

Editorial

REMEDIAR y los Programas para Tratamiento de Pacientes Crónicos

Dra. Graciela Ventura.
Coordinadora General de PROAPS - REMEDIAR

El acceso a los medicamentos ha sido una de las mayores preocupaciones de este ministerio desde comienzos del 2002 y constituye una estrategia central de la Política Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud para dar respuesta a la emergencia social y sanitaria del país. Sus resultados fueron altamente satisfactorios, ya que se logró mejorar efectivamente el acceso al medicamento a millones de argentinos; tanto sea a través de su cobertura de seguridad social para los que la tienen, como a través de Remediar para toda la población que se encuentra en condiciones más vulnerables.

El Plan Federal de Salud consensuado con las provincias presenta un nuevo desafío, su principal objetivo - en concordancia con la propuesta de REMEDIAR - es fortalecer la estrategia de APS cuando dice: "La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos". Queremos que los CAPS se transformen en el corazón del sistema de salud, por ser el motor de la salud, por ser el centro (y no la periferia) del sistema y en especial, ser hoy la parte más sensible.

"Experiencias en APS"

pag. 27

CONCURSO NACIONAL PARA BECAS DE ESTÍMULO

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL PROGRAMA REMEDIAR

Se convoca a todos los equipos de salud y/o sus integrantes a participar de este concurso nacional presentando sus experiencias aplicadas en la Atención Primaria de la Salud desde el año 2002 en adelante.

El objetivo del mismo es promover la participación de todos los equipos de los Centros de Atención Primaria de la Salud para conocer sus aprendizajes y pericias a los efectos de su replicación. De este modo, en concordancia con el Plan Federal de Salud, se fortalecerá la Estrategia de APS.

Las bases del presente concurso se detallan en la página 27 de este boletín.

En caso de requerir mayor información pueden comunicarse al **0800-666-3300**.

AUTORIDADES DEL MINISTERIO

Señor Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés Gonzales García

Señora Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Dra. Graciela Zulema Rosso

Señora Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización
Dra. Claudia Madies

AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR

Coordinación General del Programa
Dra. Graciela Ventura

Boletín PROAPS-REMEDIAR

Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR:
Dr. Ricardo Bernztein

Comité Editorial: Dr. Armando Reale
Lic. Lucas Godoy Garraza
Lic. Mauricio Monsalvo
Prof. Silvia Pachano

Diseño Editorial: Pablo Conte

Comité Revisor:

Dra. Perla Mordujovich de Buschiazzo, *Profesora Titular Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata;*
Dr. Jorge Aguirre, *Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba;*
Dr. Guillermo Williams, *Director del Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación;*
Dra. María Luisa Ageitos, *UNICEF - Argentina;*
Dr. Roberto Diez, *Profesor Titular de la Segunda Cátedra de Farmacologías, Facultad de Medicina - UBA;*
Dr. Mario Meuli, *Profesor Titular de Farmacología. Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Tucumán.*

Dirección postal:

Proaps. RemediAR. Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54
(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina
Tel: 0-800-666-3300
mail: boletinremediAR@proaps.gov.ar
ISSN 1668-2831

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

Suscripción gratuita:

suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar

Cuando hablamos de estrategia de APS estamos hablando de "una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación".

En esta línea, uno de los principales desafíos para REMEDIAR es poder asistir a toda su población de pacientes crónicos en las patologías más frecuentes con los tratamientos que necesite. Cuando decimos tratamientos no hablamos sólo de tratamiento farmacológico sino de una visión general, ya que en estas enfermedades, el cambio en los hábitos de vida tiene un impacto positivo sobre la salud mayor o comparable al tratamiento farmacológico. Esto - sin duda - requiere de mayores esfuerzos tanto de los médicos como de los pacientes, ya que implica un cambio de cultura. Cambiar los estilos de vida siempre es problemático, por lo que muchos pacientes no responden. Muchas veces los cambios y beneficios disminuyen con el tiempo por lo que, para lograr una prevención significativa es necesario realizar cambios poblacionales. Entre los problemas crónicos, el más prevalente es la hipertensión arterial, pero nos preocupan también la diabetes, el asma y otras enfermedades.

Para alcanzar esta meta, REMEDIAR trabajará articuladamente con las jurisdicciones, quienes deberán elaborar sus propios **Programas** para el tratamiento de patologías crónicas, y deberán informarnos: cómo las van a detectar, qué acciones de seguimiento realizarán, con qué servicio de referencia trabajarán si fuera necesario, etc. y, finalmente cuál es la población a cubrir. Estos Programas serán apoyados por REMEDIAR y serán asistidos puntualmente con los medicamentos necesarios.

Será el primer paso en el camino de identificar "población a cargo" de los efectores y de esta manera encaminarnos hacia otra de las metas del Plan Federal de Salud, la cual es trabajar con población bajo responsabilidad nominada y, de esta manera, articular el tan mentado proceso de cambio del Sistema de Salud.

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud; Boletín PROAPS-REMEDIAR están en la página web: www.remediar.gov.ar en la sección Boletines RemediAR.

Boletines publicados:

1. Infección Respiratoria Aguda Baja.
2. Hipertensión Arterial.
3. Políticas de Medicamentos.
4. Anemia Ferropénica.
5. Faringitis. Uso de Trimetroprima-Sulfametoxazol.
6. Diarrea Aguda.
7. Infección Urinaria. Uso inapropiado de antibióticos.
8. Participación Social en Salud.
9. Diabetes Mellitus Tipo 2.
10. Bronquiolitis/BOR.
11. Bases del Plan Federal de Salud.
12. Fiebre.
13. Riesgo Cardiovascular - Prescripciones en HTA

El Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud - BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en la dirección <http://www.bvs.org.ar>.

Objetivos de esta publicación

En el editorial: *REMIAR y los Programas para Tratamiento de Pacientes Crónicos* se anuncian los proyectos del Programa REMEDIAR sobre el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas prevalentes. Entre ellas, la hipertensión arterial (HTA) es el problema crónico de salud más frecuente. Debido a que REMEDIAR cuenta con nueva información primaria, en este número volvemos sobre el tema, después de que en agosto de 2003, con el Boletín Nro 2 ya se tratara la HTA. *La Hipertensión Arterial en la agenda sanitaria* describe las acciones implementadas: la vigilancia, la promoción de la salud, la detección temprana y el tratamiento. En *REMIAR: la Hipertensión Arterial y el Uso de Drogas Antihipertensivas* se expone la información primaria del Programa REMEDIAR y la evolución de las prescripciones de cada medicamento en un año. *Evaluación del uso racional de medicamentos en la hipertensión arterial en el primer nivel de atención* contrasta la práctica con la teoría, a la luz de las nuevas evidencias científicas. En *Promoción de la salud cardiovascular* se enfatizan las estrategias implementadas desde VIGI+A (Ministerio de Salud de la Nación), fundamentalmente en cuanto a cambios en estilos de vida o tratamientos no farmacológicos. *Cómo se debe controlar a un paciente hipertenso* es una guía de manejo de la HTA para cada consultorio. En *Situación de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención en la Provincia de Buenos Aires* se muestran los resultados de uno de los estudios epidemiológicos sobre HTA más importantes realizados desde CAPS. *Evaluación del riesgo cardiovascular global* pondera cada uno de los factores de riesgo (entre los que la HTA es uno más) permitiendo implementar estrategias terapéuticas exitosas en pacientes que están en muchos casos en el borde entre la salud y la enfermedad.

En *Acerca de la participación* se discute qué significa la participación en salud en el marco de la APS y se publica qué significa la salud para un grupo de mujeres de un barrio de la Provincia de Buenos Aires.

Desde este Boletín se comunican dos hechos trascendentes: un relevamiento o catastro que se llevará a cabo a fines de 2004 cuyo objetivo es contar con un *Diagnóstico integral de la red de atención primaria de la salud*; y un Concurso "Experiencias de APS", en el que todos los efectores del Programa REMEDIAR están invitados a participar.

Por último, se informa sobre la instauración del *Día de la Medicina Social*. En dicha fecha se premió a 12 médicos rurales por su trabajo en los CAPS.

En este número:

- **Editorial: REMEDIAR y los Programas para Tratamiento de Pacientes Crónicos.....1**
Dra. Graciela Ventura
- **La Hipertensión Arterial en la Agenda Sanitaria.....4**
Lic. Mario Virgolini
- **REMIAR: La HTA y el Uso de Drogas Antihipertensivas.....5**
PROAPS-REMIAR
- **Evaluación del Uso Racional de Medicamentos en la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención.....10**
Dr. Ricardo Bernztein y Lic. Mauricio Monsalvo
- **Promoción de la salud cardiovascular.....14**
Dr. Daniel Ferrante
- **Situación de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención en la Provincia de Buenos Aires.....17**
Dr. Ricardo Lopez Santi
- **Evaluación clínica del paciente hipertenso.....19**
Dra. Norma Mijailovsky
- **Evaluación del riesgo cardiovascular global.....22**
Dres. Karin Kopitowski, Marcela Botargues, Micaela Gago, Pablo Jinich, Esteban Kuten y Esteban Rubinstein
- **Diagnóstico integral de la red de atención primaria de la salud alcanzada por el Programa Remedar.....25**
- **Acerca de la participación.....26**
Dr. Carlos Pacheco
- **Bases del Concurso "Experiencias en APS"27**
- **Día de la Medicina Social.....28**

La Hipertensión Arterial en la Agenda Sanitaria

Lic. Mario Virgolini

Gerente de Promoción de la Salud, Programa VIGI+A

La hipertensión arterial es una problemática prioritaria para la salud pública, dada la alta prevalencia de las enfermedades no transmisibles que se extienden como una epidemia de altísimo costo social y sanitario. Sólo la hipertensión arterial mata 7 millones de personas al año en el mundo.

La magnitud y complejidad del problema, exige amplitud de respuestas. El Ministerio de Salud de la Nación está encarando acciones relacionadas con la hipertensión arterial en las siguientes áreas:

Vigilancia

En diciembre del año pasado se efectuó en Tierra del Fuego la validación de un instrumento para la **vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles**, que es la adaptación local de un modelo de la OPS. Esta experiencia permitió relacionar el auto-reporte con mediciones de tensión arterial, peso corporal, nivel sérico de colesterol y de glucemia. A partir de esta prueba de validación se programa la realización de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que estará en marcha en todas las Provincias a partir de octubre de este año.

Esta encuesta será la base para la medición periódica de los principales factores de riesgo en la población mayor de 18 años, permitiendo analizar la evolución de los riesgos y el impacto de las políticas de prevención y promoción de la salud.

Promoción de salud

La promoción de la salud es la estrategia mediante la cual los individuos, las familias y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud. La modificación de los factores de riesgo constituye una intervención de muy alta efectividad, que requiere de un abordaje integral, multisectorial.

En efecto, la mayoría de las muertes por enfermedades crónicas pueden atribuirse a la acción de algunos factores de riesgo, como hipertensión, tabaco, alcohol, hipercolesterolemia, sobrepeso e inactividad física, que explican el 50% de las muertes en hombres.

La HTA en particular es el resultado acumulado de varios factores modificables, los que causan que la presión arterial vaya aumentando gradualmente con la edad: **la alimentación, especialmente el consumo de sal, la obesidad, la escasa actividad física y el consumo excedido de alcohol**. Si estos factores disminuyesen en la población general, los niveles de HTA se reducirían al punto de mejorar los indicadores de salud.

El impacto de estas medidas puede ser enorme. En esa direc-

ción, el Ministerio de Salud ha organizado varias reuniones científicas, preside actualmente la Comisión Nacional de Alimentos, impulsa políticas de rotulado en el ámbito nacional y del Mercosur y actualmente está preparando una estrategia para reducir el contenido de sal de los alimentos procesados.

A nivel local está apoyando el desarrollo de proyectos de intervención en salud cardiovascular en el marco de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables y de proyectos de investigaciones operativas.

Detección temprana

Es necesario impulsar medidas de control sobre distintos **grupos de riesgo: los hipertensos, las embarazadas, la población añosa en general** y también sobre otros grupos de población, teniendo en cuenta que muchas personas hipertensas desconocen su condición.

El Ministerio de Salud está apoyando el desarrollo de proyectos locales de detección y tratamiento específico de grupos de riesgo cardiovascular en algunas provincias. Además a través del programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Administración de Programas Especiales, se promueven acciones similares para la población beneficiaria de las Obras Sociales Nacionales.

Tratamiento

La hipertensión arterial exige un tratamiento farmacológico y no farmacológico. En el primer caso, el **incremento en la cobertura de medicamentos por las Obras Sociales Nacionales para el tratamiento de las enfermedades crónicas** y el sistema de cobertura por monto fijo, en relación a un precio de referencia, ha permitido la disminución del gasto de bolsillo, mejorando el acceso al tratamiento. De igual manera se amplía la accesibilidad al tratamiento farmacológico a través de la **provisión gratuita que brinda el Programa REMEDIAR a los Centros de Atención Primaria de la Salud**, todo lo cual permite cubrir la atención de centenares de miles de argentinos. Ello se acompaña con el **tratamiento no farmacológico** que aconsejan los profesionales.

Finalmente, muchos más pueden ser alcanzados con medidas de prevención y control, en las cuales los servicios de salud así como las organizaciones de la comunidad constituyen un recurso clave a través de la sensibilización en este tema a efectos de realizar acciones de promoción y prevención destinadas a la población en general y la detección oportuna de las personas en riesgo.

REMIAR: La Hipertensión Arterial y el Uso de Drogas Antihipertensivas

Subgerencia de Operaciones - PROAPS - Remediar - Ministerio de Salud de la Nación

El **propósito** de este artículo es exponer los resultados del Programa REMEDIAR en relación con uno de los principales problemas de salud en la APS, el que al mismo tiempo resulta uno de los diagnósticos que más prescripciones genera: la hipertensión arterial (HTA). Se enfatiza el valor de contar con **información confiable**. Se muestra, por primera vez en todo el ámbito de la Nación, la **frecuencia de consultas por HTA en el primer nivel de atención**, la distribución por jurisdicción, edad y sexo. Se describen las **alternativas medicamentosas** que ofrece REMEDIAR y sus costos, tanto en las farmacias como para el programa. Posteriormente se analiza la **prescripción de medicamentos para HTA** en APS en todas las provincias de la Argentina -que no es acorde con las guías de práctica clínica-. Al año de edición de *Atención Primaria de la Salud, Boletín PRO-APS-REMIAR*, cuyo objetivo inicial fue promover el **Uso Racional de los Medicamentos**, se muestran los **cambios en los hábitos prescriptivos** de los medicamentos antihipertensivos. Todos estos resultados son obtenidos de la información primigenia generada por el Programa REMEDIAR.

Si bien se sabe que la HTA es un motivo de consulta frecuente en APS, hasta la fecha no existían estadísticas de morbilidad en la Argentina que avalaran esto. Desde el inicio del diseño de REMEDIAR, a comienzos de 2002, se tuvo la convicción de que suministrar los medicamentos no debía ser el único objetivo del programa. A pesar de conocer la sobrecarga que significa para los médicos en los CAPS el llenado de los formularios, REMEDIAR enfatizó el manejo de la información. La obtención de datos epidemiológicos y, la posibilidad de cruzar diagnósticos con tratamientos para estudiar la adecuación del uso de los medicamentos, fue contemplada desde un principio. Se cuenta, desde hace 22 meses, con el análisis de los Formularios B, que permiten conocer el consumo de los medicamentos y su stock. Contamos también con los datos extraídos de una muestra de 150.000 Formularios R (recetas) representativos a nivel provin-

cial. Esta información es un insumo valioso para la realización de ajustes en el botiquín, la evaluación del uso racional de medicamentos y el diseño de políticas sanitarias. Es decir, estamos en condiciones de devolver a los CAPS la información remitida.

Metodología

La **información primaria de REMEDIAR** utilizada en este análisis proviene de los formularios que los CAPS remiten regularmente: Formulario Único de Receta "R" y Formulario "B". De cada 100 consultas realizadas en el primer nivel de atención, 60 pacientes se retiran con una prescripción medicamentosa y 40 de ellos son provistos del medicamento por el Programa REMEDIAR. En la actualidad se están prescribiendo en los CAPS aproximadamente 1.300.000 Formularios R (recetas) por mes. Los tratamientos se entregan completos en las consultas. El índice de tratamientos prescritos por receta es 1,2. Para conocer las especificaciones metodológicas consultar el Boletín N° 12, página 4 y 5¹.

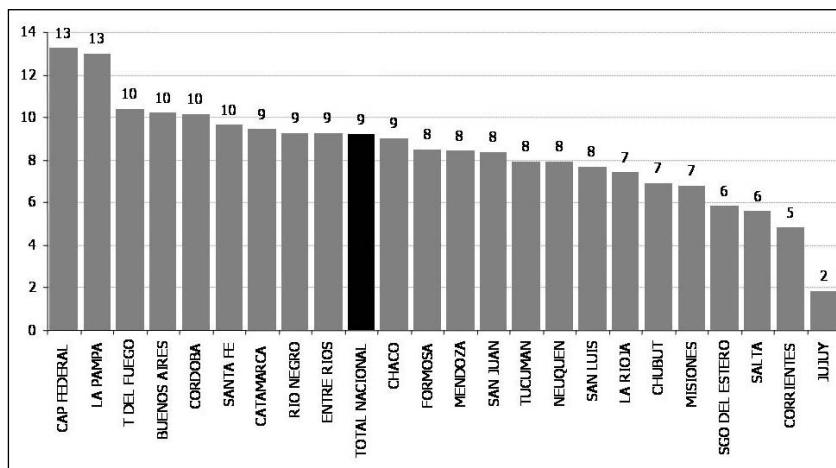
Tabla 1. Códigos CEPS-AP.

CÓDIGO	PROBLEMA DE SALUD
351	Hipertensión arterial

Frecuencia de consultas por hipertensión arterial y distribución por sexo, edad y jurisdicción.

A la fecha se confeccionan más de 1.200.000 Formularios R (recetas) por mes. El diagnóstico de HTA aparece en el 9,2 % de las recetas, por lo cual se puede afirmar que REMEDIAR provee medicamentos para 110.400 hipertensos por mes. En el **gráfico 1** se muestra la frecuencia de consultas con diagnóstico HTA por jurisdicción y se puede observar una gran variación de entre las diferentes jurisdicciones, la que llega hasta el 600% entre las que más y menos consultas por HTA presentan.

Gráfico 1. Frecuencia de consultas por hipertensión arterial: total nacional y distribución por jurisdicción.

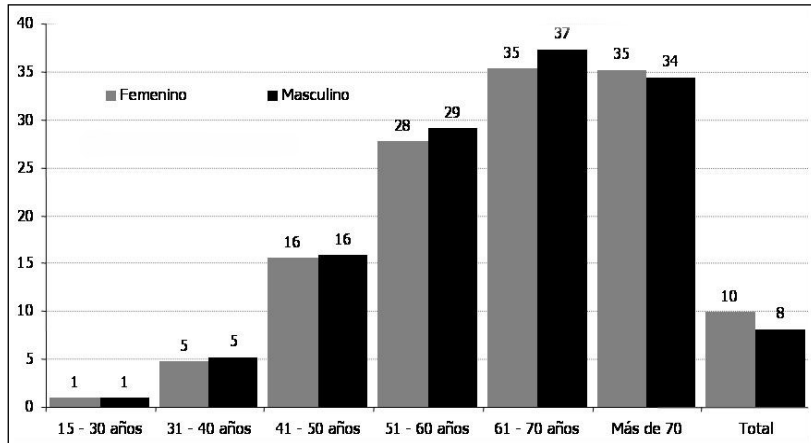


Fuente: ÁREA DE PROGRAMACIÓN REMEDIAR.

¹www.remediar.gov.ar sección Boletines REMEDIAR.

En el gráfico 2 se observa la frecuencia de consultas por HTA en las diferentes edades en ambos sexos. Como es de esperar, a mayor edad, la consulta por HTA es más frecuente. Hubo una mayor frecuencia de HTA en las mujeres, lo que puede corresponder a una mayor prevalencia de HTA en el sexo femenino o a una mayor tasa de consultas en las mujeres en los CAPS. La sumatoria 100 corresponde en el gráfico a la totalidad de consultas en cada grupo de edad y no al total de diagnósticos HTA.

Gráfico 2. Distribución de consultas por HTA por sexo y edad.

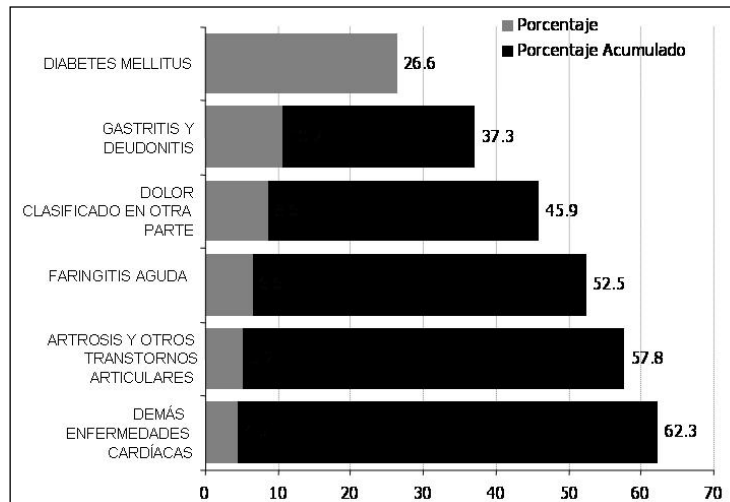


Fuente: ÁREA DE PROGRAMACIÓN REMEDIAR.

Diagnósticos asociados

El Formulario R permite realizar uno o dos diagnósticos. Cuando se examinan las recetas en las que figura el diagnóstico HTA, en el 70% de los casos el diagnóstico es único y en el 30% hay otro diagnóstico asociado. En el gráfico 3 se observan los diagnósticos asociados a HTA.

Gráfico 3. Diagnósticos asociados a HTA, cuando en los Formularios R el diagnóstico es múltiple.



Fuente: ÁREA DE PROGRAMACIÓN REMEDIAR.

Qué medicamentos ofrece el Botiquín REMEDIAR para la HTA y cuáles son los costos

En la tabla 2 se muestra un botiquín REMEDIAR estándar para la HTA. Su composición se relaciona con la demanda de los médicos de los CAPS (ritmo de prescripción y stock) y con la selección racional de medicamentos. La dosis indicada para cada uno de los medicamentos antihipertensivos tiene un rango muy amplio y la presentación de los comprimidos se relaciona con la disponibilidad del mercado. Por ello, se utiliza la dosis diaria definida (DDD) – definida por la OMS- como herramienta de comparación de uso de medicamentos a nivel sanitario. Las DDD deben ser utilizadas con un denominador -como 1000 habitantes- para poder ser comparativas. En este caso es la dosis media utilizada en los tratamientos. Las columnas de la derecha permiten ver el ahorro generado por el sistema de compras (escala) de REMEDIAR. También permiten comparar los costos de los tratamientos entre los diferentes antihipertensivos. A pesar de que REMEDIAR es un programa de provisión gratuita de medicamentos, éstos tienen un costo que es afrontado por el estado nacional. Los ahorros generados por prácticas costo efectivas, permiten beneficios adicionales a la población bajo programa.

Tabla 2. Contenido de un Botiquín REMEDIAR (1). Medicamentos antihipertensivos. Presentaciones. DDD. Precios y costos.

	Presentación	Comprimidos por Botiquín	DDD (2)	DDD por comprimido	Precio de mercado minorista por DDD (3)	Precio mensual de tratamiento minorista (DDD)	Costo REMEDIAR por DDD (4)	Costo mensual REMEDIAR de tratamiento (DDD)
Hidroclorotiazida (5)	Comprimidos de 50 mg	20	25 mg	2	0.18	5.4	0.022	0.7
Atenolol (5)	Comprimidos de 50 mg	120	75 mg	0.67	0.49	14.8	0.035	1.1
Enalapril	Comprimidos de 10 mg	180	10 mg	1	0.54	16.4	0.045	1.3

(1) El botiquín presenta modificaciones en cada entrega según el stock y el consumo de los medicamentos en los CAPS.

(2) Dosis diaria definida: La OMS (Drug Utilization Research Group) estableció la DDD como unidad de consumo de fármacos. La DDD corresponde a la dosis diaria en adultos cuando el principio activo es usado en su principal indicación.

(3) En pesos. Manual Farmacéutico Argentino. Marzo 2004.

(4) En pesos. Incluye un 10% correspondiente a traslado.

(5) REMEDIAR ha efectuado mayor compra de hidroclorotiazida y atenolol, con lo que aumentará su oferta en el Botiquín.

Prescripciones

En la tabla 3 se observan los medicamentos prescritos para HTA, cuando éste es el diagnóstico único en los Formularios R. En esta tabla se describe la frecuencia de prescripción de comprimidos en las recetas, sin analizar su presentación o sus DDD. **La tasa de prescripción de medicamentos por receta para el diagnóstico HTA es 1,35**; por lo que sólo en un 35% de casos se combinan medicaciones antihipertensivas y en el 65% de los casos la HTA se maneja con un único medicamento.

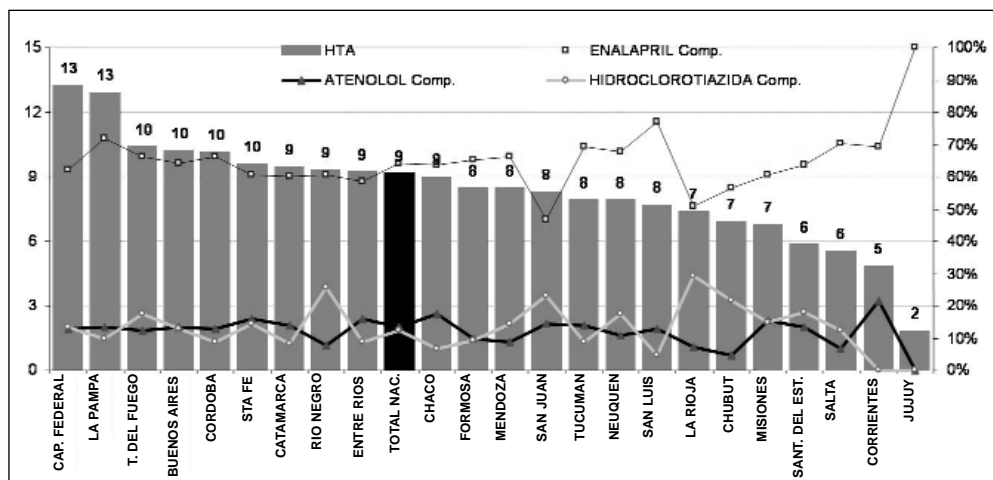
Tabla 3. Frecuencia de prescripción de medicamentos antihipertensivos.

Medicamento	Porcentaje
ENALAPRIL Comp.	58.6
ATENOLOL Comp.	19.1
HIDROCLOROTIAZIDA Comp.	7.5
FUROSEMIDA Comp.	3.7
Otros	11.1

Fuente: ÁREA DE PROGRAMACIÓN REMEDIAR, Formularios R.

En el gráfico 4 se observa qué medicamentos son prescritos cuando en la receta aparece el diagnóstico HTA. En el eje de la izquierda aparece la frecuencia de consultas por HTA, en el de la derecha el porcentaje de DDD (por receta) prescritas para HTA por jurisdicción. A pesar de que el enalapril es el medicamento más prescrito (en oposición a las guías de práctica clínica y a las recomendaciones de la medicina basada en evidencia) se observa una gran variabilidad de la práctica clínica. Por ejemplo la prescripción de hidroclorotiazida es cercana a cero en Corrientes y Jujuy, pero llega casi al 30% en La Rioja o Rio Negro.

Gráfico 4. Frecuencia de consultas por HTA y porcentaje de DDD prescritas de medicamentos antihipertensivos.



Fuente: ÁREA DE PROGRAMACIÓN REMEDIAR, Formularios R.

Evolución de las prescripciones de medicamentos antihipertensivos

A fines de 2002 nos encontrábamos con una situación particular. El enalapril, medicamento más ofrecido en el botiquín, agotaba su stock (cerca de cero en los CAPS con consumo percentilo 50) y frente al refuerzo en las entregas, no mostraba techo su demanda. En cambio, las otras 2 drogas – atenolol e hidroclorotiazida-, con poca oferta en el botiquín, mostraban un creciente stock, cuya magnitud sugería la necesidad de discontinuar su entrega.

En el gráfico 5, a modo de línea de base, se muestra la frecuencia de prescripción de los medicamentos antihipertensivos, cada 100 recetas en las que se utilizaron medicamentos provistos por el Programa REMEDIAR.

Frente a la situación planteada se estudió cuál es el Uso Racional de Medicamentos (URM) para la HTA en APS². La Medicina Basada en la Evidencia mostró que se realizaba un **uso inadecuado de los medicamentos** provistos. Los diuréticos tiazídicos son las drogas de primera elección en pacientes hipertensos; no han sido superados en descender la presión arterial, reducir eventos clínicos, tolerabilidad y bajo costo. La combinación de drogas es necesaria en la mayoría de los pacientes, y debe incluir un diurético tiazídico.

A partir de la contradicción existente entre demanda (consumo de antihipertensivos en los CAPS, determinado por las prescripciones) y el URM de medicamentos; en la Unidad Ejecutora Central de REMEDIAR surgió la **cuestión de qué hacer con la oferta** (composición del Botiquín REMEDIAR). Si realizar ajustes del botiquín en función de la demanda y reforzar el envío de enalapril a los CAPS donde éste se encontraba agotado, o ajustar el botiquín según necesidad, considerada por medicación adecuada de acuerdo con la evidencia científica, a riesgo de que los medicamentos adecuados, enviados en el botiquín, no fueran prescritos y se acumularan o vencieran en los CAPS.

En el corto lapso transcurrido, se realizó una **medición del impacto de las intervenciones** en su conjunto.

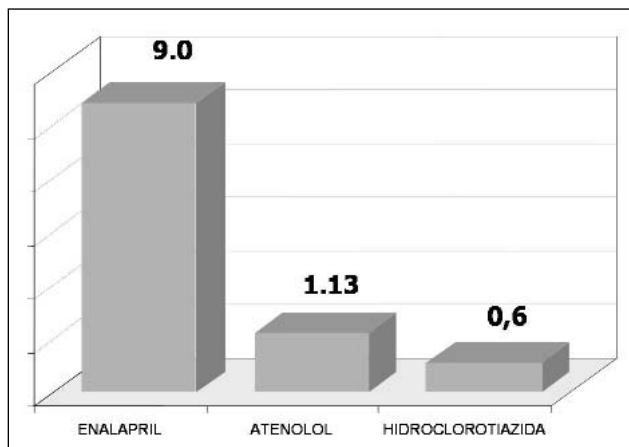
En la tabla 4 se muestra la evolución del consumo de antihipertensivos provistos en el botiquín. Las modificaciones de los tratamientos (medidos en DDD) muestran un aumento del consumo y la provisión, por habilitación de nuevos CAPS.

Tabla 4. Consumo por Medicamentos por Trimestre, en DDD. Año 2003.

Medicamento	Trimestres				Total 2003
	I	II	III	IV	
Atenolol	291,672	1,141,6882	434,856	3,016,589	6,884,806
Enalapril	2,261,2845	5,956,731	11,194,524	8,190,82727	27,603,366
Hidroclorotiazida	312,350	900,628	1,676,426	2,013,586	4,902,990
Total	10,782,984	35,549,349	61,902,766	61,160,283	169,395,382

Fuente: Sub-Gerencia de Operaciones en base a Formularios B, M y R.

Gráfico 5: Tratamientos prescritos en los CAPS cada 100 recetas (en DDD). Enero 2003.



Fuente: Sub-Gerencia de Operaciones REMEDIAR. Formularios B.

REMEDIAR actuó en los diferentes niveles que involucra el URM a nivel de la **prescripción**:

- Se distribuyeron 20.000 ejemplares de Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS- REMEDIAR (se hace con periodicidad mensual).
- Se realizaron talleres presenciales sobre URM, en convenio con Cátedras de Farmacología, desde diciembre de 2002. En ellos se discutió especialmente la HTA. Por otro lado, se realizaron talleres presenciales organizados por la Federación Argentina de Cardiología sobre "Control de los factores de riesgo cardiovasculares en primer nivel de atención".
- Hubo una firme determinación de la subgerencia de operaciones de continuar con las compras y envíos de hidroclorotiazida y atenolol, a pesar de su baja demanda, en una apuesta a favor del URM.

² Para ver la fundamentación de las afirmaciones: leer Boletín PROAPS-REMEDIAR N° 2, agosto 2003.

En la tabla 5 se muestra la evolución porcentual del consumo de las diferentes drogas antihipertensivas, con el objetivo de compararlas en el marco del aumento de la provisión global de REMEDIAR.

Tabla 5. Evolución porcentual del Consumo por Medicamentos por Trimestre.

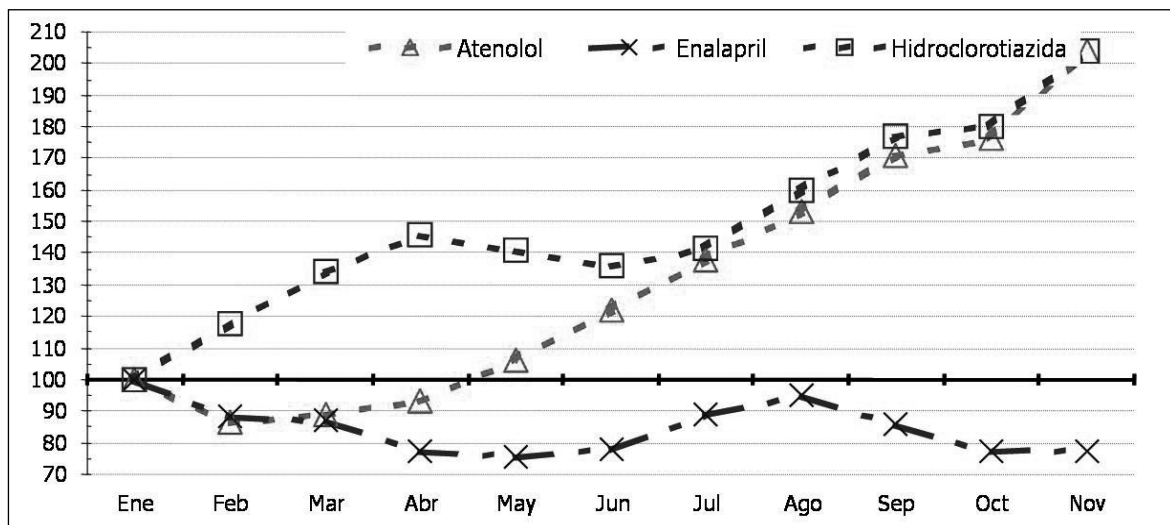
Medicamento	Trimestres			
	I	II	III	IV
Atenolol comp.	100	391	835	1,034
Enalapril comp.	100	263	495	362
Hidroclorotiazida comp.	100	288	537	645
Total	100	330	574	567

Fuente: Sub-Gerencia de Operaciones REMEDIAR.

Se estudió como varió la tasa de prescripción de los 3 antihipertensivos provistos por REMEDIAR, desde enero hasta diciembre de 2003 (prescripción de medicamentos antihipertensivos cada 100 recetas).

En el gráfico 6 se observan las modificaciones en la prescripción de atenolol e hidroclorotiazida, comparadas con la evolución del enalapril.

Gráfico 6. Evolución de la Tasa de Prescripción Mediana. Enero 100.



Evaluación de las modificaciones en las prescripciones

Detectado el problema del uso inadecuado de medicamentos, REMEDIAR no actuó como una droguería destinada exclusivamente a satisfacer la demanda. A pesar de las dificultades que la modificación de hábitos prescriptivos acarrea, especialmente en pacientes con una enfermedad crónica como la HTA y, en un país federal, con absoluta independencia normativa entre las distintas jurisdicciones, REMEDIAR tomó el desafío que el URM significa. Se implementaron una serie de intervenciones, como la edición del boletín, talleres presenciales de URM y, fundamentalmente se siguieron comprando y proveyendo los medicamentos esenciales, que presentan evidencia científica adecuada para la resolución del problema. A lo largo del año 2003 se observaron cambios, aún parciales, pero con una clara tendencia, en la prescripción de medicamentos antihipertensivos, concordantes con la evidencia científica. Estos cambios están seguramente relacionados con las intervenciones realizadas.

Conclusiones

- La HTA es uno de los problemas de salud que genera más diagnósticos y prescripciones en el Programa REMEDIAR.
- La frecuencia del diagnóstico HTA presenta variaciones sorprendentes entre las jurisdicciones. Las variaciones por edad son esperables y relacionadas con el aumento de la prevalencia con el envejecimiento.
- El medicamento más prescrito es el enalapril, en oposición a las evidencias científicas. Hay gran variación en la práctica clínica entre las diferentes jurisdicciones.
- Es necesario continuar fomentando el URM, ya que es el único método de asignar con criterios de racionalidad (eficacia, seguridad, costo) los recursos. Las intervenciones en dicho sentido muestran resultados: es posible modificar en sentido positivo hábitos prescriptivos a partir de intervenciones específicas.

Evaluación del Uso Racional de Medicamentos en la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención

Dr. Ricardo Bernztein y Lic. Mauricio Monsalvo

El problema hipertensión arterial (HTA) fue tratado ya en Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR N° 2, en agosto de 2003. Desde entonces, ha surgido **nueva información acerca del manejo de la HTA en el primer nivel de atención** de la República Argentina (ver artículo anterior) y también hay **nuevas evidencias científicas** con las cuales se contrasta la práctica.

En este trabajo se seguirá la sistemática de evaluación del uso racional de medicamentos basado en la Guía de la Buena Prescripción, OMS 1998. Allí se define que para un proceso de terapéutica razonada (tratamiento personal) se requieren 6 pasos.

1er paso. Definición del problema – diagnóstico -

Diagnóstico de factores de riesgo, de hipertensión y de enfermedad cardiovascular

El examen de los pacientes con HTA tiene 4 grandes objetivos diagnósticos:

- 1- Diagnóstico de la HTA: TA > 140/90.
- 2- Evaluación del estilo de vida y determinación de los factores de riesgo cardiovascular.
- 3- Búsqueda de causas de HTA: apnea de sueño, drogas, nefropatía, enfermedad renovascular, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, coartación de aorta, enfermedad tiroidea o paratiroidea.
- 4- Determinación de daño de órganos blanco: corazón, cerebro, riñón, retina, arterias periféricas.

La HTA es uno de los principales motivos de consulta médica en todo el mundo, con una prevalencia en la población general muy alta. En la Argentina, según el Estudio Argentino de Prevalencia de Hipertensión Arterial¹, en una muestra de 10.461 adultos no institucionalizados en todo el país, la **prevalencia de HTA** fue del 26% y su consecuencia, la **enfermedad cardiovascular (ECV)**, es la principal causa de mortalidad en nuestro país.

Si se intenta una aproximación a la **carga sanitaria** o, a la población objetivo del Programa REMEDIAR, el cálculo arroja que el 26% de la población mayor de 18 años de edad es de 6.760.000 de hipertensos. De ellos, con un 50% de la población bajo línea de pobreza, son 3.380.000 de hipertensos la población a la que se intenta acceder.

La alta prevalencia, que determina una enorme carga sanitaria, indica que el primer y principal esfuerzo debe estar dirigido a la **prevención**, conocer y actuar sobre los **factores de riesgo**. Por lo tanto el diagnóstico debe realizarse no sólo respecto a la morbilidad (percibida o no percibida), sino sobre los riesgos.

Factores de riesgo cardiovascular
Hipertensión
Tabaquismo
Obesidad (IMC > 30)
Sedentarismo
Dislipemia
Diabetes mellitus
Microalbuminuria
Edad > 55 años hombres o > 65 años mujeres
Historia familiar de ECV prematura

los **cambios en los estilos de vida** -con una disminución en la ingesta de sodio, aumento de la actividad física, disminución del sobrepeso, cesación del tabaquismo, entre otros- son el modo de llegar a la mayor parte de nuestra población objetivo, con el uso de menores recursos. La terapéutica farmacológica se muestra como inevitablemente insuficiente para enfrentar el problema, sobre todo en un país con altos índices de pobreza, aún contribuyendo en muy poco tiempo de programa al tratamiento de 110.400 pacientes mensuales con HTA (9,2% de 1.200.000 recetas mensuales). Junto con la acción sobre los factores de riesgo, el segundo gran esfuerzo debe estar dirigido al **diagnóstico de HTA: a los pacientes asintomáticos y a quienes concurren a la consulta por motivos puntuales se les debe controlar siempre la TA.**

En el gráfico 1 del artículo anterior (pag. 5 de este boletín) se observa la gran **variabilidad en la frecuencia del diagnóstico de HTA** entre las diferentes jurisdicciones de la República Argentina. La frecuencia de HTA en Jujuy es del 2%, en Corrientes del 5%, en cambio en la Ciudad de Buenos Aires y La Pampa llega al 13%. Las **hipótesis** se relacionan con: **1.** variabilidad epidemiológica –diferente prevalencia relacionada con diferente pirámide poblacional, influencia del medio urbano, etc-, pero no explica la variabilidad entre provincias de una misma región (ej hacia el interior de Patagonia, NOA o NEA); **2.** lugar que ocupa el seguimiento programado de patologías crónicas en el primer nivel de atención en las jurisdicciones en relación al lugar de la patología aguda; **3.** agudeza diagnóstica de los médicos de los CAPS para detectar la HTA; **4.** techo dado por la oferta de antihipertensivos en el Botiquín REMEDIAR para las provincias con mayor frecuencia de consultas.

¹ Limansky RB. Et al. MI for the Multicentric Group for the Study of Hypertension and Risk Factors. Arterial Hypertension prevalence in Argentina.(abstract). Hypertension-Suppl 1992;10 (4) S 37.

2do paso. Objetivo terapéutico

Controlar la HTA - obtener niveles < de 140/90 en la población general y < 130/80 en los diabéticos y nefrópatas – para disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal.

Se obtienen mayores beneficios cuanto mejor es el **control** de la TA². Reducir los niveles de presión arterial sistólica no sólo prolonga la vida, sino que mejora la calidad de vida al disminuir el riesgo de insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e infarto. La observación epidemiológica muestra que a mayor TA mayor riesgo y comprueba que bajando la TA se alcanza mejorar o corregir el riesgo. Debido a ello los niveles de TA considerados deseables fueron descendiendo con el tiempo.

En los EEUU, se realizan encuestas periódicas de salud (Nacional Health and Nutrition Examination Survey –NHANES-) y se determinó que la prevalencia de HTA ajustada por edad, sexo y raza, declinaba progresivamente desde 1971. De acuerdo a las mencionadas encuestas, de todos los hipertensos sólo el 50% conocía su diagnóstico, de ellos sólo el 50% se trata y, entre éstos últimos poco más del 50% lo hacía en forma apropiada³. Sin

embargo, en oposición a los anteriores análisis, informes recientes muestran que **la prevalencia de HTA se está incrementando** (en 3,7%), en 1999-2000 llega al 28,7%; el 68,9% de los hipertensos **lo sabe**, el 58,4% **es tratado** y la HTA fue **controlada** en el 31% de los casos⁴. La prevalencia es mayor en mujeres, aumenta con la edad (más del 65% de los mayores de 60 años de edad es hipertenso) y con el mayor índice de masa corporal (BMI). El aumento de la prevalencia de HTA en los EEUU coincide con el aumento de la prevalencia de obesidad y de la edad en la población. En otros países, como los de Europa o en Canadá, los niveles de control de la TA son aún menores⁵.

3er paso. Elección de un tratamiento - efectivo y seguro – que puede involucrar o no el empleo de fármacos

El **Séptimo Reporte de la JNC** publicó en mayo de 2003 la Guía de Criterios Diagnósticos y Terapéuticos de HTA que son una referencia en todo el mundo⁶. Allí se **clasifica** la HTA según niveles de TA y recomienda el tratamiento, tanto **farmacológico** como **no farmacológico**.

Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos de 18 años de edad o mayores (tomado del JNC VII)

			Manejo		
			Tratamiento farmacológico inicial		
Clasificación	TA sistólica (mm Hg)	TA diastólica (mm Hg)	Modificación de estilos de vida	Indicación de medicamentos en HTA sin otra condición	Indicación de medicamentos en HTA con otra condición (1)
Normal	<120	<80	Sugerir	No	Medicamentos para el problema (1)
Prehipertensión	120-139	80-89	Sí	No	Medicamentos para el problema (1)
HTA estadio I	140-159	90-99	Sí	Diuréticos tiazídicos en la mayoría de los casos. Considerar otros (IECA, B bloqueantes, bloqueantes cálcicos) o combinación	Medicamentos para el problema más antihipertensivos (diuréticos, IECA, B bloqueantes, bloqueantes cálcicos) (1)
HTA estadio II	>160	>100	Sí	Combinación de dos medicamentos, en la mayoría de los casos un diurético con otro	Medicamentos para el problema (1)

(1) A- **Insuficiencia cardíaca**: diurético, B bloqueante, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueante receptor angiotensina, antagonista aldosterona. B- **Post infarto miocardio**: B bloqueante, IECA, antagonista aldosterona. C- **Enfermedad coronaria de alto riesgo**: diurético, B bloqueante, IECA, bloqueante canal de calcio. D- **Diabetes**: diurético, B bloqueante, IECA, bloqueante receptor angiotensina, bloqueante canal de calcio. E- **Enfermedad renal crónica**: IECA, bloqueante receptor angiotensina. F- **Enfermedad cerebrovascular**: diurético, IECA. G- **Embarazo**: metildopa, B bloqueante. H- **Niños y adolescentes**: iguales medicamentos que a los adultos, pero menores dosis y cuidadosamente ajustadas.

² Hanss on L et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. Lancet 1998; 351:1755-62.

³ Burt VL et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination survey, 1960 to 1991. Hypertension. 1995 Jul;26(1):60-9.

⁴ Hajjar J and Kotchen T. Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA 2003; 290: 199 - 206.

⁵ Wolf-Maier K et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. Hypertension 2004;43(1):10-7.

⁶ Chohanian A, Bakris G, Black H, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. JNC VII. JAMA 2003;289:2560-72.

4to paso. Selección apropiada del medicamento, dosis – evidencias –

En relación a la eficacia de los diferentes fármacos antihipertensivos hubo y hay mucho debate. El ALLHAT (The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial)⁷, publicó en la revista JAMA un estudio randomizado, doble ciego, controlado, conducido desde febrero de 1994 hasta marzo de 2002; que tuvo como objetivo comparar el tratamiento con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina -IECA- (lisinopril 10 a 40 mg/d) o un bloqueante de los canales de calcio (amlodipina 2.5 a 10 mg/d) versus el tratamiento con un diurético tiazídico (clortalidona 12.5 a 25 mg/d) en la reducción de los eventos relacionados con la incidencia de enfermedad coronaria (EC) u otra enfermedad cardiovascular (ECV) en la HTA grave. En el trabajo participó un total de 33.357 pacientes mayores de 55 años de edad con HTA y por lo menos otro factor de riesgo de ECV. El seguimiento fue de 4 a 8 años aproximadamente. Comparado con el diurético, el IECA se asoció a mayor riesgo de ACV (RR 1,15 y P 0,02), insuficiencia cardíaca (RR 1,19 y P 0,001) y enfermedad cardiovascular (RR 1,1 y P 0,001). El bloqueante cálcico tuvo resultados similares al diurético, excepto una tasa mayor de insuficiencia cardíaca (RR 1,38 y P 0,001). Muchos participantes necesitaron más de una droga para controlar su TA, por lo que los investigadores infieren que sería razonable incluir un diurético tiazídico en todo tratamiento combinado. Los resultados de ALLHAT indican que los diuréticos tiazídicos deben ser considerados como drogas de primera elección en pacientes hipertensos. No han sido superados en descender la presión arterial, reducir eventos clínicos, tolerabilidad y en su bajo costo. Son los preferidos como primer escalón de la terapia antihipertensiva.

Una excepción es un trabajo australiano⁸ con más de 6.000 pacientes (72 años de edad media) aleatorizados a recibir hidroclorotiazida o enalapril seguidos por médicos de familia, concluyó que los varones y los ancianos tuvieron menos eventos con los IECA a pesar de similares reducciones de la TA.

Un reciente metaanálisis ("network meta-analysis") incluyó 42 ensayos comparativos entre varios tratamientos antihipertensivos (entre ellos el ALLHAT) que abarcaron 192.478 pacientes⁹. Permitió contrastar en forma individual todos los agentes y grupos terapéuticos, en cuanto a seguridad y eficacia, evaluada en términos de resultados finales de enfermedad cardiovascular (incluye enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras causas cardiovasculares de muerte) y mortalidad por todas las causas. Llegaron a las siguientes conclusiones:

- Comparado con los beta bloqueantes, los diuréticos a bajas dosis (12,5 a 25 mg día de hidroclorotiazida o equivalente) reducen el riesgo de eventos cardiovasculares RR 0,89 (0,80-0,98).
- Comparado con los IECA, los diuréticos a bajas dosis reducen el riesgo de insuficiencia cardíaca RR 0,88 (0,8-0,96), enfermedad cardiovascular RR 0,94 (0,89-1) y ACV RR 0,86 (0,77-0,97).
- Comparado con los bloqueantes cálcicos, los diuréticos a bajas dosis reducen el riesgo de eventos cardiovasculares RR 0,94 (0,89-1) y de insuficiencia cardíaca RR 0,74 (0,67-0,81).
- Comparado con alfabloqueantes, los diuréticos a bajas dosis reducen el riesgo de insuficiencia cardíaca RR 0,51 (0,43-0,6)

y de enfermedad cardiovascular RR 0,84 (0,75-0,93).

Ninguno de los otros grupos de tratamiento fue superior a los diuréticos a bajas dosis en ningún aspecto de la evolución clínica. **Los diuréticos a bajas dosis son la más efectiva línea de tratamiento de la HTA, para prevenir la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular.** Se deben realizar ensayos controlados para definir la segunda línea de tratamiento, entre los cuales los beta bloqueantes y los IECA parecen ser los preferidos, tanto para cuando se combinan medicamentos como para cuando existen alergias u otros efectos adversos. **Si la droga más efectiva es la más económica, concluye que los estudios costo efectividad son innecesarios.**

Otro metaanálisis, basado en 354 ensayos clínicos controlados con placebo¹⁰ para las cinco categorías principales de drogas hipotensoras: tiazidas a baja dosis, betabloqueantes, IECA, bloqueantes de los receptores de la angiotensina y bloqueantes de los canales de calcio; analizó eficacia y seguridad de acuerdo a la dosis, cada una y en combinación. Las cinco categorías de drogas producen similar reducción en la presión arterial a las dosis estándar y un 20% menos de reducción con la mitad de las dosis estándar. Sin embargo, los efectos adversos son mucho menos frecuentes a mitad de dosis. **La combinación de drogas produce efecto aditivo antihipertensivo, sin incrementar el riesgo de reacciones adversas en la misma proporción.** La estrategia de combinar 2 o más drogas antihipertensivas sería preferible, en este contexto, a incrementar las dosis de alguno de las drogas en pacientes con control inadecuado de la presión arterial.

Los mensajes clave de la JNC⁹ son coherentes con lo afirmado antes:

1. En personas mayores de 50 años de edad la TA sistólica mayor a 140 es el factor de riesgo cardiovascular más importante (más que la TA diastólica).
 2. El riesgo de enfermedad cardiovascular es proporcional al incremento de la TA.
 3. Define prehipertensión (TA 120-139/80-89) e insiste en la promoción de estilos de vida saludables para dichos pacientes.
 4. Los diuréticos tiazídicos deben ser usados como tratamiento antihipertensivo inicial, solos o combinados con otras drogas. Otras condiciones de riesgo constituyen indicaciones de otros tratamientos.
 5. La mayoría de los pacientes requieren 2 o más medicamentos para llegar a la meta de una TA < 140/90 o < 130/80 en los pacientes diabéticos o con neuropatía crónica.
- En la Argentina, las sociedades científicas se han hecho eco de estas normativas¹¹.

A pesar de las recomendaciones y de la tendencia favorable en los cambios de los hábitos prescriptivos en nuestro primer nivel de atención a nivel nacional, los diuréticos tiazídicos siguen muy subutilizados (gráficos 4 y 6 del artículo anterior, pag. 7-9). Igual problema existe en otros países¹². Más allá de la media nacional de prescripción de medicamentos antihipertensivos, en el gráfico 5 del artículo anterior se observa la **variabilidad** existente: en Corrientes y Jujuy la prescripción de hidroclorotiazida es cercana a cero, pero llega casi al 30% en La Rioja o Río Negro. En el primer nivel de atención de la República Argentina, se observa asociación de medicamentos antihipertensivos en el 35% de las recetas.

⁷ ALLHAT. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. JAMA 2002;288:2981-97.

⁸ Wing L et al. A Comparison of Outcomes with Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors and Diuretics for Hypertension in the Elderly. N Engl J Med 2003;348:583-92.

⁹ Psaty B, Lumley T, Furberg C, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first line agents. A network meta-analysis. JAMA 2003;289:2534-44.

¹⁰ Law MR, Wald NJ, Morris K y col. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. BMJ 2003;326:1427-1434.

¹¹ Tajer C, Doval H. Hipertensión Arterial en Debate. Revista Argentina de Cardiología. 2003;71(3): 161-3. ¹² Psaty BM et al. Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in the older adults. Arch Intern Med. 2002;162:2325-32.

Dosis recomendadas de los medicamentos antihipertensivos

Medicamento	Dosis
Hidroclorotiazida	12,5 a 25 mg/día, puede llegar a 100 mg/día
Atenolol	25 a 100 mg/día
Enalapril	2,5 a 40 mg/día

Formulario Terapéutico Nacional, COMRA 2003.

En base a la información proporcionada por la tabla 2 del artículo anterior (pag. 7), se razona: si la eficacia fuera similar, a nivel del primer nivel de atención, un mes de tratamiento con hidroclorotiazida cuesta \$ 0,7 y con atenolol o enalapril \$ 1,2 o \$ 1,3. **En el tratamiento de 100.000 pacientes el estado podría ahorrar \$ 600.000 anuales con una correcta selección del medicamento** en dicha población. **A nivel de farmacias**, un mes de tratamiento con hidroclorotiazida cuesta \$ 5,1 y con atenolol o enalapril \$ 15. **Esos 100.000 pacientes podrían tener un ahorro de \$ 12.000.000 anuales.** Sin embargo, hay dos puntos que no pueden obviarse: 1. La eficacia no es similar, pues en este caso la droga más económica es la más efectiva, 2. La población objetivo es mucho mayor que la tratada en este caso, con lo que el ahorro generado por una adecuada selección del medicamento podría también ser mucho

mayor. Este cálculo no contempla combinaciones de medicamentos antihipertensivos ni situaciones clínicas particulares.

5to paso. Comunicación de las indicaciones e información adecuada al paciente

La HTA es un problema crónico y silencioso, que daña el sistema vascular durante décadas. Tanto el cambio de estilos de vida, como la ingesta de uno o más medicamentos diariamente durante toda la vida son muy difíciles de cumplir. El último de los mensajes clave de la JNC es que **el control de la HTA se logra sólo cuando el paciente está motivado.** Conocer las creencias de los pacientes, así como sus experiencias previas, es tan importante como los otros pasos, para lograr la adherencia a las indicaciones.

Efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos

Medicamento	Efectos adversos
Hidroclorotiazida	Hiponatremia, hipopotasemia (a dosis altas), alcalosis, hiperuricemia (la gota la contraindica), dislipemia.
Atenolol	Bradycardia, disociación en pacientes con trastornos de conducción AV, insuficiencia cardíaca, asma o empeoramiento del EPOC, hipoglucemia en diabéticos, depresión, constipación, disfunción erectil.
Enalapril	Hipotensión brusca, tos seca persistente (5-20%), hiperpotasemia, insuficiencia renal (en HTA renovascular), rash, edema angioneurótico (0,1%), neutropenia, hepatotoxicidad.

Formulario Terapéutico Nacional, COMRA 2003.

6to paso. Monitoreo de la eficacia del tratamiento y de los efectos adversos

Es importante que los pacientes sean seguidos y controlados y que el medicamento tenga un destinatario personalizado. De allí la necesidad de programas de pacientes crónicos, como se anuncia en el editorial. El juicio clínico es lo principal. Drogas de probada eficacia, pueden fracasar en los casos particulares o presentar efectos desfavorables (muchos infrecuentes y prevenibles). Es imprescindible considerar dichas posibilidades.

Conclusiones

1. Es importante mejorar el nivel diagnóstico, tanto de la HTA, como de los factores de riesgo y de sus consecuencias en los órganos blanco. Nuestra población objetivo es, como en gran parte del mundo, mucho mayor que la tratada.
2. Objetivo terapéutico es controlar la TA a niveles inferiores a

140/90 en la población general y 130/80 en los diabéticos y nefrópatas, para disminuir la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Se insiste en la prevención - modificación de estilos de vida- que permite acceder a una mayor población.

3. El tratamiento siempre requiere cambios en el estilo de vida y puede involucrar o no el empleo de fármacos.

4. A pesar de que para la selección del medicamento inicial recomendado por las evidencias científicas, los diuréticos tiazídicos son los medicamentos más eficaces y más económicos, y deben administrarse solos o combinados con otras drogas en la mayoría de los casos; se observa una gran subutilización de este medicamento en el primer nivel de atención, con gran variabilidad entre las diferentes jurisdicciones. Otras condiciones de riesgo constituyen indicaciones de otros medicamentos.

5. El control de la HTA se logra sólo cuando el paciente está motivado, lo que depende en gran medida de la relación médico-paciente.

6. Es necesario el seguimiento de los pacientes, con el monitoreo de la eficacia y efectos adversos de los medicamentos.

Promoción de la Salud Cardiovascular - Programa VIGI+A

Dr Daniel Ferrante - Médico Cardiólogo
 Consultor Programa VIGI+A - Ministerio de Salud de la Nación

Introducción

La hipertensión arterial constituye uno de los motivos de consulta y de prescripción de medicamentos más frecuente. La prevalencia de hipertensión es de alrededor de 30%, y está en aumento, debido al envejecimiento poblacional y a hábitos de vida no saludables. Según el estudio Framingham, el riesgo acumulado para una persona normotensa de 55 años de desarrollar hipertensión en el futuro es de 90%¹. Aproximadamente 1/3 de los pacientes con registros elevados de presión arterial no lo saben. De aquellos con registros elevados conocidos sólo la mitad recibe tratamiento, y a su vez la mitad de ellos no logra controlar su hipertensión². Aunque durante muchos años se intentó encontrar un valor umbral para definir hipertensión, la asociación entre la incidencia de eventos y el nivel de presión arterial es continua³. En el "Informe de la Salud en el Mundo 2002" realizado por la Organización Mundial de la Salud, se estimó que la presión arterial elevada contribuye en un 12.7% a la mortalidad total, y en un 4.4% a la incapacidad a nivel mundial, constituyéndose así en uno de los factores de riesgo con mayor impacto en la salud pública⁴. Dada la importancia de la presión arterial elevada para la salud pública, es necesario conformar una estrategia abarcativa y basada en la mejor evidencia disponible para su control, desde políticas de promoción, detección, tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Relevancia de la presión arterial elevada como factor de riesgo para la salud pública

En nuestro país el 32% de las muertes son debidas a enfermedades cardiovasculares. La presión arterial elevada por encima de 115 mmHg de presión sistólica podría explicar el 66% de los accidentes cerebrovasculares y la mitad de los casos de enfermedad coronaria. Hay una relación continua, consistente, e independiente de otros factores de riesgo, entre los niveles de presión arterial (sistólica y diastólica) y la incidencia de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, alteraciones cognitivas y mortalidad por todas las causas. Por cada incremento en 20 mmHg en la presión sistólica y 10 mmHg en la presión arterial diastólica se duplica el riesgo de eventos cardiovasculares a través de todo el rango de valores de presión arterial (de 115/75 mmHg a 185/115 mmHg). Por este motivo, pequeñas reducciones de la presión arterial a nivel poblacional (ya sea en hipertensos o no hipertensos) pueden generar un gran beneficio en términos de reducción en la incidencia de eventos. La manera más eficiente de lograr cambios a nivel poblacional es a través de intervenciones de promoción de la salud, estimulando la adopción y mantenimiento de hábitos de vida más saludables.

Promoción de salud cardiovascular: presión arterial

Aunque no conocemos la prevalencia de la presión arterial elevada en nuestro país, la presión arterial elevada constituye en América Latina una de las principales causas de muerte y carga de enfermedad. La importancia de la promoción de la salud en esta área radica en tres aspectos: primero, que el impacto

poblacional de asignar mayores recursos e intervenciones a poblaciones de alto riesgo no logra reducir la incidencia de eventos en toda la población, ya que es en la población de menor riesgo desde donde provienen la mayoría de estos eventos; segundo, deberíamos abandonar el modelo de hipertensión como enfermedad presente o ausente según un valor umbral de presión arterial, y considerar a la presión arterial como un factor de riesgo con una relación lineal y continua con morbimortalidad; y tercero, a través de la detección de la presión arterial elevada, su tratamiento no farmacológico y farmacológicos menos del 25% de los hipertensos logran mantener controlada su presión arterial. En este contexto, impulsar una política de promoción de la salud sobre toda la población permitiría actuar sobre poblaciones de menor riesgo e impactar en toda la población, inducir cambios en sus estilos de vida y modificación de su nivel de riesgo y complementar el enfoque de prevención primaria y secundaria brindado a través de la asistencia médica.

Vigilancia y promoción en factores de riesgo: dos caras de la misma moneda

Para implementar estrategias de promoción es necesario contar con información que permita no sólo diseñar las intervenciones, sino también monitorizar su impacto. En este sentido, el Programa VIGI+A-Ministerio de Salud de la Nación ha adoptado el cuestionario propuesto por la Organización Panamericana de la Salud para la vigilancia de enfermedades no transmisibles. Este cuestionario fue adaptado para su implementación en nuestro país con la participación de sociedades científicas y expertos nacionales, y fue validado en una muestra de 720 viviendas en la provincia de Tierra del Fuego en noviembre de 2003. Este proceso, en el cual participaron el Programa VIGI+A, INDEC, CEDES y gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego, permitió obtener la versión argentina validada de este cuestionario. Este cuestionario incluye 14 módulos (Ver tabla 1). En octubre de 2004 se realizará el Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en todo el territorio de nuestro país. Esta encuesta permitirá por primera vez estimar la prevalencia de los principales factores de riesgo. Esta información es de vital importancia para el diseño de políticas e intervenciones de salud y para su monitoreo.

Tabla 1: Módulos de la Encuesta de Factores de Riesgo

- Sección 1: Educación
- Sección 2: Trabajo
- Sección 3: Cobertura y acceso a la atención médica
- Sección 4: Salud general (calidad de vida relacionada con la salud)
- Sección 5: Tabaco
- Sección 6: Hipertensión arterial
- Sección 7: Actividad física
- Sección 8: Conocimiento sobre peso corporal
- Sección 9: Alimentación
- Sección 10: Colesterol
- Sección 11: Consumo de alcohol
- Sección 12: Diabetes
- Sección 13: Prácticas preventivas
- Sección 14: Prevención de accidentes

Impacto potencial de intervenciones poblacionales sobre determinantes de la presión arterial

Uno de los principales determinantes de la presión arterial elevada es la ingesta excesiva de sal. El consumo promedio en nuestro país es entre 12 y 14 gramos de sal por día. El sodio de los alimentos es suficiente aporte para satisfacer las necesidades, constituyendo el agregado de sal (cloruro de sodio) a los alimentos una pauta cultural.

La reducción de la sal de la dieta suele ser parte del tratamiento no farmacológico de pacientes hipertensos, aunque como veremos a continuación, una reducción de la sal en la dieta en la población normotensa también puede redundar en beneficios. En una revisión sistemática⁵ incluyó 17 ensayos randomizados de reducción de la sal de la dieta en hipertensos (734 pacientes) la ingesta de sal se redujo de 8 a 12 gramos a 3 a 7 gramos según los estudios (1 a 12 meses de seguimiento). Se observó una reducción de 5 mmHg en la presión sistólica y de 2.7 mmHg en la diastólica.

En normotensos (2220 personas de 11 estudios) la ingesta de sal fue de 7.5 a 12 gramos en el grupo control y de 3.3 a 8 gr en el grupo de dieta, reduciéndose 2 mmHg la presión sistólica y 1 mmHg la presión diastólica.

Estos resultados permiten estimar las siguientes reducciones en la presión arterial.

Tabla 2: Reducción de presión arterial por reducciones de sal de la dieta

Hipertensos	
Reducción de ingesta de sal:	Caída en la presión arterial:
50 mmol o 3 g/d	3.6/1.9 mmHg
100 mmol o 6 g/d	7.1/3.9 mmHg
150 mmol o 9 g/d	10.7/5.8 mmHg
Normotensos	
Reducción de ingesta de sal:	Caída en la presión arterial:
50 mmol o 3 g/d	1.8/0.8 mmHg
100 mmol o 6 g/d	3.6/1.7 mmHg
150 mmol o 9 g/d	5.4/2.5 mmHg

El impacto poblacional de una reducción en la ingesta de sal podría estimarse utilizando los datos de este metaanálisis y los datos sobre muertes por enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular en nuestro país (año 2001).

Tabla 3: Reducciones de sal en la dieta y potencial impacto en mortalidad

Medida	Reducción en la ingesta de sal					
	3 g/d		6 g/d		9 g/d	
	TAS	TAD	TAS	TAD	TAS	TAD
Descenso de TA	2.5	1.4	5	2.8	7.5	4.2
Reducción de muertes por ACV %	12	14	23	25	32	36
Muertes por ACV evitadas en Argentina	2720	3173	5213	5666	7253	8160
Reducción de muertes por EC %	9	10	16	19	23	27
Muertes por EC evitadas en Argentina	1856	2063	4745	5157	6602	7427

Estrategia mundial de alimentación saludable y vida activa

La alimentación constituye un factor importante en la promoción y mantenimiento de una buena salud a lo largo de la vida. Su rol en el desarrollo de enfermedades crónicas está bien establecido, y por lo tanto debe ocupar una posición prominente en la prevención de enfermedades. Las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte e incapacidad en nuestro país y en la mayoría de los países del mundo, explicando alrededor del 60% de todas las muertes, inclusive en países en vías de desarrollo. Muchas de estas enfermedades (enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes) son evitables si se actúa sobre sus determinantes, los llamados Factores de Riesgo. La alimentación constituye una de las causas más importantes de estas enfermedades, el sobrepeso y la obesidad están aumentando en muchos países a niveles sin precedentes, asociado no sólo con una alimentación no saludable, si no también con el sedentarismo. La evidencia científica disponible junto con la relevancia para la salud pública justifican una acción inmediata.

La dieta es uno de los determinantes más importantes de las enfermedades crónicas. La acción conjunta de una dieta inadecuada, el tabaquismo y la inactividad física explican la mayor parte de la epidemia de las enfermedades crónicas.

Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la FAO (Food and Agricultural Organization) ha desarrollado un consenso sobre dieta, nutrición y enfermedades crónicas "Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (2003: Geneva, Switzerland)"⁶ donde no sólo se revisa la evidencia sobre dieta y enfermedades crónicas, si no también se propone una estrategia mundial para promover una alimentación saludable y actividad física.

En mayo de 2004 esta estrategia fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud, comprometiendo a los países miembros a implementar políticas de promoción de alimentación saludable y vida activa. Nuestro país apoyó esta estrategia. En este contexto, el programa VIGI+A - Ministerio de Salud de la Nación- inició un proceso de diseño de intervenciones en este área a través de una revisión de la evidencia disponible, experiencias y grupos de referencia locales.

Evidencia sobre intervenciones para descender la presión arterial

El Informe de Salud en el Mundo 2002 evaluó el impacto de los factores de riesgo más importantes en la mortalidad y carga de enfermedad en las 14 áreas epidemiológicas mundiales. En este informe, como se mencionó más arriba, la presión arterial elevada explicó el 12% de todas las muertes. Utilizando estos datos y la evidencia sobre la efectividad de intervenciones, se estimaron los costos y la efectividad de diferentes intervenciones en salud cardiovascular. Se evaluó el impacto de intervenciones no personales:

- reducción de sal de alimentos por acuerdos con la industria y/o legislación
- educación por medios masivos de comunicación sobre ingesta de sodio, concentraciones de colesterol e índice de masa corporal
- combinación de las anteriores como así también intervenciones personales:
- tratamiento individualizado de la hipertensión
- tratamiento individualizado de hipercolesterolemia
- intervención basada en el riesgo de eventos cardiovasculares

Las intervenciones no personales resultaron muy costoefectivas, siendo la estrategia de reducción de sal de alimentos procesados la primer intervención a introducir, más aun en un escenario de recursos escasos. Una pequeña reducción de la sal de alimentos procesados no altera necesariamente su gusto y podría presentar un gran alcance poblacional.

Áreas de demostración como Karelia del Norte y el estudio de cinco ciudades de Standford utilizaron medidas similares para generar una reducción en el consumo de sodio⁷.

En Inglaterra, a través del "Food and Health Action Plan", y a través de acuerdos y consensos con la industria, nucleada en la "Food and Drink Federation" se lograron reducciones importantes en el contenido de sodio de los alimentos. Este plan fue diseñado utilizando como insumos encuestas y consultas realizadas a diferentes industrias sobre el rol del sodio en los alimentos y la factibilidad de reducciones, logrando reducir un 25% el contenido de sodio de alimentos procesados⁸.

Promoción y control en enfermedades no transmi-

sibles: Ministerio de Salud de la Nación-Programa VIGI+A

La promoción de la salud en relación a enfermedades crónicas presenta 3 pilares fundamentales: tabaco, alimentación saludable y vida activa. En relación a tabaco se llevaron a cabo campañas masivas contra el tabaco, concurso "Abandone y Gane", apoyo a través de página web (www.dejohoydefumar.gov.ar), promoción de espacios libres de humo y la próxima ratificación del convenio Marco contra el tabaco.

En relación a alimentación saludable y vida activa se está conformando un consorcio de entidades gubernamentales, ONGs, Universidades y Sociedades científicas. Una de las primeras intervenciones planteadas, a la luz de la evidencia disponible, es la reducción del contenido de sodio de los alimentos procesados. En nuestro país, aproximadamente el 50% del sodio proviene de alimentos procesados. En muchos alimentos el sodio puede reducirse sustancialmente sin alterar tanto el gusto como otras propiedades de los alimentos.

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Modificaciones del "estilo de vida"

Intervenciones destinadas a modificar el estilo de vida (modo de vida) han demostrado ser beneficiosas para reducir la presión arterial en hipertensos y al mismo tiempo contribuyen a reducir otros factores de riesgo cardiovasculares con poco costo y prácticamente ningún riesgo⁹.

Gran parte del aumento del riesgo de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular debido a la presión arterial se encuentra en aquellas personas que están en la franja de presión arterial llamada ahora por el JNC 7¹⁰ "prehipertensión", y en las cuales no se suelen indicar drogas pero si cambios del "modo de vida" (tratamiento no farmacológico); a menos que tengan indicación de fármacos si son pacientes de alto riesgo cardiovascular. Aun en pacientes hipertensos que reciben drogas antihipertensivas es necesario continuar con las modificaciones del estilo de vida que potencian el efecto de las drogas y controlan otros factores de riesgo adicionales.

Aún en la franja de los llamados "hipertensos" cuando son diagnosticados, gran parte de ellos no consultan o no hacen un cambio suficiente en su "modo de vida", o no se tratan, o no toman medicación suficiente ni adecuada. Las recomendaciones sobre el tratamiento no farmacológico se resumen en la siguiente tabla

Tabla 4 Modificaciones del estilo (modo) de vida para controlar la hipertensión

Modificaciones	Recomendaciones	Reducción aprox. de la TA Sistólica (Rango)
Reducción de peso	Mantener el peso corporal normal (índice de masa corporal 18,5-24,9 kg/m ²)	5 – 20 mmHg/10 kg de pérdida de peso
Adoptar el plan de alimentación del DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, con productos de poca grasa con un contenido reducido en las grasas totales y saturadas ¹¹	8 – 14 mmHg
Reducción del sodio de la dieta	Reducir el consumo de sodio de la dieta a no más de 100 mmol por día (2,4 gr de sodio o 6 gr de cloruro de sodio) ^{12, 13}	2 – 8 mmHg
Actividad Física	Dedicarse a una actividad física aeróbica regular tal como caminar rápidamente (al menos 30 min. Por día, la mayoría de los días de la semana) ¹⁴	4-9 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 vasos (30 ml de etanol; 700 ml de cerveza, 300 ml de vino, o 3 tragos de whisky) por día en la mayoría de los hombres y no más de 1 vaso por día en las mujeres o en personas de bajo peso ¹⁵	2 – 4 mmHg

DASH, Dietary Approaches to Stop Hypertension

* Para reducir el riesgo cardiovascular total, dejar de fumar

** El efecto que produce implementar estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes, y pueden ser mayores para algunos individuos (JNC 7).

Conclusiones

La presión arterial elevada es uno de los factores de riesgo de mayor relevancia en nuestro medio. Para lograr su control y generar un impacto poblacional sobre la salud cardiovascular es necesario realizar intervenciones abarcativas, orientadas tanto a la promoción de hábitos de vida saludables como a la identificación y manejo adecuado de pacientes con valores de presión arterial elevados, utilizando la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones. En un contexto de escasez de recursos y desigualdades en el acceso a servicios de salud, las estrategias de promoción y tratamiento no farmacológico de la hipertensión constituyen intervenciones costoefectivas y prioritarias, que deben complementarse con intervenciones farmacológicas efectivas.

Bibliografía

- ¹ Vasan RS, Beiser A, Sechadri S, y cols. Residual lifetime risk of developing hypertension in middle aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002; 287:1003-1010.
- ² Burt VL, Whelton P, Rocella EJ, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25:305-313.
- ³ Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *Lancet*. 2002;356:1903-1913.
- ⁴ Ezzati M, Lopez A, Rodgers A y cols. Selected major risk factors and global and regional burden of disease.

<http://image.thelancet.com/extras/02art9066web.pdf>

- ⁵ FJ He, A MacGregor. How far should salt intake be reduced? *Hypertension* 2003 42: 1093-1099.
- ⁶ Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January -1 February 2002. (WHO technical report series ;916).
- ⁷ Murray JL y cols. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular risk. *Lancet* 2003;361:717-25.
- ⁸ Food Industry: More Action on Salt Reduction. www.fdf.org.uk
- ⁹ Doval HC, Ferrante D. Capítulo Hipertensión Arterial. Evidencias en Cardiología, Doval HC, Tajer CD. GEDIC. 2003.
- ¹⁰ The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003; 289: 2560-2572.
- ¹¹ Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E y col. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1997;336:1117-1124.
- ¹² Midgley JP, Matthew AG, Greenwood CM y col. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1996;275:1590-1597.
- ¹³ Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- ¹⁴ Halbert JA, Silagy CA, Finucane P y col. The effectiveness of exercise training in lowering blood pressure: a meta-analysis of randomised controlled trials of 4 weeks or longer. *J Hum Hypertens* 1997;11:641-649.
- ¹⁵ Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* 1987;1:647-651.

Situación de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención en la Provincia de Buenos Aires

Dr. Ricardo Lopez Santi - Director del Programa ALAS - Director del Programa PROCORDIS, Fundación Bioquímica Argentina - Secretario de la Federación Argentina de Cardiología

En las últimas cuatro décadas se han realizado los principales aportes en el conocimiento y control de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, pudiéndose establecer un inequívoco hito en el Estudio Framingham, punto de referencia obligado al momento de elaborar un protocolo de trabajo en este campo. Más allá de su logro científico, es de destacar el aporte que sus conclusiones han significado para la salud pública al establecer un sólido fundamento de políticas sanitarias, que condujeron a la reducción de todos los índices de morbimortalidad cardiovascular en los Estados Unidos.

La hipertensión arterial constituye - como es sabido - un factor de riesgo cardiovascular mayor, mostrando una fuerte relación con los máximos exponentes de este grupo de enfermedades como son el accidente cerebrovascular (ACV), el infarto agudo de miocardio (IAM) y la insuficiencia cardíaca (IC), todas etapas que anteceden a la muerte en el continuo cardiovascular.

Durante muchos años se desarrolló el concepto que la presión arterial (PA) diastólica elevada confería un riesgo cardiovascular mayor; sin embargo múltiples estudios han demostrado la falacia de dicho concepto como por ejemplo el estudio MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) llevado a cabo en 347.978 hombres sin infarto previo, que demostró que el riesgo de muerte tanto por IAM como por ACV se incrementaba en la

medida que lo hacían tanto la PA sistólica como diastólica. De esta manera el séptimo informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII) de reciente publicación, da como referencia importante que en mayores de 50 años una PA sistólica superior a 140 mm Hg es un factor de riesgo mayor al incremento de la diastólica.

Las cifras de prevalencia de hipertensión arterial en la Argentina varían de acuerdo a la fuente consultada, hecho que se repite a lo largo y ancho de América Latina, ya que muchos de los trabajos incurren en serios errores metodológicos que impiden que sus resultados sean utilizados a los fines de vigilancia epidemiológica, justificando así la disparidad de las cifras publicadas.

En un análisis de L. Silva y colaboradores respecto de la utilidad de los estudios de prevalencia para las propuestas de vigilancia, se tomó como ejemplo a la hipertensión arterial. Este trabajo cuestiona la utilidad de la gran cantidad de información obtenida sobre la base de dos aspectos: la falta de rigor metodológico o la falta de representatividad de la muestra diseñada. Semejante observación no puede menos que causar sorpresa cuando nos detenemos a analizar el caudal de recursos humanos, materiales y tiempo invertidos en esas tareas de campo y en el posterior análisis de los datos obtenidos. A la hora de hallar

una explicación para esta situación encontramos que los obstáculos residen en aspectos tan elementales como el diseño de la muestra, la forma de sortear los inconvenientes de orden práctico para llegar a evaluar la muestra, los aspectos metodológicos de la evaluación que pasan por el tipo de encuesta elegida, las condiciones preanalíticas y analíticas de las determinaciones bioquímicas y la estandarización en la mensura de datos biométricos.

A pesar de estas limitaciones, podemos decir que en nuestro país las cifras de prevalencia oscilan entre un 30 y 35%.

Nuestro grupo desarrolló una interesante experiencia durante el año 2000, llamada Estudio VARICG LP (Estudio de Valoración de Riesgo Cardiovascular ciudad de La Plata), en la que fueron evaluados 1044 individuos en actividad laboral, de los que 950 se encontraban en condiciones de prevención primaria.

Se detectaron 336 (35,4%) personas con hipertensión arterial (por aumento de la PAS, PAD o ambas e individuos que a pesar de presentar cifras tensionales normales tenían diagnóstico previo). Fue interesante comparar en ellos la correlación que presentaba la tensión arterial con los distintos niveles de riesgo cardiovascular.

Al dividir esta población de acuerdo a niveles de riesgo (de acuerdo a las guías europeas), corroboramos que la prevalencia de hipertensión arterial bajo sus diferentes formas clínicas (sistólica, diastólica o combinada) se incrementaba a medida que aumentaba el riesgo.

De esta manera podemos ver en las figura 1 y 2 cómo a medida que se incrementa el riesgo paralelamente se incrementa la media de la tensión arterial sistólica y diastólica. Es sencillo entonces comprender cómo el descenso de 20 mm de Hg. en la población general puede expresarse en una reducción de los índices de morbimortalidad como aconteció en experiencias como la de North Karelia (Finlandia). La reducción del riesgo significa reducción de eventos

Figura 1. Medias de presión arterial sistólica en diferentes grupos de riesgo cardíaco global

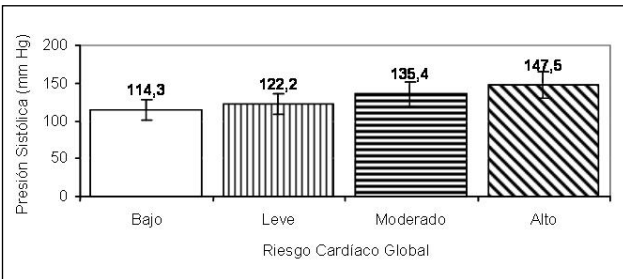
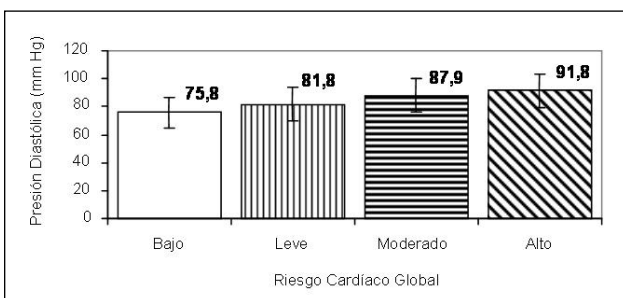
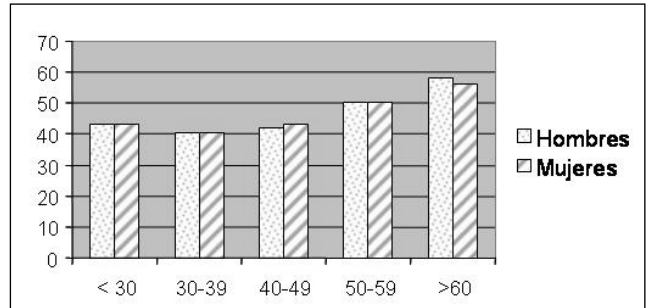


Figura 2. Medias de la presión arterial diastólica en diferentes grupos de riesgo cardíaco global



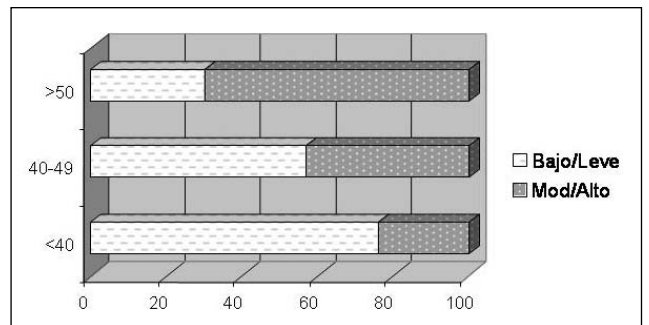
En los últimos años se ha reconocido la importancia que tiene una presión de pulso (PP) -diferencia entre sistólica y diastólica-incrementada en cuanto al riesgo de eventos. En nuestra población la presión de pulso no mostró diferencias respecto al sexo (figura 3); por el contrario la edad sí muestra un incremento estadísticamente significativo en ambos sexos a partir de la quinta década de la vida.

Figura 3. Distribución de la presión de pulso de acuerdo al sexo y edad



Se observó entonces que existían diferencias significativas de riesgo entre quienes tenían una PP inferior a 40 mmHg, aquellos que tienen entre 40 y 50 mmHg y los que están por encima de 50 pudiendo ser analizadas en la figura 4. (entre el grupo 1 y 2 y entre el 2 y 3 p<0,00)

Figura 4. Diferencias significativas entre los que tienen presión de pulso más de 50 mmHg (p<0,00)



Hasta aquí comprendemos el impacto que la hipertensión arterial tiene en el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes. Sin embargo la realidad muestra que **este problema no está debidamente encarado y en especial en el primer nivel de atención.**

Actualmente Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires está desarrollando el programa de Prevención Cardiovascular ALAS (Adultos Libres en Actitud Saludable). Dicho programa se ha puesto en marcha en Unidades Sanitarias.

En una pequeña muestra de 450 individuos evaluados en las Unidades 19 y 29 de la ciudad de La Plata, encontramos que el 51% de quienes concurren voluntariamente a la evaluación se refirieron como hipertensos.

De ellos, tan sólo el 28 % presentó cifras inferiores a 140/90; un interrogante a resolver es porqué una tasa de control tan baja a pesar de contar dentro del arsenal terapéutico con drogas de gran eficacia antihipertensiva como los diuréticos, beta blo-

queantes e inhibidores de la enzima convertidora.

La falla en la obtención de las metas es un problema universal cuya solución pasa por la "concientización" del médico y la "educación" del paciente.

Un segundo aspecto de relevancia lo constituye que el 19% de los que concurren estaban hipertensos sin tener conocimiento de dicha situación. Es necesario implementar un adecuado sistema de detección de hipertensión en individuos que concurren a un centro sanitario por razones no cardiovasculares.

Todo lo expuesto, nos muestra que **la población adulta que concurre a al primer nivel de atención, tiene una prevalencia de hipertensión arterial que duplica a la presente en la población general, constituyéndose así en el campo de batalla a la hora de plantearnos, el control de este flagelo en nuestro país.**

Bibliografía sugerida

- Neaton JD, Kuller L, Wentworth DN, et al. Impact of systolic and diastolic blood pressure on cardiovascular mortality. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. New York, NY: Raven Press; 1995:127-144.
- Chobanian A., Bakris G., Black H, et al. The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003;289:2560-2572.
- Benetos A., Safar M., Rudnicki A., et al. Pulse pressure: a predictor of long-term cardiovascular mortality in a French male population. *Hypertension*. 1997;30: 1410-1415.
- Vaccarino V., Holford TR., Krumholz HM. Pulse Pressure and risk for myocardial infarction and heart failure in the elderly. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:130-138.
- Franklin SS., Khan SA., Wong ND. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation*.

1999;100:354-360.

Madhavan S., Ooi WL., Cohen H. Relation of pulse pressure and blood pressure reduction to the incidence of myocardial infarction. *Hypertension*. 1994;23:395-401.

Girerd X., Laurent S., Pannier B. Arterial distensibility and left ventricular hypertrophy in patients with sustained essential hypertension. *Am Heart J*. 1991;122:1210-4

Lyon RT., Runyon-Hass A., Davis HR. Protection from atherosclerotic lesion formation by reduction of artery wall motion. *J Vasc Surg*. 1987;5:59-67

Christensen KL. Reducing pulse pressure in hypertension may normalize small artery structure. *Hypertension*. 1991;18:722-7.

Grundy S., Pasternak R., Greenland P. Assessment of Cardiovascular Risk by use of Multiple-Risk Factor Assessment Equations. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999;100:1481-1492

Wilson PW., D'Agostino RB., Levy D. Prediction of Coronary heart Disease using risk factor categories. *Circulation* 1998;1837-1847.

Task Force Report. Prevention of Coronary Heart Disease in Clinical Practice. Recommendation of the Second Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *European Heart Journal* 1998, 1434-1503.

Lopez Santi R, Valeff E, Duymovich C, Sancholuz F, Aliatta A, Mijailovsky N, Giachello C, Grupo VARICG LP. Riesgo cardiovascular global de una población en un programa de prevención primaria. *Rev Fed Arg Cardiol* 2003; 32: 358-367.

Evaluación Clínica del Paciente Hipertenso

Dra. Norma Mijailovsky

Coordinadora del Programa ALAS, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Comité de Epidemiología de la Federación Argentina de Cardiología

La **consulta** por hipertensión arterial es - muchas veces - el primer contacto del paciente con el sistema de salud, y se convierte en una **oportunidad única para la detección de un potencial paciente en riesgo**. Así el médico de atención primaria de la salud se erige como un pilar fundamental para la adecuada detección y control de este factor de riesgo, aspecto fundamental en la prevención de la enfermedad cardiovascular en su conjunto.

Las cifras de prevalencia en Argentina difieren según las fuentes, pero todas las estadísticas son coincidentes en dos aspectos fundamentales:

- el 50% de los hipertensos desconocen que lo son
- son pocos los que sabiendo su condición de hipertensos se encuentran controlados¹⁻³.

El primer eslabón para arribar a un correcto diagnóstico de hipertensión arterial es medir la presión arterial con una técnica

adecuada. Dada la importante variabilidad fisiológica⁴ es trascendente no agregarle la desviación provocada por la inadecuada técnica de medición, obligando a observar rigurosamente las pautas metodológicas para el control de la Tensión Arterial.

El dispositivo ideal por exactitud es el esfigmomanómetro de mercurio, y en segundo lugar el manómetro aneroides adecuadamente calibrado en períodos no superiores a los 6 meses.

En la primera visita, la presión arterial debe medirse en posición supina, sentado y luego de 2 a 3 minutos de pie, en ambos brazos y piernas. Los objetivos de este exhaustivo examen son:

- a) Determinar el brazo en el cual se seguirá midiendo la presión arterial en las sucesivas consultas, que debe ser el que registre mayor presión utilizando la posición sentado.
- b) Diagnosticar la hipertensión postural que se define como la caída en 20 mmHg de la presión arterial sistólica al cambiar de posición sentada a la posición de pie.

¹Lopez Santi R, Valeff E, Duymovich C, Sancholuz F, Aliatta A, Mijailovsky N, Giachello C, Grupo VARICG LP. Riesgo cardiovascular global de una población en un programa de prevención primaria. *Rev Fed Arg Cardiol* 2003; 32: 358-367.

²Pizkorz D, Locatelli H, Gidekei L y col: Factores de riesgo en la ciudad de Rosario. Resultado del Estudio FAROS. *Rev Fed Arg Cardiol* 1995; 24:499-508.

³Luxurs H, Madoery RJ, De Loredo L y col: Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Estudio Dean Funes (Provincia de Córdoba-Argentina) *Rev Fed Arg Cardiol* 1999; 28: 93-104.

⁴Ramos F y col. Consenso latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hipertensión* 2001;vol 6(2): 83-110.

c) Establecer la presencia de coartación aórtica o arteriopatía periférica en los que el índice tobillo/brazo es <1. La medición se realizará al final de la consulta, período en el cual el paciente ha permanecido en reposo por no menos de 10 minutos.

Se realizarán 3 o más mediciones en cada consulta y se considerará el promedio de ellas. De esta manera, para diagnosticar a un paciente como hipertenso, se debe hacer un mínimo de tres registros, en al menos dos consultas diferentes, salvo que el paciente tenga signos de daño de órgano blanco o se encuentre en una emergencia hipertensiva. Es importante que el brazo donde se va a medir la presión se encuentre libre de ropa, apoyado a la altura del corazón, con la mano en pronación, la espalda descansando en el respaldo de la silla y los pies en el piso. La cámara de goma del manguito debe cubrir el 80% del perímetro braquial y debe estar ubicada 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo, centrada con la arteria humeral.

Es menester medir la presión sistólica palpatoria antes de proceder al método auscultatorio, para evitar el error de subestimación de la presión arterial sistólica producido por el gap auscultatorio. Los estetoscopios de campana son preferibles a los de membrana. Se ubicará la campana fuera del manguito sobre el latido de la arteria humeral. El inflado debe realizarse en forma veloz, llegando a superar en 30 mmHg el valor medido como presión arterial sistólica palpatoria, la deflación por el contrario se realizará en forma lenta a razón de 2 mmHg por segundo o menor si hay bradicardia. Se considerará la presión arterial sistólica, al primero de al menos dos ruidos de Korotkoff sucesivos (fase I) y la presión arterial diastólica, al último de los ruidos de korotkoff auscultado (fase V)^{5,6,10}.

Existen hoy diferentes clasificaciones que han sido vertidas por los paneles de expertos del JNC VII y OMS – ISH (Tablas 1 y 2). Independientemente de cual decidamos adoptar, es importante destacar que las mismas no difieren en esencia a la hora de considerar a la hipertensión en el conjunto del riesgo cardiovascular global del individuo y al iniciar las medidas terapéuticas destinadas a reducirlo^{7,8}.

Tabla 1: Guías europeas para el manejo de la hipertensión arterial (2003). Definición y Clasificación de los niveles de Presión Arterial (mmhg).

Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	< 120	y < 80
Normal	120 – 129	o 80 – 84
Normal Alta	130 – 139	o 85 – 89
Hipertensión Grado 1	140 – 159	o 90 – 99
Hipertensión Grado 2	160 – 179	o 100 – 109
Hipertensión Grado 3	> o = 180	o > o = 110
HTA sistólica aislada	>140	o < 90

Cuando el paciente presenta presión arterial sistólica y diastólica en distintas categorías, se clasifica según la que pertenezca a la mayor categoría.

Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión JNC VII

Clasificación	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120	y < 80
Pre – hipertensión	120 – 139	o 80 – 89
Hipertensión estadio 1	140 – 159	o 90 – 99
Hipertensión estadio 2	180	o 110

La evaluación inicial del paciente hipertenso tiene tres objetivos fundamentales:

1. Identificar los factores de riesgo concomitantes a la hipertensión arterial y determinar el riesgo cardiovascular global del individuo,
2. Determinar la presencia de daño de órgano blanco y marcar objetivos terapéuticos claros de control de la hipertensión,
3. Revelar causas secundarias y determinar necesidad de evaluaciones especiales en centros de mayor complejidad^{7,9}.

Una vez evaluados, deberían realizar una interconsulta especializada:

- a) Aquellos con enfermedad cardiovascular, cerebrovascular o vascular periférica sintomática o manifiesta al examen.
- b) Aquellos pacientes que siendo asintomáticos, ostentan un riesgo cardiovascular global alto o muy alto (> o = 5% de mortalidad a 10 años)⁹ por la asociación de sus factores de riesgo.
- c) Los que por su signo - sintomatología clínica, falta de respuesta al tratamiento y/o por pruebas de detección positivas sean sospechados de padecer hipertensión secundaria.

El hipertenso asintomático, portador de riesgo cardiovascular global bajo a moderado y aquellos pacientes que habiendo sido correctamente evaluados en el nivel hospitalario han sido “devueltos” a quien los derivó, son pasibles de ser tratados y controlados en el primer nivel de atención de la salud.

Los objetivos del control ulterior del paciente hipertenso, deben estar dirigidos a lograr las metas de control de la presión arterial planteadas (Tabla 3)¹⁰ y a monitorear la existencia de efectos adversos relacionados al tratamiento y progresión de la enfermedad vascular.

Tabla 3: metas terapéuticas en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Categoría de riesgo	Nivel deseado de presión arterial
Prevención Primaria de Bajo Riesgo	< 140 /90 mmHg
Prevención Primaria de Alto Riesgo (RCG 5% a 8%)	< 140 /90 mmHg
Prevención Primaria de muy alto riesgo (>8%)	< 130 /80 mmHg
Prevención Secundaria	< 130 /80 mmHg
Diabetes Mellitus	< 130 /80 mmHg
Proteinuria (1 g en paciente Diabético o Insuficiencia Renal	Nivel mínimo tolerado que normalice la proteinuria.

⁸Perloff D, Grim C, Flack J, Frohlich ED, Hill M, Mc Donald M, Morgenstern BZ. Human Blood Pressure Determination by Sphygmomanometry. Circulation Vol88(5) Part 1; 1993:2460-2470.

⁹Iniciativa Panamericana sobre la Hipertensión. Reunión de trabajo sobre la medición de la presión arterial: recomendaciones para estudios de población. Rev Panam Salud Publica 14(5), 2003.

¹⁰2003 European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hipertensión. Journal of Hypertension 2003;21:1011-1053.

⁷Chobanian et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003; 42: 1206 –1252.

⁶De Backer G et al. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Heart Journal. 2003; 24: 1601-1610.

⁵Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guías de Prevención cardiovascular. Manual de Procedimientos del Programa ALAS (Adultos Libres en Actitud Saludable) 2004.

El mejor control y tratamiento antihipertensivo es aquel que logra la reducción del riesgo global del individuo y previene el avance de la enfermedad aterosclerótica, a través de la modificación del estilo de vida y de terapias farmacológicas en los casos indicados.

Tabla 4. Evaluación clínica del paciente hipertenso.

Historia Clínica	Examen Físico	Métodos Complementarios
<p>1. Antigüedad del diagnóstico de HTA y niveles previos de PA obtenidos.</p> <p>2. Indicadores de Hipertensión secundaria:</p> <p>a. Historia familiar de enf. renal (poliquistosis)</p> <p>b. Infecciones urinarias, hematuria, abuso de analgésicos (enf. Renal parenquimatosa)</p> <p>c. Uso/Abuso de sustancias hipertensinógenas: alcohol, cocaína, AINES, esteroides, anfetaminas, anticonceptivos orales, descongestivos nasales, carbenoxolona, eritropoyetina o ciclosporinas.</p> <p>d. episodios de ansiedad, cefaleas, sudoración y palpitaciones (feocromocitoma).</p> <p>e. episodios de calambres musculares (hiperaldosteronismo).</p> <p>3. Factores de Riesgo:</p> <p>a. historia familiar y personal de hipertensión y enfermedad cardiovascular.</p> <p>b. historia familiar y personal de dislipemia y DM.</p> <p>c. hábitos: tabaco, actividad física y alimentación.</p> <p>d. personalidad</p> <p>4. Síntomas de daño de órgano blanco:</p> <p>a. cerebrales y oculares: cefaleas, vértigos, mareos, trastornos visuales, AIT, déficits motores o sensitivos.</p> <p>b. cardíacos: palpitaciones, dolor precordial, disnea.</p> <p>c. renales: disuria, poliuria, hematuria, nocturia.</p> <p>d. arterial periférico: extremidades frías, claudicación intermitente.</p> <p>5. Terapia antihipertensiva previa: drogas usadas, eficacia y efectos adversos.</p>	<p>1. Signos sugestivos de hipertensión secundaria y daño de órgano blanco:</p> <p>a. Características de síndrome de Cushing.</p> <p>b. Estigmas cutáneos de neurofibromatosis (feocromocitoma)</p> <p>c. Palpación de masas renales (poliquistosis)</p> <p>d. Auscultación de soplos abdominales (hipertensión renovascular).</p> <p>e. Soplos precordiales (estenosis y coartación aórtica)</p> <p>f. Disminución en los pulsos y presión arterial de miembros inferiores (coartación aórtica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad vascular periférica)</p> <p>2. Signos de daño de órgano blanco:</p> <p>a. Cerebro: soplos en arterias del cuello, defectos motores o sensitivos.</p> <p>b. Retina: anormalidades en el fondo de ojo</p> <p>c. Corazón: desplazamiento del choque de punta, galope, pulso irregular, rales pulmonares, edemas en miembros inferiores.</p> <p>d. Aorta: palpación de masa abdominal pulsátil.</p> <p>d. Arterias periféricas: ausencia, disminución o asimetría de pulsos, extremidades frías, trastornos tróficos.</p>	<p>1. Test de Rutina:</p> <p>a. Glucemia en ayunas.</p> <p>b. Colesterol sérico total.</p> <p>c. Colesterol HDL.</p> <p>d. Triglicéridos</p> <p>e. Ácido úrico.</p> <p>f. Urea.</p> <p>g. Creatinina.</p> <p>h. Hematocrito y Hemoglobina.</p> <p>i. Potasio sérico.</p> <p>j. Orina completa.</p> <p>2. Test recomendados:</p> <p>a. Electrocardiograma.</p> <p>b. Fondo de ojo (sólo en hipertensos severos)</p> <p>3. Test de evaluación extendida en centro especializado:</p> <p>a. Ecocardiograma (detección de hipertrofia, función sistólica y diastólica).</p> <p>b. Electrocardiograma de esfuerzo (detección de isquemia silente)</p> <p>c. Doppler carotídeo.</p> <p>d. Microalbuminuria (esencial en diabéticos, detección de daño renal incipiente)</p> <p>e. Búsqueda de HTA secundaria: ecografía renal y adrenal, medición de renina, aldosterona, catecolaminas, esteroides suprarrenales, TAC suprarrenal o RNM.</p>

Evaluación del Riesgo Cardiovascular Global

Dres. Karin Kopitowski, Marcela Botargues, Micaela Gago, Pablo Jinich, Esteban Kuten y Esteban Rubinstein - Unidad de Medicina Familiar y Preventiva - Hospital Italiano

Evaluación del riesgo cardiovascular global

La prevención de las enfermedades cardiovasculares, básicamente de la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica, representa en la actualidad, una de las tareas más habituales en la consulta médica ambulatoria de los médicos de atención primaria, ya sean clínicos, médicos de familia/generalistas, geriatras (e incluso pediatras), así como de muchos especialistas. Sin embargo, pese a que cada vez conocemos más datos acerca de la epidemiología y las estrategias preventivas y terapéuticas de las diferentes entidades que determinan que un paciente tenga elevado riesgo cardiovascular, el manejo individualizado de estos pacientes sigue planteando un desafío clínico cotidiano.

Las principales dificultades que identificamos en nuestra práctica son las siguientes: a) Valorar el riesgo individual y establecer metas terapéuticas en relación con dicho riesgo; b) Implementar estrategias terapéuticas exitosas ante condiciones que requieren, básicamente, cambios en el estilo de vida (realizar actividad física, dejar de fumar, comer con poca sal, grasa, etc.); y c) Trabajar con estos pacientes, sabiendo que nos movemos en el borde entre la salud y la enfermedad ya que, por un lado, no queremos enfermar a individuos que se consideran sanos, pero, por el otro, tampoco queremos dejar pasar oportunidades para la prevención.

Si bien los dos últimos ítems son los más complejos y son aquellos que más discutimos cotidianamente con nuestros colegas, en este trabajo nos dedicaremos solamente al primer punto. Para ello, nos basaremos en la valoración del riesgo global, que no es otra cosa que evaluar no sólo los factores de riesgo tradi-

cionales en su carácter individual para tomar conductas preventivas y terapéuticas sino pasar a una concepción global, en la que "un poquito de cada cosa" puede determinar un mayor o un mismo riesgo que "mucho de una cosa" (ver ejemplo al final del texto).

Últimamente se han publicado numerosas ecuaciones (scores) para valorar el riesgo global de un individuo. Por el momento, nosotros decidimos utilizar la **ecuación de Framingham** que sirve para evaluar el riesgo de sufrir un evento coronario "duro" como infarto o muerte de causa coronaria. Para ello, necesitamos conocer la **edad y el sexo** del paciente, el valor de su **HDL en mg%** (high density lipoprotein o lipoproteína de alta densidad) y los valores de su **tensión arterial sistólica en mmHg (TAS)** con o sin medicación antihipertensiva, de **colesterol total en mg% (CT)** y si **fuma** (estos tres últimos parámetros deben correlacionarse con la edad en la ecuación). La forma de utilizar la ecuación es la siguiente: se cuentan los "puntos" que suma el paciente según sus factores de riesgo y su sexo (H para hombres y M para mujeres) y se suman, estableciendo un **puntaje total (PT)**. Para cada PT se ha calculado un determinado **riesgo de padecer un evento coronario en los diez años siguientes (RADA)** en los hombres y en las mujeres. Las principales ventajas de esta ecuación son las siguientes: no requiere el uso de internet, calculadoras, computadoras, palm, etc. y es relativamente sencilla para utilizar en el consultorio mientras que las desventajas son que la población de Framingham puede no correlacionarse con la nuestra y que la ecuación no tiene en cuenta la obesidad, el sedentarismo, los triglicéridos ni la hipertrofia del ventrículo izquierdo como factores de riesgo coronarios y no establece categorías de cantidad de cigarrillos fumados.

Ecuación de Framingham

Colesterol	Edad 20-39		Edad 40-49		Edad 50-59		Edad 60-69		Edad 70-79	
	PH	PM	PH	PM	PH	PM	PH	PM	PH	PM
<160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
160-199	4	4	3	3	2	2	1	1	0	1
200-239	7	8	5	6	3	4	1	2	0	1
240-279	9	11	6	8	4	5	2	3	1	2
> o = 280	11	13	8	10	5	7	3	4	1	2
Fumador	8	9	5	7	3	4	1	2	1	1
No Fumador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TAS (mmHg)	No Tratada		Tratada	
	PH	PM	PH	PM
<120	0	0	0	0
120-129	0	1	1	3
130-139	1	2	2	4
140-159	1	2	3	5
> o = 160	2	3	4	6

Edad	PH	PM
20-34	-9	-7
35-39	-4	-3
40-44	0	0
45-49	3	3
50-54	6	6
55-59	8	8
60-64	10	10
65-69	11	12
70-74	12	14
75-79	13	16

HDL	Puntos (P)
>60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

PT	RADA %	
	H	M
<0	<1	<1
0	1	<1
1	1	<1
2	1	<1
3	1	<1
4	1	<1
5	2	<1
6	2	<1
7	3	<1
8	4	<1
9	5	1
10	6	1
11	8	1
12	10	1
13	12	2
14	16	2
15	20	5
16	25	4
17	30	5
18	30	6
19	30	8
20	30	11
21	30	14
22	30	17
23	30	22
24	30	27
25	30	30

PT = puntos totales; RADA = riesgo a 10 años de sufrir un evento coronario; PH = puntos en hombres; PM = puntos en mujeres; TAS = tensión arterial sistólica

La ecuación de Framingham (así como otros scores) sirve para **estratificar el riesgo** del paciente en **bajo (RADA <10%)**, **moderado (RADA entre el 10 y el 20%)** y **alto (RADA >20%)**. Es muy importante destacar que la diabetes no forma parte de esta ecuación ya que en la actualidad se considera que todos los **diabéticos** son pacientes de **alto riesgo**. Asimismo,

se consideran de **alto riesgo** a los pacientes con **enfermedad arterial ya establecida** de cualquier localización (coronaria, cerebrovascular, arterial periférica, aneurisma de aorta abdominal) y a los **hipertensos con daño de órgano blanco**. En base al RADA (riesgo global) establecemos, entonces, nuestras metas e intervenciones.

RADA	Metas	Intervenciones
< 10%	TA 140/90 o menos LDL 160 mg%	Medidas no farmacológicas para controlar la TA durante 6 a 12 meses y, a partir de allí, tratamiento farmacológico. Estatinas cuando la LDL es >190 mg% ¹
10 a 20%	TA 140/90 o menos LDL 130 mg%	Medidas no farmacológicas para controlar la TA durante 3 a 6 meses y, a partir de allí, tratamiento farmacológico. Estatinas cuando la LDL es >130 mg% ¹ Aspirina en dosis bajas (al menos 75 mg por día).
> al 20%	TA 140/90 o menos ² (130/80 en diabéticos) LDL < 100 mg%	Tratamiento farmacológico agresivo de la TA. Estatinas con LDL >130 mg% ¹ Aspirina en dosis bajas (al menos 75 mg por día). Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ³ en pacientes vasculares y diabéticos (incluso normotensos).

Obviamente, dentro de las metas está dejar de fumar si el paciente fuma y que realice actividad física regular y cumpla un plan alimentario adecuado; sin embargo, aquí hemos priorizado las metas farmacológicas para unificar criterios clínicos.

La ecuación de Framingham utiliza el CT y la HDL y en la tabla de arriba, cuando nos planteamos metas e intervenciones utilizamos el valor de LDL (low density lipoprotein o lipoproteína de baja densidad). El cálculo de la LDL se realiza según la siguiente fórmula: $LDL = CT - (TG/5 + HDL)$, siempre que los TG (triglicéridos) estén por debajo de 400 mg%.

¹Como puede observarse, siempre hay una brecha entre la meta de LDL y el valor a partir del cual se recomienda indicar estatinas. La decisión de qué hacer con aquellos individuos cuya LDL está en esa brecha debe basarse en el juicio clínico y siempre deben indicarse medidas no farmacológicas (dieta y actividad física). En cuanto a la droga hipolipemiente en sí, si bien la mayoría de los estudios de disminución del riesgo están hechos con estatinas, consideramos que también pueden utilizarse otros hipolipemiantes en la medida que se cumplan los objetivos. Quizá la mayor duda esté en que hoy en día las estatinas parecerían tener, además de una clara acción hipolipemiente, un efecto "cardioprotector" (así como la aspirina, los IECA y los beta bloqueantes en los pacientes coronarios).

²Algunos expertos consideran control estricto de la TA (menor a 130/80) en toda esta categoría. Para pacientes con nefropatía por hipertensión arterial las metas de TA sugeridas son de 125/75.

³La dosis recomendada según los ensayos clínicos publicados es de 20 mg de enalapril o 10 mg de ramipril (aunque no queda claro si se podría usar una dosis más baja y lograr el mismo efecto protector).

El abordaje del paciente según su riesgo cardiovascular global relativiza el concepto clásico de prevención primaria y secundaria. Así, un paciente sin manifestaciones clínicas de enfermedad coronaria pero con alto riesgo cardiovascular debe recibir las

mismas recomendaciones (metas) que un paciente coronario. Sería un caso de prevención primaria en la denominación clásica pero cuyo abordaje es idéntico al de la prevención secundaria. En rigor de verdad, no parece muy lógico considerar "sano" a un varón de 60 años fumador, hipertenso y tabaquista y abordarlo desde la perspectiva de la prevención primaria por la mañana y considerarlo "enfermo" esa misma tarde si sufre un infarto agudo de miocardio. Por otra parte, tampoco parece lógico considerar enfermo a un individuo que tiene, como único FRC una elevación moderada del CT. En ese sentido, hoy en día ya no podemos decir que un determinado valor de TA, de CT o de TG es "normal" y lo único válido, entonces, es "depende". ¿De qué depende?: del riesgo global de ese individuo de padecer un evento vascular.

Más arriba decíamos que el concepto de riesgo global nos cambia el paradigma clínico en el consultorio ya que vemos que un paciente con "un poquito de cada cosa" puede tener un mayor o un mismo riesgo que otro con "mucho de una cosa". Por ejemplo, si utilizamos la ecuación de Framingham podemos ver que una mujer de 60 años (10 puntos), que fuma 5 cigarrillos por día (2 puntos), tiene colesterol total de 260 mg% (3 puntos), HDL colesterol de 30 mg% (2 puntos) y una tensión arterial sistólica (TAS) de 150 mmHg con tratamiento antihipertensivo (5 puntos) tiene un riesgo de sufrir un evento coronario en los diez años subsiguientes moderado (puntos totales = 22, lo que da un riesgo del 17%) mientras que un hombre de 45 años (3 puntos) con valores de TAS de 200 mmHg no tratada (2 puntos), pero que no fuma (0 puntos), tiene colesterol total de 180 mg% (3 puntos) y HDL de 50 mg% (0 puntos) tiene un riesgo de sufrir un evento coronario en los diez años subsiguientes bajo (puntos totales = 7, lo que da un riesgo de solo un 3%); sin embargo, es más probable que identifiquemos más (y por ende actuemos más) sobre el hombre hipertenso que sobre la mujer, que tiene un poquito de todo pero nada nos asusta demasiado.

El concepto de riesgo global es muy útil para trabajar con el paciente en el consultorio ya que permite visualizar la posición del individuo con respecto al resto de la población y sus "puntos" pueden ser una herramienta muy útil en la "negociación" para que el paciente comprenda con claridad los beneficios de

las intervenciones que se le proponen.

Por último, quisiéramos remarcar que la valoración del riesgo global y las recomendaciones terapéuticas están en constante cambio a la luz de la publicación de nuevos estudios y la aparición de nuevos FRC como la homocisteína y la proteína C reactiva, etc. Una asignatura pendiente para los médicos que ejercemos en la Argentina es la validación de las ecuaciones realizadas en los países desarrollados a fin de determinar su aplicabilidad en el ámbito local. Por el momento, nosotros decidimos utilizar la ecuación de Framingham, pese a que sabemos que es imperfecta para nuestra práctica. Como curiosidad, vale la pena comentar que si se utilizara otra ecuación para valorar el riesgo, como por ejemplo la proveniente del estudio PROCAM (que incluye historia familiar de cardiopatía isquémica, valor de LDL y triglicéridos) y la comparamos con la ecuación de Framingham podríamos ver que ésta (Framingham) sobrestima sistemáticamente el riesgo de padecer un evento coronario. Estos detalles no son banales si consideramos que cada vez que categorizamos a un paciente como de "alto riesgo" se desencadenan una serie de acciones que implican cambios en el estilo de vida y que los pacientes pasan a sentirse "enfermos" gracias a los consejos médicos y a la indicación de múltiples drogas, muchas de ellas de alto costo que, si bien son relativamente seguras, no están exentas de efectos colaterales.

En resumen:

Para ofrecerle al paciente todas las herramientas preventivas de las cuales disponemos en la actualidad debemos realizar una aproximación global al riesgo cardiovascular. Para ello hay que:

1. Valorar el riesgo de que el paciente sufra un evento coronario en los próximos 10 años (RADA) mediante alguna ecuación (nosotros utilizamos, por el momento, la ecuación de Framingham).
2. Valorar si el paciente tiene diabetes, daño de órgano blanco en el caso de ser hipertenso o enfermedad arterial establecida, en cuyo caso ya se ubica en un riesgo elevado (> 20%).
3. Estimar el riesgo de eventos a 10 años (RADA) y categorizarlo en niveles de riesgo elevado (> 20%), medio (entre 10% y 20%) o bajo (<10%).
4. Proponerle al paciente primero las intervenciones no farmacológicas (dejar de fumar, realizar actividad física y cumplir un plan alimentario) y farmacológicas que modifiquen sustancialmente el riesgo, teniendo en cuenta siempre el riesgo global y, pensando que en los pacientes de bajo riesgo el problema del médico es enfermar de más a pacientes relativamente sanos y que en los pacientes de alto riesgo el problema del médico es soslayar la enfermedad (el elevado riesgo) en pacientes que aparentan ser sanos pero en quienes el riesgo es tan alto que ya podríamos decir que están enfermos.

Bibliografía

- Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-2497.
- Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, et al. Prediction of coronary heart disease using risk factors categories. *Circulation* 1998; 97:1827-47.
- Fletcher G, Balady, Vogel R, et al. 33rd Bethesda Conference: Preventive Cardiology: How can we do better?. *JACC* 2002; 40: 579-651.

Diagnóstico Integral de la Red de Atención Primaria de la Salud alcanzada por el Programa REMEDIAR

Dentro de la denominación CAPS (Centros de Atención Primaria) adoptada por Remediar, se incluyen establecimientos asistenciales con muy diferentes características. Esta diversidad se refleja, por ejemplo, en la utilización de medicamentos provistos por el programa que, como ha sido tratado en este boletín, presenta altos niveles de heterogeneidad.

Con el objetivo de mejorar nuestro conocimiento sobre la oferta pública de establecimientos asistenciales del primer nivel de atención, **Remediar** ha diseñado un relevamiento o catastro que se llevará a cabo en el último cuatrimestre del 2004. Durante este lapso, todos los CAPS serán visitados por un encuestador autorizado a fin de entrevistarse con el máximo responsable del CAPS (Director, Jefe, Director Médico).

El catastro de CAPS indagará sobre un conjunto amplio de aspectos tales como:

Organización de la atención: Definición del área programática; existencia de atención programada; visitas domiciliarias o rondas sanitarias; existencia de protocolos de atención; existencia de registro de información.

Interrelación con otros niveles de atención: Existencia de instancia de derivación para consulta especializada, diagnóstico, internación; disponibilidad de transporte.

Disponibilidad horaria de atención: Disponibilidad horaria

de la atención según grandes especialidades, disponibilidad de guardia; etc.

Recursos humanos: Cantidad de personal según especialidad y dedicación horaria en grandes franjas horarias.

Equipamiento básico y recursos de diagnóstico: equipamiento básico; laboratorio; equipo para extracción de muestras; rayos; etc.

Insumos básicos incluso fuentes alternativas de medicamentos.

Recursos Físicos: consultorios externos; baño; sala de espera; infraestructura de servicios; conservación edilicia.

Alteraciones a partir del programa REMEDIAR: alteración en cantidad? de recursos humanos, equipamiento y/o insumos; incremento en la dedicación horaria del personal, disponibilidad horaria de atención; cambios en características de los pacientes.

Esta información será de gran utilidad. Por un lado, permitirá mejorar la adecuación de la oferta de medicamentos del programa hacia los CAPS. Adicionalmente, posibilitará aumentar la capacidad de incentivar mejoras en el primer nivel de atención que posee el programa, además de la provisión de medicamentos.

Para que esto sea posible, por supuesto, vuestra colaboración es indispensable.

Acerca de la Participación

Dr. Carlos Pacheco - PROAPS - REMEDIAR

La estrategia de APS está asociada al cumplimiento de principios que la hacen posible, como accesibilidad, integralidad, intersectorialidad, participación, etc. Sin embargo los principios que la constituyen suelen no cumplirse. La participación comunitaria en salud es la estrella del no cumplimiento o cumplimiento falaz.

El por que del no cumplimiento de la misma, ha sido motivo de congresos, encuentros, seminarios y otros, que llegaron a conclusiones varias a las que asocian con el evidente fracaso relacionado con la meta final a cumplir.

No sólo en el sector salud, si no en la sociedad en su conjunto, se conceptualiza la participación comunitaria como un conjunto de actividades vicariantes de bajo porte, realizadas por personas de la comunidad. Vecinos que distribuyen alimentos u otros beneficios, otros que pintan arreglan o mantienen la planta física de algún efector, y así sucesivamente. A ello se le llama participar.

El cómo participa en la planificación local, en el diseño de estrategias, en la evaluación o en el control social de la gestión, son actividades impensadas.

Con la aparición como respuesta coyuntural a la crisis político económica nacional, de planes y programas que hacen a los subsidios a la desocupación, es frecuente escuchar que en este o en aquel otro lado, los beneficiarios de tales subsidios cumplen funciones participativas.

Para nosotros Participar, es una condición asociada en primer término a la decisión individual. TOMAR PARTE.

En segundo término a las facilidades que dé la institución para que quien tome parte de la Participación, pueda FORMAR PARTE de la misma.

Y en tercer término, aquel que forma parte de la institución,

pase a SER PARTE de la misma.

Para cumplir con las premisas antes descriptas, se deberá partir desde personas o instituciones, munidas de conciencia crítica.

Es por ello, que nuestra propuesta como programa para facilitar la conformación de los Consejos Locales de los CAPS, se focaliza en la capacitación mediante técnicas de Educación Popular destinada a los equipos de salud de los CAPS interesados en esta temática.

La finalidad, es intentar promover la conciencia crítica de los sujetos propuestos para tal modalidad participativa, con la finalidad de que tal participación sea genuinamente protagonista y fundamentada centrada en la autogestión.

Como muestra de las potencialidades de la concientización crítica de la comunidad se ponen a disposición de los lectores del Boletín, las siguientes definiciones del concepto SALUD. En el marco de un proyecto de asistencia técnica llevado a cabo, con un grupo de manzaneras, comadres y vecinas del Barrio Carlos Gardel de Morón, Pcia de Buenos Aires, mediante una experiencia de Reflexión Crítica, un grupo de mujeres vecinas del citado barrio, llegaron a la siguiente definición.

“Estar sano, es crecer en un ambiente afectivo, con amor y respeto por el grupo familiar y social.

Es tener la mente sana para tener ideas claras.

Es ser solidario.

Es poder practicar deportes, es dialogar, cuidar el medio ambiente, logrando una armonía entre nosotros y él, es poder trabajar, tener asegurado un descanso adecuado, es estar acompañado e informado.

Es poder estudiar, para dar.

Es proteger la salud, cuando la tenemos, realizando cuidados y controles periódicos.

Es no permitir ningún tipo de maltrato.

Es ser, para tener, y tener para dar.”

Reglamento de Publicaciones

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, BOLETÍN PROAPS-REMEDIAR publica trabajos de salud pública destinados especialmente a quienes se dedican a la atención primaria de la salud (APS). Son de especial interés aquellos temas relacionados con la atención primaria, ya sea atención médica o APS: uso racional de medicamentos en el primer nivel de atención, experiencias en APS, modelos de atención para los diversos problemas de salud, epidemiología, gestión, políticas de salud. Los artículos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes. Los trabajos deben presentarse acompañados de una carta firmada por todos los autores y en la que se aclare cuál de ellos se encargará de mantener comunicación con el Boletín. Los autores deberán ceder al Boletín los derechos de publicación.

I. Trabajos originales: los componente deberán mantener el siguiente orden: **1) Portada:** incluirá el título del trabajo, nombre(s) y apellido(s) del autor(es) en orden correlativo y con un asterisco que permita individualizar al pie la Institución donde se ha efectuado el trabajo, la dirección y teléfono del autor principal o de aquél a quien deberá dirigirse la correspondencia. **2) Resúmenes:** acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 200 palabras. Se ordenarán con sus correspondientes subtítulos de la siguiente forma: a) Introducción con su/sus objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados; d) Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar las **palabras clave**, 5 como máximo. **3) Desarrollo del informe:** no deberá exceder de 8 hojas, numeradas, escritas con procesador de texto a doble espacio y respetando el siguiente formato: a) Introducción: en ésta no deberá faltar el problema de la investigación: (¿Por qué se realizó el trabajo?), con su marco teórico, debidamente avalado por la bibliografía. Al finalizar este apartado deberán darse a conocer los objetivos de la investigación: (qué se iba a hacer, con quiénes y para qué. b) Población: Criterios de Inclusión, Exclusión y eliminación empleados. Lugar y fecha de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, consignar la técnica. Reparos éticos. c) Material y Métodos: variables estudiadas, técnicas empleadas para medirlas. Materiales empleados. Análisis estadístico. Valor de la prueba de significación. Nombre del programa estadístico. d) Resultados: conjunto de datos conexos con los objetivos y fundamentados por el análisis estadístico. Medida de dispersión, Media y DS, mediana, rango y modo. Porcentaje e IC, etc. Tablas y gráficos: No deberá ser la repetición de lo redactado en el texto. e) Conclusiones: afirmaciones breves y precisas, responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos. f) Discusión y Comentarios: especulaciones y nuevas hipótesis, surgidas de la investigación. Podrá incluir recomendaciones. g) Bibliografía: se citará consecutivamente al orden de aparición en el texto siguiendo el estilo propuesto por el CIERM en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (N Eng J Med 1991; 324: 424-8). (JAMA 1993, May 5; 269: 2282-86). h) Abreviaturas o siglas: se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada. **II. Trabajos de Actualización:** con apartados de Introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. El texto tendrá una extensión máxima de 8 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema. **III. Comunicaciones breves:** tendrán una extensión máxima de 1 hoja de texto. La bibliografía no tendrá un número mayor de 10 citas. El texto debe prepararse con una breve introducción, presentación de lo observado y discusión o comentario. **IV. Cartas al editor:** estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor de 1 hoja. Es necesario que tengan un título. Pueden incluirse hasta un máximo de 5 citas bibliográficas. El Comité Editorial someterá los trabajos enviados al Boletín a un arbitraje externo que los aprobará, sugerirá modificaciones o rechazará. El Comité Editorial se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. El Boletín no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado. Los trabajos, comentarios y cartas deben dirigirse al Comité de Redacción del Boletín: Av. 9 de Julio 1925 P:8- Casillero 54, (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina o a boletinremediar@proaps.gov.ar.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL PROGRAMA REMEDIAR

Experiencias en APS

Bases del Concurso

1. Podrán participar de este Certamen todos los equipos de salud y/o integrantes de los mismos que trabajen en centros de atención primaria de la salud que sean efectores del Programa Remediar .

2. Por cada CAPS efector se podrá presentar un máximo de dos (2) trabajos distintos.

3. Los integrantes de un equipo de salud que trabajan en más de un centro de atención primaria podrán participar en dos (2) trabajos distintos como máximo.

4. Se recibirán trabajos desde el 1 de septiembre hasta el día 15 de octubre de 2004, fecha de cierre improrrogable. Se tomará como válida la fecha del sello postal.

5. Los trabajos se deben dirigir a CONCURSO NACIONAL "LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL PROGRAMA REMEDIAR", Silvia Pachano - PROAPS - REMEDIAR
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54
(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina.
Se puede utilizar el sobre preimpreso enviándolo a través del operador logístico o por correo postal.

6. Los trabajos deberán ser presentados de la siguiente manera:

6.1 - Redacción libre (sin pautas)

6.2 - Papel A4 color blanco.

6.3 - No superior a 4 (cuatro) carillas, ni inferior a 2 (dos) carillas

6.4 - Fuente Times New Roman, 12

6.5 - Párrafo espaciado sencillo.

6.6 - Se presentará un original y una copia en un sobre cerrado identificado a través de un seudónimo.

6.7 -En otro sobre cerrado, adjunto a la presentación anterior, deberá figurar el seudónimo, el nombre y número de identificación del CAPS, Provincia, Localidad y el título del trabajo y el nombre y DNI de sus autores.

6.8 - Los autores deberán designar un representante con nombre y apellido y DNI autorizándolo a recibir el premio en representación del grupo.

7. Los trabajos versarán sobre los siguientes ejes y deberán presentar experiencias correspondientes al año 2002 en adelante:

- Acciones de prevención y promoción.
- Abordajes epidemiológicos en Atención Primaria.
- Participación comunitaria.

- Registros en APS.
- Experiencias con REMEDIAR.
- Articulación entre el primer y segundo nivel de atención.
- Relación con el medio ambiente.
- Estrategias de captación de población bajo riesgo.

8. Los trabajos serán evaluados por un jurado de excelencia conformado por la Comisión Asesora Intersectorial, cuyos miembros permanentes son Cáritas, Cruz Roja, UNICEF, C.O.M.R.A., Red de Profesionales de la Salud de la Confederación Episcopal Argentina, O.P.S., y el Coordinador del Programa REMEDIAR el que deberá expedirse antes del 25 de noviembre.

9. Ninguno de los premios podrá ser declarado desierto a nivel nacional pero sí a nivel provincial y en este caso se reasignará el cupo de becas entre el resto de las provincias.

10. Se otorgarán 200 premios de \$1000 cada uno, entre todos los CAPS REMEDIAR concursantes.

11. Se seleccionarán los mejores trabajos por cada jurisdicción, sumando un total de 24, los que recibirán una mención de honor.

12. Los ganadores serán informados por medio de la página web y del Boletín del Programa REMEDIAR.

13. Los representantes de los trabajos distinguidos con "Mención de Honor" se comprometen a asistir al acto público de reconocimiento con autoridades nacionales, provinciales y del BID, a realizarse antes del 15 de diciembre del corriente año. Los pasajes y viáticos que devenguen de estos traslados estarán a cargo de REMEDIAR. (Ver ítem 5.6)

14. Los representantes de los trabajos premiados se comprometen a presentarlos en los actos que oportunamente se convoquen para su divulgación.

15. El Ministerio de Salud/ Remediar se reserva la facultad de publicar los trabajos premiados, en la página web y en el Boletín del programa REMEDIAR.

16. Los trabajos no premiados serán conservados por un plazo de tres (3) meses.

17. La participación en este Certamen supone la aceptación de las Bases establecidas siendo inapelable el fallo del Jurado.

Buenos Aires, agosto de 2004

Algo para recordar

DÍA DE LA MEDICINA SOCIAL

Una fecha solidaria se instauró en la memoria de los argentinos

A través del Decreto 614, el Poder Ejecutivo reglamentó en mayo último la ley 25.598 del Congreso de la Nación, instituyendo el 12 de julio como Día Nacional de la Medicina Social, en conmemoración al natalicio del Dr. René Favaloro.

En esa fecha, en el Salón Blanco de la Casa de Gobierno, el Sr. Presidente de la Nación, Dr. Néstor Kirchner, presidió el acto en homenaje al renombrado cardiocirujano. Con sus palabras el primer mandatario resaltó la prestigiosa tarea del médico.

Dicho acto contó además con la presencia del Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García; de la Ministro de Desarrollo Social, Dra. Alicia Kirchner y del Ministro de Educación de la Nación, Lic. Daniel Filmus, entre otros miembros del gabinete nacional.

En esta oportunidad, el titular de la cartera sanitaria manifestó su reconocimiento a la labor del ilustre galeno, a quien describió como " un claro ejemplo de los grandes paradigmas de nuestro pasado que debemos imitar para poder construir nuestro futuro".

Asimismo recordó las palabras de Ramón Carrillo cuando decía

que " la medicina no era medicina si no era social, y que no había medicina social si ésta no era política de Estado".

Reconocimiento a médicos rurales por su compromiso

Recordando que el Dr. René Favaloro se iniciara como médico rural en Jacinto Arauz, provincia de La Pampa, y reconociendo que los médicos rurales son quienes representan el mayor compromiso con la comunidad y con la estrategia de Atención Primaria de la Salud se propuso el otorgamiento de menciones especiales a doce médicos rurales, cuya selección fue efectuada en el marco de la Comisión Asesora Intersectorial (C.A.I.) .

En el mencionados acto, el Sr. Ministro de Salud de la Nación entregó doce plaquetas a los siguientes profesionales de la salud:

Mario Del Carpio (Río Negro); Tomás Torres Aliaga (Salta); Gabriela Ojeda(Santa Fe); Miguel Cayguara (Jujuy); José Mahmoud (Tucumán) Rodolfo Nicolás Sotelo, (Chaco); Irma Lottero (Formosa); Omar Alberto Arce (Catamarca); Omar Bartolomé Pérez (La Rioja); Néstor Fabián Tappari (Misiones); Reynaldo Bimbi, (Santa Cruz) y Ricardo Sayar (Buenos Aires).

