

RUTA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DOCUMENTO TÉCNICO

INTRODUCCIÓN

La HTA es un problema de salud pública sumamente relevante dado su frecuencia poblacional y a su impacto en la morbi-mortalidad global. Pese a que existen tratamientos eficaces para lograr el control de la HIA en más del 90% de los casos, la efectividad del sistema de salud en nuestro país es limitada y este control no llega al 20%.

Por estos motivos, el Plan de Prevención y Control de la HTA pone el foco en reducir el sub diagnóstico de HTA y mejorar su control a través de un conjunto de intervenciones orientadas a reorganizar y fortalecer los servicios de salud para la gestión del riesgo cardiovascular global, buscando mejorar la calidad de atención, promocionando hábitos de vida saludables, estandarizando el tratamiento farmacológico, estableciendo un monitoreo continuo de indicadores de proceso y resultado, desarrollando materiales para la capacitación de los equipos de salud para mejorar el cuidado de la HTA en el primer nivel de atención.

RUTA ASISTENCIAL

Es el plan operativo que define y explicita la organización de los cuidados y acciones, por donde discurren las personas, para atender un determinado problema de salud en un contexto determinado; las rutas asistenciales incorporan la estratificación del riesgo, contemplan el estado evolutivo de la persona, se basa en la atención primaria, la cooperación entre ámbitos asistenciales y el apoyo a la autonomía del paciente.

Constituye una herramienta de coordinación que tiende a disminuir tanto las diferencias en las ofertas de servicios de los diferentes efectores como la fragmentación en la prestación de los servicios de atención a personas con una determinada patología; promoviendo una mejora tanto en la utilización de los recursos sanitarios, como en los resultados obtenidos.

► ACTORES

- ECNT Ministerio de salud de La Rioja Referente cardiovascular Dra. Tripolone, Director de ECNT Dr. Aaron Kaen.
- Jefatura Zona Sanitaria: Dra. Celeste Morelli, responsable de centros primarios.
- Programa Redes de Salud: Dra. Irene Galleguillo, Lic. Ana Almonacid, Lic. Matías Soria.
- APS Dr. Adolfo Vega.

- Sumar + Dra. Juárez Juliana.
- Sistema de informática Lic. Laura Zapata
- Agentes Sanitarios Enfermeros Médicos de cada centro primario.
- Coordinadores de Centros Primarios
- Hospital E Vera Barros

FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2023

FUNDAMENTACIÓN: Uno de los grandes retos de sistema de salud es la búsqueda de equidad, calidad de la atención y eficiencia. En este contexto, contar con un manual operativo de estructura y funcionamiento es esencial. Por un lado, son decisivas para la calidad de la atención y, por el otro, facilita la estandarización de procesos y el uso de herramientas. Por esto, su aplicación en la labor diaria es clave para obtener los máximos beneficios en la esfera de la salud de las personas aumentando cobertura y calidad prestacional.

OBJETIVOS GENERALES: Obtener una herramienta que permita disminuir el impacto de la HTA en la morbi-mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares incrementando la detección de hipertensos en la población general y la proporción de éstos que alcancen el control efectivo de la presión arterial (<140/90 mmHg).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

I) Incrementar la detección de personas que tienen HTA y desconocen su condición, a través de una búsqueda activa en la comunidad.

II) Capacitar a los equipos de salud del primer nivel de atención para garantizar un abordaje y seguimiento adecuado de las personas hipertensas y para promover su autocuidado, y posteriormente a 1º, 2º y 3º nivel de atención.

III) Garantizar la provisión de los recursos, insumos y medicamentos esenciales para su adecuado tratamiento y control efectivo de la HTA en población en situación de vulnerabilidad, a fin de alcanzar su adecuado control (valores de presión arterial <140/90 mmHg).

IV) Monitorear el impacto del plan en términos de indicadores de proceso y resultados.

Monitoreo: definiciones para la construcción de indicadores

Hipertensos estimados: personas con HTA acorde a la prevalencia poblacional estimada por la ENFR y que se atiende en el sector público. (A)

Hipertensos registrados: personas con HTA que se encuentran registradas en los CAPS. (B)

Hipertensos tratados: personas con HTA que reciben tratamiento farmacológico. (C)

Hipertensos tratados con terapia combinada: personas con HTA que reciben tratamiento con ≥ 2 fármacos.

COMPONENTES DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Los componentes del Plan de Prevención y Control de la HTA se estructuran en varios niveles: población general, pacientes hipertensos, servicios de salud.

Definición de Hipertensión Arterial

Según el consenso Argentino de Hipertensión Arterial

“La HTA es una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. La PA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular (RCV). Visto el significativo incremento del riesgo asociado con PAS > 140 mmHg, PAD > 90 mmHg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico. No obstante, el riesgo es continuo, aunque menor, desde valores más bajos y el riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV)”.

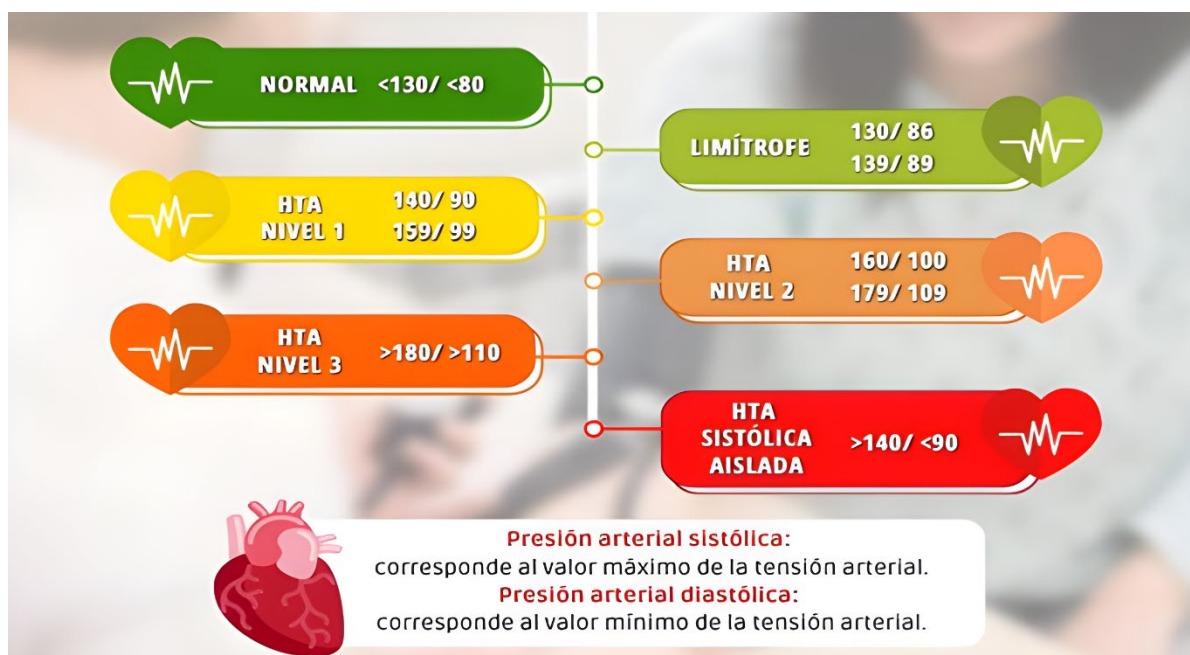


Fig. 1

I DETECCIÓN Y SEGIMIENTO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO

Población objetivo:

Promoción, Prevención y captación: Persona igual o mayor de 18 años con cobertura pública exclusiva. (no gestante).

Captación- Recaptación: Persona igual o mayor de 18 años con y sin cobertura pública exclusiva con HTA.

Responsabilidades y funciones de las partes: A continuación, se describen los integrantes, con sus respectivas funciones por área y nivel de participación:

- 1) **Implementación de una estrategia de rastreo, control y búsqueda activa de la población hipertensa.** Se pretende trabajar en forma interdisciplinaria a través de los equipos de salud del primer nivel de **atención -médicos de familia/generalistas, cardiólogos, enfermeros y agentes sanitarios con rol preponderante de estos últimos.** Aprovechando la nominalización y georreferenciación de la población, se plantea como instrumento principal utilizar equipos debidamente validados (puede consultarse una lista actualizada en www.dablededucational.org) y brazaletes adecuados a los CAPS con toma correcta de TA Fig. 2, si detectan cifras tensionales iguales o mayores a 140/90 mmhg ambas derivar a control con turno protegido al CAPS realizar consejería, y si es mayor de 40 años calcular RCVG. (QR).



Fig.2

- 2) **Paciente que llega a centro primario ya sea espontáneamente o referenciado,** registro de ingreso por personal de admisión en la HC con su DNI y datos filiatorios.
- 3) **Control de TA por enfermería y cálculo de RCVG (en mayores de 40 años) (Fig. 3 y 4), si la TA es igual o mayor a 140/90 mmhg (tomada con técnica correcta de TA) (fig. 5 y 6) registrar la misma y el riesgo en HC y derivar a consultorio médico.**
- 4) **La medición debe:**
 - Ser por duplicado
 - Sacar el promedio sin redondeo.
 - Si hay diferencia es mayor a 5 mmHg considerar más mediciones
 - Medición de pie en ancianos y diabéticos.
 - Medición en MMII en niños y adolescentes.
 - Medición de la FC

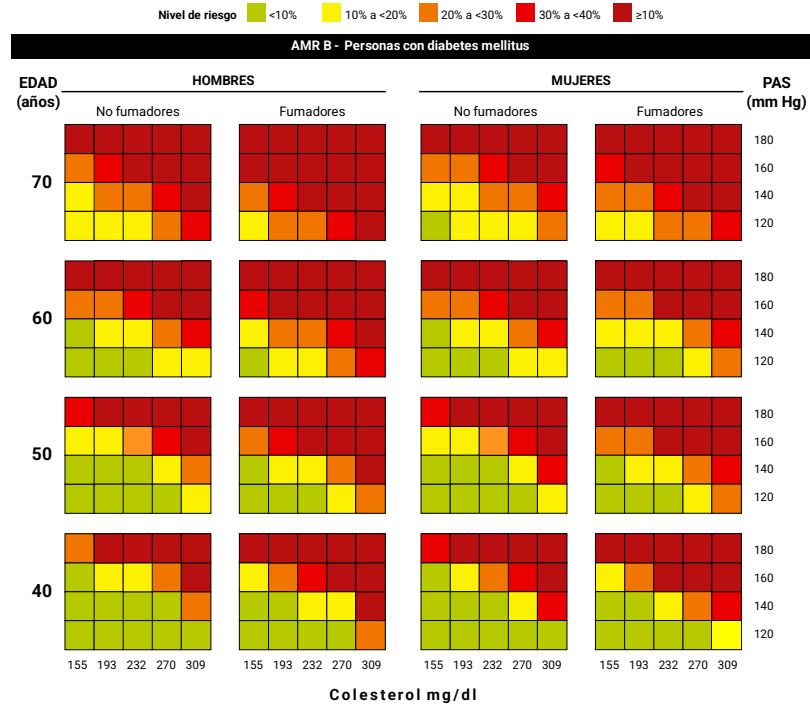


Fig.3

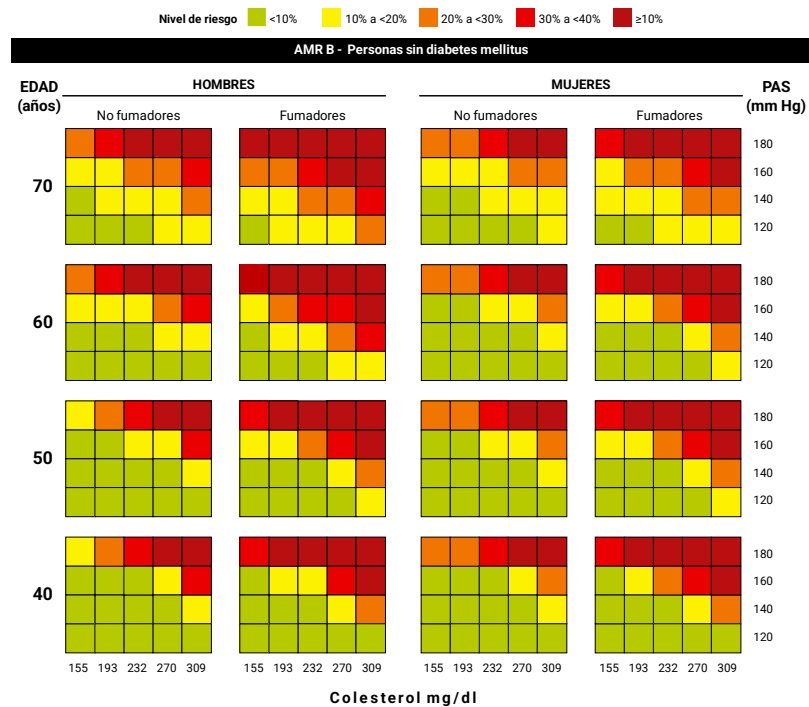


Fig .4

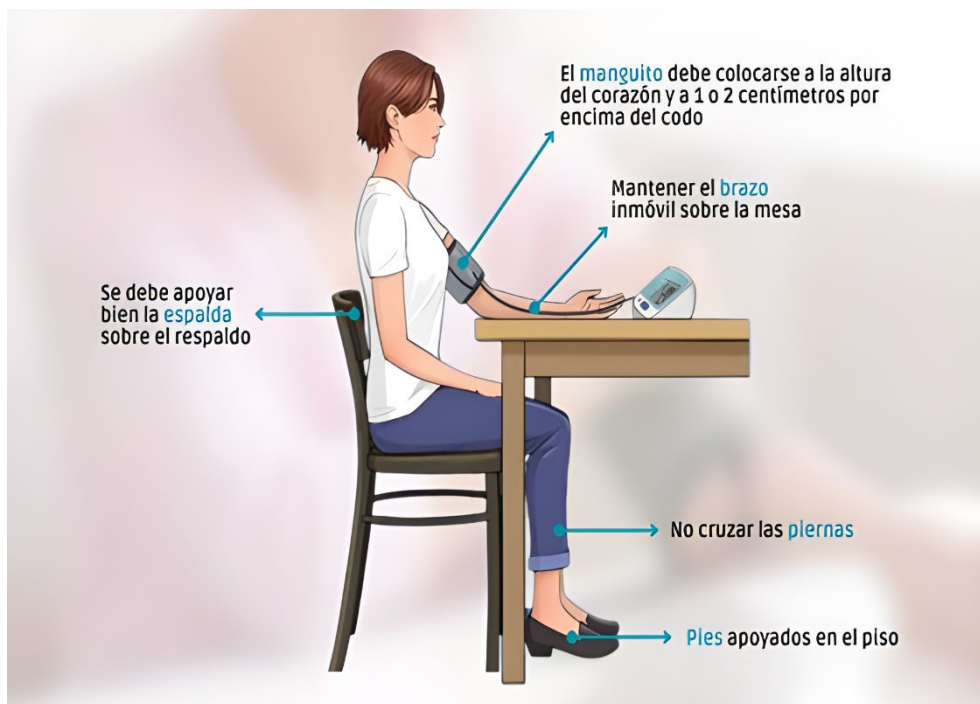


Fig.5

- ✓ Reposar sentado cinco minutos antes de realizar la toma.
- ✓ No realizar ejercicio físico antes de realizar la toma.
- ✓ No consumir alcohol, café o tabaco en la media hora anterior.
- ✓ Medir la presión arterial en un lugar tranquilo y libre de ruidos.
- ✓ Tener la vejiga vacía previo a la toma de presión.
- ✓ Permanecer quieto y no hablar mientras se realiza la medición.

Fig.6

- 5) El **médico** refuerza la consejería de acuerdo a las cifras de TA más los antecedentes del paciente calcular el riesgo, **evaluar causas de HTA secundaria y de acuerdo a ello instaurar el tratamiento y estudios complementarios necesarios. Y registro en HC.**

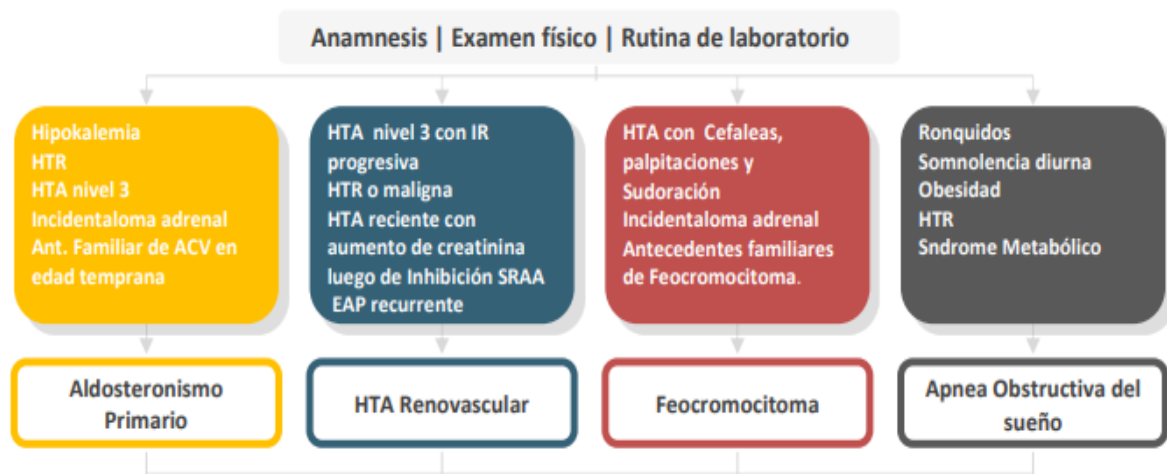


fig.7

> Hipertensión Arterial

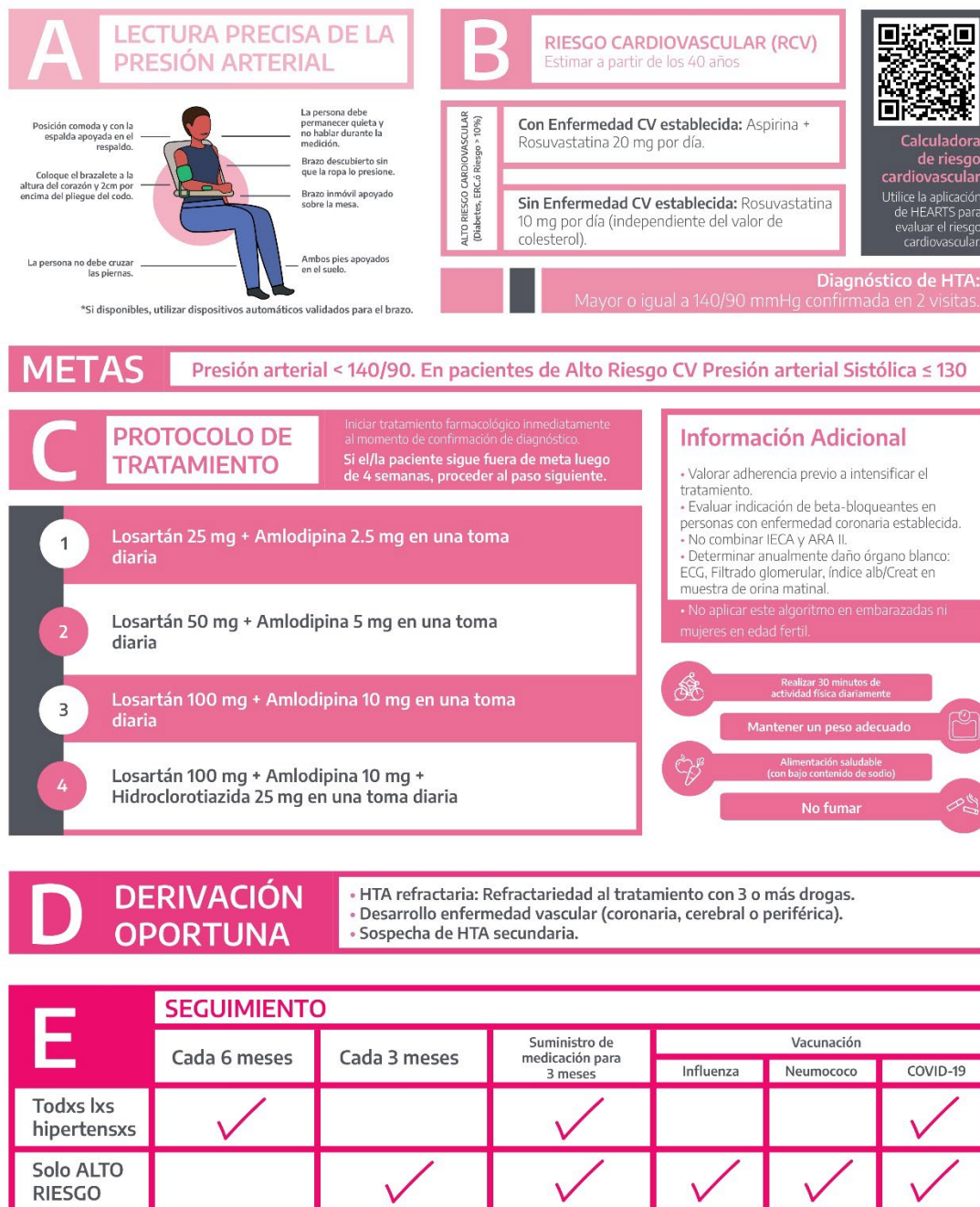


Fig. 8

Si el paciente con reciente diagnóstico permanece fuera de meta luego de 4 semanas, proceder al paso siguiente

Losartán 25 mg: Amlodipina 25 mg en una toma diaria

Losartán 50 mg + Amlodipina 5 mg en una toma diaria

Losartán 100 mg + Amlodipina 10 mg en una toma diaria

Losartán 100 mg + Amlodipina 10 mg + Hidrociorotiazida 25 mg en una toma diaria

(Valorar adherencia previa a intensificar el tratamiento).

- INFORMACIÓN ADICIONAL

- Quedan fuera de este protocolo la mujer gestante, en la que está amamantando y evaluar en paciente en edad fértil junto con la misma)

- Evaluar indicación de beta bloqueantes en personas con enfermedad coronaria establecida

- No combinar IECA y ARA II

- Determinar anualmente daño órgano blanco: (fig. 9) extraído consenso argentino de HTA 2018

Tabla 12. Estratificación del riesgo cardiovascular global

Factores de riesgo adicionales	PA límitrofe PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg	Nivel 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg	Nivel 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg	Nivel 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg
Sin factores de riesgo	Riesgo promedio	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
1-2 factores de riesgo adicionales	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Moderado riesgo	Muy alto riesgo
3 factores de riesgo DOB – asintomático - DM	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Condición clínica asociada	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo

Fig.9

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DETERMINAR DAÑO DE ÓRGANOS BLANCOS.

ELECTROCARDIOGRAMA

- Electrocardiograma (Clase I, Nivel de evidencia A)

Nos ayuda en la detección de hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular (FA), signos de cardiopatía isquémica previa.

Encontramos en todos los centros primarios, y hospitales.

LABORATORIO:

Todo paciente hipertenso debe ser sometido a los siguientes estudios de laboratorio iniciales: • Hemograma completo • Glucemia en ayunas • Colesterol total (Col-t) • HDL-c • LDL-c • Triglicéridos (TG) • Uricemia • Creatinina plasmática • Cálculo de filtrado glomerular (CKD/EPI o MDRD) • Ionograma plasmático • Orina completa con sedimento urinario.

De ser necesario por antecedente o sospecha Insulinemia HOMA, TSH T4, proteinuria, más los laboratorios específicos para descartar HTA secundaria.

Pudiendo realizarse en todos los centros de salud extracción, pero con laboratorio físico Faldeo Antártida, Ofelia Bazán y San Vicente.

SOLICITAR A CENTROS QUE CUENTEN CON ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

(CAPS Faldeo Sur, Hospital e Vera Barros, Hospital de Virgen de Fátima).

- **ECOCARDIOGRAFÍA BIDIMENSIONAL** (Clase IIa, Nivel de evidencia A)

Al inicio si hay factibilidad con un control anual, para valorar cavidades cardíacas Hipertrofia ventricular izquierda, crecimiento auricular izquierdo, fey, TSMR, etc.

- **ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO** y de miembros inferiores si hay posibilidad para cuantificar el área aterosclerótica. Al inicio y una por año.
- **MAPA en casos seleccionados**, para evaluar hipertensión oculta, hipertensión de guardapolvo blanco, valorar la presión de pulso y el comportamiento nocturno.

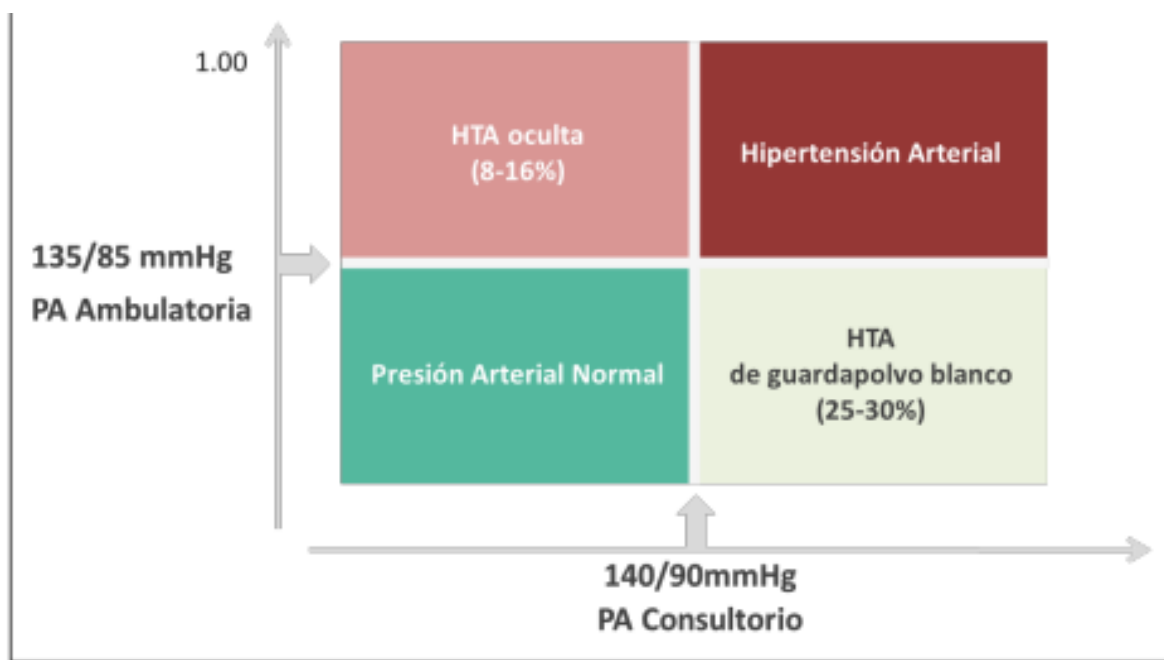


fig.10

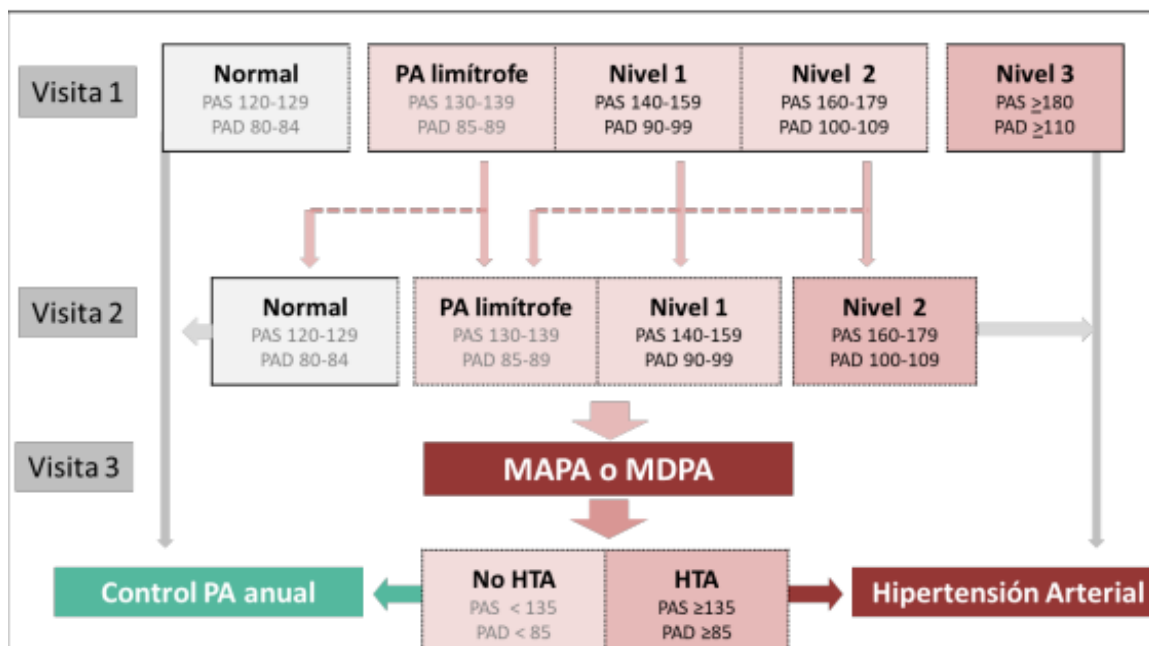


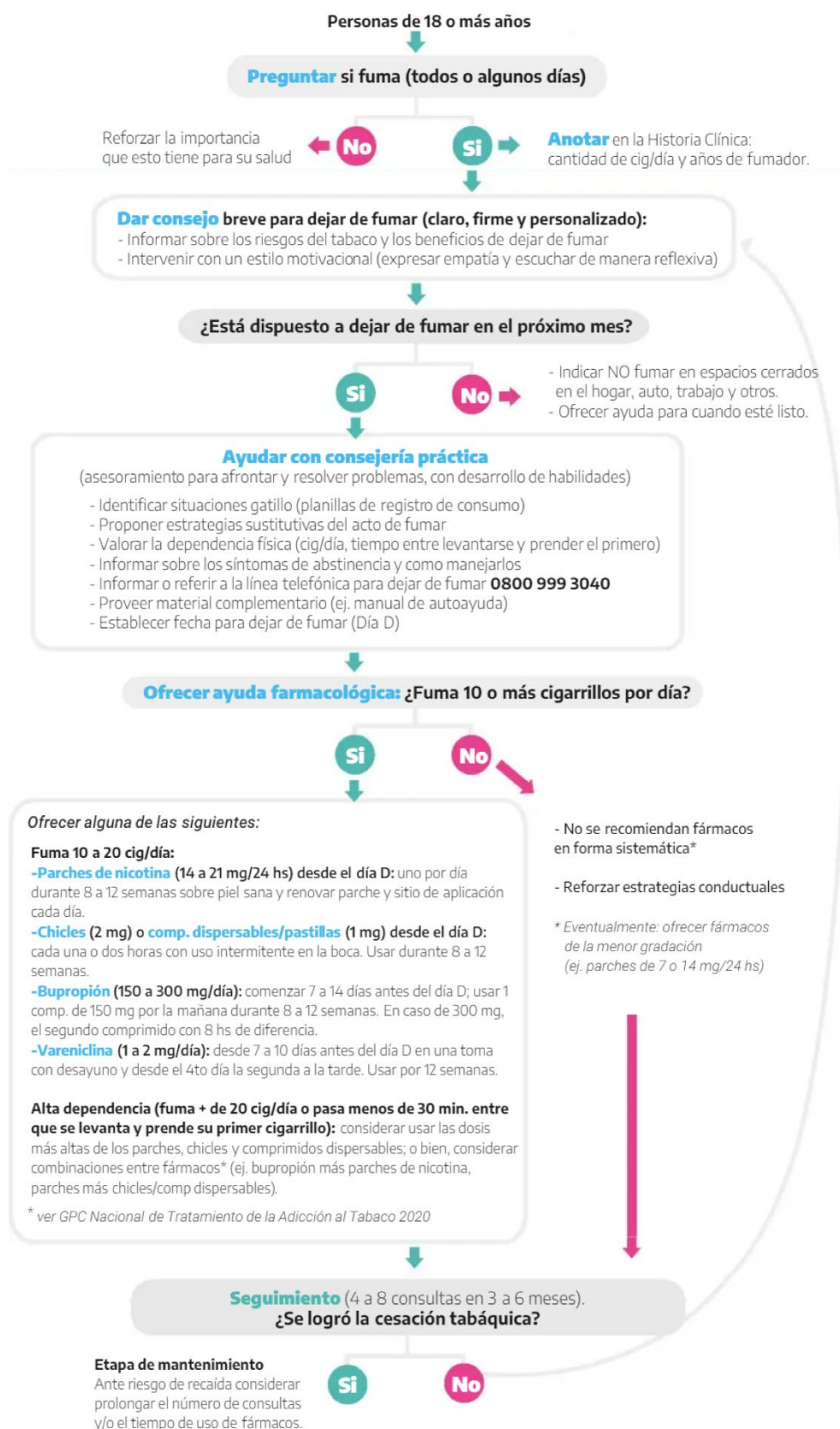
fig. 11

CONSEJERÍA Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN TODOS LOS PACIENTES

CESACIÓN TABAQUICA:

Todos caps pero fundamentalmente Ofelia Bazán ,20 de Mayo Islas Malvinas, La Cañada, Faldeo Benjamín Rincón Jardín residencial, libertador, Virgen de los Cerros San Pio varios de ellos mañana y tarde.

Ruta de cesación tabáquica. Fig.12



ACTIVIDAD FÍSICA EN HTA

En personas con HTA (preferentemente controlada) de 18 años o más, se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, (preferentemente en sesiones no menores a 30 minutos), como parte del tratamiento integral de la HTA, para reducir valores de presión arterial, peso corporal, riesgo de desarrollar diabetes mellitus y mortalidad cardiovascular y total.

- En personas con HTA mal controlada, con valores que no superen los 160 mmHg de PAS o 100 mmHg de PAD, la realización de actividad física (AF) leve a moderada no se asociaría a incremento de complicaciones.
- En los individuos con cifras muy elevadas de PA no parece seguro prescribir AF de moderada a elevada intensidad, ya que es probable que durante el esfuerzo la PA se eleve aún más, con el riesgo potencial de complicaciones. En estos casos, resulta razonable posponer su inicio.
- Hay que considerar que no existe consenso universal sobre el “punto de corte” a partir del cual es segura la práctica de AF.
- La AF es un elemento de gran valor para descender la PA, llegando incluso a lograr descensos similares a los obtenidos con un solo fármaco. Por lo tanto, se debe evitar el retraso innecesario de esta práctica.
- En quienes deseen realizar AF vigorosa y no presentan PA controlada, podría ser razonable diferirla hasta alcanzar valores más cercanos a su meta.
- El beneficio del efecto hipotensor de la AF es independiente del tratamiento farmacológico o dietético, y se ve potenciado por estos.
- El descenso de la PA obtenido con la AF no parece depender de la edad, el sexo, el origen racial ni el peso de las personas.
- Algunas condiciones o situaciones acentúan el descenso de PA obtenido con la AF como: la intensidad moderada a vigorosa, un descenso concomitante de peso mayor a 4 kilogramos, o realizar ejercicio supervisado. Esto última mejora, además, la adherencia a esta práctica.

Recomendación Fuerte / Evidencia Moderada – Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) 2019.

Para optimizar los resultados y reducir complicaciones, es recomendable realizar Actividad Física de manera supervisada o con el asesoramiento previo de los profesionales correspondientes en los Centros de Salud (Lic. en Kinesiología - Prof. de Educación Física)

Para mayor información consultar:

- Algoritmo de Prescripción de AF en el Primer Nivel de Atención para personas de 18 años o más.
- Guía de Actividad Física y Salud: recomendaciones para equipos del Primer Nivel de Atención en la provincia de La Rioja’.

ALIMENTACION PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HTA

Se recomienda a toda la población un plan de alimentación saludable reducido en sal (5 gramos de sal, que equivale a 2000 mg de sodio por día) para reducir el riesgo de desarrollar HTA y eventos cardiovasculares. Existe una relación directa entre el elevado consumo de sodio y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La disminución de la ingesta diaria de sal de 10 a 5 g/día reduce los eventos cardiovasculares (24% los accidentes cerebro vasculares (ACV) y un 18% la enfermedad coronaria (EC).

→ La mayor parte de la población mundial consume entre 3,0 y 6,0 g de sodio por día (7,5 a 15,0 gramos de sal por día).

→ Los estudios que relacionan la ingesta de sodio con los niveles de PA proceden de variadas fuentes: observaciones clínicas, experimentos con animales, investigaciones epidemiológicas ensayos dietéticos, estudios transversales entre otros. La disminución de la ingesta de sal muy probablemente reduzca la PAS y la PAD en la población general con relación dosis-respuesta. Donde la reducción a 2,30 g de sodio por día se asoció con una reducción de PA de -3,82 mmHg.

→ La sal modifica el sabor de los alimentos, incrementando su palatabilidad en algunos casos, ya que puede cambiar la percepción de otros sabores. También afecta la textura de los alimentos, debido a que el sodio, actúa sobre la capacidad de retención de agua de las proteínas de los mismos o, por ejemplo, favorece el desarrollo del gluten en amasados.

→ El sodio (que representa el 40 % del cloruro de sodio o sal de mesa) se encuentra dentro de la categoría de nutriente crítico junto con los azúcares y las grasas. Se estima que el consumo diario de sal en el país supera los 10 g (alrededor de 4000 mg de sodio), duplicando la recomendación actual.

→ Aproximadamente dos tercios del consumo diario de sodio, se incorpora oculto en alimentos industrializados o envasados y el tercio restante se incorpora con el agregado de sal de mesa. Por ello, las intervenciones educativas individuales son necesarias, pero no suficientes, si no se implementan medidas poblacionales, que exceden el alcance de la presente guía, pero que son complementarias y fundamentales, como la implementación de la Ley Nacional Nº 26.905/13, o a través del establecimiento de un sistema de etiquetado frontal que advierta sobre el alto contenido de sodio de los alimentos, o a través del desarrollo de campañas de concientización entre otras.

→ A nivel individual, es importante favorecer la identificación de los riesgos para la salud del consumo excesivo de sodio, ya que, reducir la ingesta diaria de sodio reporta beneficios para la población general (no solo para las personas con hipertensión) incluidos niños, niñas y adolescentes.

→ Se debe evitar la incorporación temprana de sal en los niños y niñas y limitándola en el ámbito familiar, aumenta la probabilidad de no elegirla en el futuro. Para esto es necesario elegir preferentemente alimentos frescos o mínimamente procesados. Por otro lado, la disminución paulatina del consumo de sal y su reemplazo por condimentos naturales, aromáticos, etc. facilitan el cambio de hábito. Recomendación Fuerte / Evidencia Moderada

– Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) 2019

⌘ EL PLAN DE ALIMENTACION PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HTA, DEBE SER CONFECCIONADO POR UN PROFESIONAL LIC. EN NUTRICION.

⌘ SE RECOMIENDA A LOS LIC EN NUTRICION REALIZAR TALLERES PARA LA PROMOCION DE PAUTAS DE ALIMENTACION SALUDABLE Y PREVENCION DE ECNT.

⌘ SE RECOMIENDA A LOS AGENTES DE SALUD CONSULTAR LA “GUIA PRACTICA MENOS SAL MAS SALUD”

https://drive.google.com/file/d/16_TQ4Y8pTYos4aH8YtrCmD0Q76IEYvL/view?usp=drivesdk

Programa Provincial Menos Sal Mas Salud Coordinación de Nutrición Ministerio de Salud de La Rioja

Ministerio de Salud de La Rioja 2023, Programa Provincial de Lucha contra el Sedentarismo.

Coordinación de Nutrición Ministerio de Salud de La Rioja.

NODOS						
	CAPS	LIC. EN NUTRICIÓN	HORARIOS	PROF. ACTIVIDAD FÍSICA	HORARIOS	COORDINADORES CAPS.
NODO 1	El Libertador	Alicia Garutti	Lunes a viernes de 8:00 a 12:30hs	Prof. Juan Vara Molina	Miércoles y viernes 9:30 a 10:30hs	Lic. Eliana tejada
	Puerta de la Quebrada	María Inés Cuello	Lunes, miércoles jueves y viernes de 8:30 a 12:0hs Martes: 16 a 19:00hs.	Prof. Diego Gonzales	Miércoles 11:00a 12:00hs	Dra. Eva cuello
	Ramón Carrillo	Micaela Bersezio Karina Monte de Oca	Jueves y Viernes de 8:00 a 12:00hs	-	-	Dra. Gallo Mercedes
	San Pio I	Lía Vergara	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs.	Prof. Federico Flores	Martes y jueves 8 a 10:00hs	Lic. Silvana Ortiz
	San Pio III	Mara Bazán	Martes y jueves de 8:00 a 12:00hs	Prof. Federico Flores	Martes y jueves 10 a 12 hs	María cristina cierra
NODO 2	San Vicente	Silvana Gómez Luna	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs Martes y jueves 15:00 a 18:00hs	Prof. Valeria castro	Lunes, miércoles de 15 a 19hs y viernes de 8 a 12 am	Dra. Jimena Beate
	Yacampis	Gabriela Antuña	Lunes, miércoles y viernes de 8:00 a 12:00 hs	Prof. Jonathan Antunez	Miércoles 10:30hs	Dra. Luciana Romero Lozano
	San José	Valeria Endrizzi	Lunes miércoles y viernes de 8:00 a 12:00hs Martes y jueves de 12:00 a 16:00hs	Prof. Jonathan Antunez	Lunes, miércoles y viernes de 9:00 a 10:00hs	Dra. Selemé María Lucía
	San Pio II	Natalia Parra	Lunes a viernes de 08:00 a 13:00hs	Prof. Juan Varas Molina	Jueves 15:00 a 16:00hs	Andrea Mercado
	San Martin	Vivian Páez	Martes y jueves de 14:00 a 18:00 hs	-	-	Lic. Sonia Carrizo Noriega
NODO 3	Antártida Argentina	Battistone Alejandro Eugenia casado	Lunes, martes y jueves de 8:00 a 12:00hs Martes, miércoles y jueves de 14:00 a 16:00hs.	Prof. Juan Varas Molina	Martes, miércoles y viernes 8 a 9hs	Dra. Lourdes Vidal
	Virgen de los Cerros	Carolina Flores	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs	Prof. Jonathan Antunez	Martes y jueves 10:00 a 11:00hs	Dr. Patricia Martínez
	Jardín Residencial	Salma mercedes Vero Bonano	Lunes, miércoles y jueves de 15 a 19:00 hs Lunes a viernes 8 a 12hs	Prof. Diego Gonzales	Martes y jueves 8:00 a 10:00 hs	Lic. Fanny Girbau
	20 de Mayo	Florencia Capdevilla	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs	Prof. Jonathan Antunez	Martes y jueves 08:30 a 9:30hs	Dr. Laura Montoya
NODO 4	Ofelia Bazán de Lozada	Carrizo Mirian Salma mercedes	Lunes, miércoles y jueves de 9:00 a 13:00hs. Martes y viernes de 08:30 a 13:00 hs	Prof. Diego Gonzales	Lunes, miércoles y viernes 9:30 a 10:30hs	Dra. Luciana Leiva
	Islas Malvinas	Rosa Olivera	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs	Prof. Jessica vivas	Lunes, miércoles y viernes 10:00 a 13:00hs	Dr. Rosita Troncoso
	Eva Perón	Micaela Bersezio	Lunes y martes de 9:30 a 13:30hs Miércoles de 14 a 18hs	Prof. Diego Gonzales	Lunes y Miércoles 8:00 a 9:00hs	Dr. Diego Morales
	Nancy Gallego	Noelia Romero Elisa Matus	Lunes a viernes de 08:00 a 12:00hs Lunes y jueves de 08:00 a 12:30hs	Prof. Adrián Rizzonelli	Lunes, miércoles y viernes 10:30 a 12:30hs Miércoles 14:00 a 15:00hs	Dr. Bettina Reynoso
	Faldeo del Velazco Sur	Lucía González Elisa Matus	Lunes a viernes de 8:00 a 12:00hs Lunes a viernes de 14:00 a 18:00hs	Lic. Jessica Vivas	Lunes, miércoles y viernes 08:00 a 10hs	Dra. Zamara Marchi
NODO 5	José Simone	Abel Ávila	Lunes, miércoles y jueves de 8:00 A 12:00 hs. Martes y viernes: 15:00 a 19:00 hs.	Prof. Valeria Castro	Martes 8 a 12hs Jueves y viernes 15:00 a 19:00hs	Dr. Edgar Díaz Bazán
	La Cañada	Elena Córdoba	Lunes a viernes de 14:00 a 18:00hs	Prof. Adrián Rizzonelli	Miércoles y viernes 08:00 a 10hs	E.U María Lidia Lezcano
	Benito Montoya	Mara Bazán	Miércoles y viernes de 11:00 a 15:00hs	-	-	Dra. Eugenia cabo
	Benjamín Rincón	Romina Martin	Lunes a viernes 14:00 a 18:00hs	Prof. Federico Flores	Lunes y miércoles 9:00 A 10hs Centro Vecinal	Lic. Saro Dana

fig.13

CONTROL Y SEGUIMIENTO SEGÚN EL RIESGO DEL PACIENTE

Realizar el control y seguimiento del paciente acorde a su riesgo cardiovascular. Fig.14

Tabla 12. Estratificación del riesgo cardiovascular global

Factores de riesgo adicionales	PA limitrofe PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg	Nivel 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg	Nivel 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg	Nivel 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg
Sin factores de riesgo	Riesgo promedio	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
1-2 factores de riesgo adicionales	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Moderado riesgo	Muy alto riesgo
3 factores de riesgo DOB – asintomático - DM	Alto riesgo	Alto riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Condición clínica asociada	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo	Muy alto riesgo

Fig.14

Paciente de bajo riesgo cada 6 meses

Se sugiere control semestral una vez alcanzado el control óptimo de la TA y de los factores de riesgo, este constará de control de TA examen físico e interrogatorio y control de laboratorio antes mencionado y cualquier otro estudio que según criterio medico necesite en ese momento, así como si considera derivación al especialista.

Y como mínimo un control de salud en el cual conste de control de TA con técnica adecuada e interrogatorio por personal de la salud.

Se sugiere realizar una vez por año ecocardiograma doppler color, doppler de vasos de cuello, y electrocardiograma.

Se sugiere vacunación contra Covid 19.

Paciente de moderado y alto riesgo control cada 3 meses mínimos

Se sugiere control trimestral una vez alcanzado el control óptimo de la TA y de los factores de riesgo, este constará de control de TA examen físico e interrogatorio y control de laboratorio antes mencionado y cualquier otro estudio que según criterio medico necesite en ese momento, así como si considera derivación al especialista.

Al paciente sin evento agregar Rosuvastatina 10 mg, paciente con evento (IAM, arteriopatía, ACV etc.) con evento agregar Rosuvastatina 40 mg y Aspirina 100 mg.

Y como mínimo un control de salud en el cual conste de control de TA con técnica adecuada e interrogatorio por personal de la salud.

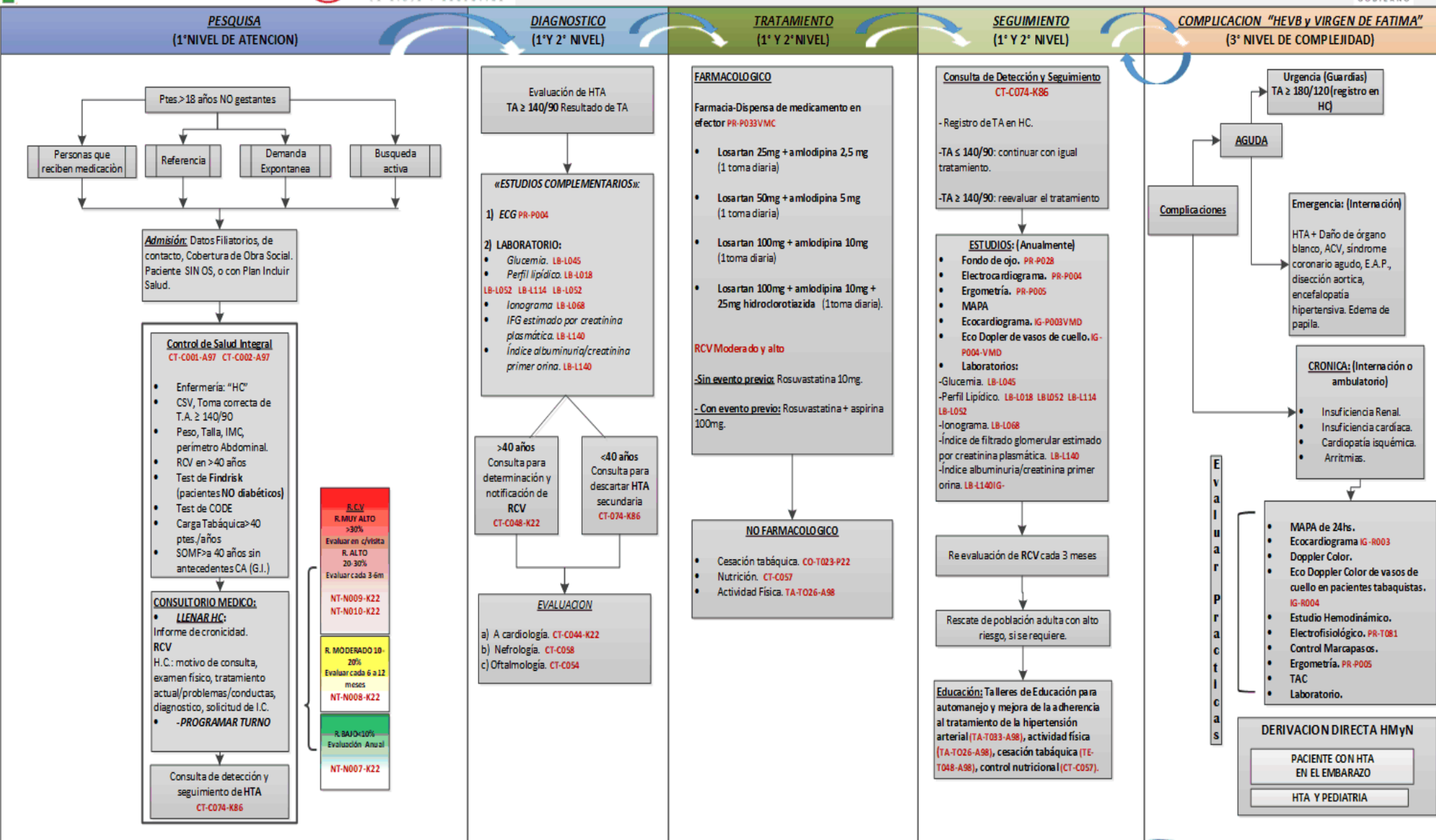
Se sugiere realizar una vez por año ecocardiograma doppler color, doppler de vasos de cuello, doppler de miembros inferiores. y electrocardiograma.

Fomentar la vacunación según el riesgo del paciente contra COVID 19, Gripe A y Neumococo.

RUTA DE SEGUIMIENTO DEL HIPERTENSO

Fig.14





REFERENCIA

CONTRAREFERENCIA

Indicadores de Objetivos Sanitarios:

5.5. Identificación de personas adultas y mayores con HTA a cargo del Área Programática.

5.7. Personas con RCV moderado y alto en el Área Programática.

5.6.1 Personas hipertensas que reciben tratamiento farmacológico.

5.6.3 Pacientes bajo tratamiento NO farmacológico.

5.7.3 Pacientes hipertensos con tratamiento con dos o mas drogas antihipertensivas.

5.4 Seguimiento de personas adultas mayores con HTA (con control anual).

5.8 Paciente con TA $\leq 140/90$ (seguimiento optimo).

II) ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

- Realización de capacitaciones dirigidas a los coordinadores de los centros primarios, referentes provinciales, municipales y equipos de salud, sobre la implementación del Plan Provincial de Prevención y Control de la HTA, a modo de capacitación de replicadores que puedan diseminar localmente los objetivos de las intervenciones.
- Presentación del algoritmo de la ruta del hipertenso.
- Charla con las sociedades científicas sobre emergencia hipertensiva.
- Taller de farmacología en HTA dirigida a médicos y enfermeros.
- Capacitaciones dirigidas puntualmente a los agentes sanitarios y basadas en materiales didácticos, simples, completos, refuerzo sobre la toma correcta de la TA y detección de factores de riesgos asociados.
- Charlas y/o talleres dirigidos a la comunidad a través de fechas como día mundial de la prevención de HTA 17 de mayo, día argentino de prevención en HTA 14/09, día mundial del corazón 30 de Setiembre y toda aquella efeméride en relación con el impacto de la HTA, así como de los factores de riesgos asociados.
- Talleres dirigidos a la comunidad sobre factores de riesgo.
- Jornada científica interinstitucionales sobre la temática de Hipertensión Arterial.
- Fomentar al personal de salud a que realicen los cursos que ofrecen Ministerio de Salud de la Nación y la OPS
- Publicidad a través de publicaciones con TIPS preventivos y promoviendo el control de la TA.

III) Provisión de medicamentos esenciales para el tratamiento de la HTA.

Es fundamental para el éxito del Plan garantizar la continua provisión de medicación antihipertensiva a los CAPS, asegurando la distribución de todos los grupos farmacológicos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, por el programa HEARTS así como los avalados por las Sociedades Científicas.

- LOGISTICA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS: Nomina de Vademécum unificada con REMEDIAR.
- Implementación de estrategias y herramientas para incrementar la adherencia. Se fomentará la reducción en el número de comprimidos y tomas, el uso de organizadores de píldoras, el seguimiento activo y la utilización de sistemas de recordatorios y turnos protegidos.

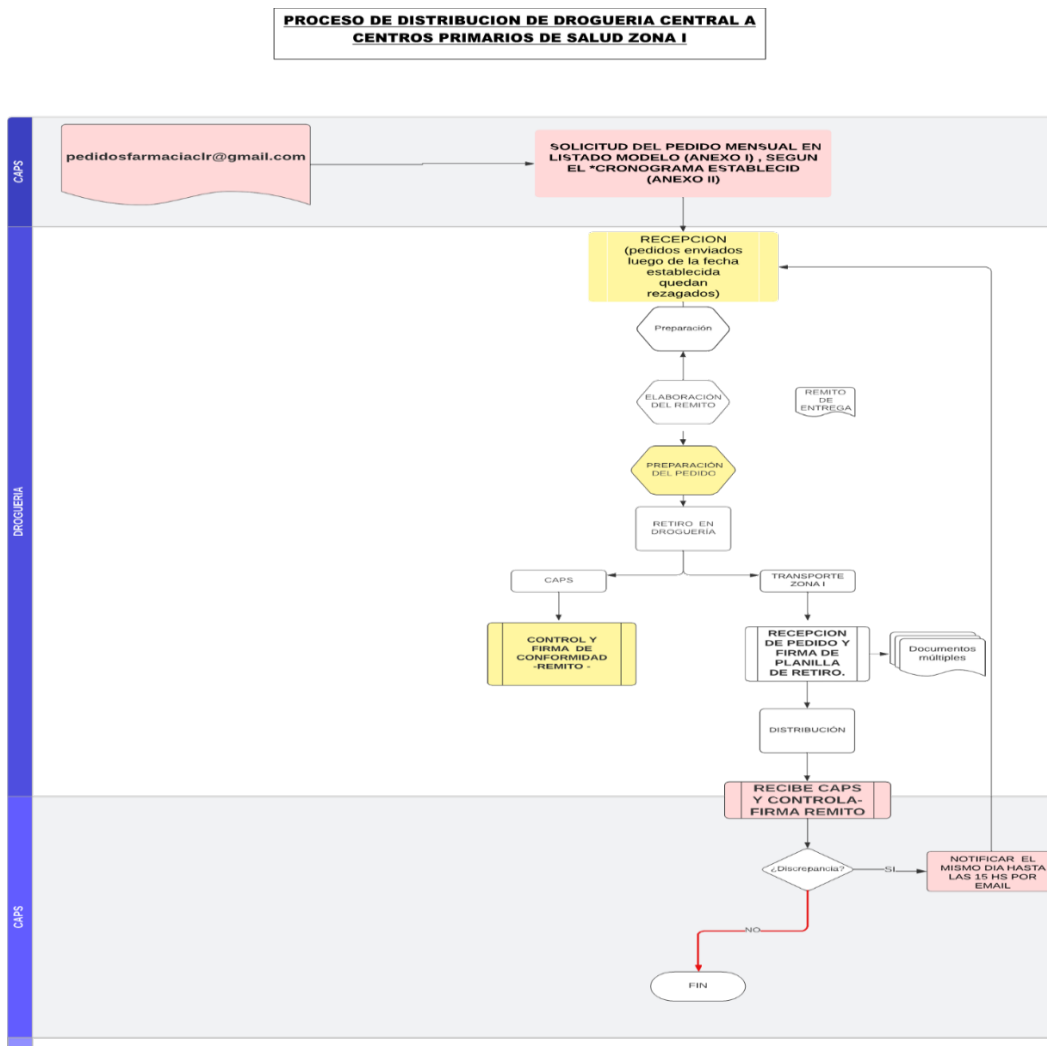


Fig.16

Solicitud de faltas:

- 1) Se envía hasta las 10:30 hs del día miércoles de cada semana la Planilla de faltantes (que no fueron solicitados en el mensual o por requerir mayor cantidad justificando el empleo. (Anexo III)
- 2) Estos faltantes se retiran a partir del día viernes.

Anexos de Farmacia

I. CRONOGRAMA MENSUAL 2023

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Miércoles: CAPS (Faldeo, Antártida, Ofelia Lozada, San Vicente, El Libertador)	Martes 9:00hs Nodo 2: San pío II, San Martín, San José Yacampois Jueves 9:00hs: Nodo 1: Ramón carrillo, Puerta de la quebrada, San Pío III, San Pío I, San José, Viernes: faltas(item)	Martes 9:00hs: Nodo 3: Jardín residencial, 20 de mayo. Virgen de los cerros Nodo 4: Eva Perón, Nancy gallegos, Islas Malvinas. Jueves 9:00hs: Nodo 5: José Simone, Benito Montoya, Benjamín Rincón, La cañada. Viernes: faltas(item)	REZAGADOS

fig.17

II. Nuevo Listado de droguería formato Excel enviado por emails a los CAPS. (DIA 30/11/2023)

III.

FECHA:				FECHA QUE ENVIA LA FALTA
ZONA SANITARIA:				NOMBRE DEL CAPS, HOSPITAL, LABOTARIO, ETC. SEGÚN CORRESPONDA.
EFECTOR:				
RESPONSABLE:				PERSONA A CARGO
MOTIVO DE LA SOLICITUD:				FALTAS
CANTIDAD DE DIAS A CUBRIR:				
Item	Cantidad	Unidad	Descripción	DEBE INDICAR LA MEDICACION O DESCARTABLES, DE ACUERDO A SU NECESIDAD.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Fig.18

IV. Referencias:

- Ley Nº 17132. Arte de curar ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración.
- Ley Nº 17565. Farmacias. Actualizase la reglamentación sobre su ejercicio.
- Ley Nº 17818. Estupefacientes, normas para su importación, fabricación, fraccionamiento, Circulación y expendio.
- Ley Nº 19303. Drogas, preparados y especialidades farmacéuticas consideradas psicotrópicos. Normas para su importación, exportación, fabricación, fraccionamiento, circulación, expendio y uso.

V. Datos de Receta obligatorios para dispensa por farmacia central:

- Membrete del Establecimiento (consultorio, CAPS, Hospital)
- DATOS DEL PACIENTE COMPLETOS (nombre y apellido, D.N.I, edad)
- MEDICACION PRESCRIPTA (principio activo, concentración, forma farmacéutica cantidad requerida)
- DIAGNOSTICO
- FECHA ACTUALIZADA.
- DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR (firma, sello c/matricula).

OBSERVACIONES PARA AGREGAR A LA INDICACIONES:

- PSICOFARMACOS (únicamente receta Oficial – solicitar en fiscalización, POR DUPLICADO-comunicar en caso de faltas)
- INSULINAS: (únicamente con dosis diaria UI)
- ANTIBIOTICOS: (BAJO RECETA ARCHIVADA-CON DIANOSTICO)

IV SUPERVISION, MONITOREO, EVALUACIÓN

Se realizará evaluación y monitoreo de manera cuatrimestral realizándolo a través de las herramientas de autoevaluación de los objetivos sanitarios Fig.16, trabajados en conjunto con sumar más y el área de análisis de la información, con supervisión periódica a los centros primarios, haciendo hincapié en la utilización de las herramientas de autoevaluación Fig. 17-18-19.

4-SEGUIMIENTO DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES CON HTA	30.00%		5.1.4.1	El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención, paciente en seguimiento
			5.1.4.2	Paciente bajo tratamiento: a) farmacológico b) no farmacológico
			5.1.4.3	Paciente con tratamiento óptimo: valor menor de 140/90
1-IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES CON HTA A CARGO DEL ÁRS	34.00%		5.1.5.1	El centro de salud tiene un registro de personas con HTA.
			5.1.5.2	El centro de salud del PNA realiza búsqueda activa de usuarios/as con HTA (ej.: el agente sanitario utiliza un tensiómetro oscilométrico validado en las rondas sanitarias, priorizando la toma de presión arterial a la población de 40 años y más) y recaptación de personas con HTA que discontinuaron el tratamiento
			5.1.5.3	El centro de salud cuenta con 50% de agentes sanitarios y enfermeros certificados en toma correcta de la tensión arterial.
3-PROPORCIÓN DE PERSONAS HIPERTENSAS QUE RECIBEN TTO. FARMACOLÓGICO			5.1.6.1	El centro de salud realiza al menos una medición anual de indicadores de proceso de la atención (por ejemplo: Cantidad de persona HTA con TTO farmacológico)
			5.1.6.2	El centro de salud monitorea pacientes hipertensos con tratamiento continuo mayor a 140/90
			5.1.6.3	El centro de salud monitorea la cantidad de pacientes hipertensos con TTO de dosis más drogas antihipertensivas
2-PERSONAS CON RCVG EN EL ARS	30.00%		5.1.7.1	El centro de salud promueve el uso de /utiliza ruta asistencial y guías de práctica clínica o protocolos desarrollados por la DNPSyCECNT para la prevención cardiovascular basada en enfoque de
			5.1.7.2	El centro de salud tiene un registro de personas con
			5.1.7.3	El centro de salud realiza al menos una medición anual de

Fig.18



Fig.19

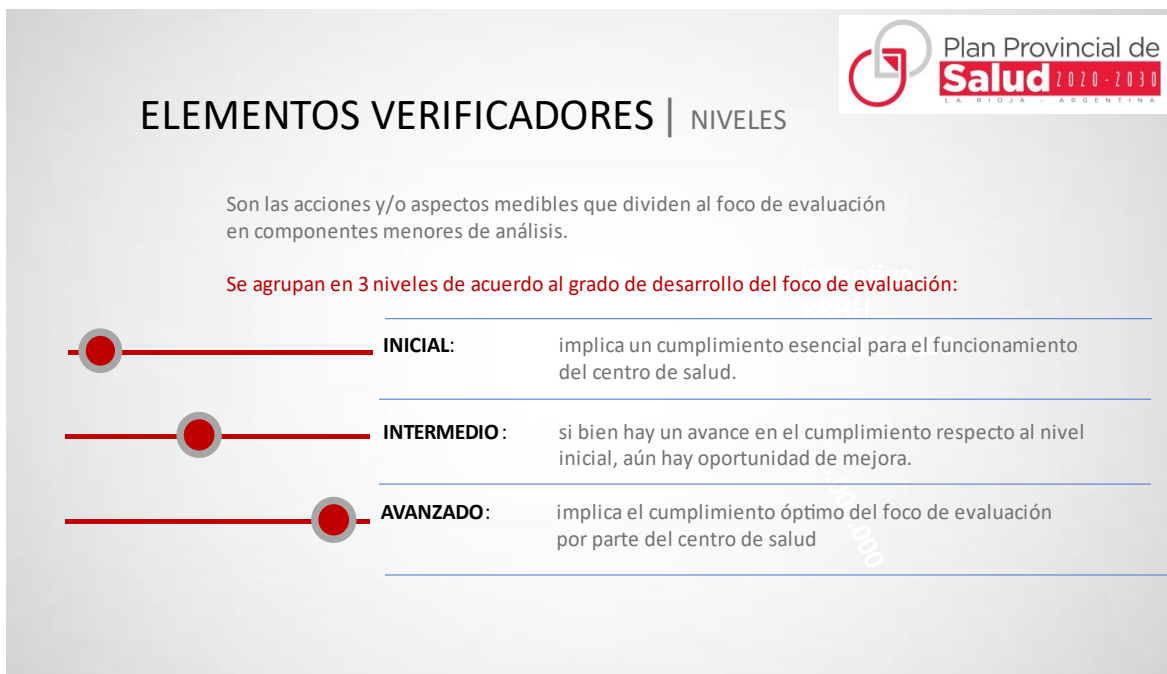


Fig .20



Fig.21

Dra. Tripolone Marcela

Dra. Galleguillo Irene

Lic. Soria Matías

Lic. Almonacid Ana