



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
66-COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.2
HERMOSILLO, SONORA
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS

**APEGO A LA GUIA CLINICA JNC-7 PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSION
ARTERIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGSZ N.2**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS

PRESENTA:

ALUMNO: DR CÉSAR DOMÍNGUEZ SANTANA¹

ASESOR: DR HECTOR SAMANO HERAS²



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
66-COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.2
HERMOSILLO, SONORA

**APEGO A LA GUIA CLINICA JNC-7 PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSION
ARTERIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HGSZ N.2**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS

PRESENTA

DR CÉSAR DOMÍNGUEZ SANTANA¹

DR HECTOR SAMANO HERAS²

¹Alumno del curso de especialización en medicina de urgencias HGZ N.2

Matricula 99272067, tel 6421189587, dr.cesar.d.s@hotmail.com

² Profesor del curso de especialización de medicina de urgencias, medico urgenciólogo, matrícula 99272833, HGZ No 2, TEL6622336289, samano3@hotmail.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Atención, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 2609
H. CENTRO MEDICAL W. HERRERA LUIS, S.O.S. S.A.

PHM 29/02/2012

DR. CESAR DOMINGUEZ SANTANA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

APEGO A LA GUÍA CLÍNICA INC-7 PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS ADULTOS DEL NGSZ N.2

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2012-2609-15

ATENTAMENTE

DR.(A). OLIVIA ELSA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm. 2609

Director

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dr. José Alfonso Cadena Robles
Auxiliar Médico de Educación Médica en Salud.

Dra. Cruz Mónica López Morales
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.

Dra. Angélica Arai Sánchez Mercado
Coordinador Clínico de Educación en Salud HGZ#2

Dr. Héctor Samano Heras
Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina de Urgencias
HGZ#2

Dr. Héctor Samano Heras
Asesor de Tesis.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A DIOS:

Por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, coraje, y no dejarme solo en los momentos difíciles, y haberme permitido llegar a la meta en este gran proyecto.

A MIS PADRES:

Con profundo agradecimiento, por ayudarme a la construcción de mí proyecto de vida y hacer que verdaderamente crea en mí. Gracias papi y gracias mami por todo su amor, por su comprensión y a dios gracias por ser mis padres, ustedes son quien hicieron que todo esto fuera posible, a ustedes les debo gran parte de lo que soy.

A MI ESPOSA:

A ti amor Yazmin por estar siempre con migo recibir tu apoyo, tu amor, tu ayuda en la elaboración de este proyecto de vida, por tu comprensión y el mantenerme con ánimo y fuerza durante los días de flaqueza y gracias por tus desvelos te amo.

A MIS HIJOS CESAR Y DANNA:

Gracias a ustedes mis niños por darme fuerza y el ponerme ejemplos de fortaleza, son mi vida y este esfuerzo es con dedicación especial para ustedes al no poder estar siempre con ustedes durante este tiempo a mis hijos los amo César y Danna.

A MIS AMIGOS Y PERFESORES:

A todos mis profesores no solo de la carrera si no de toda la vida, pero con gran agradecimiento a los médicos que tuvieron la paciencia y la dedicación en enseñarme este arte de la medicina. A mis amigos Gelasio, Rubén, Lupita y a mis demás compañeros de especialidad.

RESUMEN

TITULO. Apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS: Es importante conocer el apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos; ya que la hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública mundial que es una causa de riesgo cardiovascular y como primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto, y su impacto económico-social es devastador para cualquier sistema de salud en el mundo. Los ingresos frecuentes al servicio de urgencias, una estancia hospitalaria prolongada y sus complicaciones a las que conlleva repercuten negativamente en su calidad de vida representando un elevado costo tanto familiar y al propio sistema de salud. El JNC-7, recomienda, para la mayoría de los pacientes, el uso de diuréticos tiazídicos solos o en combinación con otras clases de antihipertensivos (IECA, ARA-II, betabloqueadores o calcioantagonistas) que han mostrado ser benéficos en estudios controlados aleatorizados. El conocimiento de las guías JNC-7 podría implicar cambios en las conductas respecto al tratamiento de los pacientes ya diagnosticados como hipertensos. En el HGZ#2 ocupa los primeros lugares de ingreso al servicio de urgencias ya sea como motivo principal o como motivo desencadenante de otra patología descontrol hipertensivo . Motivo por el cual se plantea dar respuesta a la interrogante de investigación: ¿Cuál es el apego a la Guía Clínica JNC-7 para el abordaje del descontrol hipertensivo en el servicio de urgencias del HGZ No 2 Hermosillo Sonora?

OBJETIVO: Determinar el apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos en HGZ #2.

MATERIAL Y METODOS: Se realizo un estudio prospectivo descriptivo. En el cual se explorará mediante un instrumento tipo cuestionario sobre el apego que tienen los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados que se encuentren laborando en servicio de urgencias del HGZ#2 sobre las guías JNC-7 para el abordaje de pacientes con descontrol hipertensivo respondiendo falso, verdadero o no sé siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Para ello se aplicara el instrumento a grupos naturales de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, a 6 del primer año, 13 de segundo y 6 de tercer grado del servicio de urgencias del HGZ# 2 del IMSS de Hermosillo Sonora, que acepten participar mediante consentimiento informado. La herramienta estadica sera el programa Excel 2007, previa captura en base de datos. Analizaremos la informacion en medias, desviaciones estandar y cuadros de frecuencia, grupos y presentaremos en graficas.

PALABRAS CLAVE: Nivel de apego, JNC-7

INDICE

I.RESUMEN

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

III.JUSTIFICACION

IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V.OBJETIVOS

VI.HIPOTESIS

VII.MATERIAL Y METODOS

- DESCRIPCION DEL ESTUDIO
- TIPO DE ESTUDIO
- POBLACION DE ESTUDIO
- CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE LLEVARA A CABO EL ESTUDIO
- VARIABLES
- UNIVERSO
- TAMAÑO DE LA MUESTRA
- TIPO DE MUESTREO
- CRITERIOS DE SELECCION
- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VIII.ASPECTOS ETICOS

IX.RECURSOS

X.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

XI.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

XII.ANEXOS.

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública mundial que es una causa de riesgo cardiovascular y como primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto, y su impacto económico-social es devastador para cualquier sistema de salud en el mundo ⁽¹⁾. A pesar de la evidencia abrumadora de que la hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular importante y que las estrategias de reducción de la presión arterial reducen sustancialmente el riesgo ⁽²⁾. La HTA es la enfermedad crónica más prevalente del adulto. Esto explica que la hipertensión arterial continúa siendo una de las primeras causas de muerte y morbilidad cardiovascular en todo el mundo y en los países industrializados ⁽²⁾.

HTA se define como presión arterial elevada, persistente, arriba de 140/90 mmHg, por lo menos en dos tomas subsecuentes ⁽¹⁻³⁻⁴⁾. HTA estadio 1 se cataloga cuando la presión sistólica está 140-159 mmHg y/o la presión diastólica está entre 90-99 mmHg. HTA estadio 2 a esta pertenecen aquellos enfermos cuya presión sistólica es mayor de 160 mmHg y/o la diastólica mayor de 100 mmHg ⁽¹⁾.

Crisis hipertensiva (CH) aquellos pacientes que presentan cifras tensionales arteriales seriamente elevadas en los que no se demuestre un daño progresivo a órgano blanco. Generalmente presentan sintomatología característica como tinitus, epistaxis, cefalea o incluso disnea leve, síntomas que generalmente ceden con el descenso de la tensión arterial. No hay un consenso universalmente aceptado, sin embargo se considera una TA mayor 160/110 mmHg ó mayor de 130 TAM ^(3,4).

Emergencia hipertensiva es una grave elevación de la tensión arterial que se acompaña de una progresiva disfunción de un órgano blanco, y suele acompañarse con cifras tensionales mayores de 180/120 mmHg ^(1,3,4,5). Se reporta en diferentes centros hospitalarios una incidencia de daño a órgano blanco más frecuente está dado por evento vascular cerebral 24%, edema agudo pulmonar 22%, encefalopatía hipertensiva 16%, insuficiencia cardiaca aguda 14%, síndrome coronario agudo 12%, otros 10% ⁽³⁾.

Algunos pacientes con algún grado equivalente de hipertensión, permanecen relativamente asintomáticos, otros solo con cefalea, y no tienen signos agudos de daño en órgano blanco. Las urgencias y emergencias hipertensivas se observan frecuentemente en pacientes sin apego a su régimen antihipertensivo o aquellos sin apego a dieta baja en sodio ⁽⁶⁾.

El programa nacional de educación para la hipertensión arterial presenta el séptimo informe completo del comité nacional (JNC-7) conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Esta propuesta se realiza para proporcionar una aproximación basada en la evidencia para la prevención y manejo de la hipertensión. En pacientes hipertensos no complicados debería utilizarse diuréticos tiazídicos como tratamiento en la mayoría, bien solos o combinados con otras clases de fármacos; este informe proporciona condiciones específicas de alto riesgo en las que es conveniente utilizar otras clases de fármacos antihipertensivos. A pesar de la terapia la hipertensión solo se controlará si los pacientes están motivados para permanecer en su plan de tratamiento ⁽⁴⁾.

Un estudio en México en el año 2000 reporta una prevalencia de 30.05% de la población entre 20 y 69 años de edad que es portadora de HTA, es decir más de 15 millones de mexicanos; de los cuales el 65% desconoce ser portador de HTA, y de los que saben de su enfermedad sólo el 50% está bajo tratamiento farmacológico, y de éstos sólo el 14.6% cumple criterios de control adecuado ^(1,3).

En México el 75% de los hipertensos tienen menos de 54 años de edad ⁽¹⁾. En los estados del norte del país la prevalencia es aún mayor reportándose el 61% de las personas detectadas con HTA ; en general el paciente acude años posterior al diagnóstico ó de ser portador cuando ya hay algún daño a órgano blanco ⁽¹⁾. Si se pudiera prevenir ó disminuir el aumento de la presión arterial con la edad, gran parte de los pacientes hipertensos, enfermedades renales, cardiovasculares e ictus podrían evitarse.

Se han identificado factores causales que incluyen sobrepeso, obesidad, sedentarismo, inadecuado consumo de frutas vegetales y potasio, y exceso en consumo de alcohol ⁽⁴⁾.

En 1958, el Estudio de los Siete Países examinó 16 comunidades en diferentes partes del mundo con un seguimiento de 25 años, en el que se evaluó el impacto de la hipertensión arterial, así como su riesgo y letalidad a través del desarrollo de accidente cardiovascular y enfermedad coronaria ⁽⁷⁾

En Europa el estudio MONICA, mostró una prevalencia mayor en Europa del Este que en el resto del continente ⁽⁸⁾. Así mismo, una encuesta con 235 médicos generales desarrollado en Francia, evaluó 12 351 pacientes mayores de 18 años y encontró 41 % de prevalencia de hipertensión arterial ⁽⁹⁾.

Desde 1956, se realiza en los Estados Unidos La Encuesta Nacional de Salud (NHANES) que muestra, en general, que por lo menos uno de cada tres adultos sufre de hipertensión arterial. De 1988 a 1991, la encuesta mostró un descenso del 40% en la tasa de hipertensión arterial al compararla con la del período 1976 a 1980. Esta diferencia puede explicarse por diferencias metodológicas y por unos cambios en el estilo de vida de esta comunidad ⁽⁶⁾. En Canadá una encuesta de salud del corazón, mostró una prevalencia de hipertensión arterial del 22% ⁽¹⁰⁾.

La NHANES III, examinó 19.661 individuos mayores de 18 años de edad y encontró prevalencias más bajas independientemente de la edad en los hombres y mujeres de raza blanca y en los mexicanos americanos en comparación con los afro-americanos. En todas las razas la prevalencia aumentó con la edad; la más baja fue de 1 % en mujeres de raza blanca entre los 18 a 29 años de edad y la más alta en mujeres afro-americanas con 73.9 %. La prevalencia ajustada para la edad fue de 34 % en afro-americanos, de 25.4 % en sujetos de raza blanca y de 23.2 % en mexicanos americanos, para hombre y mujeres de 31 %, 21 % y 21.6 % respectivamente para los mismos grupos raciales ^(11, 12,13)

En nuestro país esta patología prevalece en el 25.3 % y sólo en un 40% de la población se ha diagnosticado. Hacia el año 2001 en el estado de Sonora se tenían registrados 2312 casos en el grupo de 50 a 59 años ^(14, 15, 16).

En Sonora la prevalencia de hipertensión alcanza 62%, al igual que en Hidalgo; en Coahuila es de 60 %, en Chihuahua de 59% y Zacatecas. Hay una prevalencia de todo el segmento en la vejez, como resultado del envejecimiento en la estructura etaria de estas entidades. Es importante mencionar la necesidad de instrumentar programas en salud y nutrición que tengan un enfoque preventivo para evitar que el resto de las entidades siga la tendencia de las anteriores. Otro dato que es evidente es la baja prevalencia de hipertensión en el estado de Tlaxcala y en los grupos de edad diferente. La Encuesta Nacional de Salud (2000) muestra un resultado interesante por grupos de edad y sexo: en el caso de los varones en el grupo de 60-69 años, con el aumento en la edad, la prevalencia de hipertensión disminuye de 47.9 en éste a 42.7 % en el grupo de 80 y más. En el caso de las mujeres no sólo se presenta una más alta prevalencia de este padecimiento sino que aumenta conforme avanza la edad, de 57.2 % en el grupo de 60 a 69 a 59.7 % en el de 70 a 79 y a 60.5 % en el de 80 y más años ⁽¹⁷⁾

El JNC-7, recomienda, para la mayoría de los pacientes, el uso de diuréticos tiazídicos solos o en combinación con otras clases de antihipertensivos (IECA, ARA-II, betabloqueadores o calcioantagonistas) que han mostrado ser benéficos en estudios controlados aleatorizados ⁽¹⁸⁾. El estudio ALLHAT que incluyó 33.357 pacientes, evaluó el uso de un inhibidor alfa representado por doxazosina, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina representado por lisinopril y un calcio antagonista representado por amlodipino, cada uno comparado con un diurético (clortalidona), en la disminución de la incidencia de enfermedad coronaria o de enfermedad cardiovascular⁽¹⁹⁾. Con la evidencia actual, los diuréticos, en especial los tiazídicos o relacionados con éstos, deberían ser ampliamente usados como antihipertensivos de primera línea al iniciar fármacos en el tratamiento de la presión arterial, como monoterapia o como coadyuvante de otras medicaciones en pacientes con presión arterial aislada o en pacientes con comorbilidad ^(20, 21).

Recientemente, ALLHAT intentó comprobar la seguridad de los bloqueadores de los canales del calcio. Este ensayo doble ciego involucró 33.357 sujetos de 55 años o mayores, con hipertensión arterial y por lo menos un factor de riesgo para enfermedad coronaria, seleccionados al azar. Fueron asignados de manera aleatoria a recibir un diurético (clortalidona, 12,5 a 25 mg/dL; n = 15.255), un dihidropiridínico de larga acción (amlodipino, 2,5 a 10 mg/dL; n = 9.048), o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (lisinopril, 10 a 40 mg/dL; n = 9.054). Fueron seguidos 4,9 años en promedio. No se observó diferencia significativa entre el grupo con amlodipino y el grupo con clortalidona en lo que respecta a la consecuencia primaria (RR = 0,98; IC 95%: 0,90 a 1,07), así como las consecuencias secundarias, a excepción de una tasa mayor de falla cardíaca a 6 años con el amlodipino (10,2% vs. 7,7%; Rr = 1,38; IC 95%%: 1,25 a 1,52). El ALLHAT permitió concluir que como terapia antihipertensiva de primera línea se prefiere el diurético tiazídico ⁽¹⁹⁾. En los pacientes que no pueden tomar el diurético, los dihidropiridínicos pueden utilizarse como agentes de segunda línea mientras se tengan presentes sus efectos a largo plazo en la ocurrencia de falla cardíaca ^(22,23).

No se conoce la prevalencia de las crisis hipertensivas en nuestra población, ni la forma de presentación clínica en el servicio de urgencias adultos del IMSS en el HGZ #2, Hermosillo, Sonora. Existen estudios en otras poblaciones que hacen referencia a la prevalencia y presentación clínica, pero en nuestra población no existen ^(6, 17).

III. JUSTIFICACION.

La hipertensión arterial es una de las principales causas de muerte en la población adulta, es uno de los factores coronarios mayores más estudiados, las complicaciones del mal manejo de esta patología se traduce en enfermedades renales, cardiovasculares, oftalmológicas, neurológicas, por otro lado la repercusión social, familiar y emocional que tienen los paciente con complicaciones es devastadora, el consumo de recursos económicos de estas complicaciones de la hipertensión es grande, sin embargo si se llevara el control y el buen seguimiento de esta patología muchas de estas complicaciones podrían evitarse, si se encamina el tratamiento médico y no medico desde un inicio, pueden retrasarse e incluso evitar la progresión de la hipertensión arterial hacia una complicación mayor.

En México, la hipertensión arterial es una patología frecuente, con alto grado de reducir sustancialmente la duración y calidad de vida de quien la sufre y generar complicaciones propias, principalmente cardiacas, renales y del sistema nervioso central, al ser factor de riesgo y aceleración de la aterosclerosis, en los estados del norte como en sonora, la prevalencia de esta enfermedad es aún mayor, en Hermosillo no es la excepción, de ahí la importancia de conocer e iniciar lo antes posible un tratamiento médico y no medico.

Este estudio está enfocado a identificar mediante un cuestionario si existe o no apego a las guías JNC-7 en cuanto al tratamiento médico se refiere, pretende identificar cuáles son los errores que se cometen y en qué aspectos del tratamiento se debe trabajar más, con este estudio pretendo dar a conocer cuáles son las fallas que se están teniendo en el manejo de esa entidad, pretendo hacer conciencia de la importancia de un tratamiento bien dirigido, y sobre todo pretendo que todos los paciente con hipertensión arterial reciban un tratamiento de calidad con calidez, con ello se reducirán las complicaciones secundarias al mal control de la HTA, disminuirán las secuelas de estas enfermedades, habrá más pacientes controlados, con mejor calidad de vida, y se traducirá en el aspecto personal,

social y familiar por otro lado al disminuir las complicaciones habrá menor consumo de recursos tanto médicos, como económicos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestra entidad en específico el HGZ No 2, tiene una elevada prevalencia de crisis hipertensiva y sus complicaciones que conlleva, es causa de ingresos hospitalarios a segundo nivel llevando consigo el gran consumo de recursos y materiales de estructura, económico y humanos para el instituto por lo que es necesario conocer el apego a las Guías del JNC-7 en el manejo integral del paciente hipertenso en el servicio de urgencias por parte de área médica; aunado a esto la población de esta comunidad es flotante en una buena parte adjunto con su nivel sociocultural y económico bajo.

Debido a la gran incidencia de pacientes con crisis hipertensiva en segundo nivel de atención en el servicio de urgencias es importante indagar sobre el nivel de conocimiento y apego a las Guías JNC-7 por parte de los médicos para así poder ofrecer un tratamiento adecuado y optimizar recursos al tratar farmacológicamente a estos pacientes enfocando el tratamiento a su posible causa etiológica, y así con un cuestionario de 30 preguntas el cual se aplico a los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas de los tres grados que se encuentren laborando en el área de urgencias, se basara en las distintas etiologías de hipertensión, características clínicas, y tipos de pacientes para así ofrecer el tratamiento de acuerdo a las indicadas en el JNC-7. En el instituto existen programas de capacitación médica continua, por lo que nos planteamos la siguiente interrogante de investigación: **¿Cuál es el apego a la Guía Clínica JNC-7 para el abordaje del descontrol hipertensivo en el servicio de urgencias del HGZ No 2 Hermosillo Sonora?**

V.OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de apego a guía JNC-7 los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados, con la aplicación de un cuestionario basado en el algoritmo de manejo para el apego al tratamiento de hipertensión arterial de acuerdo a la Guía JNC-7 que laboren en el servicio de urgencias del HGZ#2.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Determinar el grado de conocimiento de los residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados a las guías del JNC-7 para el manejo de pacientes con hipertensión arterial, con la aplicación de un cuestionario a médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados, que labora en el servicio de urgencias del HGZ #2.

VI. HIPOTESIS.

HIPÓTESIS ALTERNA:

En los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas del HGZ#2 existe apego a las Guías JNC-7 en el diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial

HIPÓTESIS NULA:

En los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas del HGZ#2 no existe apego a las Guías JNC-7 en el diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial.

VII. MATERIAL Y METODOS.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se desarrollo un estudio observacional de tipo transversal, prospectivo. El cual se realizo en el Hospital General de Zona No 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hermosillo, Sonora. El muestreo empleado por ser grupos naturales que serán médicos residentes de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas de los tres grados que se encuentren laborando en el servicio de urgencias del HGZ#2 del turno matutino, se cito a los médicos en una aula, sentados cómodamente, a todos los médicos se les invitara a participar en el estudio, se les explico que se les va a aplicar un cuestionario del manejo de la hipertensión en base al algoritmo de manejo del JNC-7, ellos deberá contestar en los incisos de respuesta solo cierto, falso o no sé, una vez contestado las preguntas se calificaran de acuerdo al banco de preguntas realizado para ello, cuya validez del contenido y conceptual de estas preguntas se sometió a revisión por diez expertos para su validación, los cuales fueron, cuatro médicos especialistas en Medicina Interna, dos especialistas en cardiología, y cuatro médicos especialistas en Urgencias Medico Quirúrgicas, se les asignará un valor numérico cada respuesta correcta valdrá un punto, cada incorrecta cero puntos, se sumaran las correctas y se aplico una regla de tres para saber el porcentaje de respuestas correctas, si el médico tiene el 80% de aciertos o más se reportara como muy buen apego, si tiene de 79% a 60% de aciertos se reportara apego suficiente y del 59% o menos se reportara como no apego a las guías JNC-7. Los resultados se vaciaron en una hoja de recolección de datos elaborada para este fin, se analizan los valores con el programa Excel. En ningún momento se atentara en contra de su integridad persona.

a) Tipo de estudio:

Clínico, transversal, prospectivo

b) Diseño:

Clínico

c) Lugar:

Servicio de urgencias del Hospital General de Zona #2 del IMSS de Hermosillo, Sonora.

d) Población de estudio:

Se aplicó el instrumento a grupos naturales de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, a 6 del primer año, 13 de segundo y 6 de tercer grado del servicio de urgencias del HGZ# 2 del IMSS de Hermosillo, Sonora.

e) Universo:

Grupos naturales de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados del servicio de urgencias del HGZ#2 del IMSS, Hermosillo, Sonora.

f) Tamaño de la Muestra:

El instrumento se aplicó a los residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados que acepten participar en el servicio de urgencias del HGZ#2 del IMSS, Hermosillo, Sonora.

g) Escala:

Cualitativa nominal.

h) Indicador:

- 1.- Con muy buen apego
- 2.- Apego suficiente.
- 3.- No apego

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) Médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados que se encuentren rotando en el servicio de urgencias del IMSS en Hospital General de Zona #2 en Hermosillo Sonora.
- b) Médicos residentes de la especialidad Urgencias Médico Quirúrgicas que acepten la aplicación del cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- a) Médicos residentes de la especialidad Urgencias Médico Quirúrgicas que no acepten la aplicación del cuestionario.
- b) Cuestionarios incompletos.
- c) Médicos de otras especialidades.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- a) Médicos que decidan abandonar el estudio.
- b) Cuestionarios que se contesten de forma incompleta.

VARIABLES

DEPENDIENTE: Con muy buen apego, apego suficiente y no apego a las guías JNC-7

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el apego que deben tener los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados sobre las guías JNC-7.

DEFINICION OPERACIONAL: Apego que debe tener los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados del servicio de urgencias sobre las Guías JNC-7. Se aplicó una encuesta con 30 reactivos, se categorizará como si existe apego alto a las guías JNC-7 si el médico tiene el 80% de aciertos o más, se reportará como muy buen apego, si tiene de 79% a 60% de aciertos se reportará apego suficiente y de 59% o menos se reportará como no apego a las guías JNC-7. Se deberá anotar solo cierto, falso o no sé.

INDEPENDIENTE: Apego al algoritmo de manejo de hipertensión basado en el algoritmo de manejo del JNC-7.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La hipertensión arterial sistémica definida por Joint National Committee (JNC-7) y la European Society of Hypertension – European Society of Cardiology como una enfermedad multifactorial y progresiva con tendencia familiar, cuya expresión o evolución puede ser favorecida por conductas inapropiadas o estilos de vida.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.

El instrumento, para evaluar el apego a las guías JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona numero 2, fue sometido a revisión por diez expertos para su validación, los cuales fueron, cuatro médicos especialistas en Medicina Interna, dos especialistas en cardiología, y cuatro médicos especialistas en Urgencias Medico Quirúrgicas. La prueba que se utilizó para evaluar los resultados fue binominal. A dicho instrumento, se le realizaron correcciones de formato y redacción para eliminar ambigüedades. Antes de ser utilizado el instrumento se realizó pilotaje, con 20 personas ajenas al estudio, con la finalidad de detectar inconsistencias en la claridad del contenido.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se aplico herramienta estadica, con el programa Excel 2007, previa captura en base de datos. Se analiza la informacion en medias, desviaciones estandar y cuadros de frecuencia, grupos y presentaremos en graficas.

PRESENTACION DE DATOS ESTADISTICO.

Los datos estadísticos se presentaran en tablas y graficas.

VIII. ASPECTOS ETICOS.

Los aspectos éticos de la investigación en salud pública Desde el punto de vista práctico, hay dos tipos de aspectos clave para la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de la investigación. Primero, los relativos al consentimiento informado. Segundo, los relativos a la privacidad, intimidad,

confidencialidad y anonimato de la información obtenida en los estudios. El investigador debe siempre manifestar su identidad, posibles conflictos de interés, dirección, teléfono y otras formas de contacto, y la disponibilidad a responder a cualquier cuestión que pueda surgir durante el curso de la investigación.

Privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato con los más allegados o se haga pública de forma excepcional. La confidencialidad es la característica de la información por la que su acceso o difusión están reservados o restringidos. Puede ser exigida por el titular o propietario de la misma.

Los investigadores deben adoptar las medidas necesarias para proteger la intimidad de los sujetos durante la recogida de información (sólo recoger datos íntimos si son imprescindibles, almacenar los cuestionarios en lugar protegido, etc.), automatización de datos (disociación de información y encriptado de ficheros, claves de acceso a los ficheros, destrucción de archivos cuando ya no son necesarios, etc.) y publicación de resultados (no publicar fotografías u otros datos que permitan conocer la identidad de los sujetos, publicar datos suficientemente agregados que impidan deducir la identidad, etc.⁽¹⁸⁾)

IX. RECURSOS Y MATERIALES.

RECURSOS HUMANOS.

MEDICO RESIDENTE: Realizar el protocolo de investigación, que quede posteriormente materializado en alguna publicación.

Asesor Metodológico: Respetar el diseño metodológico del trabajo de investigación seguido por el estudiante y asesor, sólo verificando los detalles de redacción, ortografía y estructura del documento recepcional o la tesis; respaldar

el sustento teórico y metodológico presentado en el documento recepcional o tesis, sugerir en caso necesario algunas teorías de sustento para conformar los referentes teóricos o marco teórico conceptual en común acuerdo con el asesor.

FISICOS Y FINANCIEROS.

Serán solventados por el investigador.

	CANTIDAD	PRECIO
Computadora	1	\$ 10,500.00
Memoria USB 2G	1	\$ 220.00
Hojas blancas	100	\$ 30.00
Cuaderno	1	\$ 32.00
Disco	1	\$ 15.00
Plumas	1	\$ 5.00
Revistas	2	\$ 80.00
Impresora	1	\$ 5,200.00
Cuaderno	1	\$ 30.00
Lápiz	1	\$ 3.00

X. CRONOGRAMA

Mes	Delimitar el Tema a Estudiar	Recuperación, Revisión y selección de la bibliografía	Elaboración del Protocolo	Recolección de la Información	Análisis de los resultados	Escritura de Tesis e Informe
Marzo						
Abril						
Mayo	2011	2011				
Junio	2011	2011	2011			
Julio	2011	2011	2011			
Agosto	2011	2011	2011			
Septiembre	2011	2011	2011			
Octubre		2011	2011			
Noviembre			2011			
Diciembre			2011			
Enero			2012			
Febrero			2012			

RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados obtenidos en el reciente estudio, manejado en forma descriptiva los datos encontrados que referentes al nivel de apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos. Por lo general que tienen muy buen apego, apego suficiente o no apego al respecto, se les asignará un valor numérico cada respuesta correcta valdrá un punto, cada incorrecta cero puntos, en la cual podrá obtener un puntaje máximo de 30 respuestas correctas acertadas, o por el contrario, el puntaje mínimo de 0 respuestas correctas; se sumaran las correctas y se aplicara una regla de tres para saber el porcentaje de respuestas correctas, si el médico tiene el 80% de aciertos o más se reportara como muy buen apego, si tiene el del 79% al 60% de aciertos se reportara apego suficiente y del 59% o menos se reportara como no apego a las guías JNC-7.

Se aplico el instrumento a grupos naturales de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, a 6 del primer año, 13 de segundo y 6 de tercer grado del servicio de urgencias del HGZ# 2 del IMSS de Hermosillo, Sonora (ver grafica 1).

En dicho estudio se realizaron con 17 médico masculinos que representa el 68%; y 8 médicos femenino que representa el 32% de la muestra (ver grafica 2).

El instrumento se destino a los residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados los cuales las edades eran entre 25 a 50 años de edad (ver grafica 3).

Se dedico el instrumento sobre el apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos, al grupo natural de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, a 6 del primer año, de los cuales se obtuvo respuesta nula con muy buen apego; el nivel de apego suficiente fue de 2 que corresponde al 33%; y 4 con no apego que representa el 67% (ver grafica 4).

Se utilizo el instrumento a grupos naturales de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, a 13 de segundo grado del

servicio de urgencias los resultados obtenidos fueron respuestas nulas con muy buen apego; además 3 de no apego que corresponden a un 23%; y 10 con apego suficiente que precisamente corresponde al 77% (ver grafica 5).

Se aplico el instrumento a grupos naturales de médicos residentes del curso de especialización de Urgencias Médico Quirúrgicas, 6 de tercer grado del servicio de urgencias, los resultados obtenidos fueron nulas en el nivel de no apego; asimismo 4 en el nivel de apego suficiente que corresponde a un 67%; y 2 con muy buen apego que pertenece a un 33%. (ver grafica 6).

Presentándose en forma general; 2 médicos residentes con muy buen apego correspondiente al 8%; además 16 participantes estuvieron dentro del nivel de apego suficiente sobre el apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial en el servicio de urgencias adultos, lo cual es el 76%; y 7 médicos presentaron el nivel de no apego, que precisamente corresponde al 16% del total de la muestra (ver grafica 7).

DISCUSIÓN.

Con la realización del presente trabajo, se ha logrado clarificar, ampliar y actualizar la visión que se tiene sobre el grado de apego a la guía JNC-7 con los médicos residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas; además de poder detectar las conductas con respecto al tratamiento de los pacientes diagnosticados como hipertenso.

En esta investigación se encontraron algunas actitudes de los médicos sobre el apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial.

Los resultados obtenidos en R1 fue respuesta nula con muy buen apego; el nivel de apego suficiente fue de 2 que corresponde al 33%; y 4 con no apego que representa el 67% demostrando que predomina el no apego a la guía clínica JNC-7, esto puede indicar que las dificultades y problemas que se asocian en general con la hipertensión arterial en los pacientes se debe a este desapego, de tal manera no se llevara el control y el buen seguimiento de esta patología.

Los resultados obtenidos con los R2, fueron respuestas nulas con muy buen apego; además 3 de no apego que corresponden a un 23%; y 10 con apego suficiente que precisamente corresponde al 77%, donde se muestra que en este segundo grupo predomina el apego suficiente, esto puede evitar complicaciones encaminadas al tratamiento médico y no medico desde un inicio, logrando retrasarse e incluso evitar la progresión de la hipertensión arterial hacia una complicación mayor.

Respecto a la última muestra, en los R3 se aprecian diferencias en los resultados obtenidos, predominando el suficiente apego de 4 con un 67%, en muy buen apego de 2 con el 33% y nula con no apego, esto indica que la guía clínica JNC-7 se está llevando a cabo con los pacientes, en el uso de diuréticos tiazídicos solos o en combinación con otras clases de antihipertensivos (IECA, ARA-II, beta bloqueadores o calcioantagonistas).

CONCLUSIONES.

En primer lugar, y respecto a la evaluación proporcionada por los residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas de los tres grados a las guías del JNC-7 para el manejo de pacientes con hipertensión arterial, he confirmado o rechazado la siguiente hipótesis.

En cuanto a los R1 se confirma la hipótesis nula, ya que en su mayoría no existe apego a las guías del JNC-7 por lo cual no podrán ofrecer un tratamiento adecuado y optimizar recursos al tratar farmacológicamente a estos pacientes enfocando el tratamiento a su posible causa etiológica y continuaran con gran incidencia de pacientes con crisis hipertensiva.

Se confirma la hipótesis alterna en los R2 y R3 en la que se hipotetiza un aumento considerable en el apego de la guía. Aplicando un tratamiento de calidad, con ello se reducirán las complicaciones secundarias al mal control de la HTA, disminuirán las secuelas de estas enfermedades, habrá más pacientes controlados, con mejor calidad de vida, y se traducirá en el aspecto personal.

Cabe señalar que los R3 indican mejoras estadísticamente significativas, ya que todos muestran apego. Resaltando los puntos más relevantes concernientemente al apego a la guía clínica JNC-7 para el abordaje de la hipertensión arterial y los problemas asociados, relacionándolos con los datos obtenidos en este trabajo, pretendo ofrecer algunas consideraciones relevantes para futuras investigaciones ya que con el apego a estas guías se reducirán las complicaciones secundarias al mal control de la HTA, disminuirán las secuelas de estas enfermedades habrá menor consumo de recursos tanto médicos, como económicos.

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

FOLIO: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha: _____ A _____ de _____ del 2012

El objetivo del estudio es: Elaborar un diagnostico situacional del medico de urgencias con la aplicación de un cuestionario basado en el algoritmo de manejo para el conocimiento del tratamiento de hipertensión arterial de acuerdo a la Guía JNC7.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de Investigación titulado:

“APEGO A LA GUIA CLINICA JNC-7 PARA EL ABORDAJE DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ N.2”

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar una serie de preguntas de un cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre las razones y objetivos que tiene el estudio de investigación y no es considerado un riesgo para mi salud, ni de mi familia. Los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Participante: _____

HECTOR SAMANO HERAS 99272833

**Prof. Del curso de especialización de medicina de urgencias, Medico Urgenciólogo
HGZ #2 Tel: 6622336289, samano3@hotmail.com**

CESAR DOMINGUEZ SANTANA 99272067

**Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.
HGZ#2 Tel: 6421189587, dr.cesar.d.s@hotmail.com**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigo: _____ **Testigo:** _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

HERMOSILLO SONORA.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA #2

INSTRUMENTO PARA VALORAR APEGO A LAS GUIAS JNC7

Edad_____ Sexo_____ Grado de Estudio_____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y proceda a subrayar la respuesta que usted considere correcta.

1.- La pre hipertensión no es una categoría de hipertensión. Más bien es una designación para identificar a los individuos con alto riesgo de desarrollar hipertensión arterial sistémica.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

2.- Los individuos pre hipertensos son candidatos de terapia farmacológica.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

3.- Los pre hipertensos diabéticos ó con enfermedad renal deben ser considerados candidatos a una terapia farmacológica.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

4.- La presión arterial diastólica es un factor de riesgo cardiovascular más potente que la presión arterial sistólica hasta los 50 años.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

5.- Los sonidos de Korotkoff en fase 1 y fase 5 no son útiles para definir la cifra de presión arterial.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

6.- La presión arterial no tiene un perfil circadiano, con altos valores al despertar y en con la actividad mental.

a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

7.- La presión arterial cae en un 10 a 20% durante la noche en forma fisiológica y en aquellos en los que esta reducción no aparece se incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

8.- Fumar no aumenta la presión arterial de forma aguda, y los niveles vuelven al punto inicial en aproximadamente 15 minutos después.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

9.- Es recomendable reducir el sodio de la dieta a no más de 100 mmol al día como medida para reducir los niveles de presión arterial.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

10.-Las tiazidas contribuyen a incrementar la ectopia ventricular y posible muerte súbita, sobre todo con altas dosis.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

11.- Los diuréticos tipo tiazida se deben usar como terapia inicial en la mayoría de los pacientes al menos cuando una indicación obligada está presente y que requiera el uso inicial de algún otro fármaco específico.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

12.- Cuando la presión arterial es mayor de 20 mm Hg sobre el objetivo de presión arterial sistólica ó 10 mm Hg sobre el objetivo de presión arterial diastólica se debería de considerar iniciar la terapia con 2 medicamentos.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

13.- Los pacientes diabéticos y ancianos con disfunción autonómica corren mayor riesgo de presentar hipotensión ortostática con el inicio de la terapia con múltiples medicamentos.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

14.- La combinación de betabloqueadores con diuréticos predispone a la aparición de nuevos casos de diabetes y/o dislipidemia.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

15.- Pacientes con síndrome metabólico o predisposición para la diabetes el usar betabloqueadores con diuréticos, es preferible considerar los defecto vasodilatador.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

16.- En pacientes con riesgo alto, principalmente diabéticos con enfermedad coronaria, se debe tener cuidado de no disminuir la presión arterial por debajo de 130-120/70-60 mmHg.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

17.- El bloqueo del sistema renina angiotensina no debe ser fundamental en la terapia antihipertensiva.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

18.- Es recomendable aumentar la dosis al máximo de un antihipertensivo antes de pensar agregar un segundo fármaco.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

19.- Un segundo fármaco de diferente clase no debería introducirse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de presión arterial hasta llevar el fármaco a dosis altas.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

20.- En hipertensos con angina estable, el fármaco de elección es un betabloqueador y alternativamente pueden usarse los bloqueantes de los canales del calcio de acción larga.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

21.- En pacientes con síndromes coronarios agudos (angina inestable o infarto de miocardio), la hipertensión arterial debería ser tratada inicialmente con betabloqueantes o IECAS, añadiendo otros fármacos si es necesario para su control.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

22.- En individuos asintomáticos con disfunción ventricular demostrable, no están recomendados los IECAs y los betabloqueadores.

- a) Cierto. b) Falso. C) No sé.

23.- Los tratamientos basados en IECAs o ARA II reducen la progresión de la nefropatía diabética y reducen la albuminuria.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

24.- Los ARA II no han demostrado reducir la progresión a macroalbuminuria.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

25.- En las personas con Insuficiencia renal crónica el objetivo es conseguir valores de presión arterial menor a 130/80 mmHg.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

26.- En pacientes con enfermedad renal crónica el uso de IECAs o ARA II es aceptable y no hay razón para interrumpir el tratamiento hasta el desarrollo de hiperpotasemia.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

27.- La frecuencia del ictus recurrente no disminuye con la combinación de IECAs y diuréticos tiazídicos.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

28.- El angioedema inducido por IECAs ocurre 2-4 veces más frecuentemente en pacientes hipertensos negros que en otros grupos de pacientes.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

29.- Los anticonceptivos orales pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial que se incrementa con la duración de su uso.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

30.- La hipertensión resistente es el fracaso en conseguir los objetivos en el control del hipertenso en pacientes que tienen adherencia terapéutica a dosis completas de una pauta apropiada con tres fármacos que no incluya un diurético.

- a) Cierto. b) Falso. c) No sé.

ANEXOS

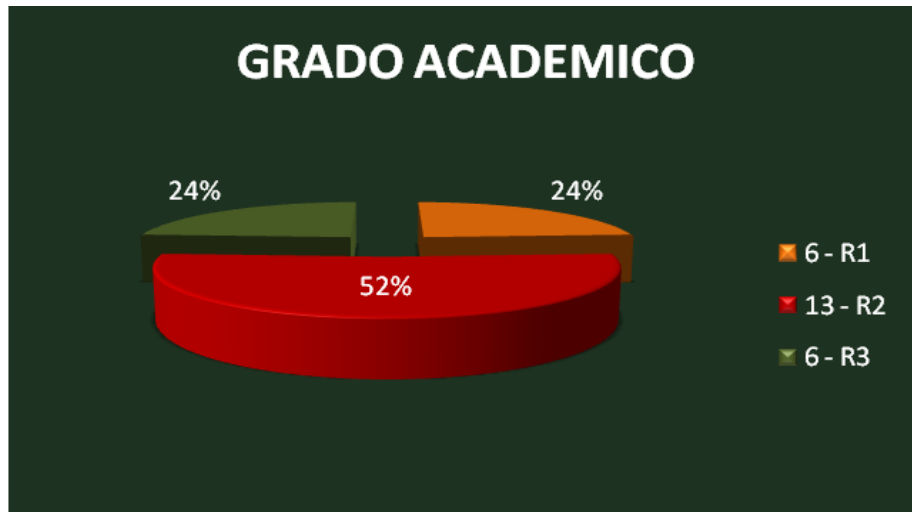
Grado academico	Muy buen apego	Porcentaje	Apego Suficiente	Porcentaje	No apego	Porcentaje
R1						
R2						
R3						
TOTAL						

ESCALA DE MEDICION.

GRADO	SEXO	EDAD	ACIERTOS
R1	MASCULINO		
R2	FEMENINO		
R3			
TOTAL			

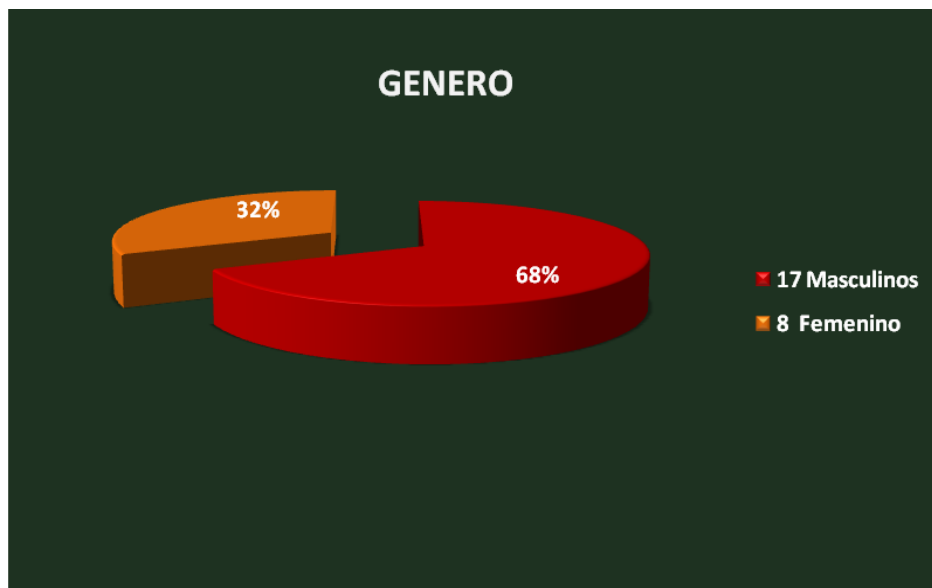
GRAFICAS.

Grafica 1: Número de Residentes por grado académico de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas



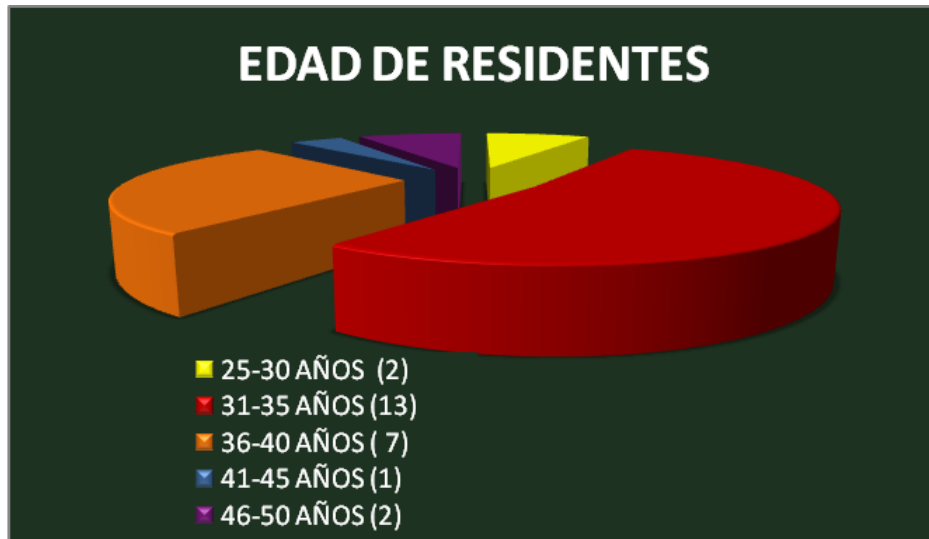
Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 2: Distribución por genero en total de residentes de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas



Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 3: Grupo por edad de residentes de la especialidad Urgencias Medico Quirúrgicas



Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 4: Nivel de apego de residentes de primer año de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas.



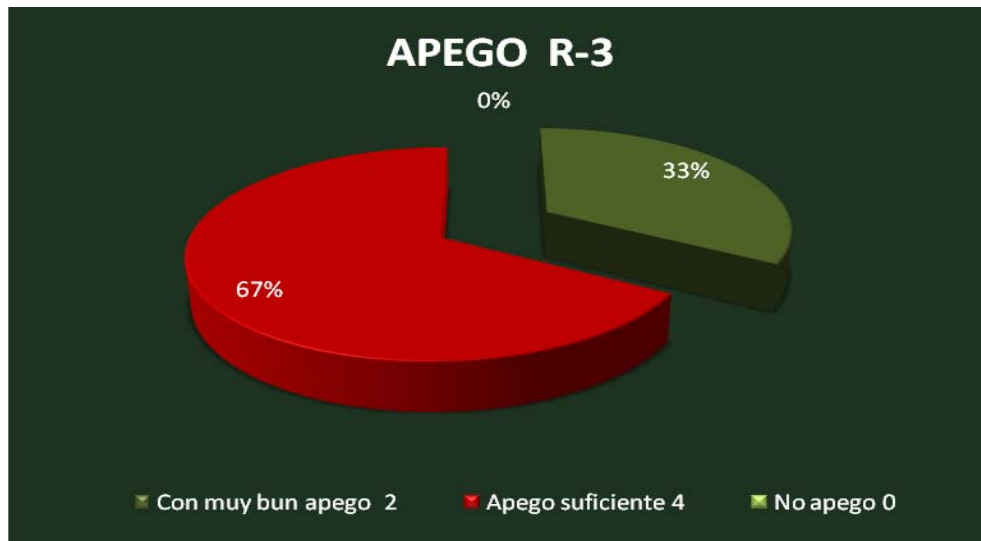
Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 5: Nivel de apego de residentes de segundo año de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas.



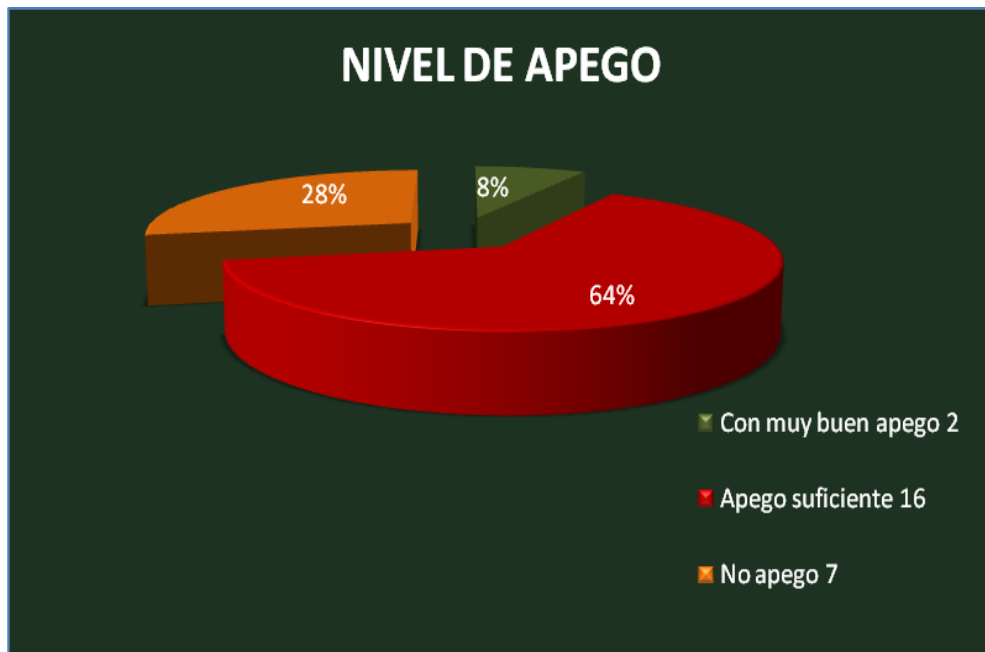
Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 6: Nivel de apego de residentes de tercer año de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas.



Fuente: Elaboración propia con información obtenida del instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

Grafica 7: Grafica 7: Nivel de apego por total de residentes de la especialidad de Urgencias Medico Quirúrgicas.



Fuente: Elaboración propia con información de instrumento para valorar apego a las guías JNC-7

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rosas M y cols. Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico, y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México (2008). Arch Cardiol Mex 2008; 78: s2- s57
- 2.- Mancia G, DeBacker G, Dominizack A, Cifkova R, Fagard R,. Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (9): 968. e1-e94
- 3.- Martínez S. C. R... Crisis Hipertensiva en: Urgencias Cardiovasculares. Segunda edición México D.F. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. : intersistemas S.A. de C.V., 20011: 101-113
- 4.- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC-7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72
- 5.- Rosen P, Gray R, Mathews J,. Hipertensión. En : Medicina de Urgencias:1158-1170
- 6.- boudville N, Ward S,Benaroia M, House A. Increased sodium intake correlates with greater use of antihypertensive agents by subjects with chronic kidney disease. Am J Hypertens. 2005; 18: 1300
- 7.- Wright J, Hammonds V. Hypertension: epidemiology and contemporary management strategies. In: Wong N, Black H y Gardin J. New York: McGraw-Hill; 2000. P. 133-137.
- 8.- Chockalingam A, Fodor JG. Treatment of raised pressure in the population: The Canadian experience. Am J Hypertens 1998; 11 (6 part 1): 747-749.
- 9.- Strasser T. Hypertension: the east European experience. Am J Hypertens 1998; 11 (6 part 1): 756-758.
- 10.-Franklin S. New Interpretations of Blood Pressure: The Importance of Pulse Pressure. In : Hypertension. Oparil S y Webwer M. St. Louis: Ed. Saunders; 2000. P.227-234.
- 11.- Van den Hoogen PC, Feskens EJ, Nagelkerke NJ,es al. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in differents parts of the world. Seven Countries Study Research Group. N Engl J Med 2000; 342: 1-8.
- 12.- He J, Muntner P, Chen J, Roccella EJ, Streiffer RH, Whelton PK. Factors associated with hypertension control in the general population of the United States. Arch Intern Med 2002; 162: 1051-1058.
- 13.-Murlow P. Detection and Control of Hypertension in the population: The United States experience. Am J Hypertens 1998; 11: 744-746.

- 14.- Chamotin B, Poggi L, Lang T, et al. Prevalence, treatment and control of hypertension in the French population: data from a survey on high blood pressure in general practice, 1994. *Am J Hypertens* 1998; 11 (6 part 1): 759-762
- 15.- Santana-Gómez A, Castañeda-Limones R. Descontrol del paciente hipertenso e incumplimiento del tratamiento farmacológico. *Rev Med IMSS* 2001; 39 (6): 523-529.
- 16.- Anuario estadístico 2002. Casos nuevos de hipertensión en el estado de Sonora. Disponible en : <http://www.salud-sonora.gob.mx>
- 17.- Montes V, Hebrero M. Sistema Nacional de Información en Salud .*Salud Pública Méx* 2007; vol 49 (sup 1): 353-356
- 18.- <http://www.bioetica.org/bioetica/protocolo2.htm>
- 19.-The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. *JAMA* 2002; 288: 2981-2997.
- 20.- Krakoff L. Diuretics for hypertension *Circulation* 2005; 112: e127-129.
- 21.- Fretheim A. Back to thiazide-diuretics for hypertension: reflections after a decade of irrational prescribing. *BMC Fam Pract* 2003; 4: 19.
- 22.- Salvetti A, Ghiadoni L. Guidelines for antihypertensive treatment: an update after ALLHAT study. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: S51-S54.
- 23.- *Revista Colombiana de Cardiología* 215, Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial *Febrero 2007*, órgano oficial de la sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. www.scc.org.com (ISSN 0120-5633)