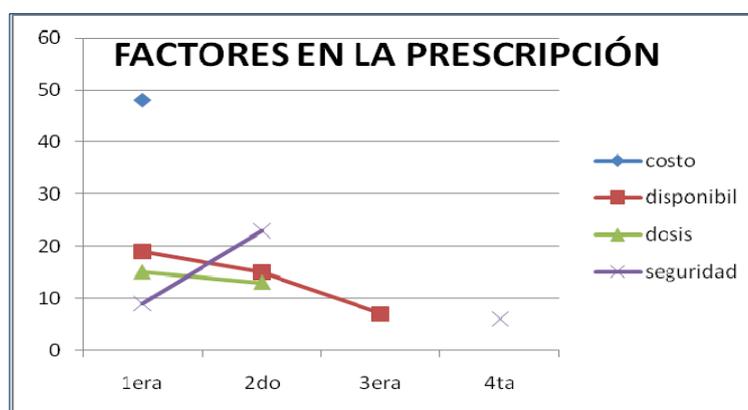
Al respecto, si bien El JNC 7 recomienda como tratamiento farmacológico de primera elección para hipertensos no complicados el uso de diuréticos tipo tiazidas, ya sea solo o en combinación con IECA, beta bloqueadores, ARA II ó calcio antagonistas, las Guías Europeas también sugirieron la terapia inicial con cualquiera de los siguientes grupos: diuréticos, IECA, ARA II ó calcio antagonistas, alejando a los beta bloqueadores, se considera que la elección del tratamiento debe realizarla el médico valorando el impacto del fármaco en el paciente, no solo por sus efectos terapéuticos, sino también por los costos y accesibilidad para mantenerlos en el mediano y largo plazo.

Además deberá considerar que el tratamiento de la enfermedad está destinado básicamente a disminuir la morbi - mortalidad cardiovascular, afirmando además que la discusión de la selección de la monoterapia era estéril ya que solo solucionaba el problema de una minoría de casos. [68]

4.3.6 FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESCRIPCIÓN

El tratamiento antihipertensivos ideal debe tener un buen perfil hemodinámico, evitar el daño de órgano blanco, pocos efectos adversos, eficaz en monoterapia, índice pico-valle mayor de 0.5, permitir una buena adherencia al tratamiento, ser de bajo costo y tener una duración mayor de 24 horas. En general, los principales efectos benéficos del tratamiento antihipertensivo se deben a la reducción de la presión arterial en sí y son independientes de los fármacos utilizados [9]

Grafico No. 4.13



Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

Cuando los médicos prescriben medicamentos antihipertensivos ven como primer factor el costo, la disponibilidad, dosis y en último lugar la seguridad que otorgan los fármacos.

En la actualidad la disponibilidad de los medicamentos es mayor que hace unos años en el mercado mundial; sin embargo, en los países en desarrollo hay muchas personas que no tienen acceso a medicamentos que puedan salvar vidas o reducir el sufrimiento. En el Perú, informes de la Organización Mundial de la salud (OMS), han señalado que 50% de la población peruana no tiene acceso a los medicamentos esenciales y que el problema principal son los precios comparados con el poder de compra [55]

En consideración de los hallazgos se indagó las razones por las que se prefieren los dos principales grupos farmacológicos: IECAS y ARA y se

encontró que al elegir los primeros, el criterio que domina es el del costo, mientras que entre los ARA es el de la disponibilidad local; otros criterios se muestran en el (Tabla 4.1)

Tabla No.4.1 Criterios para la elección de fármacos de primera línea

FARMACOS CRITERIOS	IECA		ARA	
	No.	%	No.	%
Costo	46	55.42	2	25
Disponibilidad	16	19.28	3	37.5
Dosis	13	15.66	2	25
Seguridad	8	9.64	1	12.5
Total	83	100.00	8	100

Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

El costo farmacológico anual de todos los fármacos prescritos a los pacientes con derecho a gratuidad fue de S/. 55,238.58, de los cuales el 39% correspondió al Nifedipino, seguido de Enalapril (25%) e Irbesartan (16%). Se deduce que el costo farmacológico mensual promedio per capita fue de S/. 5.76. [9]

El médico tiene lo que algunos economistas han llamado un “raciocinio económico elemental”, no conoce exactamente el costo real de los medicamentos, pero en forma general se maneja que los IECAS son los fármacos más económicos.

Las medicinas son una parte fundamental de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios; sin embargo, las formas de su financiamiento dificultan que este insumo llegue en condiciones de igualdad a todos los grupos sociales.

En este sentido, en lo local, si bien la política de estado apunta actualmente hacia facilitar la atención de los pacientes pues la Constitución establece a la atención de salud como un derecho fundamental de los ciudadanos, los esfuerzos realizados no son suficientes como para asegurar que el sector público se provean los fármacos hipotensores en forma continua y permanente y en todos los

servicios de la red pública a nivel nacional teniendo en consideración el nivel de complejidad de los establecimientos y por ende la complejidad de los pacientes que se atiende en cada uno de ellos a fin de proveer medicamentos acordes a esta realidad.

4.3.7 GENÉRICO O MARCA EN LA ELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Una preocupación de los médicos suele ser proporcionar los mejores tratamientos a sus pacientes de manera que se contribuya a evitar la elevada morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades en general y a la HTA en particular. Al respecto, una de las estrategias implementadas en muchos países es la prescripción de fármacos genéricos que siempre son más económicos que los de marca.

En este caso concreto, se encontró que al considerar los fármacos más prescritos por los médicos locales, 51.6% de ellos respondieron que prefieren los medicamentos de marca, lo cual contradice lo establecido en el sector público especialmente en donde se implementó desde hace varios años la obligatoriedad de prescribir medicamentos genéricos, sin que se hayan realizados investigaciones concretas que permitan dar sustento a las apreciaciones que los médicos tienen sobre tales medicamentos, pues a nivel internacional es bien conocido que “el acceso a medicamentos genéricos, no sólo significa que esté a un precio razonable, sino que además estos bienes estén oportunamente disponibles en el mercado y en los sistemas de salud” [55]

Tabla 4.2 Elección de fármacos antihipertensivos según su fabricación: Genéricos o Marca

CLASES \ FARMACOS	IECA		ARA	
	No.	%	No.	%
Genéricos	41	49.4	3	37.5
Marca	42	50.6	5	62.5
Total	83	100.0	8	100.0

En países como Venezuela, Ecuador y Colombia parece ser que la presencia de medicamentos de marca original (43%-57%) compite muy de cerca con los medicamentos genéricos (50%-60%), así como también con los genéricos del sector público (43% - 48%). [56]

En Ecuador según la Ley Orgánica de Salud en el Art. 7, literal G promulga que toda persona tiene derecho a Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito.[72]

Esto podría indicar que la presencia de medicamentos de marca innovadora ha sido desplazada en cierta medida por las versiones genéricas en los establecimientos encuestados del sector privado, lo que podría traducir- se en una mayor aceptación de los genéricos por parte de los usuarios. En el caso del sector público, es evidente la tendencia a mantener medicamentos genéricos en sus establecimientos, como una política pública para facilitar el acceso a los medicamentos. [56]

4.3.8 FARMACOS DISPONIBLES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Los hospitales del sector público cumplen un papel fundamental en cuanto a la adquisición de medicamento y su distribución a los pacientes, sin embargo se ha observado en la medida que las farmacias de estos hospitales no cubren los requerimientos de medicamentos de los usuarios, el conjunto de farmacias y boticas del sector privado las suplanta. Consecuentemente, se ha comprobado que quienes compran medicamentos del sector privado pagan más que aquellos que compran en el sector público. [55]

Tabla No. 4.3 Disponibilidad de fármacos antihipertensivos en el sector público y privado

FARMACOS TRABAJO	ENALAPRIL		AMLODIPINO		CAPTOPRIL		OTROS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Privado	33	42.9	5	71.4	2	100.0	1	20.0
Público	44	57.1	2	28.6	0	0	4	80.0
Total	77	100.0	7	100.0	2	100.0	5	100.0

Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

Como se observa en el (Tabla 4.3), el Enalapril es el medicamento que todos los sectores de salud tienen a su disposición, 77 de los encuestados refirieron su existencia en el área de trabajo.

4.3.9 DIFICULTADES EN LA PRESCRIPCION

Las enfermedades crónicas requieren de tratamientos y cambios de hábitos de por vida, de lo contrario probablemente se desencadenarán nuevas patologías o incluso la muerte. En el caso de la HTA este reto es muy grande para los profesionales de salud por cuanto deben motivar al paciente mantener su terapia a pesar de las influencias del entorno que son no solo de carácter económico (costos de los tratamientos), sino también de carácter cultural (tomar demasiados tiempo los medicamentos hace daño, los medicamentos se acumulan en el organismo, intoxican a la gente, etc.)

Tabla No. 4.4 Dificultades encontradas en la prescripción

DIFICULTADES	No.	%
Cambios de hábito	39	42.9
Mantener tratamiento	29	31.9
Cumplir dosis	23	25.3
Total	91	100.00

Elaborado por: Lizbeth Coronado

Fuente: La encuesta

En este trabajo se encontró que el 42,9% de los encuestados señalaron que la principal dificultad para que los pacientes se adhieran al

tratamiento es que se requiere cambiar hábitos y estilos de vida (dejar tabaco, alcohol, realizar ejercicio cotidianamente al menos 30 minutos, bajar el consumo de sal, por citar los principales), en orden de frecuencia siguen: mantener el tratamiento y cumplir con las dosis prescritas (Cuadro 4.4)

Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con PA normal alta, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo añadido bajo-moderado), bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivos.

El propósito de dichas medidas es reducir la presión arterial y prevenir el desarrollo de la ECV. Es necesario hacer notar que no existen estudios que demuestren que la adopción de cambios en el estilo de vida sea capaz de prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en la población hipertensa, por lo que los cambios en el estilo de vida no deben retrasar de forma innecesaria el inicio del tratamiento farmacológico, especialmente en los pacientes con riesgo añadido alto o muy alto

4.4. VALIDACION DE LA HIPÓTESIS

Para la validación se planteó las hipótesis siguientes:

H0: Existen diferencias en las preferencias terapéuticas entre los médicos que trabajan en el sector público y el sector privado

H1: No existen diferencias en las preferencias terapéuticas entre los médicos que trabajan en el sector público y el sector privado

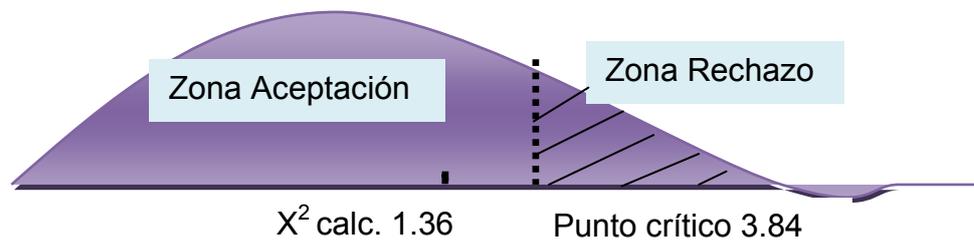
Con este planteamiento se distribuyó a los médicos de la siguiente manera:

	Monoterapia	Terapia combinada	
Sector público	18	23	41
Sector privado	16	34	50
	34	57	91

Realizados los cálculos se obtuvo:

$$X^2 = 1.36 \quad 1\text{gl} \quad \text{nivel de confianza} = 95\%$$

El valor de Chi^2



Dado que el valor de X^2 calculado es menor del valor crítico para un grado de libertad se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 , por tanto se demuestra que existe diferencias en las preferencias terapéuticas de los médicos investigados, pues como se conoce y se ha documentado en múltiples investigaciones, la decisión del médico para prescribir la terapia antihipertensiva a los pacientes está mediada por las consideraciones que éste debe hacer frente a cada uno de los pacientes y sus particularidades clínicas, sociales y hasta económicas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se determino las preferencias terapéuticas de los médicos para el tratamiento de la hipertensión leve a moderada.
- Se analizó cómo influye las especialidades médicas en la elección de medicamentos antihipertensivos.
- Se describió los factores que intervienen en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.
- Se identifico las dificultades en la prescripción de medicamentos.

5.2. RECOMENDACIONES

- Implementar cursos de capacitación permanente a los médicos, sobre los nuevos avances en el tratamiento de la hipertensión.
- Conocer por parte de los médicos los costos y disponibilidad de los medicamentos en el lugar que se desempeñan, para sustentar la prescripción y acercarse a la realidad de cada paciente.

- Establecer la importancia que tiene una buena prescripción, basada en las características propias de cada paciente.
- Elaborar una guía metodológica para la prescripción que permita la estandarización de los procedimientos asociados a la misma e incentivar la generación de procesos que aseguren la selección racional de los medicamentos.
- Gestionar con el gobierno central la adquisición de más fármacos para mono y terapia combinada y así dotar a los pacientes de un tratamiento duradero.
- Mejorar la relación medico-paciente otorgando mayor tiempo en las consultas para fortalecer los pilares del tratamiento y así evitar la deserción y mal control de la presión arterial.
- Fomentar educación nutricional, actividad física en los pacientes.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS.

Título de la propuesta

Implementación de un Plan de Capacitación a médicos del Sector Público y Privado para mejorar el manejo y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Institución Ejecutora

Dirección Provincial de Salud de Tungurahua
Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios

Médicos

Entidad responsable

Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud de Tungurahua

Ubicación

Tungurahua-Ambato

Tiempo estimado para la ejecución:

Inicio: Mayo 2011

Fin: Diciembre 2011

Equipo técnico responsable

- Director Provincial de Salud
- Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato
- Coordinador de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.
- Investigadora

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

En la investigación titulada: "PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS MÉDICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HTA LEVE A MODERADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA Y PRIVADA", se pudo determinar que la falencia en el conocimiento y la actualización en el tratamiento de la hipertensión hacen que los médicos prescriban de forma mecanizada los fármacos, sin tener claro las metas del tratamiento.

Las preferencias terapéuticas están enmarcados en un solo tipo de fármacos la monoterapia es preferida por los médicos en un 57,89%, en las instituciones privadas la combinada toma importancia con un 52.94%. Si se analiza la monoterapia, la familia farmacológica más prescrita por 83 médicos son los IECAS encabezado por el Enalapril; en la terapia combinada 33 médicos escogen los IECAS + diuréticos como los medicamentos más prescritos, sin distinción del lugar.

Las especialidades no influyen en los 6 médicos internistas y 72 médicos generales no se observa diferencias marcadas al momento de elegir los fármacos, los IECAS con un porcentaje de 97% y 100% son los preferidos, los 9 cardiólogos al ser la hipertensión arterial, una enfermedad concerniente a su área de formación y trabajo aumentan a

los IECAS una segunda opción a sus preferencia que son los ARA II, con una relación de 55% y 45% respectivamente.

Si se toma en cuenta las dificultades que tienen en el momento de la prescripción manifestaron el costo 48 profesionales y 19 la disponibilidad entre las más destacadas, se deja como última opción la seguridad de los medicamentos, factor muy importante al implementar un tratamiento, y que debería ser una prioridad en la prescripción.

El estado impulsa una inequívoca convicción de que es un deber del médico prescribir con racionalidad y buen sentido económico, en alusión a los fármacos más baratos, pero hay que tomar en cuenta que no todos los medicamentos genéricos son idénticos en su composición (igualdad de forma de principio activo o excipientes). [78]

Las repercusiones en los errores del tratamiento llevan a una deficiente adherencia lo que puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de la automedicación.[73]

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública y privada contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con

independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres. [73]

6.3. JUSTIFICACIÓN.

El afán en la elaboración de este proyecto sobre la “Implementación de un Plan de Capacitación a los médicos del Sector Público y Privado para mejorar el manejo y tratamiento de la Hipertensión Arterial”, radica en conocer que muchos de los médicos carecen de conocimientos que les permitan ofrecer más tipos de tratamiento, que se ajusten a las características de los pacientes.

La falta de interés de los establecimientos de salud para brindar capacitación, sobre el manejo de las enfermedades crónicas, que son la mayor demanda de consultas, el conocimiento empírico, básico, estandarizado del tratamiento de la hipertensión arterial, el no saber cómo aplicar las guías existentes, van sumando a la gran lista de factores que hacen que los pacientes tengan más riesgos de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. [75]

El llenar estos vacíos en la prescripción de medicamentos, influiría en los pacientes teniendo una mejor calidad de vida, en las instituciones se ganaría mayor prestigio.

Es importante el desarrollo de este proceso de capacitación para mejorar el conocimiento y aplicación de las guías en los establecimientos de salud públicos y privados, lo que facilitara y dará un mejor enfoque al tratamiento de la hipertensión.

Proporcionar a los empleados de Salud la oportunidad de adquirir mayores aptitudes, conocimientos y habilidades que aumentan sus competencias, para desempeñarse con éxito en la relación médico-paciente, ya que es la esencia de cualquier proceso en salud.

Se podrá aprender de los aciertos y errores cometidos por los médicos que ejercen su profesión en diversos lugares y con diferentes pacientes, de manera que se haga una retroalimentación entre todos los asistentes.

La prescripción correcta se consigue cuando el profesional está bien preparado e informado, explica al paciente buscando comprensión y adhesión, prescribe un medicamento eficaz y seguro, en la dosis adecuada, y en el mejor interés del mismo, durante el período de tiempo apropiado y al menor costo posible, conforme a los principios de la ética médica.[75]

La conducta terapéutica del médico debe ser siempre proporcionada; es decir, que los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico, tienen que guardar proporción con el esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del mismo, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos. [75]

Dadas las necesidades y características específicas que día a día adquiere la práctica de la medicina a nivel nacional y mundial, se convierte en un aspecto prioritario la búsqueda del mejoramiento de los métodos de aprendizaje y los temas tenidos en cuenta para tal fin, sin embargo se debe contar con la opinión de las personas directamente involucradas en este proceso, ya que finalmente son los médicos quienes durante su diario ejercicio descubren cuáles son sus fortalezas, e identifican aquellos aspectos en los que necesitan apoyo.[79]

El proyecto de intervención ha sido pensado partiendo del conocimiento de la problemática real y la disponibilidad de los profesionales interesados con el ánimo de ajustar a las necesidades las temáticas y la logística de la capacitación. Ello garantiza la vinculación de los participantes y busca generar el menor nivel de fracasos en la capacitación.

6.4. MARCO INSTITUCIONAL

Se realizara en el colegio de médicos de Tungurahua, institución facilitadora que permitirá mediante la aprobación de créditos la adjudicación de puntos que permitan escalar en la Ley de escalafón para médicos. Tendrá el aval académico de la Universidad Técnica de Ambato. [74]

6.5. OBJETIVOS.

6.5.1.- OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un Plan de Capacitación para los médicos que provea de conocimientos adecuados para mejorar el manejo y tratamiento de la Hipertensión Arterial.

6.5.2. - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar un sistema de capacitación permanente para el personal de salud en cuanto al tratamiento de la hipertensión.
- Proporcionar a los médicos conocimientos que les permitan un mejor desempeño de su trabajo vinculado al tratamiento de la hipertensión
- Elaborar un documento guía de información, para escoger el tratamiento que más favorezca a los pacientes.

6.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.6.1. Prescripción

Se entiende por medicamento toda sustancia o mezcla de sustancias, químicas o naturales que modificara las funciones bioquímicas y biológicas del organismo de una persona, destinadas a ser usadas en el

tratamiento, mitigación, prevención o diagnóstico de una enfermedad, condición física o psíquica anormal o síntoma de ésta en el ser humano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los fármacos, medicinas, productos farmacéuticos y productos medicinales como aquellas sustancias o productos utilizados en el ser humano con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. [75]

El medicamento ha estado unido a la práctica de la medicina desde hace milenios, su utilización estuvo basada en la experiencia resultante de acciones previas en situaciones similares; su número era limitado y el conocimiento de sus estructuras químicas y mecanismos de acción casi desconocidos. [75]

La utilización de fármacos de escaso o nulo valor terapéutico o una deficiente prescripción, reflejan los riesgos a que están sometidas las poblaciones por una conducta médica incorrecta. En este sentido, se ha referido el abuso en la prescripción de medicamentos para el tratamiento de los problemas de salud que generan mayor demanda de los servicios médicos de primer nivel de atención. Por ello los problemas de prescripción constituyen un factor determinante de la calidad de la asistencia médica. [80]

Los medicamentos en los servicios médicos, son considerados como una forma de medir la conducta médica. El uso que hacemos los prescriptores de esta herramienta evidencia los conocimientos, aptitudes, valores éticos y humanos y hasta la personalidad de los prescriptores. Con su trabajo, el médico efectúa el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Su actividad profesional se dirige al ser humano enfermo. Por ello debe mostrar en todo momento un comportamiento moral alto. La responsabilidad de sanar a otro le exige una conducta excelente. [80]

El sector farmacéutico es uno de los más lucrativos del planeta, el desarrollo, producción y distribución de medicamentos están sujetos a la ética de los negocios. Es claro que la ética y los fines de las empresas farmacéuticas (y los de tecnología médica) son diferentes de los de la medicina. Para la industria este es un negocio como cualquier otro, y la

manipulación para promocionar las ventas, como se hace con cualquier bien de consumo, está bien demostrada. Basta decir que los medicamentos de mas demanda y por tanto los que más se venden, representan más de 1 000 millones de dólares anuales en ganancias. [80] En el mundo, más del 50 % de los medicamentos que se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50 % de los pacientes los toman de forma irracional. [80] La promoción del derecho a la salud implica garantizar el derecho a beneficiarse con los adelantos tecnológicos y el reconocimiento del valor supremo de la dignidad humana, principios reconocidos en numerosos tratados internacionales y aceptados por la mayoría de los Estados. En general, tanto las reglas del comercio como las de la economía deben contribuir al bienestar de la sociedad. Nunca constituirse en obstáculo para que una parte importante de dicha sociedad se beneficie con la riqueza y la prosperidad que el comercio, en principio se presume, puede aportar. [80]

La salud percibida como derecho fundamental constituye un bien colectivo que las autoridades públicas y sus instituciones deben proteger de manera activa. No hacerlo es aceptar una sociedad enferma si se considera al medicamento como una simple mercancía, la salud nunca será otra cosa que una extensión del mercado allí donde las curas y los tratamientos sólo estarán al alcance de los que disponen de suficiente poder adquisitivo. [81]

Podemos considerar tres características fundamentales que debe poseer un profesional de la salud:

Conocimiento especializado y utilidad social: La utilidad social de una ocupación debe basarse en la posesión y uso de un conocimiento especializado. Los profesionales de la salud deben brindar servicio profesional a los individuos en particular, utilizando sus habilidades intelectuales en beneficio de aquéllos.[81]

La actitud y comportamiento profesional: El componente básico en la actitud de un profesional de la salud es: el altruismo, la preocupación desinteresada por el bienestar de los demás. Los profesionales deben preocuparse de los asuntos que son vitales para la salud y bienestar de sus pacientes. Por lo tanto, se espera que antepongan las necesidades del paciente ante sus necesidades personales.[81]

El principal estímulo de un profesional deberá ser el deseo de brindar una función altamente útil a la sociedad.

Uno de los problemas es: la prescripción médica.

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Mediante esta acción un profesional utilizará un producto biológico, químico o natural con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico. [82]

En el orden científico significa el resultado de un proceso cognoscitivo donde el médico, a partir del conocimiento adquirido, realiza el interrogatorio y el examen físico del paciente en busca de signos, elabora su hipótesis diagnóstica y decide una acción. Si la acción es terapéutica surge la prescripción médica. [82]

En el orden ético, el médico está sometiendo al enfermo a un riesgo adicional al que ya tiene y que puede llegar a ser invalidante o mortal. De acuerdo a la teoría "de Georgetown" (que desarrolla los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), el médico deberá tratar de no hacer daño al paciente con su prescripción; que ésta le haga bien; respetando su autonomía; debe compartir las expectativas con él; comprobar que conoce los riesgos a que se somete, con el objetivo de alcanzar un fin terapéutico, y que esta relación riesgo-beneficio es aceptable para ambos. [75]

Como norma general, la conducta terapéutica del médico debe ser proporcionada, cabe decir, que los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico, tienen que guardar proporción con el esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del paciente, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos. Por esta razón, la proporcionalidad en la acción médica es una exigencia no sólo

técnica sino que también ética, ya que no es lícito llevar a cabo acciones diagnósticas o terapéuticas desmedidas. Por otra parte, la conducta médica desproporcionada, que es aquella de la que no se puede esperar un beneficio cierto para el enfermo, es técnicamente incorrecta y éticamente reprobable. [75]

Los malos hábitos de prescripción, los cuales son el origen de tratamientos inefectivos e inseguros, de exacerbación o alargamiento de la enfermedad, de sufrimiento y daño al paciente y de costos más altos. También contribuyen a que quien prescribe sea vulnerable a influencias que pueden originar una prescripción irracional, como la presión del paciente, los malos ejemplos de los colegas, las solicitudes de los farmacéuticos y de la conducta de éstos cuando el paciente va a comprar lo que le prescribimos, o cuando le pide algo directamente. [75]

El tratamiento de cualquier enfermedad o condición, se debe efectuar en el mejor interés del paciente y conforme a los principios de ética médica establecidos. La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado, al hacer uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el periodo de tiempo apropiado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad. [75]

Hoy más que nunca, estamos en el deber de devolver la salud o de evitar la progresión de la enfermedad y la muerte anticipada, o, al menos, la mitigación del sufrimiento. Y esto se logra cuando la prescripción es correcta, utilizando medicamentos eficaces y seguros. [75]

6.6.2. Adherencia

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los

servicios de salud, entre otros. De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial, que se presenta en todos los países con independencia de su nivel de desarrollo y de alarmante magnitud, sobre todo en las regiones más pobres. [73]

Datos sobre el incumplimiento

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. Quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir nuevas complicaciones. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad. [73]

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adhesión a los tratamientos se registran datos sobre la frecuencia de cumplimiento en algunas enfermedades crónicas, los que aún siendo aproximados ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos. En Cuba, se realizó una investigación en un área de salud del municipio Marianao, La Habana y se encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivos. [73]

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la

población. Existe una estrecha relación entre estas, es decir vínculos de influencia e interdependencias mutuas. Por ejemplo, las consecuencias médicas inciden en lo económico o en el aspecto psicosocial. Con la intención de destacar y recrear con mayor claridad la repercusión que tiene este problema desde el punto de vista médico, económico y para la calidad de vida del paciente, las abordaremos a continuación, cada una por separado. [73]

Consecuencias médicas o clínicas

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. La valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesaria del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. [73]

El informe de la OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como

abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.

- Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa, especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes. [73]

Consecuencias económicas

- Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos y a los propios pacientes.
- Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo.

El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

- El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública.

- Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales. [73]

6.6.3. Capacitación

La formación de los hombres y mujeres que se inclinan por estudiar medicina, es una especie de apostolado dedicado a la búsqueda permanente de nuevos conocimientos en su campo de trabajo. [83]

La capacitación médica tiene un impacto directo en la calidad de atención de los pacientes y es un área importante de oportunidad para la implementación de nuevas técnicas, de allí la prevención, alta estima y acato a la Ética profesional, de quienes incursionan en el campo de la salud a través de la Medicina. [83]

Los resultados dejan en claro que los profesionales de la salud quieren y necesitan capacitación continua para alcanzar la excelencia en procedimientos de diagnósticos y en el uso de dispositivos médicos, que cada día son implementados en el campo de la tecnología.[83]

La medicina cambia todos los días por lo tanto la manera de seguir teniendo los mejores médicos es tener un programa permanente de capacitación Los resultados de una encuesta realizada a profesionales de la salud de Latinoamérica revelaron que la capacitación medica tiene un impacto directo en la calidad de atención de sus pacientes y es importante para la utilización de nuevas técnicas medicas.[83]

Debido a los rápidos cambios que ocurren en el conocimiento y en los sistemas de salud, así como al aumento de las demandas de atención de calidad por parte de la población, se considera imprescindible la formación continua de todos los integrantes del equipo de salud.

Es sabido que la educación médica curricular de grado y postgrado no garantiza la competencia en forma definitiva, por lo que es imprescindible un sistema de asegure la capacitación permanente de los médicos, para brindar una atención de calidad a la población.[82]

Se define a la educación médica continua (EMC) como un proceso constituido por el conjunto de actividades teóricas y prácticas tendientes a mantener el ejercicio profesional en el más alto nivel, que se cumplen desde el fin de la formación curricular de pre y posgrado, hasta el cese de la actividad profesional.[76]

La Organización Panamericana de la Salud concibe a la educación médica permanente (EMP) como “un proceso permanente, de naturaleza participativa, en el cual el aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual de los servicios.[76]

El término “desarrollo profesional médico continuo” (DPMC) engloba los conceptos de EMC y EMP, poniendo énfasis en la formación continua durante los 30-40 años del ejercicio médico que permitirán mantener la competencia profesional. [76]

Es un componente fundamental en el proceso de mejora continua de la atención que redundará en una mejor calidad de vida de la población y en la reducción de costos en atención de la salud.

Las metodologías más adecuadas, serán las participativas, centradas en el médico y basadas en problemas (talleres, seminarios, discusión de casos clínicos reales, etcétera).

La evaluación es un requisito indispensable, pues permite potenciar el proceso educativo. Los sistemas de evaluación serán los apropiados a cada actividad, pero siempre se evaluará a los alumnos, los docentes, la actividad y los resultados.

Debe ser un esfuerzo colectivo de la Universidad, la administración sanitaria, las sociedades científicas, los gremios y las instituciones asistenciales. [76]

La responsabilidad y la participación deberán ser multiinstitucional: la Facultad de Medicina aporta su perfil académico, el Ministerio de Salud

Pública es responsable de la calidad asistencial en el país, las gremiales médicas son representantes del cuerpo médico nacional.

Deberán participar las sociedades científicas y las instituciones de asistencia, públicas y privadas, incentivando y facilitando la participación de sus profesionales en las distintas actividades formativa.

Sólo de este modo se podrá garantizar la accesibilidad, equidad y universalidad, atributos implícitos en la esencia de esta educación

Este sistema sólo puede mantenerse en el tiempo y cumplir con ser accesible y universal si cuenta con recursos económicos propios. Los costos incluyen horas docentes, secretaria, papelería, materiales educativos y envío de los mismos previo a los talleres, locales, traslados etc. Los costos al igual que en todos los países que desarrollan estas actividades serán cubiertos por todos los involucrados: las instituciones, los patrocinadores y los médicos. [76]

Las actividades de educación médica continúa que se comienzan a desarrollar en el país, organizadas por distintas instituciones e impulsadas por la Escuela de Graduados, constituirán un sistema de aprendizaje, que permitirá eventualmente, implementar mecanismos de regulación, como es el caso de la recertificación. [76]

La importancia de la actualización permanente de galenos y la necesidad de trabajar arduamente para no ser solamente médicos en cantidad, sino ser los mejores en calidad y calidez.

La medicina preventiva es una de las preocupaciones de los médicos generales, ya que señaló que es la más barata y la más eficaz, por lo que consideró de vital importancia que en la actualidad ya hay un movimiento nacional entre médicos e instituciones de salud, para privilegiar la medicina preventiva, porque de otra manera no habrá presupuesto institucional ni particular que soporte los gastos que originan la atención de las enfermedades. [76]

La necesidad de que los médicos mantengan una constante capacitación para ser más competitivos y contar con la confianza de la población.

Se menciona que cada año egresan de las universidades entre 15 mil y 16 mil médicos generales, y sólo tienen cabida en las instituciones médicas públicas y privadas, un promedio de 4 mil 500 en la especialidad médica. Actualmente se estima ejercen su profesión 80 mil médicos en todo el país, tanto en dependencias del sector público como la iniciativa privada, pero de ellos, sólo cerca de 15 mil se inscriben en un curso formal de educación. [76]

En la actualidad el médico general tiene tres caminos a seguir: el primero es estar agrupado en una sociedad o colegio médico, que les brinde los objetivos y expectativas acordes a una vida médica moderna. El segundo, es que este grupo médico les ofrezca una actualización continua capaz de influir en su formación y consecuentemente en el bienestar de sus pacientes, además de que esta agrupación médica sea reconocida a nivel nacional y tenga avales universitarios en todas sus actividades.[76]

Una vez graduado, el médico puede encontrar varias alternativas para su capacitación. Sin embargo, la tendencia de los últimos años muestra que, lamentablemente, su participación en estas instancias ha disminuido en forma considerable, en parte debido a la sobrecarga laboral, producto del deterioro en la situación económica de los profesionales de la salud.[76]

Resulta conocido el hecho de que gran parte de la información que reciben nuestros médicos proviene de la industria farmacéutica a través de simposios, publicaciones en suplementos de revistas científicas y material de propaganda folletos, cartillas, etc. El delicado tema relacionado con los conflictos de intereses entre la industria farmacéutica y los profesionales ha sido y es aún motivo de debate en diferentes ámbitos, gubernamentales, comunidad médica, sociedades científicas, comités de ética. En general, y acompañando los resultados de algunos análisis científicos del problema, se considera que la información proveniente de estas fuentes puede estar sesgada. [77]

Existe una innumerable cantidad de sitios web con información sobre el uso de medicamentos en general. Si bien muchos sitios proveen información seria, bien documentada y basada en evidencias, existen muchos otros que no tienen un claro sustento científico ni instituciones reconocidas que los avalen, pudiendo además tener patrocinios no explicitados que influyan sobre la confiabilidad de los contenidos. Otra de los obstáculos reside justamente en la inmensidad de las opciones disponibles: el profesional debe navegar durante muchas horas hasta finalmente encontrar - si lo acompaña la suerte y su pericia - información útil y veraz. [77]

Durante años, las revistas científicas han sido, sin duda, la principal fuente de información para los médicos.

Cuando un profesional de la salud se enfrenta con el dilema concerniente a la efectividad de una intervención para un paciente en particular, es conveniente que recurra a los estudios científicos relevantes. Sin embargo, la interpretación de estos artículos requiere del lector, competencias de diferente índole: por un lado, una comprensión básica de la metodología científica y estadística, y por otro, la adopción por parte del lector de una postura crítica sobre el mismo. [76]

Por lo tanto, el médico debe estar capacitado y entrenado para interpretar mejor los estudios, evaluar los sesgos potenciales y reales, mejorar la comprensión de los resultados, y decidir así qué artículos son válidos y relevantes como para influir sobre sus decisiones. La mayoría de ellas no están accesibles en forma gratuita. Afortunadamente, día a día se incorporan nuevas publicaciones de acceso libre por Internet.[76]

Los principales pilares con los que actualmente contamos para tender a una mayor equidad en la socialización y capacitación sobre el uso racional de los fármacos son las guías de práctica clínica.[76]

Las guías prácticas basadas en evidencias permiten al profesional revisar rápidamente las tendencias y recomendaciones actuales para el manejo racional de diferentes patologías. Tal cual sucede con los artículos originales, es recomendable que el lector realice una evaluación crítica de

las mismas, ya que no siempre escapan a los intereses comerciales o patrocinios arriba mencionados. [77]

Para ello deberá evaluar su procedencia, los criterios utilizados para otorgar los niveles de evidencia y su sustento bibliográfico, para finalmente determinar si dicha guía puede resultarle válida para definir conductas diagnósticas y terapéuticas.[76]

Finalmente, los cursos de educación por cortos periodos son recursos sencillos y muy útiles para la capacitación continua de la mayoría de los médicos con escasa disponibilidad horaria. Además de proveerle al participante, contenidos científicamente validados y una revisión de las diferentes guías vigentes basadas en evidencias, le permiten participar en forma permanente de los foros de discusión. En éstos es posible intercambiar experiencias regionales, verter opiniones y evacuar dudas referentes al manejo práctico y racional de las diferentes patologías. [83]

El aporte científico de los materiales pedagógicos, sin intereses comerciales, el estímulo permanente para el debate y la revisión crítica en los foros, el intercambio de experiencias y los resultados de las evaluaciones nos confirman que estamos transitando un camino correcto hacia una capacitación más equitativa que redunde en un mejor uso de los recursos. Y en este camino seguiremos. [77]

6.7. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Factibilidad técnica-científica

Se dispone de medios didácticos y material informativo suficiente para realizar y respaldar la capacitación.

Factibilidad económica

El costo de la capacitación estará financiado por el Ministerio de Salud Pública, en lo que tiene que ver con los materiales y recursos de los talleres, el personal capacitador que son los médicos al ser convocados por el carácter colaborador y altruista no recibirán remuneraciones.

Factibilidad legal

La Ley Orgánica de Salud en el Capítulo IV DE LA CAPACITACIÓN SANITARIA, promulga en él:

- Art. 205.- Créase la carrera sanitaria para los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, basada en el criterio de clasificación por niveles de formación y estructura ocupacional, con el propósito de establecer sus obligaciones y derechos, así como los incentivos que permitan garantizar la equidad, calidad en la atención y el servicio, la asignación adecuada y suficiente de recursos humanos en las distintas zonas del país.

La autoridad sanitaria nacional promoverá y desarrollará, dentro de la carrera sanitaria, un plan nacional de educación permanente con enfoque de género y pluricultural, para mejorar la productividad, calidad del desempeño laboral y promoción de sus recursos humanos.

- Art. 206.- La autoridad sanitaria nacional establecerá planes de capacitación y evaluación permanente de los profesionales y recursos humanos en salud e implementará promociones e incentivos.

Factibilidad ambiental

El plan de capacitación no produce efectos negativos sobre el ambiente.

6.8. MODELO OPERATIVO

Tabla No. 6.1 Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	TIEMPO
Planificación	Recolectar información Elaborar materiales Escoger los capacitadores Escoger los créditos que se van aprobar	Difundir el plan de capacitación al 100% de los médicos de la provincia	Elaborar un cronograma con los temas a tratar y el aval académico	Información seleccionada Materiales elaborados Capacitadores confirmados Créditos establecidos con el número de horas que se debe cumplir y puntaje que se debe aprobar	Mayo 2011

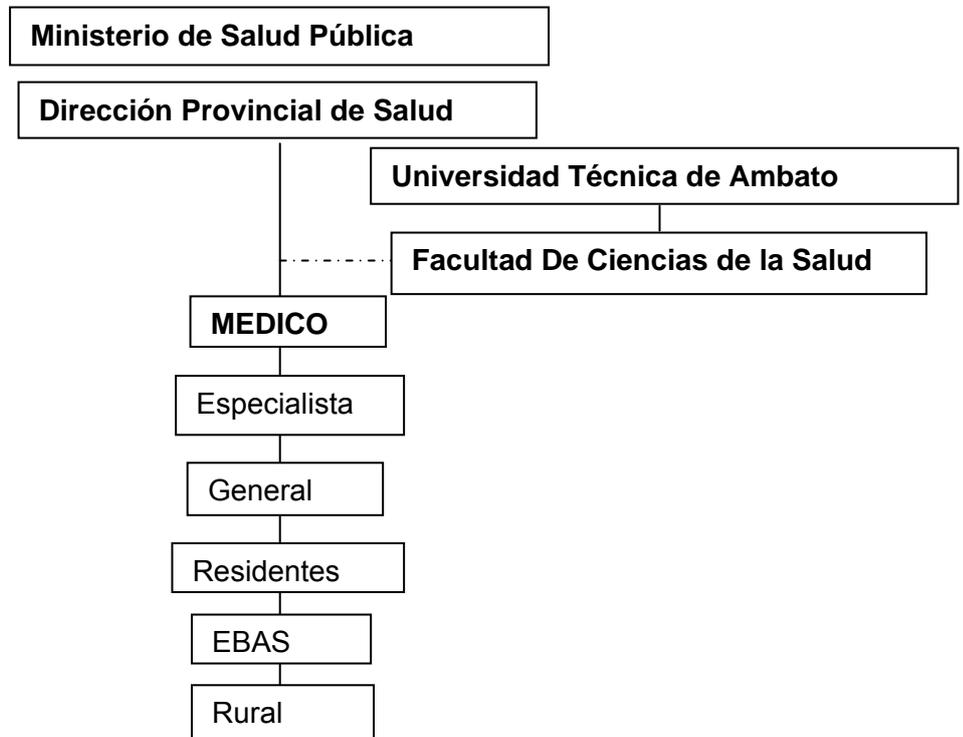
Ejecución	Plan de capacitación para mejorar el manejo y tratamiento de la Hipertensión Arterial.	Concientizar acerca de la importancia y sus beneficios de la buena prescripción farmacológica	Realizar charlas, conferencias, talleres	Entrega de material didáctico y conclusiones de cada encuentro	Junio 2011 Noviembre 2011
Evaluación	Plan educativo programado	Valorar el conocimiento captado por los médicos	Test de evaluación	Cuestionario evaluado Si se observa deficiencias se refuerza mediante un foro de preguntas y respuestas.	Uno cada mes de Junio 2011- Noviembre 2011 Uno final diciembre 2011

Elaborado por: Lizbeth Coronado

6.9 Administración de la propuesta

La propuesta se la realizará teniendo en cuenta los siguientes organismos institucionales y personas:

Gráfico No. 6.1



6.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se llevara a cabo al finalizar cada módulo establecido para un mes, si luego de la evaluación se observa deficiencias en los participantes se reforzara los puntos necesarios, al final de los 6 créditos se efectuara un test que contenga todas los temas dictados. Tres meses posteriores de la capacitación brindada se realizara una encuesta al azar a un grupo de médicos y a sus pacientes para observar si las preferencias terapéuticas se basan en las características de los pacientes ayudando a un mejor control de la presión.

BIBLIOGRAFIA

Textos

- ▶ Lind, Douglas. Estadística aplicada, 12va edición. Editorial Mc Graw Hill. 2005.
- ▶ Leiva, Francisco. Nociones de metodología de investigación científica. 3ra Edición. 1994. Quito. Ecuador
- ▶ Herrera L, Medina F, Naranjo G. Tutoría de la Investigación Científica. 2008. Ambato. Ecuador.

Páginas de Internet

[1] El boletín de hipertensión y Riesgo vascular. Revista Española de cardiología. Mayo 2010. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/boletinRCV7.pdf>

[2] Altozano S. Actitud del médico de atención primaria ante hipertensos no controlado. Grupo de hipertensión SEMERGEN. URL disponible en: http://www.sietediasmedicos.com/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=66&dir=DESC&order=date&limit=5&limitstart=10

[3] Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Salud del Adulto-Enfermedades crónicas no transmisibles. URL disponible en: <http://www.msp.gob.ec/index.php/Enfermedades-cronicas-no-transmisibles/salud-del-adulto-enfermedades-cronicas-no-transmisibles.html>

[4] Hamuit, A. Las preocupaciones del paciente y la satisfacción con la atención médica. URL disponible en: <http://www.alpmf.org/wp-content/plugins/cfor>

[5] Márquez E. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Volumen 2, Número 2, Mayo 2005. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin4.pdf>

[6] Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Volumen 1. Numero 2. Octubre 2009. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/InerciaTer2.pdf>

[7] Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México. 2008 URL disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guias_clinicas_para_la_deteccion_prevenccion_diagnostico_y_tratamiento_de hipertension arterial sistematica en mexico \(2008\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guias_clinicas_para_la_deteccion_prevenccion_diagnostico_y_tratamiento_de hipertension arterial sistematica en mexico (2008).pdf)

[8] Terán J, Escobar L. Precio, Disponibilidad y Asequibilidad de Medicamentos y Componentes del Precio en Ecuador Informe de una investigación realizada en Octubre y noviembre de 2008. URL disponible en: http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810EC/sdocs/survey_report.pdf

- [9] Rivas J, Gutiérrez C. Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada en un hospital regional. Lima Perú. 2007. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n3/pdf/a06v34n3.pdf
- [10] Bernztein R, Drake I. Uso de medicamentos en hipertensión arterial en el primer nivel de atención pública. Revista Argentina de cardiología 2009. URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v77n3/v77n3a06.pdf>
- [11] Manzur F. Hipertensión Arterial: Pandemia sin control. XXVI Congreso Argentina de Cardiología. Febrero 2010. URL disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=60250>
- [12] Guía de Tratamiento farmacológico para el control de la hipertensión arterial. Revista Mexicana de cardiología. 2009. URL disponible en: http://api.ning.com/files/y4sK3MUMprszl9CXVclp6eW4U9eCL9UHcW2anyzhDm4*PxfyJUqjdiLZiF15AdZjsjYxX4S3jh2RctF0qNmevD26lZvs-Z/GUIADETXFARMACOLOGICODEHASNOM302009.pdf
- [13] Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Argentina. 2007. URL disponible en: http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf
- [14] Guías Colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Colombiana de cardiología. Febrero 2007. URL disponible en: http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL.pdf
- [15] Molina R, Martí C. Traducción del JNC-7° Informe URL disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7esp.pdf>
- [16] Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología. 2007. URL disponible en: http://www.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13109650&pident_usuario=0&pident_revista=25&fichero=25v60n09a13109650pdf001.pdf&ty=106&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es
- [17] Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica. 2008. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-archi/e-ac2008/e-ac08-2/em-ac082a.htm>
- [18] Acuña P. Tratamiento Farmacológico de la hipertensión. Universidad Valparaíso. Chile. 2007. URL disponible en: http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/a/pubacunapatricia/site/artic/20071022/asocfile/antihipertensivos_2007.pdf
- [19] Stephen A. Siegel, M.D. American Journal of Hypertension, news release. En algunos pacientes, los antihipertensivos aumentan la presión arterial. Aug. 18, 2010 URL disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_102654.html
- [20] Ferrera N, Yañez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Argentina 2010. URL disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/10v39n3/art_orig/arorig02/ferrera.pdf
- [21] Pinilla A. Guía de atención de la hipertensión arterial. Guía 13. Colombia. 2010. URL disponible en:

http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf&sa=U&ei=awJtTa_TLYq2tgeosqzIBQ&ved=0CA0QFjAB&usq=AFQjCNFRioevHikAwyCRcnS3FVLUfjrdXg

[22] García D. Hipertensión arterial para la atención primaria de salud. Capítulo 2. Historia de la hipertensión arterial del libro. 2009. URL disponible en: <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>

[23] Zancheti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Argentina. 2007. URL disponible en: http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf

[24]. Hipertensión arterial avanza hasta un 40% en el Ecuador. Metro Ecuador 16 Mayo 2010. URL disponible en: <http://www.metroecuador.com.ec/archivo-guayaquil/8209-hipertensionarterial-avanza-hasta-un-40-en-el-ecuador.html>

[25] Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. La detección de los factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de Atención Primaria de Cataluña. Aten Primaria 2003. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/2007lb4.pdf>

[26] Ibañez, Torales. Farmacología de la hipertensión arterial. Sección 3. Capítulo 13. URL disponible en: http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen2/cap13_hipert.pdf

[27] Médicos Generales Colombianos .Guía de atención de la hipertensión arterial. 2010. URL disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm>

[28] Cangiano, J. Galenus. Revista para los médicos de Puerto Rico. Hipertensión arterial: un reto terapéutico. 2008. URL disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Hipertension-arterial-un-reto>

[29] Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Costa Rica. Mayo, 2002. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf>

[30] Castells E, Boscá A, García C. Hipertensión arterial. URL disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

[31] Tobar F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. Cuernavaca- México 2008. URL disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50s4/07.pdf>

[32] Lema J. Terapia antihipertensiva. Aspectos económicos. Lima- Perú. 2008. URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3tr2.pdf>

[33] Marquez E. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Volumen 2. Número 2. España. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin4.pdf>

[34] Villamil A, Rodríguez P, Kuznick S. Hipertensión Arterial. Resultado del tratamiento antihipertensivo en un consultorio especializado. Buenos Aires Argentina. URL disponible en:

www.sac.org.ar/web_files/download/revista_articulos/files/0105-pdf-1401.pdf&sa=u&ei=xMzuTdLE

[35] Sáenz D, Tinoco Z, Rojas L. Antihipertensivos en la Seguridad Social y Análisis Comparativo entre Centros de Atención Médica Ambulatoria. Costa Rica. URL disponible

en:<http://www.medicos.sa.cr/web/documentos/ActaMedica/Volumen43-1/Orig.Antihipertensivos.pdf>

[36] El papel de los medicamentos en el tratamiento de la hipertensión arterial y la prevención del riesgo cardiovascular. El valor del medicamento. URL disponible en: <http://www.anisalud.com/ficheros/HTA.pdf>

[37] Trezzo J, Weisburd G. Estudio de utilización de medicamentos: experiencia en un centro de salud en Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe Argentina. 2007. URL disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/507/50712865002.pdf>

[38] Meana J, Parodi J, Livia L. Utilización de medicamentos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial. URL disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista152/3_152.pdf

[39] Sicras A, Navarro R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. España. 2010. URL disponible

en:<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v24n6/original6.pdf> **[40]** Guía para las buenas prácticas de prescripción: metodología para la prescripción racional de medicamentos. Ministerio de salud de Chile. Primera Edición. Santiago de Chile. Marzo 2010. URL disponible en:

<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/8da216aac06faeebe04001011e01297c.pdf>

[41] Gómez M. Ética de la prescripción de medicamentos. Chile. Octubre 2010. URL disponible en: <http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/06/21.10.pdf>

[42] Palma, Antonio. Medicamentos genéricos y originales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2006. URL disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/crosiic.php/84904>

[43] Noceti O. Uso Racional de los Medicamentos. Chile. URL disponible en: <http://www.agfu.org.uy/informacion/index.php?Id=154&Pdf=1&Lan=es>

[44] Buschiazzi, H. Hacia el uso racional de los medicamentos. Argentina La Plata. URL disponible en: http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/pdf_formulario/introduccional_usoracional.pdf

[45] Comité Permanente de Médicos Europeos. Universidad de Navarra Centro de Documentación de Bioética. La calidad de la prescripción. Pamplona España. 2005. URL disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ccdomc03a.pdf>

[46] Saviñón J. Medicamentos Généricos; Beneficio o riesgo. República Dominicana. 2010. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp051e.pdf>

[47] Maldonado J. Restricción de medicamentos por altos costos y poca eficacia. Octubre 2010. URL disponible en: <http://jorgemaldonadomd.com/category/editoriales/>

- [48] Gálvez A. La farmacoeconomía en la eficiencia de la salud pública. Rev Cubana Salud Pública. 2000. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol25_1_99/spu10199.pdf
- [49] Lalama M. Prescripción racional de medicamentos. Quito Ecuador. 2005. URL disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/abr2005/ventana-abierta/>
- [50] Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care España 2006. URL disponible en: http://www.crf-rj.org.br/crf/arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/El_cumplimiento_terapeutico.pdf
- [51] Araóz N, Aguirre J, Aquino M. Automedicación en estudiantes del internado rotatorio. República de Argentina. 2009. URL disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista197/1_197.pdf
- [52] Tobar F. Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. Seminario II. Mayo 2002. URL disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/cedes/sspp/20022.pdf>
- [53] Proyecto alternativo de nación en salud. México. Febrero. 2010. URL disponible en: <http://salud.gobiernolegitimo.org.mx/index.php/component/content/article/38/98-o-atencion-medica-y-medicamentos-gratuitos-para-la-poblacion-sin-seguridad-social.html>
- [54] Alcazár J. Diferencias entre las guías propuestas por el Joint National Committe (nº 7) y las European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. España 2003. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/difeurjnc7.htm>
- [55] Cruzado D, Bedriñana L, Mayta E. Precios de medicamentos genéricos en establecimientos públicos y privados de los hospitales de Lima, 2007. URL disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1680-83982007000200004&lng=pt&nrm=iso
- [56] Meza E. Acción Internacional para la Salud .Oficina de Coordinación América Latina y el Caribe. Lima-Perú. 2008. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/12537614/Precios-de-Medicamentos-AL>
- [57] Ceriani J. El exceso de información y sus evidentes riesgos en la educación médica actual. Argentina. 2010. URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n2/v108n2a01.pdf>
- [58] Advierten que hay demasiados médicos y pocos especialistas. La Rioja. Argentina. 2009. URL disponible en: http://riojavirtual.com.ar/noticias/locales/advierten_que_hay_demasiados_medicos_y_pocos_especialistas
- [59] Naranjo P. ¿Cuántos médicos más?. El Universo. Quito Ecuador. 2009. URL disponible en: <http://www.eluniverso.com/2009/03/31/1/1363/74282644778B4820B5609E884EA5837F.html>

- [60] Mercado de trabajo en Medicina. Asturias España. 2010. URL disponible en: <http://www.curso-mir.com/03EIExamenMIR/IEIMercadoDeTrabajo/02.html>
- [61] Médicos del sector público se acogen obligados a la jubilación. Quito Ecuador. 29 de Noviembre de 2010. URL disponible en: <http://www.www2.ecuavisa.com/noticias-nacionales/31058-medicos-del-sector-publico-se-acogen-obligados-a-la-jubilacion.html>
- [62] El Día del Médico en México. Azteca Noticias. 22 de octubre de 2010. URL disponible en: <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/25862/el-dia-del-medico-en-mexico>
- [63] Zurita B, Ramirez T. Desempeño del sector privado de la salud en México. 2000. URL disponible en: <http://www.funhsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/10%20Desempenio.pdf>
- [64] Alvarez B, De Rivas, B. ¿Qué control de la hipertensión arterial se alcanza con monoterapia?. Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.2004. URL disponible en: <http://crf.medynet.com/contenido/2004/5/273-283.PDF>
- [65] Biedma L, Serrano R. Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿satisfacción diferente de los usuarios?. México 2009. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n4/v51n4a03.pdf>
- [66] Dos de cada tres médicos que llegan a los 65 años continúan la actividad laboral. España Pamplona. 2010. URL disponible en: <http://www.diariodenavarra.es/20100830/navarra/dos-cada-tres-medicos-navarros-siguen-ejerciendo-al-llegar-65-anos.html?not=2010083002075999&idnot=2010083002075999&dia=20100830&seccion=navarra&seccion2>
- [67] Olivera, A. Satisfacción percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia. Venezuela. 2009. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1604/1/Satisfaccion-percibida-por-pacientes-atendidos-en-el-servicio-de-urgencia>
- [68] Ordovás J, Climente M, Poveda L. Selección de medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. España 2010. URL disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1311.pdf>
- [69] Caferata A. Terapia Combinada de la Hipertensión Arterial. Argentina 2010. URL disponible en: http://ateneoscardiologicos.com/index.php?kk_seccion=nota&id_nota=14
- [70] Médicos del IESS son insuficientes. Diario HOY. 2011 abril 05. URL disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/medicos-del-liess-son-insuficientes-467944.html>
- [71] Vegas, K. Diferencias genéricas: médicos hombres vs. médicos mujeres. Bitacoramédica. 2009 agosto 9. URL disponible en: <http://piel-l.org/blog/archives/488>
- [72] LEY ORGANICA DE SALUD DEL ECUADOR. URL disponible en: http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf

- [73] Martín A. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. 2006. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm
- [74] LEY DE ESCALAFÓN PARA MÉDICOS. URL disponible en: <http://www.galeno21.com/SECCIONES%20DE%20APOYO/NOVEDADES/a19.htm>
- [75] Bonet O. Ética de la prescripción médica. Portales Médicos. 2007 mayo 07. URL disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/522/1/Etica-de-la-prescripcion-medica>
- [76] Desarrollo profesional médico continuo. Comité de educación médica continúa de la sociedad uruguaya de pediatría. Uruguay. 2003. URL disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp74-1/pdf/adp74-1_1.pdf
- [77] Levy J. La educación médica continua y el uso racional de los medicamentos. *Asociación Panamericana de Infectología*. 2009. URL disponible en: http://www.revista-api.com/2009/pdf/04/API_Edit_04_09.pdf
- [78] Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. Volumen 10, número 1, enero de 2007. URL disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/jan07.pdf>
- [79] Necesidades de capacitación percibidas por los médicos generales de los niveles I y II de la red sur de Bogotá. Julio de 2002. URL disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/428/1/Necesidades%20de%20capacitaci%C3%B3n%20percibidas%20por%20los%20m%C3%A9dicos%20generales.pdf>
- [80] Pérez J. Marco lógico para la selección de medicamentos. Cuba. 2010. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi13200.pdf
- [81] Velásquez G. Salud y Fármacos. Medicamentos: ¿derecho o mercancía? julio de 2003. URL disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletinfarmacos/boletines/abr2004/comunicaciones/>
- [82] Pérez J. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Cuba 2002. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252002000200001&script=sci_arttext
- [83] Rivas A. Capacitación médica tiene un alto impacto en la salud de los pacientes. 2011 marzo 10. URL disponible en: http://www.nuevaprensa.com.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=6089:alexis-rivas-capacitacion-medica-tiene-un-alto-impacto-en-la-salud-de-los-pacientes&catid=95:noticias-del-sur&Itemid=333

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

III SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Objetivo: Determinar las preferencias terapéuticas de los médicos para el tratamiento de la hipertensión leve a moderada en los servicios de salud público y privado

La presente investigación pretende analizar el manejo de la hipertensión leve a moderada en establecimientos públicos y privados tomando en cuenta factores que influyen al escoger los fármacos. Por tanto, su respuesta a este cuestionario es importante. Gracias por su colaboración.

1. Edad:
2. Género: M F
3. Especialidad (señale lo que corresponda)
 - a) Médico general
 - b) Médico Internista
 - c) Médico Cardiólogo
 - d) Otros especifique.....
 - Intensivista/Emergiológo
4. Lugar de trabajo: a) Público b) Privado
5. ¿Cuántos años trabaja en esta institución?
6. ¿Cuántos pacientes hipertensos atiende diariamente?
7. ¿Qué tipo de tratamiento prefiere en el inicio del tratamiento?
 Monoterapia Terapia combinada
8. ¿Qué combinaciones utiliza?
 - a. IECA + Ca ANTAGONISTAS
 - b. ARA II + Ca ANTAGONISTAS
 - c. Ca ANTAGONISTAS +DIURÉTICOS
 - d. ARA II + DIURÉTICOS
 - e. BETA BLOQUEANTES + Ca ANTG
 - f. IECA+DIURETICOS
9. ¿Qué grupos de fármacos prescribe en el inicio del tratamiento?

a) DIURÉTICOS Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Espironolactona <input type="checkbox"/>	b) BETABLOQUEANTES Atenolol <input type="checkbox"/> Propranolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/>	c) ALFABETABLOQUEANTES Labetalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/>
--	--	---

d) ANTAGONISTAS DEL CALCIO Amlodipino <input type="checkbox"/> Nifedipino <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/>	e) IECA Captopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/>	f) ARAII Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/>
---	--	--

1era elección:.....

2da elección:.....

3era elección:.....

10. ¿Utiliza las Guías de Práctica Clínica en el tratamiento de la HTA? Si No

Si las utiliza habitualmente, aplica las Guías de:

- a) Guía del Comité Nacional Americano
- b) Guía de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología
- c) Otras literaturas (especificar).....

Si **NO** las utiliza, detalle las causas principales de ello (puede marcar más de una opción)

- a) No representan la realidad de los pacientes que Ud. atiende
- b) No le interesan porque no son de aplicación en la práctica diaria
- c) No le alcanza el tiempo de atención al paciente para consultarlas y aplicarlas
- d) Las metas que proponen alcanzar no son realistas
- e) No son accesibles para la consulta o no son fáciles de conseguir

11. Razones para prescribir los medicamentos

- a. Costo
- b. Dosificación diaria
- c. Disponibilidad
- d. Seguridad

12. ¿Qué dosis diaria indica? 1.....2.....

13. ¿Conoce usted el costo de cada tableta? NO SI (indique)

a.....USD b.....USD

14. ¿Qué medicamentos prefiere? Genéricos Marca

15. ¿Cuáles son los medicamentos antihipertensivos existentes en el área de trabajo?

a..... b.....

16. ¿Cuál es el nivel óptimo de la TA en pacientes?

- a. Diabético.....
- b. No diabético.....

17. ¿Cuántos pacientes logran mantener una presión arterial óptima?

18. ¿Qué es lo más difícil en el tratamiento del paciente con HTA?

- a. Mantener el tratamiento
- b. Cumplir dosis
- c. Cambios de hábito

19. ¿Qué porcentaje de sus pacientes regresan a control del tratamiento?.....

20. En orden de prioridad escriba 3 criterios que fundamenten su prescripción de medicamentos hipotensores

a.

- b.
- c.

21. ¿Qué le hace falta para mejorar el tratamiento de la HTA?

