

panel de Miembros de JNC8. La mayor diferencia entre el reporte JNC7 y las recomendaciones actuales del panel es en cuanto a metas de control más conservadoras en poblaciones de edad mayor adulta comparadas con los jóvenes. Para ser más específico, el JNC7 recomienda controles de presiones sistólicas abajo de 140mmHg y en caso de pacientes diabéticos o con enfermedades renales a niveles más bajos de 130mmHg sin importar la edad. Las nuevas recomendaciones sugieren aumentar el nivel a valores menores de 150mmHg para personas mayores de los 60 años, y eliminando los controles más intensos en personas con diabetes o enfermedad renal. Existe evidencia moderada que apoya el inicio de medicina anti-hipertensiva como Inhibidores de Enzima convertidora Angiotensina, Bloqueadores de receptores de Angiotensina, bloqueadores de canales de calcio o diuréticos tiazidas en la población hipertensa de no origen negro, incluyendo aquellos con diabetes. La población de origen negro incluyendo diabéticos, el uso de un bloqueador de canal de calcio o diurético es recomendado como terapia inicial. Existe evidencia moderada que apoya el inicio o adherencia de terapia anti-hipertensiva con Inhibidores de Enzima convertidora de Angiotensina o bloqueadores de receptores de Angiotensina para personas con Insuficiencia Renal Crónica para mejorar la respuesta renal. El mayor objetivo del tratamiento de hipertensión es el obtener y mantener la meta deseada de presión arterial, de no obtenerse en un mes de tratamiento con la terapia inicial, se debe incrementar la dosis de la medicina inicial o agregar un segundo agente y continuar evaluando la presión arterial ajustando los medicamentos hasta que se ha logrado obtener el control deseado.

4C. SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO. Ricardo Esteban Castellón Inestroza. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

El sistema de salud de Honduras está situado número 131 de 190 en la lista de sistemas de salud de la OMS publicada en el 2013, penúltimo lugar en América adelante de Haití. A pesar de mejorías en diferentes marcadores de salud, todavía hay mucho camino que recorrer para acercarse a los sistemas líderes en salud. Algunas características en común de estos sistemas, como Francia, Italia y el Reino Unido, son: Cobertura universal de servicios de salud financiada con fondos públicos; Cuidados primarios como base del sistema de salud; Médicos generales o de familia, como

proveedores de cuidados primarios y punto de entrada al sistema de salud; Incentivos para colaboración entre profesionales de salud y prácticas en grupos multidisciplinarios e interespecializados; Incentivos para control de costos y alto desempeño en marcadores de salud; Uso de registros y paneles de pacientes para el manejo de enfermedades crónicas; Implementación de la historia clínica electrónica. Estas iniciativas han resultado en mejoría en la calidad de atención, evidente en el manejo de enfermedades crónicas, cuidados preventivos, promoción en salud y reducción de mortalidad temprana. También han mejorado el acceso a especialistas. El mayor reto que estos países encuentran es el control de los gastos en salud, sin limitar acceso o sacrificar calidad. Frecuentemente, el balance se inclina hacia limitar o restringir los servicios prestados. En algunos de estos sistemas se ha generado una marcada separación y falta de colaboración entre proveedores de salud. La adopción del historial clínico electrónico está lejos de ser universal. Ningún sistema de salud es perfecto y características individuales de estos países, hacen difícil la adopción de un sistema exitoso en otros países. Iniciativas pueden ser adaptadas incrementalmente, aprovechando de las experiencias publicadas por estos países líderes.

5C. VISITAS DE GRUPO PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. Montserrat Abadie Solé. Doctor en Medicina y Cirugía, Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina Comunitaria, Universidad de Oklahoma; Tulsa, Oklahoma, Estados Unidos de América.

Las enfermedades crónicas son uno de los problemas de salud pública más grandes de nuestra era, son causa significativa de morbilidad y mortalidad tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Nuestro país presenta muchas barreras para proveer atención de calidad a estos pacientes. El Proyecto de Medicina Familiar del Futuro propone un modelo de atención poco convencional que he demostrado éxito en EE.UU. En general, las visitas en grupo pueden ser útiles para cualquier grupo de práctica, independientemente de especialidad médica o quirúrgica, y son particularmente importantes en el ámbito de la atención primaria. El conocimiento integral de nuestros pacientes y sus conductas de riesgo, es necesario para proveer atenciones de calidad, pero las demandas en el tiempo de los médicos afectan la calidad de atención o disminuyen el volumen de pacientes atendidos. Las visitas de grupo permiten a los médicos ofrecer la oportunidad de educar e instruir a los pacientes en el