

ARTICULO ORIGINAL

La aplicación del saber médico. Hipertensión y daño cognitivo

- The application of medical knowledge. Hypertension and cognitive impairment
- A aplicação do conhecimento médico. Hipertensão e comprometimento cognitivo

Viviana Díaz¹

ORCID: 0000-0002-0760-6916

Paola Spósito¹

ORCID: 0000-0001-8715-8385

Mario Llorens¹

ORCID: 0000-0002-8762-1592

Valentina Más¹

ORCID: 0000-0001-8022-6605

María Noel Rivero¹

ORCID: 0000-0003-1306-9480

Ximena Cuba¹

ORCID: 0000-0003-3209-4630

Luciana Viviano¹

ORCID: 0009-0005-2036-2548

Micaela Tregarthen¹

ORCID: 0009-0005-7404-6073

1-Universidad de la República.
Facultad de Medicina. Unidad
Académica Médica 3. Hospital
Maciel. Montevideo, Uruguay.

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte por enfermedad cardiovascular. Pese a los avances, el porcentaje de hipertensos no diagnosticados y no tratados es de 58,4%. La evaluación del daño cognitivo en la HTA se centra en prevenir el ataque cerebrovascular, siendo soslayado el daño funcional. Este inadecuado manejo puede ser multifactorial. El objetivo del trabajo fue analizar las opiniones que tienen los médicos sobre la relación entre hipertensión arterial y el daño cognitivo.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal desarrollado en el periodo comprendido entre agosto del 2020 y agosto del 2023. Análisis de datos obtenidos de un cuestionario autogestionado, de carácter anónimo y voluntario. Relevando información del perfil profesional, conocimiento de la HTA, su vínculo con el deterioro cognitivo diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 222 profesionales, 215 (96,8%) están de acuerdo con la existencia de un vínculo entre la HTA y otros factores de riesgo cardiovascular en el DC, y 218 (98.1%) reconocen asistir a pacientes con riesgo de padecer DC. La evaluación del DC es realizada en casos seleccionados por 132 (59.4%) participantes y un 59 (26.7%) lo realizan siempre. De los que realizan evaluación, 103 (54%) usan el Examen Mínimo del Estado Mental (Mini Mental State Examination - MMSE), un 10 (5.2%) usan la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y 9 (4.7%) el test de reloj. En cuanto al descenso de la presión arterial en los pacientes añosos y el vínculo con riesgo de DC: 54 (24.3%) no reconoce riesgo y 65 (29.2%) reconoce un riesgo moderado - alto. En referencia a la implicancia del tratamiento de la enfermedad cardiovascular y el DC: 217 (97.7%) reconocen un efecto beneficioso. Discusión. Dado el reconocimiento del vínculo entre HTA y DC se esperaba que se pesquise DC en la gran mayoría, sin embargo solo el 26.7% lo evalúa siempre. No hay consenso del método, siendo el más usado el MMSE, con una baja aplicación del test de MoCA y/o test de reloj, estos últimos son los que evalúa función ejecutiva, mayormente alterada en el DC vinculado a HTA. Si bien se reconoce beneficioso del tratamiento de la enfermedad cardiovascular respecto al DC, el control de la HTA en el adulto mayor se considera como riesgoso. Se realiza un diagnóstico de situación donde se evidencia una disparidad entre lo que se reconoce saber y lo que se dice hacer.

Conclusiones: Es reconocido el papel de la enfermedad vascular en el daño funcional cerebral, considerando necesario conocer el estado cognitivo de los pacientes, sin embargo hay una baja aplicación de tests de screening que evalúan la función ejecutiva. En este contexto se muestra una brecha entre el saber y el hacer médico.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Daño cognitivo. Tests de screening cognitivo. Práctica profesional. Médicos.

Abstract

Introduction: High blood pressure (HBP) is the leading cause of death from cardiovascular disease. Despite the advances, the percentage of undiagnosed and untreated hypertensive patients is 58.4%. The evaluation of cognitive damage in HBP focuses on preventing stroke, while functional damage is ignored. This inadequate management may be multifactorial. The

objective was to analyze the opinions that doctors have about the relationship between high blood pressure and cognitive damage.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study developed in the period between August 2020 and August 2023. Analysis of data obtained from a self-administered, anonymous and voluntary questionnaire. Revealing information on the professional profile, knowledge of HBP, its link with cognitive impairment (CD), diagnosis and treatment.

Results: 222 professionals were included, 215 (96.8%) agree with the existence of a link between HBP and other cardiovascular risk factors in CD, and 218 (98.1%) acknowledge assisting patients at risk of suffering from CD. The CD evaluation is carried out in selected cases by 132 (59.4%) participants and 59 (26.7%) always do it. Of those who perform evaluation, 103 (54%) use the Mini Mental State Examination (MMSE), 10 (5.2%) use the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and 9 (4.7%) use the Clock Drawing Test. Regarding the decrease in blood pressure in elderly patients and the link with risk of CD: 54 (24.3%) do not recognize risk and 65 (29.2%) recognize a moderate-high risk. In reference to the implication of the treatment of cardiovascular disease and CD: 217 (97.7%) recognized a beneficial effect.

Discussion: Given the recognition of the link between HBP and CD, it would be expected that CD would be investigated in the vast majority, however only 26.7% always evaluate it. There is no consensus on the method, the MMSE being the most used, with a low application of the MoCA test and/or Clock Drawing Test, the latter being the ones that evaluate executive function, mostly altered in CD linked to HBP. Although the treatment of cardiovascular disease is recognized as beneficial with respect to CD, the control of HBP in older adults is considered risky. A diagnosis is made of a situation where a disparity is evident between what one recognizes as knowing and what one claims to do.

Conclusions: The role of vascular disease in functional brain damage is recognized, considering it necessary to know the cognitive status of patients, however there is a low application of screening tests that evaluate executive function. In this context, a gap between medical knowledge and practice is shown.

Key words: Hypertension, Cognitive Dysfunction, Cognitive Assessment Screening Instrument, Professional Practice, Physicians.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial (HA) é a principal causa de morte por doenças cardiovasculares. Apesar dos avanços, o percentual de hipertensos não diagnosticados e não tratados é de 58,4%. A avaliação do dano cognitivo na hipertensão concentra-se na prevenção do acidente vascular cerebral, enquanto o dano funcional é ignorado. Esse manejo inadequado pode ser multifatorial. É objetivo analisar a opinião dos médicos sobre a relação entre hipertensão arterial e danos cognitivos.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo, transversal desenvolvido no período entre agosto de 2020 e agosto de 2023. Análise de dados obtidos a partir de questionário autoaplicável, anônimo e voluntário. Revelar informações sobre o perfil profissional, conhecimento sobre a HA, sua ligação com o comprometimento cognitivo (DC), diagnóstico e tratamento.

Resultados: Foram incluídos 222 profissionais, 215 (96,8%) concordam com a existência de ligação entre hipertensão e outros fatores de risco cardiovascular na DC e 218 (98,1%) reconhecem ajudar pacientes com risco de sofrer de D.C. A avaliação da DC é realizada em casos selecionados por 132 (59,4%) participantes e 59 (26,7%) a fazem sempre. Dos que realizam avaliação, 103 (54%) utilizam o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), 10 (5,2%) utilizam a Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) e 9 (4,7%) utilizam o Clock Drawing Test. Em relação à diminuição da pressão arterial em pacientes idosos e a ligação com o risco de DC: 54 (24,3%) não reconhecem risco e 65 (29,2%) reconhecem risco moderado-alto. Em referência à implicação do tratamento de doenças cardiovasculares e DC: 217 (97,7%) reconheceram o efeito benéfico.

Discussão: Dado o reconhecimento da ligação entre hipertensão e DC, seria de esperar que a DC fosse investigada na grande maioria, no entanto apenas 26,7% sempre a avaliam. Não há consenso sobre o método, sendo o MEEM o mais utilizado, com baixa aplicação do teste MoCA e/ou Clock Drawing Test, sendo estes últimos os que avaliam a função executiva, majoritariamente alterada nos DC vinculados à HA. Embora o tratamento das doenças cardiovasculares seja reconhecido como benéfico em relação à DC, o controle da HA em idosos é considerado arriscado. É feito um diagnóstico de uma situação em que é evidente uma disparidade entre o que se reconhece como saber e o que se afirma fazer.

Conclusões: O papel da doença vascular no dano cerebral funcional é reconhecido, considerando-se necessário conhecer o estado cognitivo dos pacientes, porém há baixa aplicação de testes de triagem que avaliam a função executiva. Nesse contexto, evidencia-se uma lacuna entre o conhecimento e a prática médica.

Palavras chaves: Hipertensão arterial. Danos cognitivos. Testes de triagem cognitiva. Prática profissional. Médicos.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema creciente, siendo la principal causa de enfermedad y muerte prematura evitable en las Américas.¹

La hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte por enfermedad cardiovascular. Sin embargo, pese a las estrategias sanitarias y los avances terapéuticos, el número de hipertensos no diagnosticados y no tratados es de un 58,4%.² Es mundialmente reconocida la relación entre la HTA y el daño cerebral.³ A pesar de ello, la evaluación del daño encefálico sigue centrándose en un enfoque exclusivamente neurológico, buscando prevenir el ataque cerebrovascular y siendo soslayado el daño funcional. Más de la mitad de los pacientes hipertensos que presentan daño cardíaco y/o renal padecen también, en forma silente, daño cerebral. Así mismo un tercio presenta daño cerebral silente, sin compromiso de otros órganos.⁴

El inadecuado abordaje de la HTA enfocado al daño cognitivo puede ser multifactorial. Atribuido a la inercia clínica, desconocimiento, y falsas creencias sobre la enfermedad, atravesado por los aspectos sociales y de organización sanitaria.^{5, 6, 7}

La inercia clínica es frecuente en la atención de enfermedades crónicas y mayormente en fases asintomáticas de la enfermedad. Existen factores contribuyentes vinculados al personal sanitario, al paciente y a barreras del sistema, representando el 50%, 30% y 20% de las causas respectivamente.^{8, 9}

Respecto a la aplicación del conocimiento médico en la práctica médica, este se ha centrado en evaluar la implementación de guías de práctica clínica. Identificándose diversas barreras que tienen que ver con la guía, el paciente, el personal sanitario, la organización y con políticas gubernamentales.¹⁰

Este trabajo busca contribuir al conocimiento sobre la conducta médica en la asistencia de pacientes hipertensos con enfoque en el daño cognitivo. Se realizó en el marco de las actividades de la policlínica de HTA del Hospital Maciel, donde se ha desarrollado una línea de trabajo al respecto.

El objetivo general del trabajo fue analizar las opiniones que tienen los médicos sobre la relación entre la HTA y el daño cognitivo.

Los objetivos específicos fueron:

Describir los conocimientos que tienen médicos especialistas recibidos o en formación sobre la relación existente entre la HTA y el daño cognitivo.

Describir la conducta en la práctica clínica que tienen médicos especialistas, recibidos o en formación en el manejo de pacientes hipertensos con daño cognitivo.

Identificar los métodos o prácticas que utilizan estos profesionales para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del daño cognitivo.

Metodología

1-Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal desarrollado en el periodo comprendido entre agosto del 2020 y agosto del 2023.

2-Población. Criterios de inclusión: médicos especialistas, residentes o posgrados de Medicina Interna, Cardiología, Medicina Familiar y Comunitaria con residencia en Uruguay que hayan otorgado el consentimiento informado. Criterios de exclusión: médicos que no hayan completado el cuestionario.

3-Procedimiento: El análisis se basó en datos obtenidos a través de un cuestionario realizado vía web, autogestionado, de carácter anónimo y voluntario.

Para la realización del mismo se adaptó el cuestionario de Vicario A. y cols¹¹ desarrollado bajo la supervisión del Comité de Epidemiología y Prevención Cardiovascular de la Sociedad de Cardiología de Buenos Aires (SCBA) y avalado por la Federación Argentina de Cardiología (FAC). El mismo consta de 12 preguntas que recopilan datos generales demográficos, respecto al perfil profesional, conocimiento de la HTA, su vínculo con el deterioro cognitivo (DC) y el manejo clínico centrado en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes hipertensos enfocados en el DC. Anexo 1.

Para dar respuesta a los objetivos se consultó la opinión de médicos formados en Medicina Interna, Cardiología y Medicina Familiar, seleccionados dado que están involucrados en la atención de pacientes hipertensos. La difusión del mismo fue a través de las sociedades científicas (Sociedad Uruguaya de Medicina Interna -SUMI-, Sociedad Uruguaya de Cardiología -SUC-), Red de Atención Primaria Metropolitana -RAP- y grupos de residentes.

Como herramientas de recolección, los resultados se incorporaron en una base de datos con formato Microsoft-Excel, utilizando para su análisis estadístico el programa SPSS.

4-Normas éticas: El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Maciel previo a su realización. La confidencialidad de los participantes fue protegida. Cada uno de los participantes consintió voluntariamente su participación a través de un consentimiento informado, sin perjuicio o beneficio al respecto.

Resultados

Epidemiología

La base de datos contó con 223 respuestas de profesionales, se excluyó uno por datos incompletos. Las características de los 222 participantes se muestran en la tabla 1.

Sexo	Mujeres - 169 (76,13%) Hombres - 63 (23,9%)
Especialización	Recibidos - 139 (62,6%) Residentes o Postgrados - 83 (37,4%)
Especialidades	Cardiología - 57 (26,4%) Med Familiar - 46 (21,3%) Med Interna - 113 (52,3%) Cardiología/Med Interna - 6 (2,7%)
Años de ejercicio	Menos 10 - 99 (44,6%) 10 a 20 - 54 (24,3%) Más 20 - 69 (31,1%)

Tabla 1: Datos generales de los participantes en la encuesta (n= 222)

Vínculo entre HTA y el deterioro cognitivo

Del total, 215 (96,8%) participantes están de acuerdo o totalmente de acuerdo con la existencia de un vínculo entre la HTA y otros factores de riesgo cardiovascular con el DC o demencia, 7 (3,1%) mostraron una postura neutra al respecto. 218 (98,1%) reconocen asistir a pacientes con riesgo de padecer DC, habiendo consenso en 221 (99,5%) en la importancia de conocer el estado cognitivo de los pacientes.

Sobre el diagnóstico de daño cognitivo

Respecto a la evaluación del DC, 132 (59.4%) lo evalúan en casos seleccionados y unos 59 (26.7%) lo realizan siempre. Gráfico 1

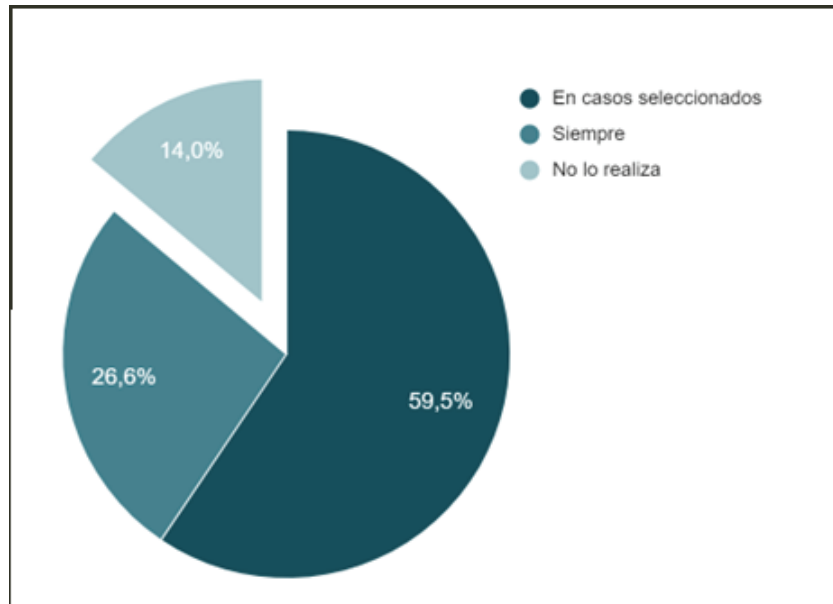


Gráfico 1: Evaluación del deterioro cognitivo.

Del total que realizan evaluación cognitiva: 103 (54%) usan MMSE, un 10 (5.2%) usan MoCA y 9 (4.7%) test de reloj. Gráfico 2

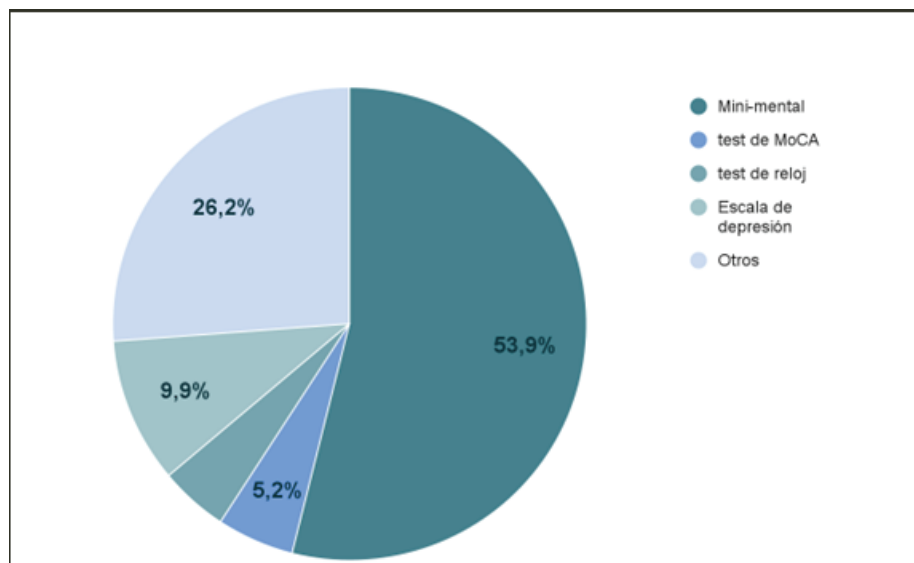


Gráfico 2: Método de evaluación del deterioro cognitivo y/o depresión.

Según la especialidad los médicos internistas y de medicina familiar aplican en más del 50% de los casos el MMSE mientras que los cardiólogos en un 28.1%. Gráfico 3.

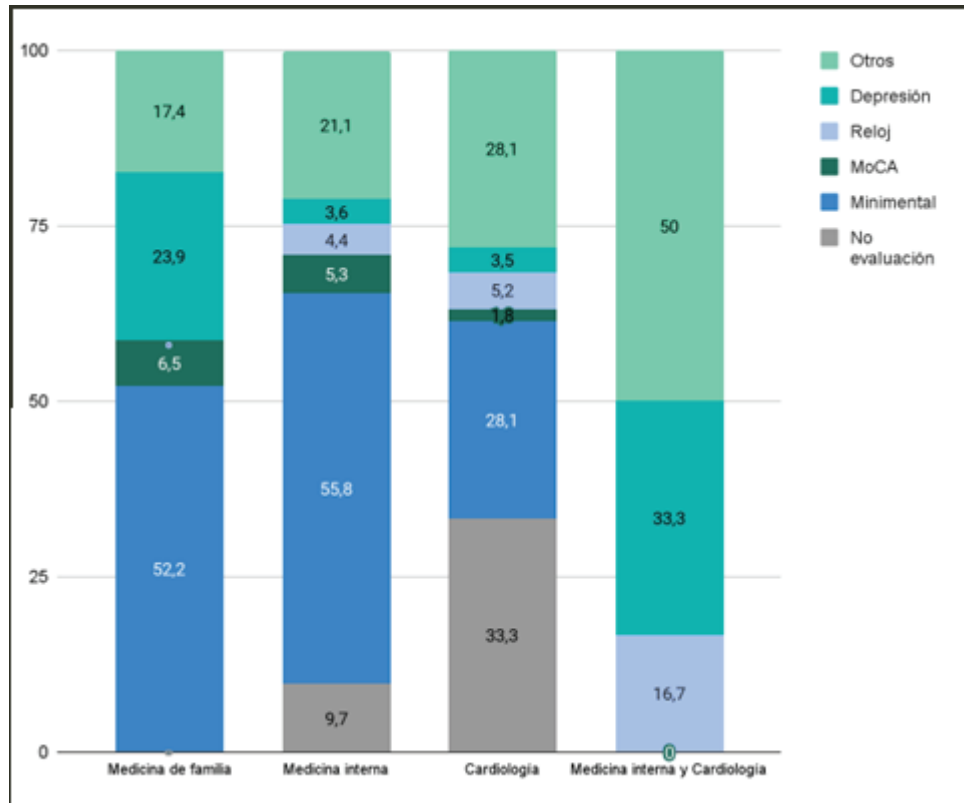


Gráfico 3: Evaluación del estado cognitivo por especialidad.

Teniendo en cuenta los años de ejercicio profesional, aquellos con más de 20 años 63 (91.3%) aplican los test cognitivos, los que tienen 10 a 20 años, 48 (88.9%) y 80 (80.8%) de menor de 10 años. Para el caso de los de más de 20 años, 28 (40.6%) lo aplican siempre y de los de menor de 10 años 11 (11.1%).

Aspectos del tratamiento

En cuanto al descenso de la presión arterial en los pacientes añosos y su vínculo con riesgo de DC: 54 (24.3%) de los participantes no reconoce riesgo y 65 (29.2%) un riesgo moderado - alto. Gráfico 4

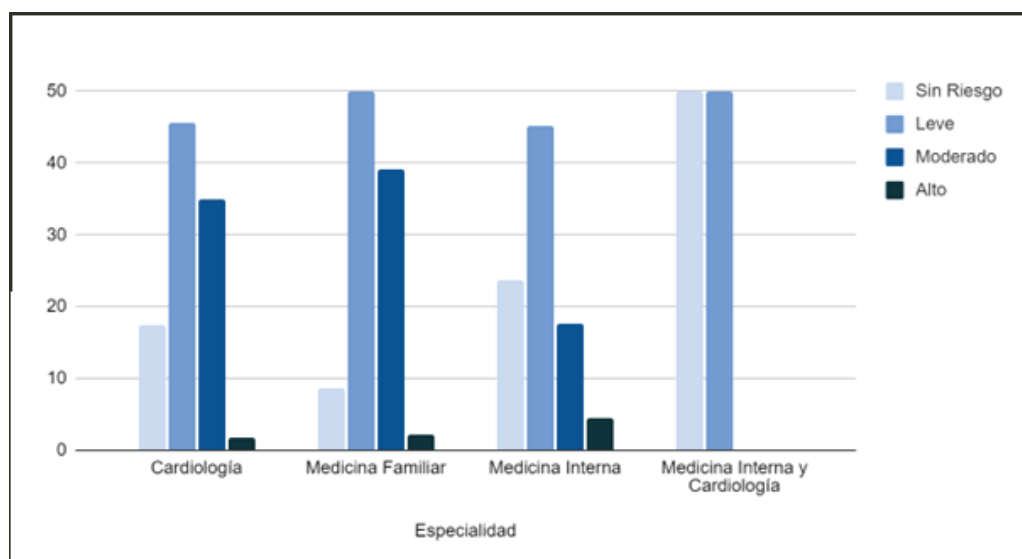


Gráfico 4: Descenso de presión arterial en pacientes añosos y riesgo de generar un mayor daño cognitivo.

En referencia a la implicancia del tratamiento de la enfermedad cardiovascular y el DC: 117 (52.7%) responden que lo ententece, 73 (32.9%) lo estabiliza y 27 (12.1%) que lo mejora. Gráfico 5.

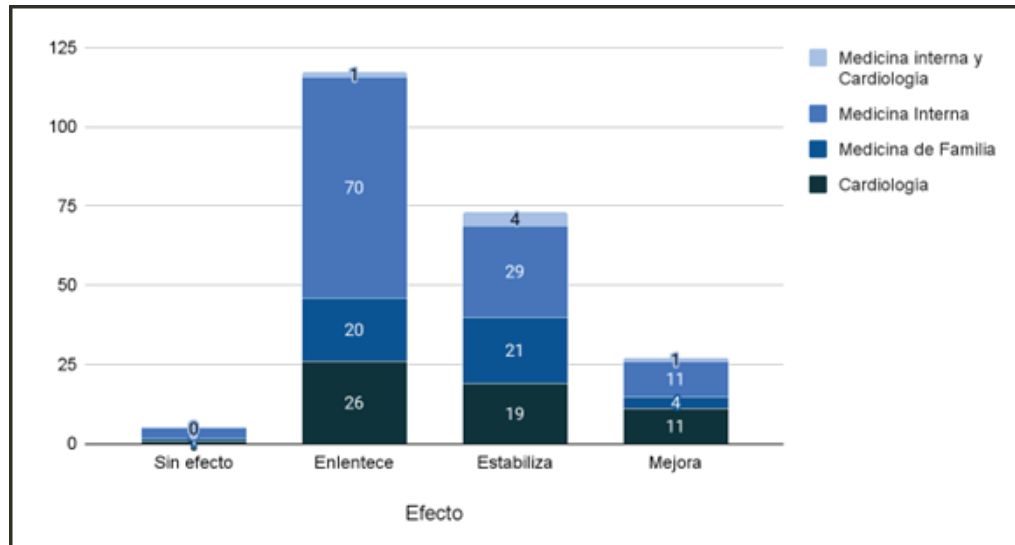


Gráfico 5: Tratamiento de la enfermedad cardiovascular en el deterioro cognitivo.

Vinculado al tratamiento farmacológico, 124 (55.9%) participantes tratan farmacológicamente al paciente hipertenso independientemente de su edad, mientras que 98 (44.1%) ajustan el tratamiento. Tabla 2

Especialidad	Cardiología	Medicina de Familia	Medicina Interna	Medicina interna y Cardiología	Total
Diferente	31 (54.3%)	19 (41.3%)	47 (41.6%)	1 (16,7)	98 (44.1%)
Igual	26 (45.7%)	27 (58.7%)	66 (58.4%)	5 (83,3)	124 (55.9%)

Tabla 2: Tratamiento farmacológico del paciente según la edad.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad cardiovascular en pacientes con demencia vascular (DV) o enfermedad de Alzheimer (EA): 77 (34.7%) tratan la enfermedad cardiovascular independientemente de la presencia de DV o EA, 73 (32.9%) aplican un tratamiento diferente y otros 72 (32.4%) lo desconocen. Tabla 3.

Especialidad	Cardiología	Medicina de Familia	Medicina Interna	Medicina interna y Cardiología	Total
Desconoce	19 (33.3%)	19 (41.3%)	34 (30.1%)	0 (0)	72 (32.4%)
Diferente	20 (35.2%)	18 (39.1%)	31 (27.4%)	4 (66,7)	73 (32.9%)
Igual	18 (31.5%)	9 (19.6%)	48 (42.5%)	2 (33,3)	77 (34.7%)

Tabla 3: Tratamiento de la enfermedad cardiovascular en pacientes con demencia.

Discusión

Los efectos nocivos de la hipertensión sobre la función cognitiva se conocen desde 1960.¹²

El tratamiento a mediana edad de la HTA puede prevenir la disfunción cognitiva.¹³ Identificando los eventos cerebrovasculares agudos y el daño cerebral crónico, asintomático u oligosintomático, como factores que pueden conducir a la demencia.³ En los encuestados hay consenso sobre el vínculo entre HTA y el DC. Casi la totalidad de los participantes reconocen la importancia de conocer el estado cognitivo de los pacientes. Las guías internacionales recomiendan el uso de test de screening cognitivos en los pacientes con riesgo de DC leve.^{14,15} La guía 2023 de la Sociedad Europea de HTA (ESH) señala considerar a los mayores de 65 años para un screening con pruebas de detección cognitiva breves como el MMSE o MoCA, pero haciendo mayor hincapié en este último.³ Al preguntar sobre la evaluación del estado cognitivo se esperaba que la gran mayoría lo pesquise, sin embargo surgieron respuestas dispares, donde solo el 26.7% lo evalúa siempre.

En aquellos que realizan evaluación cognitiva no hay consenso entre las especialidades ni dentro de cada una de ellas, en las técnicas usadas. El más usado en forma global y discriminado

por especialidad es el MMSE, con una baja aplicación del test de MoCA y/o test de reloj, que representan menos del 10% conjuntamente. Un 40% realizan una evaluación desconocida o subóptima dado que el 26.1% de los participantes emplean otro método y 13.9% no realiza evaluación. Si bien los diferentes test permiten discriminar demencia del estado cognitivo normal, muestran variabilidad en los procesos neurocognitivos que evalúan.¹⁴

El daño que produce la HTA en la función cognitiva, se asocia con una reducción del razonamiento abstracto (disfunción ejecutiva), una desaceleración de la velocidad de procesamiento mental y, con menor frecuencia el déficit de memoria.¹² Dentro de los test generales el MMSE es el más difundido, pero no evalúa estas funciones. Aquellos que evalúan la función ejecutiva son el MoCA y el test del reloj.^{12, 14, 16}

En referencia a los años de ejercicio profesional, no hay diferencias entre la aplicación o no de test de screening, pero sí en cuanto a la selección de los pacientes, donde a más años de ejercicio refieren en un mayor porcentaje realizar siempre los test.

En cuanto al tratamiento se encontraron respuestas dispares al cuestionar el riesgo de generar un mayor DC con el descenso de la PA en pacientes añosos. Donde la mayoría (168 constituyendo el 75.5%) reconocer algún tipo de riesgo. Así mismo, hay respuestas dispares respecto a las variaciones del tratamiento farmacológico de la HTA según la edad. En el adulto mayor existe poca evidencia científica y en algunos casos hay desacuerdo entre las guías de práctica clínica.¹⁷ Esta población suele presentar múltiples comorbilidades, donde los médicos deben sopesar individualmente los beneficios frente a los riesgos al considerar el control intensivo de la presión arterial.¹⁸ No obstante, es sabido, que el tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores reduce sustancialmente el riesgo de morbimortalidad cardiovascular.¹⁹ La ESH 2023 recomienda en mayores de 65 años el objetivo inicial de una reducción de la PAS entre 140 y 130 mmHg, garantizando un equilibrio adecuado entre el grado de protección CV y la incidencia de efectos secundarios. El riesgo está vinculado a las comorbilidades asociadas, a la hipotensión ortostática, y no a la generación de mayor DC.³

Al indagar sobre el efecto del tratamiento de la enfermedad cardiovascular en el DC hay concordancia en el 97.7% de un efecto positivo. La literatura apunta a que una PAS <130 mmHg, reduce la progresión de las lesiones en la sustancia blanca.³

Si bien la mayoría reconoce que el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular tiene un efecto beneficioso sobre el DC, el 13.9% no realiza evaluación y 29.2% considera el tratamiento de la PA de riesgo moderado o alto de generar DC en el añoso. Estos datos son contradictorios y aún más si lo comparamos con las preguntas iniciales donde casi en la totalidad reconocen el vínculo entre la HTA y el DC.

Estos resultados evidencian una brecha entre lo que se reconoce saber y lo que se dice hacer. En pubmed el término “arterial hypertension” muestra más de 30.000 publicaciones anuales que reflejan un aumento del conocimiento científico. Respecto a la aplicación del mismo en la práctica médica habitual, hay pocos trabajos en la literatura que evalúen el hacer médico en el contexto real. Una aproximación a esto, son los trabajos que evalúan el uso de las guías de prácticas clínicas y la inercia terapéutica. Reconociendo como responsables factores vinculados al personal sanitario, a las organizaciones y a las políticas gubernamentales de salud.¹⁰

En este trabajo no se cuestionaron los posibles factores que influyen en las decisiones diagnósticas y terapéuticas de los médicos, no obstante estos podrían ser algunas de ellos.

Este estudio realizó un diagnóstico de situación donde se evidencia la disparidad entre lo que se dice saber y se manifiesta hacer. George Miller, psicólogo estadounidense, desarrolló un esquema basado en la evaluación de la competencia profesional en el ámbito de la educación médica. Señaló el importante problema de que no existen métodos o instrumentos evaluativos capaces de generar indicadores de desempeño profesional en la vida real.²⁰ En su esquema, en la base de una pirámide de cuatro escalones se encuentra el «conocimiento» o «saber» y el «saber cómo» o la «aplicación del conocimiento». En los dos niveles superiores encontramos el «demuestra cómo» y el «rendimiento» o «el hacer».²¹ Este trabajo muestra, la diferencia existente entre estos niveles.

Limitaciones

La distribución del cuestionario en sociedades científicas y en grupos de residentes implica un sesgo de selección, quedando por fuera aquellos médicos no vinculados a estos lugares. No obstante, se verificó la frecuencia relativa de los encuestados comparando con las frecuencias relativas de los posgrados (datos proporcionados por la Escuela de Graduados) y médicos especialistas (Informe de Especialidades Médicas de la JUNASA 2021) manteniéndose

la proporción. Las preguntas iniciales, en referencia al título “HTA y daño cognitivo” pudieron determinar un sesgo en las respuestas de los encuestados.

Conclusiones

Se reconoce el papel de la enfermedad vascular en el daño funcional cerebral, considerando necesario conocer el estado cognitivo de los pacientes, sin embargo hay una baja aplicación de test de screening que evalúen la función ejecutiva. En este contexto se muestra una brecha entre el saber y el hacer médico. Creemos necesarios estudios que evalúen la práctica clínica para buscar aquellos factores corregibles y hacer consenso entre el conocimiento y su aplicación.

Agradecimientos

A los colegas que participaron voluntariamente de la encuesta.

Bibliografía

- 1- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay: Documento de actualización sobre la situación de las ENT en Uruguay. Montevideo: MSP, 2019.
- 2- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención (Internet). Montevideo: MSP, 2017 (citado 21 febrero del 2023). Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-abordaje-hipertension-arterial-sistemica-primer>
- 3- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
- 4- Vicario A. El cerebro y el daño neuropsiquiátrico de la hipertensión arterial. *Hipertens. riesgo vasc.* 2014 Jul;31(3):96-101.
- 5- Bosch R, Llibre J, Zayas T, Hernández E. Superar el estigma hacia la demencia, un reto para la sociedad cubana. *Rev haban cienc méd . (Internet).* 2017 Feb. (citado 03 de septiembre 2023 Sep 03) ;16(1):137-48. Disponible en: [Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X201700100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X201700100013&lng=es&tlng=es)
- 6- Alzheimer 's Disease International. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019: Actitudes hacia la demencia. (Internet). Londres: ADI, 2019. (citado 21 de febrero de 2023). Disponible en: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019-Spanish-Summary.pdf>
- 7- Sposito P, Taborda A, Asano A, Aguilera R, Arrigoni F, Carbone L, et al. Telemedicina en el control de la hipertensión arterial. *Rev. Urug.Med. Interna [Internet].* 2023. (citado 02 de septiembre de 2023) 8(2): 38-52. Disponible en: <https://revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/202>
- 8- Almigbal TH, Alzarah SA, Aljanoubi FA, Alhafez NA, Aldawsari MR, Alghadeer ZY, et al. Clinical Inertia in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas).* 2023 Jan 16;59(1):182. doi: 10.3390/medicina59010182.
- 9- Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA. Inercia terapéutica en el manejo extrahospitalario de la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica. *Estudio Inercia. Rev Esp Cardiol.* 2010 Dec;63(12):1428-37
- 10- Gómez Doblas JJ, Rodríguez-Padial L. Implementación de las guías de práctica clínica: deseo o realidad. *Algoritmo de decisión. Clín. investig. arterioscler.* 2021 May; 33:33-9.
- 11- Vicario A, Cerezo, G, Zilberman J, Del Sueldo M, Carasa M, Vainstein NE. La paradoja entre “el decir y el hacer”. Una encuesta sobre hipertensión arterial y deterioro cognitivo. *Rev Fed Arg Cardiol. (Internet)* 2010 (citado 02 de marzo de 2021) 39(1). Disponible en: <http://www.corazoncerebro.com.ar/institucional/>
- 12- Iadecola C, Yaffe K, Biller J, Bratzke L, Faraci FM, Gorelick PB. et al. Impact of Hypertension on Cognitive Function: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension.* 2016 Dec;68(6):e67-e94. doi: 10.1161/HYP.0000000000000053.
- 13- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la

- persona en la atención primaria de salud. (Internet). Washington: OMS, 2020. (citado 02 de septiembre de 2023). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- 14- Allegri R, Roque M, Bartoloni L, Karin R. Deterioro cognitivo, alzheimer y otras demencias: formación profesional para el equipo socio-sanitario. Buenos Aires: : Mónica Laura Roqué 2015. 172 p.
- 15- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el abordaje integral de la demencia. Montevideo: MSP. 2015. (citado 22 de julio de 2023). Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-abordaje-integral-demencia-2015>.
- 16- Tabares F, Spósito P, Llorens, M. Hipertensión Arterial y Trastornos Cognitivos [Internet]. En: Sociedad Latinoamericana de Medicina interna, ed. 3ª Mención Premio SUAT: Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. s.l: 2018 (citado 01 setiembre de 2023) Disponible en: <http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2019/04/original-Hosp-Maciel.pdf>
- 17- Gómez Doblas J, Rodríguez-Padial L. Implementación de las guías de práctica clínica: deseo o realidad. Algoritmo de decisión. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2021 May;33:33-9.
- 18- Chen T, Shao F, Chen K, Wang Y, Wu Z, Wang Y, et al. Time to Clinical Benefit of Intensive Blood Pressure Lowering in Patients 60 Years and Older With Hypertension: A Secondary Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med. 2022 Jun 1;182(6):660-667. doi: 10.1001/jamainternmed.2022.1657.
- 19- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2019 Feb;72(2):160. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2018.12.004.
- 20- González-Montero MG, Lara-Gallardo PM, González, Martínez JF. Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. Rev Esp Med Quir 2015;20:256- 265.
- 21- Witheridge A, Ferns G, Scott-Smith W. Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. Int J Med Educ. 2019 Oct 25;10:191-192. doi: 10.5116/ijme.5d9b.0c37.

Conflicto de interés

No existe ningún conflicto de interés que declarar.

Nota de contribución autoral

Viviana Díaz: conceptualización, curación de datos, análisis formal, redacción – borrador original.

Paola Spósito: conceptualización, análisis formal, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Mario Llorens: conceptualización, redacción – revisión y edición.

Valentina Más: conceptualización, redacción – revisión y edición.

María Noel Rivero: curación de datos, redacción – revisión y edición.

Ximena Cuba: curación de datos.

Luciana Viviano: curación de datos.

Micaela Tregarthen: curación de datos.

Nota de referencia autoral

Viviana Díaz: Residente de Medicina Interna.

Paola Spósito: Especialista en Medicina Interna y Diabetología. Profesora Agregada de Clínica Médica.

Mario Llorens: Especialista en Medicina Interna. Profesor Agregado de Clínica Médica.

Valentina Más: Especialista en Medicina Interna. Profesora Adjunta de Clínica Médica.

María Noel Rivero: Asistente de Clínica Médica.

Ximena Cuba. Residente de Medicina Interna.

Luciana Viviano: Residente de Medicina Interna.

Micaela Tregarthen: Residente de Medicina Interna.

Nota de disponibilidad de datos

Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles.

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la Dra. Mercedes Perendones.

Anexo. Cuestionario

1. Existe un claro vínculo entre la hipertensión arterial y otros factores de riesgo vascular con el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia: Totalmente de acuerdo / De acuerdo / Neutro / En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo.
2. ¿Cree usted que habitualmente asistimos a pacientes con riesgo de padecer deterioro cognitivo leve y/o Enfermedad de Alzheimer? Si / No.
3. ¿Cree usted que es importante que los médicos debemos conocer el estado cognitivo de nuestros pacientes? Si / No.
4. ¿El descenso de las cifras de presión arterial en pacientes añosos puede generar mayor riesgo de daño cognitivo? Sin riesgo / Riesgo Leve / Riesgo Moderado / Riesgo Alto.
5. ¿Usted trata farmacológicamente al paciente hipertenso añoso? Si / No.
6. El tratamiento de la enfermedad cardiovascular en pacientes con demencia vascular o enfermedad de Alzheimer, es: Igual / Diferente / Desconozco.
7. El tratamiento de la enfermedad cardiovascular, con respecto a la enfermedad cerebral, la: Mejora / Estabiliza / Enlentece / Sin Efecto.
8. ¿Evalúa usted, en la práctica diaria, el estado de cognición y/o depresión de sus pacientes? Siempre / Nunca / Casos seleccionados.
9. En caso que su respuesta sea afirmativa, ¿qué métodos o test utiliza? Mini-Mental / Test del Reloj / Escalas de Depresión / MOCA / otras.