

Plan de Hipertensión Arterial de la Provincia de Buenos Aires



MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Autoridades

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Dr. Nicolás Kreplak

Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Dra. Alexia Navarro

Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización

Lic. Leticia Ceriani

Unidad de Fortalecimiento del Sistema de Salud

Prof. Lucía Grodsinsky

Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Andrea Jait

Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Matías Duca

Abreviaturas

ACV: Accidente Cerebrovascular

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

DOB: Daño de Órgano Blanco

ECG: Electrocardiograma

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

FO: Fondo de ojo

FR: Factor de Riesgo

HTA: Hipertensión Arterial

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MAPA: Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención

RCVG: Riesgo Cardiovascular Global

TA: Tensión Arterial (PA: Presión Arterial)

TAD: Tensión Arterial Diastólica (PAD: Presión Arterial Diastólica)

TAS: Tensión Arterial Sistólica (PAS: Presión Arterial Sistólica)

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública sumamente relevante dada su frecuencia a nivel poblacional y a su impacto en la morbi-mortalidad global: se estima que anualmente, 19% de las muertes son atribuidas a la HTA. Es el principal factor de riesgo para presentar un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo. Por otro lado, el diagnóstico de la HTA puede hacerse de manera sencilla y su abordaje terapéutico consiste en la educación nutricional, la promoción de la actividad física y el tratamiento farmacológico. La evidencia es contundente en cuanto a los beneficios individuales y poblacionales del adecuado control de la presión arterial. Sin embargo, de acuerdo a distintos estudios realizados en el país, se estima que del total de personas con HTA, alrededor de un tercio desconoce su condición; de los que sí están diagnosticados al menos un tercio no recibe tratamiento farmacológico; y de los que se encuentran bajo tratamiento farmacológico solo la mitad logra controlar sus valores de PA. A fin de cuentas, en Argentina sólo 1 de cada 5 personas con hipertensión tiene sus valores de presión arterial controlados.

El presente plan pretende disminuir el impacto de la HTA en la morbi-mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares en el territorio bonaerense. Se enmarca en los lineamientos propuestos por el Plan Nacional de Prevención y Control de la HTA, adherido a la iniciativa HEARTS de la OMS/OPS, la cual busca promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares y mejorar el desempeño de los servicios.

Por otro lado, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires se entiende como una responsabilidad ineludible garantizar el derecho humano y social a la salud de los y las bonaerenses asumiendo como principios rectores la equidad, la universalidad y la integralidad del sistema. En este sentido, este documento pretende aportar a la implementación de modelos de gestión más estructurados y consensuados entre los distintos niveles y las jurisdicciones para fortalecer la atención de las personas. Surge entonces la necesidad de avanzar en la conformación de la línea de cuidado propuesta para estandarizar los procesos asistenciales y garantizar la trayectoria de las personas con HTA por el sistema de salud.

FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo a la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018), en la Provincia de Buenos Aires, entre las personas mayores de 18 años, el 83,9% afirmó haberse medido la TA en los últimos 2 años. Entre quienes se habían realizado la medición, el **35,3%** refirió tener hipertensión arterial, prevalencia que permanece estable en los últimos años. Según el mismo relevamiento, en la Provincia el 50,7% de las personas con hipertensión realizaron algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas, algo menor que el total país (53,4%).

Tabla 1. Prevalencia de presión arterial elevada por autorreporte en la población de 18 años y más, que alguna vez se midió la presión arterial, por provincia y región. Localidades de 5.000 y más habitantes. Provincia de Buenos Aires. Años 2005-2009-2013-2018.

BUENOS AIRES			
ENFR 2005	ENFR 2009	ENFR 2013	ENFR 2018
34,8%	35,3%	34,5%	35,3%

Aplicando esa prevalencia a la población estimada de la Provincia de Buenos Aires mayor de 18 años (en base a proyecciones demográficas para el 2022 elaboradas por la Dirección Provincial de Estadística, a partir del Censo 2010) y considerando una proporción de personas con cobertura de salud pública exclusiva de 35%, se estima que la población objetivo es **1.580.071**.

Sin embargo, la 4ta ENFR refleja el alto nivel de **subdiagnóstico**, descrito también internacionalmente. En 2018 se incorporó a la encuesta la toma de TA: a nivel nacional, entre quienes no se conocían hipertensos por autorreporte, 3 de cada 10 tuvieron presión elevada en el momento de las mediciones. Por lo tanto, la prevalencia tomada del 35.3% en la Provincia, podría incluso ser mayor, lo que pone en evidencia la importancia de realizar un abordaje que incluya la búsqueda activa y el rastreo sistemático.

Por otro lado, para las personas con diagnóstico de HTA la continuidad de su atención suele estar atravesada por la fragmentación de los servicios de salud. El modelo de abordaje propuesto para este problema de salud (y las ECNT en general) requiere establecer una **línea de cuidado** y exige equipos de salud proactivos, multidisciplinarios e integrados en redes de atención sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la calidad de atención, el diagnóstico y el control de la población con hipertensión de la Provincia de Buenos Aires de manera de impactar en la reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular.

Objetivos específicos

- Incrementar la detección de personas que tienen HTA y desconocen su condición, aplicando la indicación de rastreo en personas que concurren a los efectores de salud del Primer Nivel de Atención.
- Implementar estrategias de búsqueda activa en la comunidad de personas con HTA, sin diagnóstico y personas diagnosticadas pero sin los controles periódicos que se requieren.
- Facilitar el monitoreo de los valores de TA en los exámenes periódicos de salud en las personas con HTA, a fin de alcanzar un adecuado control.
- Difundir y promover la implementación del Protocolo de Tratamiento de la Hipertensión Arterial a través de la capacitación a los equipos de salud.
- Establecer redes de atención sanitaria para el abordaje longitudinal de la HTA, a partir de la definición de la línea de cuidado.

POBLACIÓN DESTINATARIA

Personas mayores de 18 años de la Provincia de Buenos Aires con cobertura pública exclusiva o que se atiendan en el sistema público estatal.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Efectores públicos de salud en todo el territorio y todos los niveles: Centros de Salud del Primer Nivel de Atención de la Provincia de Buenos Aires y sus hospitales de referencia del Nivel de Atención Especializada.

A la vez, la estrategia de rastreo poblacional y búsqueda activa contempla como ámbito de aplicación a todas las instituciones de los territorios que los equipos de salud identifiquen para tal fin: comedores comunitarios, postas de salud, postas de vacunación, clubes de barrio, instituciones religiosas, organizaciones sociales, entre otras.

EQUIPOS RESPONSABLES

Primer nivel de Atención

Equipos de salud pertenecientes a los Centros del primer nivel de atención y a los dispositivos de abordaje territorial con los que se articule.

Como parte de los equipos se incluyen a profesionales médicos/as, de las áreas de nutrición y actividad física, de enfermería, del área psicosocial, personal administrativo, agentes sanitarios y todo personal de salud que trabaje con población adulta que pueda implementar los lineamientos del presente plan y orientar hacia los circuitos de atención. Se propone un enfoque basado en el trabajo en equipo interdisciplinario que permita la delegación de funciones para optimizar el desarrollo de todas las tareas que requiere el plan (prevención, diagnóstico, registro, orientación, asesoramiento, entre otras).

Nivel de Atención Especializada

Superada la capacidad de resolución del Primer Nivel, se considera Atención Especializada a los servicios que puedan dar respuesta a las prestaciones necesarias en el abordaje de la HTA: Clínica Médica, Cardiología o Unidades Especializadas en Hipertensión y otros servicios que se requieran según la complejidad (oftalmología, nefrología, neurología y otros).

Meso gestión

Se incluye a los referentes sanitarios municipales y regionales que aborden la gestión de las ECNT y a las jefaturas y direcciones de los distintos efectores.

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- A. Equipamiento con tecnologías sanitarias
- B. Comunicación y educación para la salud
- C. Capacitación
- D. Línea de Cuidado
- E. Sistemas de información

A continuación, se desarrolla cada una de estas estrategias.

A. Equipamiento con tecnologías sanitarias

Para la implementación del plan dotará a los efectores que aborden la temática con los recursos físicos necesarios para brindar una atención de calidad. Por un lado, se distribuirán 5.175 tensiómetros automáticos validados de método oscilométrico entre los CAPS y otros dispositivos de salud de alcance comunitario de la Provincia de Buenos Aires. Se prevé incorporar otras tecnologías para fortalecer los métodos complementarios, de utilidad en el diagnóstico y seguimiento de personas con hipertensión.

B. Comunicación y educación para la salud

La campaña de comunicación apunta por un lado a la difusión en población general acerca de factores de riesgo y factores protectores, promoviendo los entornos y hábitos saludables, además de fomentar las consultas para el diagnóstico oportuno de HTA. Por otro lado, la distribución entre la población hipertensa de materiales con información sobre los cuidados recomendados para su salud:

- Divulgación de materiales audiovisuales con información sobre prevención, recomendaciones de alimentación saludable y actividad física y pautas de educación en HTA
- Tríptico con pautas de educación para la salud necesaria para las personas con HTA (periodicidad de los controles, metas de tratamiento, etc) y consejería en prácticas saludables
- Ficha de registro personal de valores de TA, de utilidad tanto en la educación para el automanejo de HTA como para el seguimiento por parte del equipo de salud

C. Capacitación

Para abonar a la formación continua de los equipos de salud se trabajará en dos líneas de acción:

1. Cursos y recursos audiovisuales

- Toma correcta de TA. Material audiovisual disponible en canal de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, contemplando las condiciones de toma y la utilización de tensiómetros oscilométricos validados.
- Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con HTA en la práctica ambulatoria. Producción de material audiovisual disponible en canal de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara.
- Capacitación en Conceptos Básicos de Hipertensión Arterial para equipos de salud del Primer Nivel de Atención. Curso autoadministrado con evaluación y acreditación de horas

2. Materiales gráficos para los efectores destinados a los equipos de salud

- Poster "Condiciones para la toma correcta de la Presión Arterial", para reforzar los aspectos más importantes de dicha práctica.
- Poster "Algoritmo de tratamiento simplificado de HTA", que tiene por objetivo apoyar la toma de decisiones del equipo en cuanto al abordaje terapéutico de la persona con diagnóstico de HTA.

D. Línea de Cuidado (Ver Anexo 2)

Conformar la línea de cuidado tiene por objetivo garantizar la continuidad de la atención, a partir de posibilitar acuerdos entre los efectores. Implica definir el itinerario de las personas con HTA a través del sistema de salud y las acciones a desarrollar por cada nivel de atención. Según la condición clínica, se divide a la población objetivo en cinco grupos (ver Tabla 2). Durante el seguimiento longitudinal, el PNA es quien **determina el estadio** en el que se encuentra la persona para poder realizar la articulación con el nivel de atención especializada de forma oportuna. A la vez, si la persona comienza a realizar sus atenciones en un efector de mayor complejidad de la que se requiere, éste puede identificar la situación y orientarla hacia el primer nivel de atención.

Se pretende que el PNA ocupe un rol de **coordinación de los cuidados** de las personas con HTA, ya que es el encargado de su seguimiento longitudinal. Este ejercicio implica la planificación de encuentros periódicos con el equipo de salud y a la vez la articulación con niveles de atención especializada. Dependiendo de la situación clínica de la persona, las consultas con el nivel especializado serán: episódicas, periódicas hasta la resolución clínica de la complicación o continuas para el seguimiento conjunto entre ambos niveles, retornando siempre al PNA como responsable de los cuidados.

Tabla 2. Población objetivo del Plan de Hipertensión, según condición clínica.

	Definición	Ejemplos
Población general		
Personas con factores de riesgo para tener HTA	Personas con factores de riesgo ligado a estilos de vida y entornos no saludables.	Sedentarismo Tabaquismo
Personas con HTA condición crónica simple	Personas con HTA controlada, con bajo o moderado riesgo cardiovascular global (RCVG)	Personas con HTA controlada, sin complicaciones ni daño de órgano blanco y/o RCVG bajo o moderado.
Personas con HTA condición crónica compleja	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con HTA no controlada con tres fármacos o que evidencian lesión de órgano blanco o tienen alto RCVG. - Personas con dudas diagnósticas de HTA que requieran otros métodos de diagnóstico (ej MAPA) o personas con HTA de las que se sospeche HTA secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con HTA y alto RCVG o con proteinuria o hipertrofia del ventrículo izquierdo. - Persona con sospecha de HTA oculta o HTA de guardapolvo blanco. - Persona con diagnóstico de HTA menor a los 40 años o de aparición repentina y curso acelerado.
Personas con HTA complicación establecida	Personas con HTA con alto RCVG y complicación establecida y alteración en la calidad de vida.	Persona con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca clase II,III y IV, o insuficiencia renal crónica o ACV.

Para facilitar el itinerario de la persona entre ambos niveles se requieren estrategias que garanticen el acceso a atención especializada (turnos protegidos, agendas compartidas u otras). A la vez se necesita un sistema de información sanitaria que pueda plasmar la referencia y contrarreferencia entre ambos niveles y explicitar la coordinación asistencial¹.

Rol del Primer Nivel de Atención (PNA)

El PNA es considerada la puerta de entrada al sistema de salud y por su cercanía con el territorio representa el lugar ideal para desarrollar, además de la atención individual, propuestas vinculadas a las actividades promo-preventivas, en trabajo intersectorial con educación, desarrollo social e instituciones de la comunidad.

1. Promoción de la salud, prevención primaria de la HTA y abordaje terapéutico de los problemas de salud que la predisponen

Población general y personas con factores de riesgo para tener HTA

El encuentro con la población objetivo es una oportunidad para abordar la promoción de entornos y hábitos saludables en las comunidades:

- consejería en cesación tabáquica,
- difusión de los beneficios de una alimentación saludable
- promoción de un estilo de vida activo y la práctica de ejercicio,
- identificación y fortalecimiento de redes comunitarias

Las diversas actividades propias de cada barrio y comunidad demandan el diagnóstico situado para que los equipos de salud diseñen estrategias de vinculación entre la población y el efector. A partir de la identificación de recursos de la comunidad y dependiendo de la conformación de los equipos de salud, se pueden establecer vínculos entre las instituciones para organizar acciones conjuntas: actividades al aire libre como caminatas, talleres grupales de alimentación saludable, articulación con instituciones en el territorio, programas de ejercicio físico, entre otras.

¹ Concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos.

2. Rastreo poblacional y diagnóstico de HTA

Población general y personas con factores de riesgo para tener HTA

Para realizar un diagnóstico temprano y así prevenir eventos cardio y cerebrovasculares se recomienda realizar el rastreo de HTA en población general con una periodicidad determinada por la edad y los factores de riesgo (ver Anexo 1). A los fines prácticos, puede ser conveniente tomar la PA en cada contacto con el sistema de salud, por lo que se proponen dos estrategias en el PNA:

- Rastreo dentro de los Centros de Salud: independientemente del motivo de consulta, todo el equipo de salud que contacte con la población objetivo puede ofrecer, promover y realizar la toma de TA.
- Rastreo en el territorio: acciones de búsqueda activa para la detección de personas con HTA, en el territorio y sus instituciones.

La información de toda persona con diagnóstico reciente que se detecte a partir de estas acciones debe incluirse en los padrones de uso interno para diseñar estrategias proactivas desde el equipo para acompañar sus cuidados. Además, inscribirse en los registros del programa SUMAR, que se utilizarán para el monitoreo del presente plan (ver más adelante).

3. Seguimiento longitudinal y coordinación de los cuidados

El abordaje de la HTA, al igual que el resto de las ECNT, requiere encuentros periódicos con el equipo de salud. El PNA se encarga de la coordinación asistencial y del seguimiento longitudinal, lo que implica la responsabilidad de los cuidados de la población con HTA a su cargo. Si bien siempre se debe apuntar a garantizar la continuidad e integración de la atención, las distintas condiciones clínicas son las que determinan la modalidad de abordaje del nivel especializado y la articulación entre éste y el PNA.

Personas con HTA como condición crónica simple

Atención en el PNA:

- Intervenciones grupales o individuales de educación para la salud y promoción del automanejo
- Acciones de prevención primaria y secundaria según recomendaciones (ej: vacunación, rastreos de cánceres, estatus de fumador, rastreo ITS, entre otras)
- Acompañamiento de las situaciones de la esfera psicosocial y desde una perspectiva de cuidados familiar y comunitaria
- Indicación de tratamiento no farmacológico: alimentación y actividad física
- Prescripción de tratamiento farmacológico según protocolo.
- Evaluación de la respuesta a los tratamientos instaurados (control de los valores de tensión arterial)

- Realización de prácticas y laboratorios para diagnóstico de comorbilidades y daño de órgano blanco
- Determinación del riesgo cardiovascular global (RCVG) para establecer un plan de seguimiento y objetivos terapéuticos.
- Solicitud de exámenes complementarios e interconsultas con servicios de atención especializada para rastreo de daño de órgano blanco
- Solicitud de interconsultas pertinentes a otras disciplinas dentro del equipo de salud y especialidades que formen parte del plan terapéutico (nutrición, odontología, terapia ocupacional, entre otras). Según los recursos locales, algunas de estas atenciones pueden realizarse en el PNA o solicitarse en el nivel de atención especializada.

Personas con HTA como condición crónica compleja y con complicación establecida

Atención en el PNA:

- Intervenciones grupales o individuales de educación para la salud y promoción del automanejo
- Acciones de prevención primaria y secundaria según recomendaciones (ej: vacunación, rastreos de cánceres, estatus de fumador, rastreo ITS, entre otras)
- Acompañamiento de las situaciones de la esfera psicosocial y desde una perspectiva de cuidados familiar y comunitaria
- Indicación de tratamiento no farmacológico: alimentación y actividad física
- Establecer un plan terapéutico en conjunto con el nivel de atención especializada, según la necesidad y el daño establecido.
- Evaluación de la respuesta a los tratamientos instaurados (control de los valores de tensión arterial)
- Realización de prácticas y laboratorios para diagnóstico de comorbilidades y daño de órgano blanco
- Determinación del riesgo cardiovascular global (RCVG) para establecer un plan de seguimiento y objetivos terapéuticos.
- Solicitud de exámenes complementarios e interconsultas con servicios de atención especializada para rastreo de daño de órgano blanco
- Solicitud de interconsultas pertinentes a otras disciplinas dentro del equipo de salud y especialidades que formen parte del plan terapéutico (nutrición, odontología, terapia ocupacional, entre otras). Según los recursos locales, algunas de estas atenciones pueden realizarse en el PNA o solicitarse en el nivel de atención especializada.

4. Atención de urgencias y emergencias

Aquellas personas cursando cuadros agudos que consulten al PNA pueden ser asistidas para determinar la necesidad o no de derivación al servicio de Guardia del Nivel de Atención Especializado, según el estado clínico determine que se trate de una urgencia o de una emergencia hipertensiva. En todos los casos, los equipos de salud podrán brindar las primeras intervenciones terapéuticas, orientadas a estabilizar el estado clínico de la persona.

Rol del nivel de atención especializada

El segundo nivel de atención incluye efectores que cuentan con la complejidad técnica y de recursos humanos necesarios para llevar a cabo distintas acciones en la línea de cuidado de HTA, dependiendo de la situación clínica de la persona. Dado que el equipo del PNA coordina los cuidados de manera longitudinal, los servicios especializados referenciarán a la persona al Centro de Salud para continuar allí su atención o para realizar un seguimiento conjunto.

1. Estudios y prácticas de rastreo de daño de órgano blanco.

El seguimiento longitudinal que se realiza en el PNA requiere de manera periódica la realización de exámenes complementarios para el diagnóstico oportuno de daño de órgano blanco que incluyen los siguientes servicios:

- Cardiología (ECG, ecocardiograma y MAPA)
- Oftalmología (FO)
- Laboratorio² (análisis de sangre y orina, con mediciones específicas de parámetros renales).

La propuesta de definición de redes en salud implica que el equipo de seguimiento pueda garantizar la atención en estos efectores, pero además tener acceso de manera simple a los resultados de exámenes complementarios y evaluaciones de otras especialidades para poder adecuar los cuidados que requiere la persona.

2. Atención por servicios especializados

Si la HTA progresara a cuadros de mayor complejidad biomédica, se requerirá la atención en distintos servicios hospitalarios, contrarreferenciando a la persona al PNA para realizar un seguimiento conjunto.

² Según los recursos locales puede hacerse en efectores del PNA la extracción o el procesamiento de las muestras biológicas.

Personas con HTA como condición crónica compleja

Acciones:

- Completar evaluación del cuadro clínico, para lo que se cuenta con el acceso a exámenes complementarios de mayor complejidad.
- Implementar tratamientos tanto farmacológicos como quirúrgicos.
- Establecer un plan de seguimiento con contactos periódicos hasta la resolución clínica de la complicación o para el seguimiento conjunto con el PNA, según la necesidad y el daño establecido.
- Realizar la contrarreferencia hacia el PNA para concertar un plan terapéutico sincronizado entre ambos niveles.

Personas con HTA con complicación establecida

Debido a la complejidad clínica de este grupo, las personas requieren de un seguimiento en los servicios de atención especializada a través de contactos regulares. Las atenciones a realizar incluyen:

- Completar evaluación del cuadro clínico, para lo que se cuenta con el acceso a exámenes complementarios de mayor complejidad.
- Implementar tratamientos tanto farmacológicos como quirúrgicos
- Establecer un plan de seguimiento longitudinal sincronizado con el PNA.
- Realizar las interconsultas pertinentes a otras disciplinas y especialidades que formen parte del plan terapéutico (nutrición, terapia ocupacional, fisioterapia, entre otras). Según los recursos locales, algunas de estas atenciones pueden realizarse en el PNA si ello facilita el acceso de las personas.

3. Atención de urgencia y emergencias

Las personas que cursen una urgencia o emergencia hipertensiva u otra intercorrenencia aguda de gravedad deben ser atendidas en los servicios de guardia del nivel de atención especializada. Estas situaciones deben ser tanto recepcionadas a partir de derivaciones del PNA como desde la demanda espontánea. Utilizando la complejidad técnica de estos efectores, se deberá:

- Realizar la evaluación del cuadro clínico y solicitud de exámenes complementarios.
- Iniciar el primer abordaje terapéutico y determinar el ámbito para la continuidad del mismo sea ambulatorio o en internación. Esto incluyendo la derivación a efectores de mayor complejidad si se requiere.
- Estabilizado el cuadro agudo, establecer un plan de cuidados referenciando a la persona con el nivel de atención correspondiente.

Tabla 3. Acciones a desarrollar en cada nivel de atención y la articulación entre ellos durante la línea de cuidado de la persona con HTA, según condición clínica.

	Primer nivel de atención	Articulación entre niveles	Nivel de atención especializada
Población general y Personas con factores de riesgo para tener HTA	Promoción de la salud y prevención primaria de la HTA Abordaje terapéutico De los problemas de salud que predisponen a la HTA. Rastreo poblacional y diagnóstico de HTA		
Personas con HTA condición crónica simple	Seguimiento longitudinal y coordinación de los cuidados. Atención de urgencias y emergencias.	Sistema de referencia y contra referencia.	Estudios y prácticas de rastreo de daño de órgano blanco. Atención de urgencias y emergencias.
Personas con HTA condición crónica compleja	Seguimiento longitudinal y coordinación de los cuidados. Atención de urgencias y emergencias.	Sistema de referencia y contra referencia. Plan terapéutico sincronizado para el seguimiento conjunto.	Estudios y prácticas de rastreo de daño de órgano blanco. Atención por servicios especializados. Atención de urgencias y emergencias.
Personas con HTA complicación establecida	- Seguimiento longitudinal y coordinación de los cuidados. - Atención de urgencias y emergencias.	Sistema de referencia y contra referencia. Plan terapéutico sincronizado para el seguimiento conjunto.	Estudios y prácticas de rastreo de daño de órgano blanco. Atención por servicios especializados. Atención de urgencias y emergencias.

E. Sistemas de información

La implementación de este plan requiere reforzar los sistemas actuales de registro, para conocer el estado de situación y poder utilizar la información sanitaria para la toma de decisiones a nivel de la micro, meso y macro gestión.

El monitoreo y la evaluación son elementos fundamentales de toda iniciativa que busque mejorar el control de la HTA. Para valorar el cumplimiento de los objetivos planteados, se utilizarán distintos indicadores. La fuente de información para la construcción de éstos serán los registros de prestaciones del programa SUMAR de la línea de cuidado “Diagnóstico y Seguimiento de Adulto/a con Hipertensión Arterial”, cargadas por todo aquel servicio de salud que se brinde desde un establecimiento conveniado en la plataforma provincial CIPRES.

Tabla 4. Indicadores a utilizar para el Monitoreo del Plan de Hipertensión.

Indicador	Fuente de datos	Frecuencia de informes	Propósito
Consulta detección y/o seguimiento HTA	Registros SUMAR	Mensual	Conocer el avance de la implementación del Plan.
Cobertura de registro de personas con HTA (Indicador de cobertura efectiva): Porcentaje de personas del territorio registradas como hipertensas respecto al estimado del número de personas hipertensas en el territorio	Registros SUMAR	Cuatrimestral	Medir la capacidad y efectividad del programa para captar, diagnosticar y registrar a todas las personas con hipertensión.
Presión arterial controlada en personas con HTA (Indicador de Tratamiento Efectivo: personas con HTA que se encuentren con valores de PA < 140/90 mmHg respecto al total de personas con HTA registradas)	Registros SUMAR	Anual	Medir el impacto del plan para el control de la HTA.

BIBLIOGRAFÍA

4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Resultados definitivos. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
Ministerio de Hacienda de la Nación. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2019.

Guía de Práctica Clínica sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA).

Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.
Ministerio de Salud de la Nación. 2019.

Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. Adherido a la Iniciativa HEARTS de OPS/OMS.

Documento Marco del Plan Nacional. Documento preliminar. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018.

Paquete técnico para el manejo de las Enfermedades Cardiovasculares en la Atención Primaria de Salud.

HEARTS. OMS /OPS 2019.

Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC.

Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016.

Plan de Servicios de Salud. Programa Sumar.

Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As. Enero 2021.

Consenso Argentino de Hipertensión Arterial.

Sociedad Argentina de Cardiología. Federación Argentina de Cardiología.
Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología.
Vol 86. Suplemento 2. Agosto 2018.

Especificaciones técnicas de las OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazaletes.

OPS. 2020.

Starfield B. Coordinación de la atención en salud.

En: Starfield B, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65

ANEXO 1

Rastreo Poblacional de HTA y Diagnóstico

Tomando la recomendación de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial HTA 2019, el **rastreo** de HTA se recomienda en personas de 18 años o más, con medición de la presión arterial en consultorio con el fin de obtener un diagnóstico temprano y prevención de eventos cardiovasculares y muerte.

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial HTA 2019. Recomendación N°6

Orientación a la frecuencia del rastreo según valores de presión arterial y factores de riesgo para HTA (podría incrementarse según el criterio médico)

- Edad entre 18 y 40 años
- Sin factores de riesgo
- PA igual o menos a 130/80 mmHg

Tomar la PA al menos cada 3 a 5 años.

- Edad mayor a 40 años
- Con factores de riesgo de FR
- PAS 130 a 139 y/o
- PAD 80 a 89 mmHg

Tomar la PA al menos 1 vez al años.

A los fines prácticos, puede ser conveniente tomar la PA en cada contacto con el sistema de salud.

* **FR:** edad, sobrepeso/obesidad, sedentarismo/AF insuficiente, elevado consumo de sodio, uso crónico de corticoides o antiinflamatorios no esteroideos (AINE), historia de HTA en familiares de 1° grado, enfermedad renal crónica (ERC), diabetes mellitus, entre otros.

Para llevar a cabo esta recomendación de rastreo, se proponen dos estrategias:

Rastreo dentro de los Centros de Salud

Se considera la concurrencia al CAPS de toda persona mayor de 18 años como una oportunidad para la toma de TA, ajustada a las recomendaciones de rastreo de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA). Independientemente del motivo de consulta (vacunación, consultas de salud sexual, retiro de medicación, controles de salud, entre otros), todo el personal de salud que contacte con la población objetivo puede promover, ofrecer y realizar la toma de TA. Esta actividad se acompaña de la difusión de folletería y cartelería alusiva.

Rastreo en el territorio

Todas las actividades puertas afuera del Centro de Salud son potenciales oportunidades de aplicar acciones para la detección de personas con hipertensión.

Se priorizará la búsqueda activa en las instituciones donde circule la población objetivo que no concurre de forma asidua al Centro de Salud: comedores comunitarios, postas de salud, postas de vacunación (incluidas las de Vacunación contra COVID), ferias, plazas, clubes de barrio, instituciones religiosas, organizaciones sociales, rondas sanitarias, entre otras. Estas propuestas contemplan la articulación necesaria con todos los sectores involucrados, en los distintos niveles de gestión. La planificación y el trabajo en conjunto permiten optimizar la difusión y la llegada de los equipos de salud a la población.

Se sugiere, siempre que esté disponible, emplear tensiómetros automáticos validados de brazo, con el objetivo de obtener valores más precisos y reproducibles de la presión arterial, ya que estos instrumentos evitan la subestimación por el vacío auscultatorio (gap sistólico), el redondeo de las cifras obtenidas y poseen menos variabilidad interobservador.

Para el **diagnóstico** de HTA, en población de 18 años o más se consideran los siguientes valores de PA:

Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial HTA 2019. Recomendación N°8

Puntos de corte para el diagnóstico en la medición de la PA en consultorio

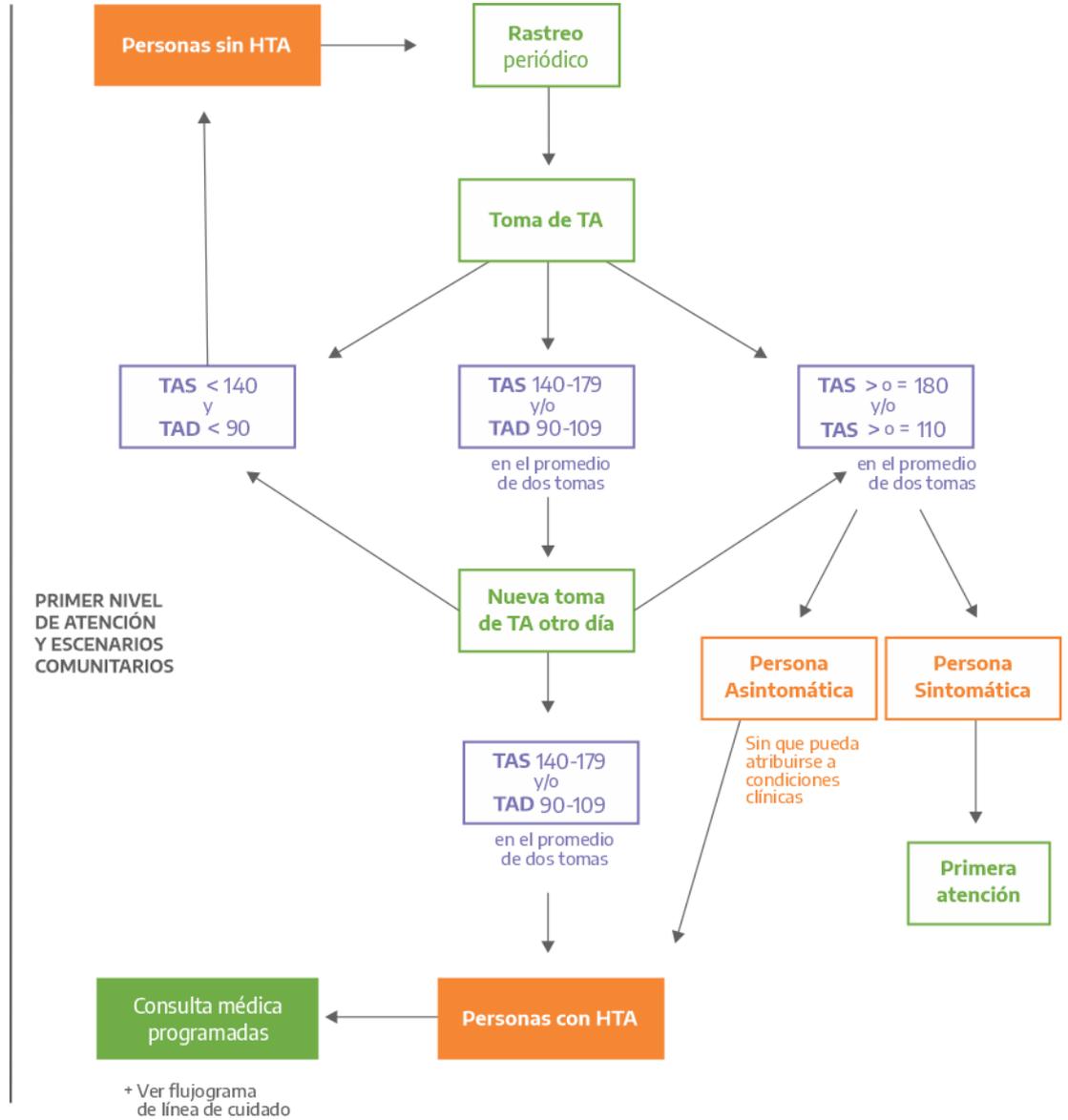
Valores promedio de al menos 2 tomas, en al menos dos consultas realizadas en diferentes días, de:

- presión arterial sistólica iguales o mayores a 140 mmHg y/o
- presión arterial diastólica iguales o mayores a 90 mmHg

Valores promedio de PA muy elevados (iguales o mayores a 180/110 mmHg) en una única consulta, en personas ASINTOMÁTICAS permitirían establecer el diagnóstico de HTA, salvo que dichos valores puedan atribuirse a causas secundarias transitorias (ej. epistaxis, dolor intenso).

Este punto de corte mantiene un adecuado equilibrio entre beneficios a corto y largo plazo en reducción de eventos cardiovasculares y muerte, respecto a sus potenciales riesgos.

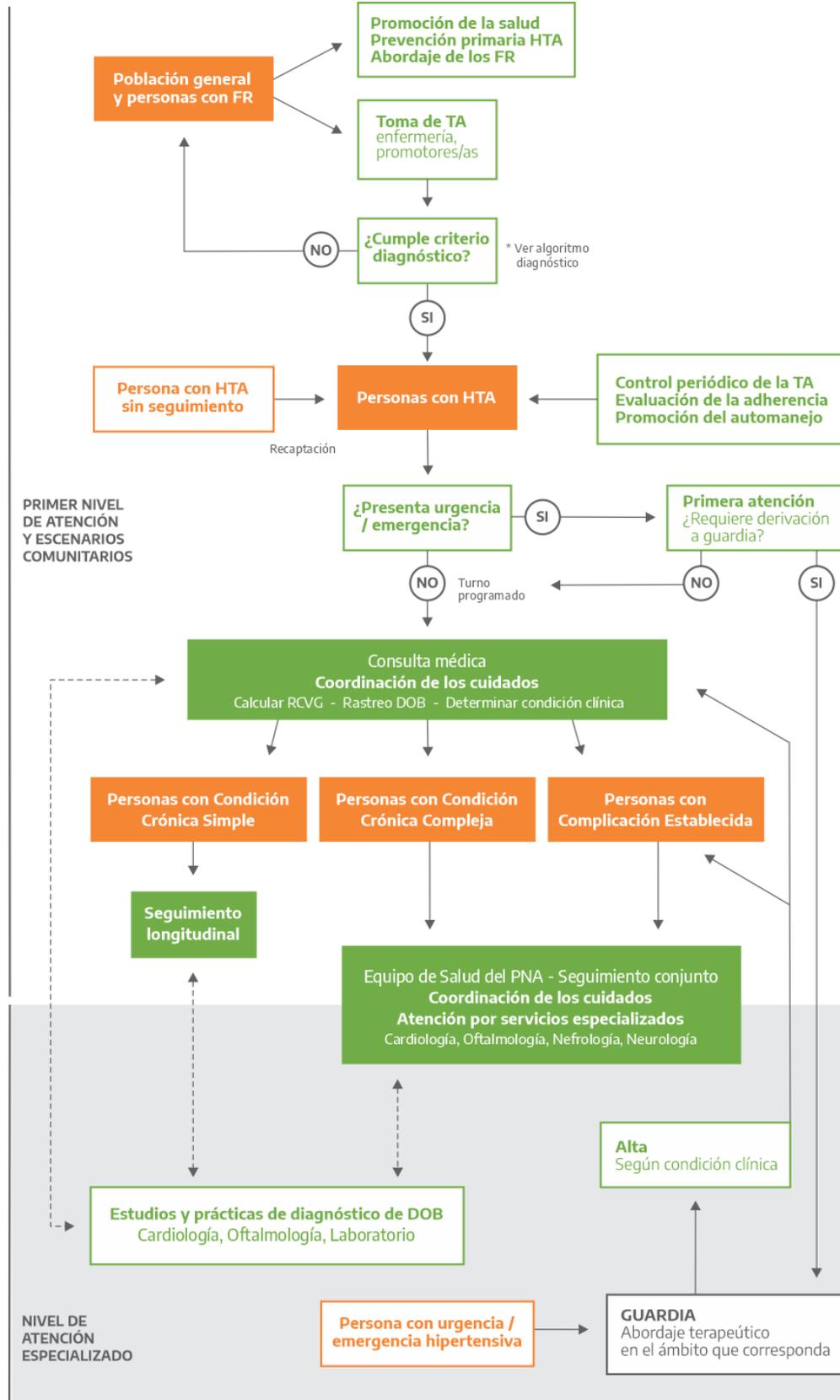
Flujograma de diagnóstico de HTA



ANEXO 2

Línea de cuidado de HTA

Flujograma línea de cuidado de HTA



**Dirección de Prevención de
Enfermedades No Transmisibles**

**Unidad de Fortalecimiento
del Sistema de Salud**

www.gba.gob.ar/saludprovincia
ent@ms.gba.gov.ar

**MINISTERIO
DE SALUD**



**GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES**