En 2019, la **Iniciativa HEARTS** ha sido galardonada con el

Premio a la Excelencia Organizacional en Prevención y Control de la Hipertensión

Liga Mundial de la Hipertensión

En 2021, la **Iniciativa HEARTS** ha sido galardonada con el

Premio de Promoción de la Salud Cardiovascular

Federación Mundial del Corazón

HEARTS EN LAS AMÉRICAS

Mejora de la calidad para centros de atención primaria de salud

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

HEARTS EN LAS AMÉRICAS

HEARTS EN LAS AMÉRICAS

Mejora de la calidad para centros de atención primaria de salud

Washington, D.C., 2024

OPS Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

HEARTS EN LAS AMÉRICAS

HEARTS en las Américas: Mejora de la calidad para centros de atención primaria de salud

OPS/NMH/NV/23-0042

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Autoría y agradecimientos v

Abreviaciones vi

HEARTS en las Américas por mejor atención para las ENT en la APS vii

Introducción 1

Objetivos de calidad 1

Propósito 1

1. Herramientas clínicas esenciales para la mejora de la calidad 2

1.1 HEARTS en las Américas. Un nuevo paradigma en prevención cardiovascular 3

1.2 La cascada de tratamiento de la hipertensión. Cerrando la brecha de cuidados 4

1.3 Guía para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. OMS 2021 6

1.4 Intervenciones clave para el manejo del riesgo cardiovascular 7

1.5 La Vía Clínica de HEARTS en las Américas 8

1.6 Recursos de capacitación y entrenamiento 9

1.7 Sistema de monitoreo y evaluación para la mejora de la calidad 10

2. Componentes programáticos para la mejora de la calidad 11

2.1 Atributos para establecer un programa exitoso de control de la hipertensión con base poblacional 12

2.2 El modelo ampliado de atención a las enfermedades crónicas 13

2.3 ¿Cómo mejorar la calidad a nivel del centro de atención primaria de salud? 14

2.4 Formación del comité de calidad del centro de salud 15

3. El ciclo de mejora continua de la calidad 16

3.1 Paso 1. Planificación

3.1.1. Visión, compromiso y mandato 17

3.1.2. Análisis de la situación 18

3.1.3. Línea de base del índice de madurez de HEARTS 19

3.2 Paso 2. Implementación 22

3.3 Paso 3. Monitoreo y evaluación 23

3.4 Paso 4. Sistematización de los cambios 24

4. La auditoría de la calidad 25

4.1 Bases conceptuales de la auditoría de la calidad de HEARTS en las Américas 26

4.2 Recomendaciones prácticas 27

Autoría y agradecimientos

Este documento fue preparado por Ángelo Gamarra y Andrés Rosende, consultores internacionales de la OPS para la Iniciativa HEARTS en las Américas, bajo la coordinación técnica de Pedro Orduñez, asesor regional en enfermedades crónicas de la OPS. Además, contó con la colaboración del equipo regional de HEARTS en las Américas: Cintia Lombardi, Natalia Parra, Yenny Rodríguez y Libardo Rodríguez. Asimismo, contribuyeron a su revisión crítica: Matías Villatoro (Ministerio de Salud de El Salvador), Eric Zúñiga (Servicio de Salud Antofagasta, Chile), Jonás Gonseth-García (asesor de Calidad de los Sistemas y Servicios de Salud, OPS y Blanca Peñaloza (consultora internacional de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud/Atención Primaria de Salud, OPS).

Abreviaciones

APS	atención primaria de salud
ARA	antagonista de receptores de angiotensina
BCC	bloqueante de canales de calcio
CDF	combinación en dosis fijas
CV	cardiovascular
DMPA	dispositivo de medición de la presión arterial
ECV	enfermedad cardiovascular
ENT	enfermedades no transmisibles
HTA	hipertensión arterial
IECA	inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
MCC	modelo de cuidados crónicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	presión arterial
PAS	presión arterial sistólica
PDSA	Planificar-Implementar-Evaluar-Sistematizar (por sus siglas en inglés)
RISS	red integrada de prestación de servicios de salud
TZ	tiazida

HEARTS en las Américas por mejor atención para las ENT en la APS

HEARTS en las Américas es un marco operacional que contribuirá para incrementar el acceso equitativo del manejo integral de las enfermedades no transmisibles [ENT] en la atención primaria, bajo la nueva iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Mejor atención para las ENT: acelerar acciones en la atención primaria de salud”.

Mejor atención para las ENT
Acelerar acciones en la atención primaria de salud

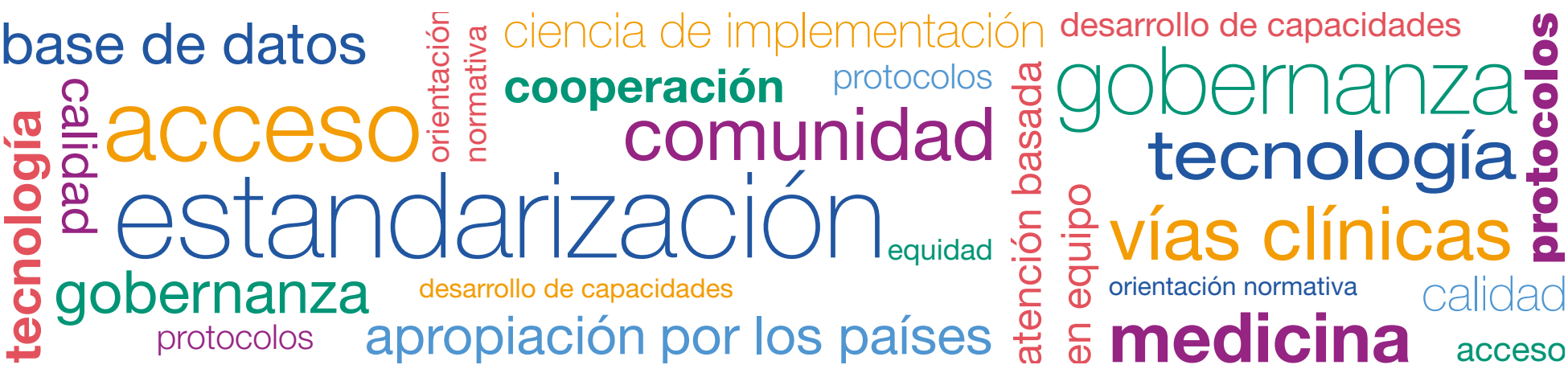
Expandiendo el acceso equitativo a servicios integrales de ENT en atención primaria de salud mediante:

- Fortalecimiento de la capacidad de las autoridades sanitarias para planificar e implementar este abordaje.
- Incremento de la capacidad de los servicios de salud para proveer estrategias integrales y de calidad respecto del cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Fortalecimiento de la recolección de datos y el monitoreo.

Abordaje multidisciplinario enfocado en seis áreas estratégicas

ECV: enfermedad cardiovascular; ENT: enfermedades no transmisibles; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

HEARTS en las Américas
Una plataforma para expandir servicios integrales para ENT



Introducción

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad y morbilidad en la Región de las Américas, y la hipertensión es el principal factor de riesgo para estas enfermedades. Pese a los notables avances logrados en las últimas décadas, se ha observado que la tendencia de descenso en la mortalidad por estas enfermedades se ha desacelerado en la mayoría de los países e incluso ha comenzado a aumentar en un grupo de ellos. Este fenómeno pone en riesgo el objetivo de reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no trasmisibles de un 30% para el 2030, un compromiso asumido por todos los países de la Región (*1*).

Existe una fuerte asociación entre el nivel de control poblacional de la hipertensión arterial y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Los países con mayores niveles de control poblacional de la hipertensión arterial han logrado mayores reducciones de la mortalidad por estas enfermedades. En las Américas, por cada aumento del 1% en el nivel de control de la hipertensión arterial en la población, se estima una reducción del 2,9% en las muertes por cardiopatía isquémica, equivalente a 25 639 muertes evitables (2,5 muertes por 100 000 habitantes), y de 2,37% en las muertes por accidente cerebrovascular por 100 000 habitantes, equivalente a 9650 muertes evitables (una muerte por 100 000 habitantes). De hecho, si América Latina y el Caribe aumentara el nivel de control poblacional de la hipertensión arterial del 28,7% al 50% se podrían ahorrar alrededor de 459 000 muertes (331 000 por enfermedad isquémica del corazón y 128 000 por enfermedad cerebrovascular) (*2*).

El enlentecimiento en el descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las Américas, unido a los niveles subóptimos del control de la hipertensión arterial en la población, sugiere que el modelo actual de servicios de salud está agotado y resulta imperioso un cambio de paradigma. En este contexto emerge la Iniciativa HEARTS en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una adaptación regional de la estrategia Global HEARTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS). HEARTS en las Américas será el modelo institucionalizado para el control de la hipertensión y el manejo integral del riesgo cardiovascular en toda la región para el 2025. Esta iniciativa, basada en la atención primaria de salud, es liderada por los ministerios de salud y apoyada técnicamente por la OPS. Actualmente se implementa en 33 países de la Región y busca desplegarse por completo en todo el sistema de salud de cada país (*3*).

HEARTS en las Américas no es un programa vertical, sino una iniciativa multicomponente basada en sólidas evidencias científicas, centrada en la gestión integral del riesgo cardiovascular y enfocada en la mejora continua de la calidad. Esta iniciativa pretende influir en la manera en que se brindan los servicios de salud, con el objetivo de cambiar la práctica clínica y de gestión y, consecuentemente, establecer un nuevo paradigma de cuidados que impacte positivamente en los indicadores sanitarios.

Objetivos de calidad

El programa de calidad de HEARTS en las Américas promueve la mejora de las condiciones estructurales de los servicios de salud, la implementación sistemática de un grupo clave de procesos clínicos y de gestión, conocidos como los impulsores para el control de la hipertensión, y el uso rutinario de un sistema de monitoreo y evaluación para medir el nivel de madurez de la implementación y el desempeño del programa en entornos de atención primaria de la salud. La implementación sistemática, incluido el monitoreo y la evaluación de los impulsores del control de la hipertensión, constituye el núcleo del programa de mejora de la calidad de HEARTS.

Propósito

Este documento resume los elementos fundamentales para la mejora de la calidad en los centros de atención primaria de salud, bajo la premisa de garantizar que las personas reciban una atención efectiva, eficiente, oportuna, equitativa, ética y basada en evidencias.

Confiamos en que este documento incentive y ayude a los equipos de atención primaria en su camino hacia la mejora continua de la calidad y de ese modo tenga un impacto positivo en la salud de las poblaciones a las que asisten.

1. Martínez R, Soliz P, Mujica O, Reveiz L, Campbell N, Ordúñez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: A population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. J Clin Hypertens (Greenwich). 2020 Aug;22(8):1296-1309. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jch.13922. ACCEDER

2. Martínez R, Soliz P, Campbell N, Lackland DT, Whelton PK, Ordúñez P. Asociación entre el control de la hipertensión poblacional y la cardiopatía isquémica y la mortalidad por accidente cerebrovascular en 36 países y territorios de las Américas, 1990–2019: un estudio ecológico. Rev Panam Salud Pública. 2022 Sep 16;46:e143. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.143. ACCEDER

3. Ordúñez P, Campbell N, Giraldo Arcila GP, Angell SY, Lombardi C, Brettler JW, et al. HEARTS en las Américas: innovaciones para mejorar el manejo de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2022 Jul 16;46:e96. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.96. ACCEDER

1. Herramientas clínicas esenciales para la mejora de la calidad

A continuación, se detallan las herramientas clínicas de HEARTS en las Américas, fundamentales para comprender e implementar el enfoque de mejora de la calidad. Cada una de estas herramientas proporciona información práctica, respaldada por sólida evidencia científica y orientada a los equipos de atención primaria de salud, que son los responsables finales de impulsar las mejoras en la calidad de atención.

1.1 HEARTS en las Américas. Un nuevo paradigma en prevención cardiovascular

La tendencia a la reducción de la mortalidad cardiovascular en la Región de las Américas se ha estancado e incluso revertido en muchos países. HEARTS en las Américas representa un cambio de paradigma en el abordaje integral de la prevención cardiovascular, con foco en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, principal factor de riesgo para estas enfermedades.

LA URGENCIA

En las Américas, más personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa y la **HIPERTENSIÓN** es su principal factor de riesgo.

LA OPORTUNIDAD

1% control de la **HIPERTENSIÓN** a nivel poblacional

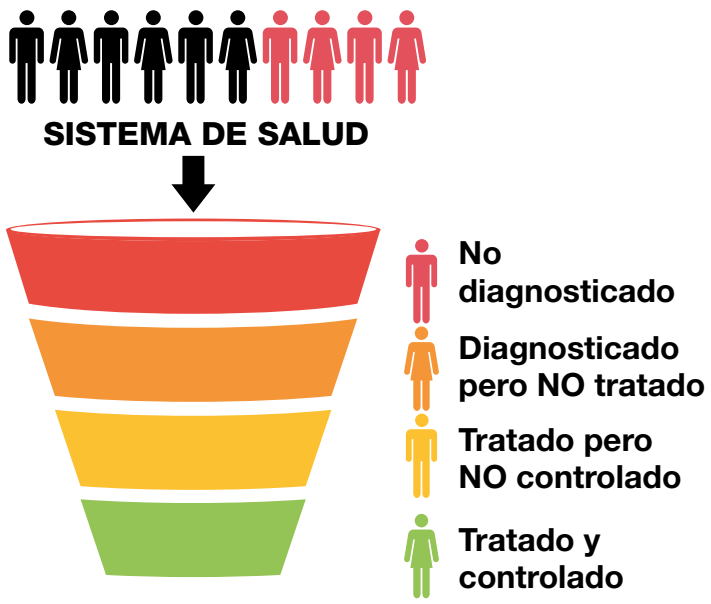
=

2,9% **MORTALIDAD** por **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

2,4% **MORTALIDAD** por **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**

EL PROBLEMA

4 de cada **10** adultos tiene **HIPERTENSIÓN (PA ≥140/90)**

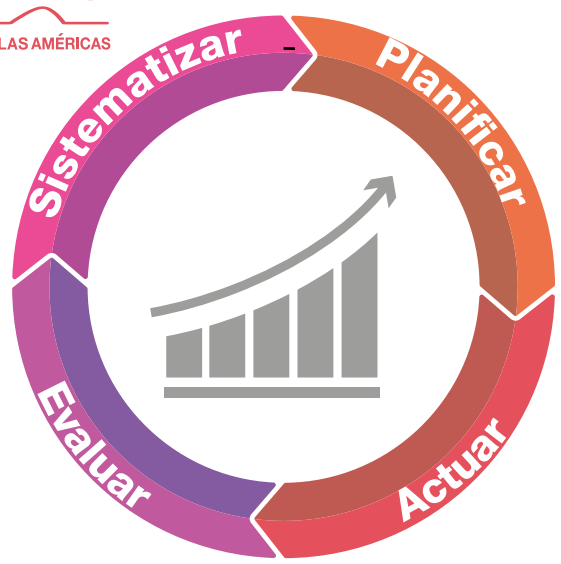


Brechas de ACCESO y CALIDAD

- ✖ Diagnóstico inadecuado, no estandarizado y con manómetros no validados.
- ✖ Atención basada en el médico y centrada en los cuidados especializados.
- ✖ Entrenamiento y capacitación del personal no estandarizados y deficitarios.
- ✖ Tratamientos discrecionales, según preferencias individuales y altamente variables.
- ✖ Intervenciones basadas en guías clínicas extensas y complejas.
- ✖ Ausencia de un sistema de monitoreo de indicadores basado en la mejora de la calidad.

LA SOLUCIÓN

HEARTS EN LAS AMÉRICAS



- ✔ Estrategia integral enfocada en la atención primaria de salud.
- ✔ Cuidados basados en el equipo de salud, con protagonismo de profesionales no médicos.
- ✔ Diagnóstico estandarizado y utilizando manómetros clínicamente validados.
- ✔ Vía Clínica que contiene un protocolo de tratamiento estandarizado con medicamentos y dosis específicos.
- ✔ Estrategia de capacitación estandarizada y orientada a modificar la práctica.
- ✔ Sistema de monitoreo de indicadores de estructura, procesos y resultados, basado en la mejora continua de la calidad.

PA: presión arterial.

Para más información:

Martínez R, Soliz P, Campbell N, Lackland DT, Whelton PK, Ordúñez P. Asociación entre el control de la hipertensión poblacional y la cardiopatía isquémica y la mortalidad por accidente cerebrovascular en 36 países y territorios de las Américas, 1990–2019: un estudio ecológico. Rev Panam Salud Pública. 2022 Sep 16;46:e143. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.143. ACCEDER

Ordúñez P, Campbell N, Giraldo Arcila GP, Angell SY, Lombardi C, Brettler JW, et al. HEARTS en las Américas: innovaciones para mejorar el manejo de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2022 Jul 16;46:e96. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.96. ACCEDER

1.2 La cascada de tratamiento de la hipertensión. Cerrando la brecha de cuidados

El objetivo primordial de HEARTS en las Américas es lograr que más de la mitad de las personas con hipertensión puedan alcanzar y mantener en el tiempo sus cifras de presión arterial dentro de las metas de control (presión arterial [PA] < 140/90 mmHg para hipertensos NO-Alto riesgo y presión arterial sistólica [PAS] < 130 mmHg para aquellos con cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, diabetes, enfermedad renal crónica o riesgo cardiovascular [CV] estimado a 10 años mayor al 10%) (véase el cuadro 1). Para lograrlo es necesario **diagnosticar** al menos al **80%** de los hipertensos, **tratar** al menos al **80%** de los diagnosticados y **controlar** al menos al **80%** de quienes se encuentran bajo tratamiento.

Cuadro 1. Cascada del tratamiento de la hipertensión: componentes, indicadores e implicaciones para la salud pública

COMPONENTES	INDICADORES	IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA
Prevalencia de hipertensión en la población.	Proporción de personas adultas en una determinada población con PA elevada según un estándar preespecificado (ej.: PA ≥ 140/90) o que declaran estar tomando medicamentos antihipertensivos.	Carga del factor de riesgo en la población que incrementa sensiblemente la susceptibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y eventualmente morir a causa de estas.
Prevalencia de conocimiento de la condición hipertensiva (a veces utilizada como equivalente al diagnóstico).	Proporción de personas adultas con hipertensión en una determinada población que han sido diagnosticadas con esta enfermedad.	Proxy de acceso a los servicios de salud. Equivale a la capacidad de un sistema de salud para diagnosticar oportunamente a personas con hipertensión.
Prevalencia del tratamiento antihipertensivo entre quienes han sido diagnosticados con hipertensión.	Proporción de personas adultas diagnosticadas con hipertensión que están tomando medicamentos antihipertensivos regularmente.	Proxy de acceso al tratamiento farmacológico. Equivale a la capacidad de un sistema de salud para asegurar el tratamiento farmacológico continuo y oportuno de las personas con hipertensión.
Prevalencia de control de hipertensión entre quienes reciben tratamiento antihipertensivo	Proporción de personas adultas que reciben tratamiento antihipertensivo regularmente y alcanzan la meta de control (PA < 140/90 o PAS < 130 mm Hg en alto riesgo).	Proxy de calidad de la atención. Equivale a la capacidad de un sistema de salud para alcanzar el estándar clínico de control.
Control de la hipertensión a nivel poblacional	Proporción de personas adultas con hipertensión en una determinada población (diagnosticadas o no) que alcanzan la meta de control (PA < 140/90 o PAS < 130 mm Hg en alto riesgo)	Proxy del desempeño general del programa para controlar a todas las personas adultas con hipertensión. Equivale a la capacidad de un sistema de salud para brindar acceso y atención de calidad.

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

Prevalencia al 2019 de hipertensión no diagnosticada, diagnosticada pero no tratada, tratada pero no controlada, y tratada y controlada, y su tendencia en 1990-2019 para la Región de las Américas. Datos estandarizados por edad y estratificados por sexo y país

Para más información:

Martínez R, Soliz P, Campbell N, Lackland DT, Whelton PK, Ordúñez P. Asociación entre el control de la hipertensión poblacional y la cardiopatía isquémica y la mortalidad por accidente cerebrovascular en 36 países y territorios de las Américas, 1990–2019: un estudio ecológico. Rev Panam Salud Pública. 2022 Sep 16;46:e143. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.143. ACCEDER

1.3 Guía para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. OMS 2021

La guía de hipertensión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un documento de alta calidad metodológica, basado en evidencias, con amplio consenso internacional y que se centra en la implementación.

8 recomendaciones a través de 5 preguntas

A ¿Cuándo INICIAR TRATAMIENTO farmacológico?

R1. Umbrales de PA para iniciar medicación

- ✔ Aquellos con diagnóstico de HTA y PA ≥ **140/90** mmHg
- ✔ Aquellos con **ECV** y PAS **130-139** mmHg

Recomendación: ***fuerte***
Evidencia: ***moderada-alta certeza***

- ✔ Aquellos sin ECV pero con **ALTO RIESGO** y PAS **130-139** mmHg

Iniciar tratamiento farmacológico dentro de las **4 SEMANAS** del diagnóstico

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***moderada-alta certeza***

C ¿Cuáles son las METAS de control?

R6. Metas de control de PA

- ✔ PA < **140/90** mmHg en pacientes **SIN ALTO RIESGO CV**
- ✔ PAS < **130** mmHg en pacientes **CON ECV**

Recomendación: ***fuerte***
Evidencia: ***moderada certeza***

- ✔ PAS < **130** mmHg en pacientes sin ECV pero con **ALTO RIESGO**

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***moderada certeza***

B ¿Qué MEDICAMENTOS utilizar?

R4. Medicamentos de 1ª línea

- ✔ IECA/ARA
- ✔ BCC dihidropiridínicos
- ✔ TZ - símil TZ

Recomendación: ***fuerte***
Evidencia: ***alta certeza***

R5. Tratamiento combinado

- ✔ **COMBINAR** un **IECA** o **ARA** + un **BCC** o una **TZ – símil TZ**

Preferentemente en **UNA SOLA PÍLDORA** para mejorar adherencia y persistencia

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***moderada certeza***

D ¿Cuándo evaluar el RIESGO CV?

R2 y R3. Riesgo CV

- ✔ Realizar pruebas de laboratorio y estimar sistemáticamente el riesgo CV, pero **SIN RETRASAR** el **INICIO** del **TRATAMIENTO** de la **HIPERTENSION**

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***baja certeza***

E ¿Cómo establecer el SEGUIMIENTO?

R7. Intervalos de **seguimiento**

- ✔ **C/1 MES** en pacientes **NO CONTROLADOS**
- ✔ **C/3-6 MESES** en pacientes **CONTROLADOS**

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***baja certeza***

R8. Trabajo en **equipo**

- ✔ **TRATAMIENTO ADMINISTRADO** por **PERSONAL NO-MÉDICO** supervisado y siguiendo un protocolo

Recomendación: ***condicional***
Evidencia: ***baja certeza***

ARA: antagonista de receptores de angiotensina; BCC: bloqueante de canales de calcio; CV: cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; ECV: enfermedad cardiovascular; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica; TZ: tiazida.

Para más información:

*Adaptado de "Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults: summary". Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240050969 ACCEDER

Organización Panamericana de la Salud. Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. Rev Panam Salud Pública. 2022 Sep 26;46:e172. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.172. ACCEDER

1.4 Intervenciones clave para el manejo del riesgo cardiovascular

La mejoría de los procesos asistenciales es un elemento central para cerrar las brechas de calidad en la prestación de servicios de salud e impactar positivamente en los indicadores de cobertura y control. Por esta razón, el equipo de HEARTS ha definido las intervenciones clave para lograrlo.

5 Áreas	8 Impulsores	17 Intervenciones
Diagnóstico	Precisión en la medición de la PA	a. Capacitación en medición de la PA c/6 meses b. Protocolo de medición de la PA c. Uso de DMPA automáticos y clínicamente validados
	Evaluación del riesgo CV	a. Clasificar los pacientes según riesgo CV b. Usar estatinas y aspirina acorde al riesgo CV
Tratamiento	Protocolo de tratamiento	a. Vía Clínica institucionalizada b. Usar combinaciones de dosis fijas
	Intensificación del tratamiento	a. Iniciar tratamiento sin demoras b. Intensificar en pacientes fuera de meta
Continuidad de cuidados	Frecuencia de seguimiento	a. Seguimiento <1 mes hasta alcanzar meta de PA b. Seguimiento c/6 meses en pacientes NO-alto riesgo en meta c. Seguimiento c/3 meses en pacientes de alto riesgo en meta
Sistema de prestaciones	Atención basada en equipo	a. Trabajadores comunitarios para medición de PA b. Enfermería para seguimiento de pacientes c. Enfermería para ajustar tratamiento según protocolo
	Frecuencia de prescripciones	a. Prescripción de medicación para 3 meses
Evaluación del Desempeño	Sistema de monitoreo	a. Sistema de monitoreo para evaluación del desempeño y con retroalimentación mensual

CV: cardiovascular; DMPA: dispositivos de medición de la presión arterial; PA: presión arterial.

Para más información:

Brettler JW, Giraldo Arcila GP, Aumala T, Best A, Campbell N, Cyr S, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Lancet Reg Health Am. 2022;46:e56. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100223. ACCEDER

1.5 La Vía Clínica de HEARTS en las Américas

La Vía Clínica representa el principal instrumento de implementación de la Iniciativa HEARTS en las Américas. En una sola página resume el manejo integral del riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud (APS), incorporando las recomendaciones de la guía de hipertensión de la OMS y los impulsores de HEARTS. De esta forma, la Vía Clínica se constituye en una poderosa herramienta para fortalecer la gestión, la práctica clínica y la acción comunitaria.

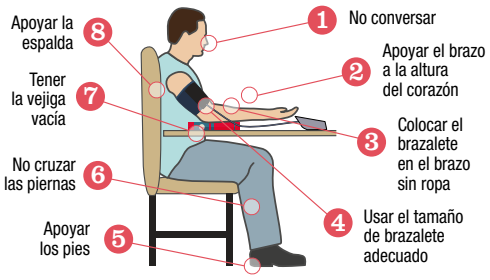
ACCEDA A LA VÍA CLÍNICA DE SU PAÍS

HEARTS Vía Clínica

A MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MIDA LA PRESIÓN ARTERIAL A TODOS LOS ADULTOS Y EN TODAS LAS CONSULTAS

Siempre que estén disponibles, utilizar dispositivos automáticos validados para el brazo



B RIESGO CARDIOVASCULAR

DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CÓMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Utilice la aplicación de **HEARTS** para evaluar su riesgo cardiovascular.

Escanee el código para acceder a la **Calculadora de Riesgo Cardiovascular**

Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

C PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

INICIE EL TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE LUEGO DE CONFIRMAR HIPERTENSIÓN

Presión arterial ≥**140/90 mmHg** en **todos los HIPERTENSOS**
Presión arterial sistólica ≥ **130 mmHg** en **HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO**
(enfermedad cardiovascular establecida, diabetes y enfermedad renal crónica: puntaje de riesgo ≥ 10 %)

Riesgo cardiovascular	Todos los hipertensos	Hipertensos de ALTO RIESGO	
		CON enfermedad cardiovascular establecida	SIN enfermedad cardiovascular establecida
META de presión arterial **<140/90 mmHg**	✓		
META de presión arterial sistólica **< 130 mmHg**		✓	✓
ASPIRINA 100 mg/día		✓	
Estatina dosis alta: ATORVASTATINA 40 mg/día		✓	
Estatina dosis moderada: ATORVASTATINA 20 mg/día			✓

Evitar el consumo de alcohol

Índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9

Evitar alimentos altos en sodio

1 1 comp. de TELMISARTAN-AMLODIPINA 40/5 mg

1 MES

2 Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 comp. de TELMISARTAN-AMLODIPINA 80/10 mg

1 MES

3 Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 comp. de TELMISARTAN-AMLODIPINA 80/10 mg
+ ½ comp. de CLORTALIDONA 25 mg

1 MES

4 Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 comp. de TELMISARTAN-AMLODIPINA 80/10 mg
+ 1 comp. de CLORTALIDONA 25 mg

1 MES

Paciente fuera de meta:
Consulta con el próximo nivel de atención

Realizar 30 minutos de actividad física diariamente

Mantener una alimentación saludable

No fumar

Pacientes bajo control	Seguimiento mínimo cada 6 MESES	Seguimiento mínimo cada 3 MESES	Suministro de medicación para 3 MESES	Vacunación		
				Influenza	Neumococo	COVID
Todos los hipertensos	✓		✓			✓
Hipertensos de ALTO RIESGO		✓	✓	✓	✓	✓

OPS Organización Panamericana de la Salud · Organización Mundial de la Salud Américas

HEARTS

Propuesta de Vía Clínica estándar
elaborada por el equipo de HEARTS en las Américas

Los medicamentos incluidos sirven de ejemplo y pueden ser reemplazados por cualquiera de aquellos pertenecientes a los tres grupos farmacológicos recomendados (IECAs/ARAs, BCCs o tiazidas/tiazidas símil). Comenzar con combinación de dos medicamentos en un solo comprimido o con dos comprimidos separados en dosis fija, si la primera opción no estuviera disponible. La atorvastatina también puede ser reemplazada por otras estatinas.

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

AGRUPE LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA DIARIA

Este protocolo **NO APLICA** a **MUJERES** en **EDAD FÉRTIL**

ARA: antagonista de receptores de angiotensina; BCC: bloqueante de canales de calcio; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Para más información:

Rosende A, DiPette D, Brettler J, Rodríguez G, Zuniga E, Connell K, et al. HEARTS in the Americas appraisal checklist and clinical pathway for comprehensive hypertension management in primary care. Rev Panam Salud Pública. 2022 Sep 2;46:e125. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.125. ACCEDER

Rosende A, DiPette DJ, Martínez R, Brettler JW, Rodriguez G, Zuniga E, et al. HEARTS in the Americas clinical pathway. Strengthening the decision support system to improve hypertension and cardiovascular disease risk management in primary care settings. Front Cardiovasc Med. 2023 Apr 26;10:1102482. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1102482. ACCEDER

1.6 Recursos de capacitación y entrenamiento

El entrenamiento y la capacitación continua del equipo de salud es fundamental para poder brindar una atención de calidad. HEARTS en las Américas ha elaborado un conjunto de cursos de acceso libre y gratuito con docentes de primer nivel internacional. Estos cursos le permitirán obtener un certificado oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Impulsores de control de la hipertensión en los centros de atención primaria de salud

ACCEDA AL SITIO

Medición automática precisa de la presión arterial

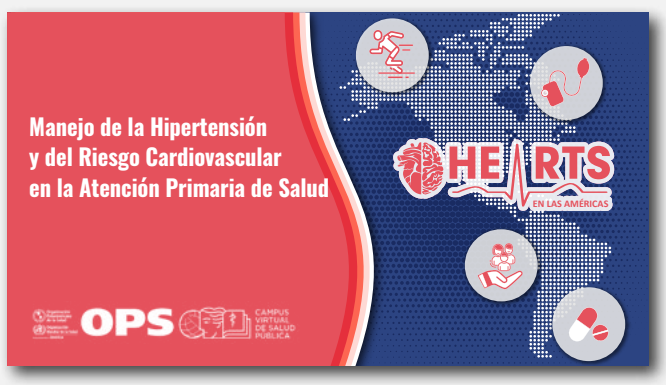
ACCEDA AL SITIO

Implementación del paquete técnico HEARTS en la atención primaria de salud

ACCEDA AL SITIO

Apoyando a los equipos de atención primaria de salud en el uso efectivo de los medicamentos antihipertensivos (en inglés)

ACCEDA AL SITIO



Manejo de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular en la APS

ACCEDA AL SITIO

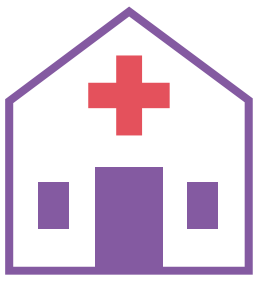
Monitoreo domiciliario de la presión arterial (en inglés)

ACCEDA AL SITIO

Acceda a los cursos virtuales de HEARTS: ACCEDER

1.7 Sistema de monitoreo y evaluación para la mejora de la calidad

El sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS en las Américas es una herramienta para la gestión de la calidad basada en el centro de atención primaria de salud. Desarrollado bajo la plataforma de código abierto DHIS2, permite al equipo de salud informar las variables vinculadas a su práctica profesional y obtener los reportes periódicos que le posibiliten evaluar su desempeño y resultados.



Basado en el centro de salud

- Pensado desde y para el equipo de atención primaria de salud.
- Reporte analítico y sistematizado en tiempo real.
- Tablero de control para evaluar madurez de implementación y desempeño a lo largo del tiempo.

Diseñado bajo la plataforma de código abierto DHIS2

- Interoperable con múltiples sistemas de historia clínica electrónica.
- Uso libre, gratuito y sin necesidad de contar con conexión a internet de forma permanente.
- Adopción dinámica de la tecnología, lo que garantiza soluciones robustas que funcionan en entornos con recursos limitados.

Indicadores alineados con las prioridades programáticas

- Orientado a evaluar todos los aspectos de la implementación de HEARTS.
- Datos agregados que resguardan la privacidad de la historia clínica.
- Permite la identificación de las brechas de implementación.

Módulo Estructura

- Recursos del centro de salud

Módulo Procesos

- Intervenciones diagnósticas y terapéuticas

Módulo Resultados

- Tasas de cobertura y control

Índice de madurez de implementación

Índice de desempeño

Instrumental para el proceso de mejora continua de la calidad

- Acceso a la información bajo una estructura jerárquica para facilitar la gestión a diferentes niveles.
- Permite la comparación entre distintos centros de salud para favorecer el aprendizaje basado en las mejores prácticas.
- Genera evidencia para guiar la toma de decisiones, identificando problemas comunes y apoyando el diseño de estrategias de intervención dirigidas.

Para más información:

Prado P, Gamarra A, Rodríguez L, Brettler J, Farrell M, Girola ME, et al. Plataforma de monitoreo y evaluación para HEARTS en las Américas: hacia la mejora de los programas de control de la hipertensión a nivel poblacional en la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2023 May 22;47:e90. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.90. ACCEDER

2. Componentes programáticos para la mejora de la calidad

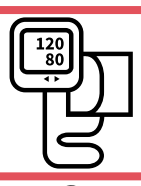
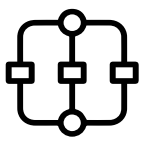
La definición de los componentes programáticos es esencial para la planificación, implementación y evaluación efectiva de la Iniciativa HEARTS. Cada uno de estos elementos contribuye a garantizar que el programa sea coherente, eficaz y sostenible en el logro de sus objetivos.

2.1 Atributos para establecer un programa exitoso de control de la hipertensión con base poblacional

Los programas de hipertensión requieren una fuerte voluntad política, mecanismos de coordinación efectivos en todos los niveles del sistema de salud, participación de las partes interesadas, un fuerte activismo comunitario, mecanismos de protección sanitaria y financiera establecidos, asignación presupuestaria y un enfoque eficaz de atención primaria de salud que tenga la capacidad de llegar a toda la población y especialmente a los más vulnerables.

Los programas exitosos de hipertensión comparten atributos interconectados y relevantes (véase el cuadro 2). La combinación de estrategias de implementación con campañas de concientización puede generar un efecto sinérgico. La adaptación y el abordaje de los diferentes elementos de esta estrategia son necesarios para la mayoría de los programas de control de la hipertensión, según su contexto y circunstancias particulares.

Cuadro 2. Atributos para establecer un programa exitoso

	Liderazgo audaz, con un sentido de urgencia para liderar el cambio, particularmente en entornos de atención primaria de salud.
	Infraestructura básica para generar confianza en la comunidad, incluido el acceso fácil y gratuito en el punto de atención.
	Un conjunto básico de medicamentos asequibles y de calidad para la hipertensión, estatinas y medicamentos para la diabetes, incluidos los que protegen los riñones.
	Dispositivos automatizados de medición de la presión arterial clínicamente validados.
	Fuerza laboral suficiente, motivada, adecuadamente remunerada y capacitada para la atención en equipo.
	Mecanismos oportunos, precisos, confiables y eficientes para detección, diagnóstico y seguimiento de las personas con hipertensión.
	Una vía clínica que contenga un protocolo de tratamiento sencillo y estandarizado, con medicamentos y dosis específicas.
	Un sistema de información de salud funcional para el seguimiento clínico que permita la evaluación del desempeño y la retroalimentación de los equipos.

2.2 El modelo ampliado de atención a las enfermedades crónicas

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una versión mejorada del modelo de cuidados crónicos (MCC). El marco de atención innovadora de las enfermedades crónicas destaca aspectos comunitarios y políticas para mejorar la atención de salud de las enfermedades crónicas. HEARTS se basa en este modelo ampliado de cuidados crónicos de la OMS y representa su aplicación práctica en el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Modelo de cuidados crónicos (MCC)
(figura 1)

El MCC resalta la importancia de la atención primaria de salud, reconociendo que los mejores resultados clínicos se alcanzan cuando todos sus componentes trabajan de manera coordinada. Este enfoque, compartido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se basa en principios alineados con sus estrategias para fortalecer los sistemas de salud, y pone el foco en la atención primaria y la integración de servicios.

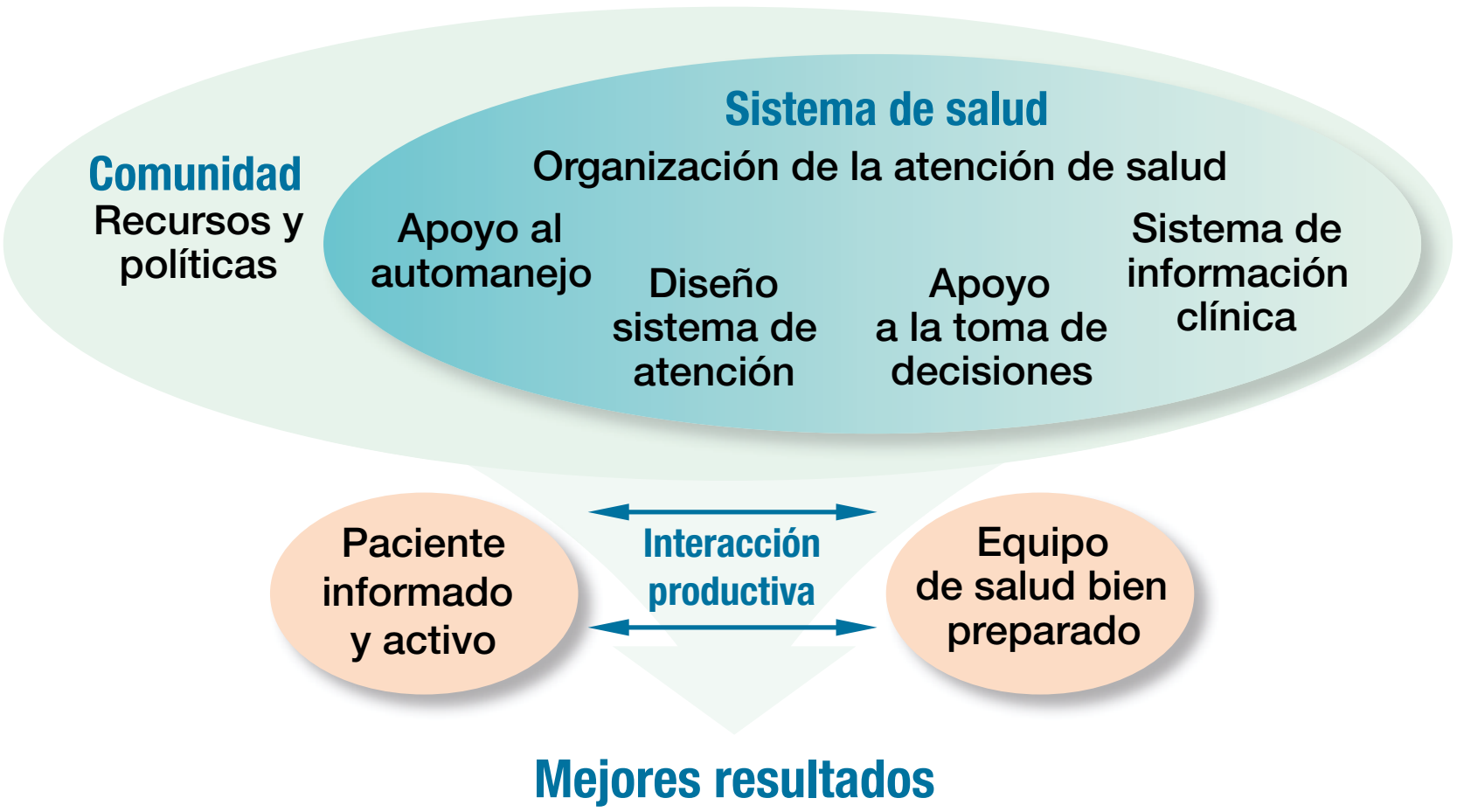
Red integrada de prestación de servicios de salud (RISS)

La OPS sugiere la implementación de la RISS como la solución recomendada para la organización de la atención de salud en la estrategia de atención primaria de salud (APS). Las RISS tienen la responsabilidad de mejorar el estado de salud y los resultados clínicos de una población específica. Estas redes son integrales, abarcan todos los niveles de prevención y atención, e impulsan una coordinación e integración efectivas entre todos los entornos, incluida la comunidad. Además, su objetivo es proporcionar servicios continuos a lo largo del tiempo.

Interacción productiva y preparación del equipo de salud

El MCC establece que todos los componentes del sistema están diseñados para fomentar una interacción productiva entre pacientes informados y activos, y un equipo de salud preparado y proactivo.

Figura 1. El modelo de cuidados crónicos



Para más información:

Organización Panamericana de la Salud. Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks. Washington, D.C.: OPS; 2012. ACCEDER

Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2013. ACCEDER

2.3 ¿Cómo mejorar la calidad a nivel del centro de atención primaria de salud?

En **HEARTS en las Américas** se emplea, como referencia para elevar la calidad, el modelo de mejora desarrollado por **Associates in Process**. Y si bien no es necesario abandonar el modelo vigente en su organización, el que aquí se recomienda ha demostrado su éxito en cientos de organizaciones de salud de diversos países. Es simple, intuitivo y fomenta el compromiso, la participación y la rendición de cuentas de todo el equipo.

1 **Formación del comité de calidad (véase la sección 2.4)**

2 **Implementar el modelo de mejora de la calidad**

PREGUNTAS CLAVE	ACCIONES	DEFINICIONES
¿Qué estamos tratando de alcanzar?	**Definir los objetivos y las metas**	**Objetivo:** Aumentar el control de la hipertensión en la población adulta (defina grupo de edades) del área a cargo del centro de salud [nombre] para el [año]. **Metas** • Incrementar la detección de personas con hipertensión de [porcentaje actual] a 80% para el [año] • Incrementar el control de la hipertensión en las personas con tratamiento antihipertensivo de [porcentaje actual] a 80% para el [año]
¿Cómo vamos a saber que los cambios conducen a una mejora?	**Definir las medidas del resultado**	**Índice de desempeño de HEARTS** Nivel de desempeño, objetivo y puntuación / MALO (<50%) / INCIPIENTE 2 / BIEN ENCAMINADO (≥60%) / ALTO (≥70%) / EXCELENTE (≥80%) Cobertura[a] / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 Control (<140/90 mmHg) de todas las personas hipertensas tratadas / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 Control (PAS <130 mmHg) de todas las personas hipertensas con riesgo alto de ECV / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 **Índice de desempeño de HEARTS.** Malo: por debajo de 0,8; incipiente: 0,9–1,6; bien encaminado 1,7–2,4; alto 2,5–3,2; excelente 3,3–4,0. [a] **Cobertura:** Proporción de personas de la zona de servicio (de un centro de salud) que han sido registradas como hipertensas respecto de la mejor estimación disponible de la prevalencia para dicha zona o para una unidad geográfica más amplia, en un período específico.
	Definir las medidas del proceso	**Índice de madurez de HEARTS** Nivel 1 / Nivel 2 / Nivel 3 / Nivel 4 / Nivel 5 <7 / 7-10 / 11-14 / 15-18 / 19-21 Los niveles indican la implementación desde el nivel más bajo (nivel 1: incipiente) hasta el más alto (nivel 5: maduro).
¿Qué cambios podemos hacer, que resulten en una mejora?	**Implementar los impulsores para el control de la hipertensión**	Completar la implementación de las 17 recomendaciones claves para la mejora del control de la **hipertensión**

ECV: enfermedad cardiovascular; PAS: presión arterial sistólica.

Para más información:

Brettler JW, Giraldo Arcila GP, Aumala T, Best A, Campbell NRC, Cyr S, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e56. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.56. ACCEDER

2.4 Formación del comité de calidad del centro de salud

El comité de calidad lidera eficazmente el programa de mejora de la calidad a nivel del centro de salud. Su función consiste en diseñar las intervenciones, promover su implementación, evaluarlas y proponer oportunamente acciones correctivas. La misión del equipo es alcanzar los más altos estándares de calidad establecidos por el programa.

COMITÉ DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD

1 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ

Personas comprometidas con el cambio, con solvencia técnica y conocimiento del programa, del contexto y la cultura local, y con capacidad efectiva para impulsar e implementar los cambios.

Se recomienda que en el comité de calidad esté representada la comunidad a la que sirve el centro de salud.

Designe a un líder capaz y dispuesto a dirigir al comité.

Las responsabilidades pueden ser rotatorias y acotadas en el tiempo.

2

- **ASIGNE LA MISIÓN Y EL MANDATO**
- **DEFINA LOS ESTÁNDARES Y LAS METAS**
- **DELIMITE LOS PLAZOS CORRESPONDIENTES**

3 DEFINA LAS REGLAS Y MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO

4 ESTABLEZCA UN PLAN DE CAPACITACIÓN

Se recomienda enfáticamente que los integrantes del comité estén certificados con al menos dos de los cursos de HEARTS en las Américas:

- Implementación del paquete técnico HEARTS en la atención primaria de salud.
- Impulsores clave para la mejoría del control de la hipertensión en los centros de atención primaria de salud.

5 ES ESENCIAL QUE LA GERENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARTICIPE ACTIVAMENTE Y ESTÉ DISPUESTA A IMPLEMENTAR LOS CAMBIOS QUE EL COMITÉ DE CALIDAD VA IDENTIFICANDO.

6 EL PROGRAMA TIENE QUE SER ÉTICAMENTE RESPONSABLE, RESPETUOSO DE LA CULTURA Y LOS VALORES, Y BASARSE EN INCENTIVOS EN LUGAR DE REPRIMENDAS.

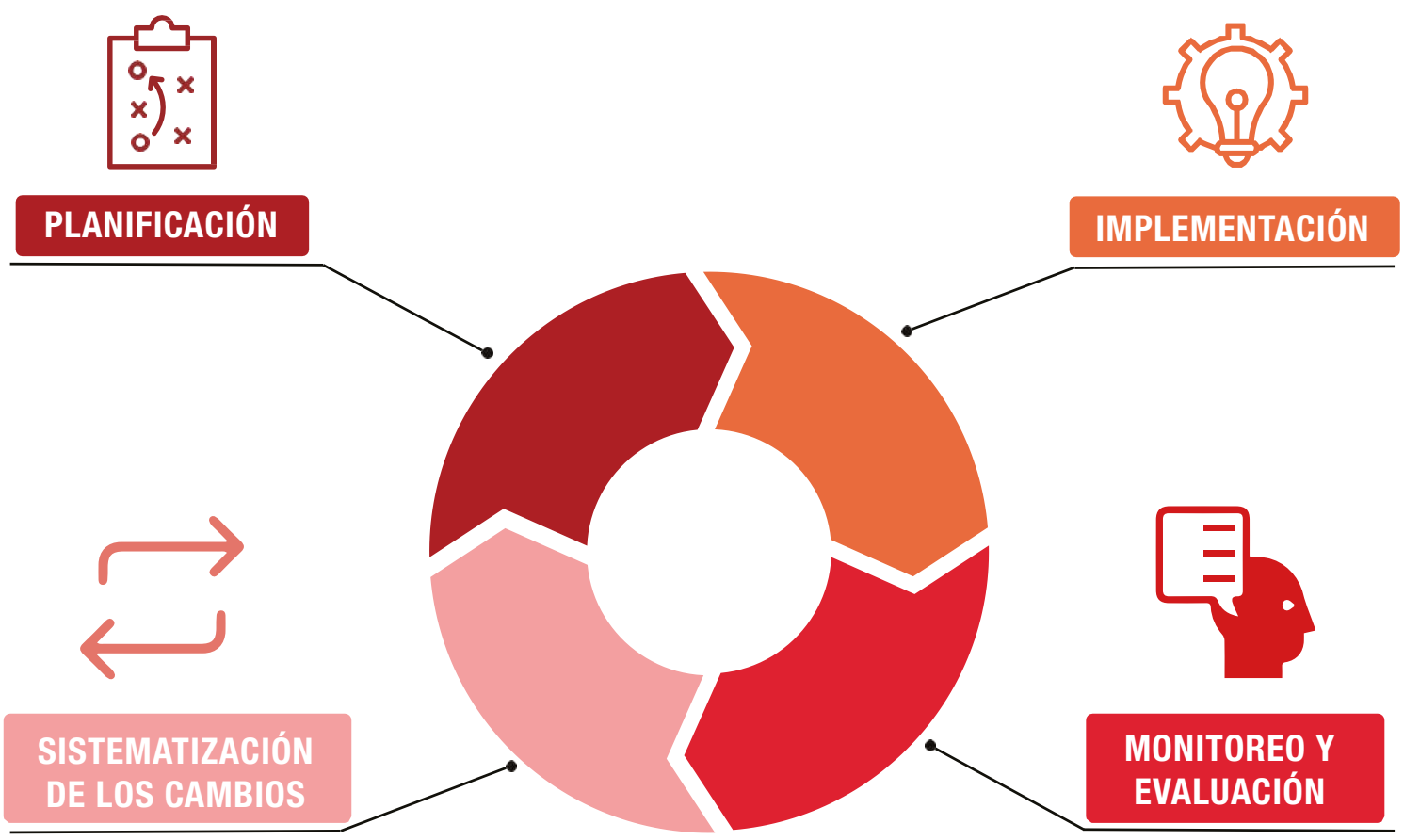
7 DESPUÉS DE COMPLETAR LOS PASOS ANTERIORES, HAY QUE ANALIZAR LA SITUACIÓN Y ESTABLECER LA LÍNEA DE BASE.

3. El ciclo de mejora continua de la calidad

HEARTS en las Américas ha identificado intervenciones efectivas para mejorar el control de la hipertensión. Estas intervenciones, respaldadas por evidencias y alineadas con la guía de hipertensión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se conocen como los impulsores para el control de la hipertensión. El ciclo de calidad de HEARTS describe las fases en la implementación progresiva de estos impulsores y se plantea como un ciclo interactivo hasta lograr los máximos estándares de calidad.

El ciclo Planificar-Implementar-Evaluar-Sistematizar (PDSA, por sus siglas en inglés) (véase la figura 2) es una metodología concisa para poner a prueba un cambio en el entorno laboral real. Implica la planificación del cambio, su implementación, la observación de los resultados y la acción basada en el aprendizaje obtenido. Es esencialmente una adaptación del método científico para el aprendizaje orientado a la acción.

Figura 2. Ciclo de mejora continua de la calidad



3.1 Paso 1. Planificación

3.1.1. Visión, compromiso y mandato

REUNIÓN DE ALINEAMIENTO CON EL COMITÉ DE CALIDAD

El gerente del centro de salud invita al comité de calidad para:

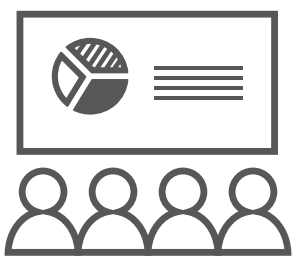
1. **Presentar la evaluación de contexto:** destacar atributos necesarios para un programa de calidad en salud (véase la sección 2.1).
2. **Mostrar datos de la evaluación de base:** utilizar índices de madurez y desempeño para identificar problemas y soluciones.
3. **Delimitar acciones:** diferenciar acciones ejecutables en el centro de salud de aquellas que requieren recursos externos o aprobación.
4. **Establecer un plan:** debe ser concreto, innovador, realista y con sentido de urgencia para la implementación del programa de calidad.

REUNIÓN DE SOCIALIZACIÓN

El gerente presenta el programa de calidad, los objetivos, las metas y el mandato del comité de calidad a todo el equipo del centro de salud y a los representantes de la comunidad. El enfoque está en lograr la participación informada de todas las partes interesadas.

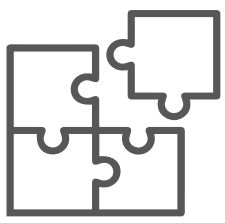
PRESENTACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad se encarga de presentar:



1. **Informe de situación:** centrado en la mejora de procesos para elevar la calidad de las prestaciones. Se utiliza la línea de base del índice de madurez y desempeño de HEARTS para destacar las brechas y establecer los estándares de calidad.
2. **Plan accionable:** concreto, accionable, específico, realista, adaptado al contexto, verificable, acotado en el tiempo y que delimita claramente las responsabilidades.

DISCUSIÓN DEL PLAN PROPUESTO



El gerente invita a todo el equipo a discutir el plan propuesto, fomentando la participación activa y recopilando ideas y propuestas.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Definición del plan de calidad del centro de salud, detallando acciones, tiempo de ejecución, criterios de medición, responsables de su implementación y mecanismos de rendición de cuentas.

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN A DOS AÑOS

Se establece un plan de implementación a dos años, con evaluaciones en profundidad cada seis meses, para corregir las desviaciones a tiempo y asegurar intervenciones efectivas.

3.1 Paso 1. Planificación

3.1.2. Análisis de la situación

Todos los programas exitosos de mejora de la calidad comienzan con una comprensión profunda del problema e incluyen: la definición del problema, la meta, los objetivos y las intervenciones.

ANÁLISIS DE DATOS Y ESTRUCTURA: EVALUACIÓN INICIAL

Acopie los datos de estructura, de proceso y de resultados que están disponibles y que son relevantes para implementar el programa a nivel del centro de salud.

REVISIÓN DETALLADA DE LAS 17 RECOMENDACIONES

Evalúe las recomendaciones (véase el cuadro 3) de manera objetiva, identificando acciones correctivas específicas para cerrar las brechas de calidad.

ESTIMACIÓN DE DATOS DE COBERTURA

- Realice la mejor estimación posible de los datos de cobertura para diagnóstico y control de la hipertensión.
- Si no se dispone de datos para el centro de salud, defina indicadores más adecuados utilizando datos subnacionales o nacionales.

DISEÑO DEL SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Nomine a un responsable y a un suplente, asegurándose de brindarles la formación necesaria.
- Se recomienda enfáticamente emplear el sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS en las Américas (véase la sección 3.3). Su adopción garantiza que el centro de salud pueda acceder a un panel de control que facilite la visualización de los resultados clave del proceso y resultado.
- Utilice el sistema de monitoreo y evaluación de la manera más efectiva posible, ajustándolo al nivel de desarrollo del sistema de información de su centro de salud

ESTABLECIMIENTO DE LA LÍNEA DE BASE

Establezca la línea de base para los índices de madurez y de desempeño de HEARTS en las Américas.

3.1 Paso 1. Planificación

3.1.3. Línea de base del índice de madurez de HEARTS

1. Calcule la línea de base del índice de madurez de HEARTS.

2. Defina las acciones necesarias para poder implementar una o más recomendaciones de las 17 establecidas, acote los tiempos y defina a los responsables (véase el cuadro 3).

3. Discuta con todos los implicados los cambios que se están planificando.

4. Defina los indicadores para la medición de los resultados de los cambios a implementar.

3.1 Paso 1. Planificación

Cuadro 3. 17 recomendaciones

Factores impulsores del control de la hipertensión		Recomendaciones para la implementación	Objetivos	Puntuación (puntos) Total = 21
Diagnóstico	**1.**	**Exactitud de la medición de la PA**		3
		1.a Establecer procesos de capacitación en la medición de la PA cada seis meses para todo el personal involucrado en la medición de la PA.	≥90%	1
		1.b Instaurar protocolos estandarizados de medición de la PA, que incluyan la preparación del paciente y una nueva medición de la PA si la primera lectura es elevada.	≥90%	1
		1.c Implementar el uso exclusivo de DMPA automáticos validados para la práctica clínica.	≥90%	1
	2.	**Evaluación del riesgo de ECV**		2
		2.a Evaluar el riesgo de ECV en todos los pacientes con hipertensión para orientar el objetivo de PA y la frecuencia del seguimiento.	≥80%	1
		2.b Utilizar una combinación de medicamentos para la PA, estatina y ácido acetilsalicílico (según sea necesario) en los pacientes con un alto riesgo de ECV, incluidos los que presentan diabetes o enfermedad renal crónica.	≥80%	1
Tratamiento	**3.**	**Protocolo de tratamiento estandarizado**		2
		3.a Usar un protocolo de tratamiento estandarizado, con medicamentos y dosis específicos.	Implementado	1
		3.b Usar un protocolo establecido con medicamentos en una CDF.	Implementado	1
	4.	**Intensificación del tratamiento**		2
		4.a Iniciar el tratamiento farmacológico inmediatamente después de que se confirme el diagnóstico de HTA.	≥70%	1
		4.b Debe agregarse o intensificarse la medicación según el protocolo estandarizado si la PA es ≥140/90 mmHg o si la PAS es ≥130 mmHg en los pacientes de alto riesgo.	≥80%	1
Continuidad de la atención y seguimiento	**5.**	**Continuidad de la atención y seguimiento**		3
		5.a Seguimiento de la PA elevada en un plazo de dos a cuatro semanas si no está controlada	≥80%	1
		5.b Consulta para la PA en un plazo de seis meses en todos los pacientes con hipertensión estable y bien controlada.	≥80%	1
		5.c Consulta para la PA en un plazo de tres meses en todos los pacientes con hipertensión y riesgo alto de ECV, incluidos los que presentan diabetes o enfermedad renal crónica.	≥80%	1
Sistema de prestación	**6.**	**Atención basada en el trabajo en equipo y la reasignación de tareas**		3
		6.a Medición de la PA realizada por un trabajador de salud no médico debidamente capacitado y certificado.	≥90%	1
		6.b Consultas de seguimiento de la PA por un trabajador de salud no médico bajo supervisión y con la guía de un protocolo.	≥70%	1
		6.c Ajuste individualizado de la medicación por un trabajador de salud no médico bajo supervisión y con la guía de un protocolo.	≥70%	1
	7.	**Frecuencia de la reposición de la medicación**		3
		7.a Aplicar intervalos de reposición de la medicación de tres meses de manera estandarizada para todas las prescripciones de medicamentos para la PA	Renovación de la prescripción cada tres meses	3 (renovación de la prescripción para 2 meses = 2; renovación de la prescripción para 1 mes = 1)
Sistema de evaluación del desempeño	**8.**	**Sistema de evaluación y retroalimentación del desempeño**		3
		8.a Poner en marcha una evaluación mensual del desempeño con retroalimentación para facilitar el seguimiento, evitar desviaciones sustanciales y promover las correcciones oportunas del programa. (Nota: la evaluación y retroalimentación cada dos meses pueden ser aceptables en el caso de los centros pequeños, y la evaluación cada tres meses es el mínimo aceptable.)	Retorno mensual de información sobre los resultados	3 (cada dos meses = 2; cada tres meses = 1)

CDF: combinación de dosis fija; DMPA: dispositivo de medición de la presión arterial; ECV: enfermedad cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

Para más información:

Brettler JW, Giraldo Arcila GP, Aumala T, Best A, Campbell NRC, Cyr S, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e56. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.56. ACCEDER

3.1 Paso 1. Planificación

El método de puntuación abarca los ocho factores impulsores y sus 17 recomendaciones (véase el cuadro 3). La puntuación resultante varía de 1 a 21 y se organiza en cinco niveles (véase el cuadro 4), donde el nivel 1 refleja un bajo índice de madurez, mientras que el nivel 5 indica un alto índice de madurez.

Cuadro 4. Índice de madurez de HEARTS

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<7	7-10	11-14	15-18	19-21

Los niveles indican la implementación desde el nivel más bajo (nivel 1: incipiente) hasta el más alto (nivel 5: maduro).

Utilice los datos más sólidos disponibles para establecer la línea de base. Posteriormente, garantice la calidad y precisión de la información. La puntuación de desempeño general se determina a través del promedio de los tres indicadores. Cuando se implementa de manera sistemática y cuidadosa, se anticipa una correlación entre el índice de madurez (los procesos) y el índice de desempeño (resultados) (véase el cuadro 5).

Cuadro 5. Índice de desempeño de HEARTS

Nivel de desempeño, objetivo y puntuación	MALO (<50%)	INCIPIENTE 2	BIEN ENCAMINADO (≥60%)	ALTO (≥70%)	EXCELENTE (≥80%)
Cobertura[a]	0	1	2	3	4
Control (<140/90 mmHg) de todas las personas hipertensas tratadas	0	1	2	3	4
Control (PAS <130 mmHg) de todas las personas hipertensas con riesgo alto de ECV	0	1	2	3	4

Notas: **Índice de desempeño de HEARTS.** Malo: por debajo de 0,8; incipiente: 0,9–1,6; bien encaminado 1,7–2,4; alto 2,5–3,2; excelente 3,3–4,0.

[a] **Cobertura:** Proporción de personas de la zona de servicio (de un centro de salud) que han sido registradas como hipertensas respecto de la mejor estimación disponible de la prevalencia para dicha zona o para una unidad geográfica más amplia, en un período específico.

ECV: enfermedad cardiovascular; PAS: presión arterial sistólica.

Para más información:

Brettler JW, Giraldo Arcila GP, Aumala T, Best A, Campbell NRC, Cyr S, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e56. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.56. ACCEDER

3.2 Paso 2. Implementación

El plan de calidad facilitará la definición de las acciones de implementación, las cuales se llevarán a cabo en consonancia con el análisis de la situación y la evaluación inicial de los índices de madurez y desempeño.

IMPULSORES PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

Son intervenciones basadas en evidencias, probadas con éxito en varios contextos y efectivas en la práctica.

Han superado la prueba de concepto, y ahora es el momento de implementarlas de manera sistemática y precisa para aumentar sus posibilidades de éxito y mejorar los resultados.

Las responsabilidades pueden ser rotatorias y acotadas en el tiempo.

ACCIONES DE IMPLEMENTACIÓN

Su **éxito** depende de:

1. Simplicidad de implementación.
2. Preparación del equipo de salud para llevar a cabo los cambios.
3. Aceptación de proveedores, pacientes y comunidad.

Son intervenciones concretas, estandarizadas, simples, factibles, innovadoras, sostenibles y posiblemente progresivas, destinadas a alcanzar los estándares de calidad y metas establecidas por el programa.

Deben **adaptarse** al contexto local:

Las acciones de implementación, derivadas de las 17 recomendaciones clave (véase el cuadro 3) y otras posiblemente incluidas en el plan de calidad, deben ajustarse al contexto local. Mientras algunas acciones pueden llevarse a cabo de inmediato, otras requerirán más tiempo o incluso recursos adicionales. En casos donde la implementación inmediata no sea factible, es crucial establecer alternativas que faciliten la transición hasta que se cuente con los recursos o capacidades necesarios.

MONITOREO, DOCUMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

El monitoreo, la documentación y la evaluación de las acciones de implementación son elementos fundamentales en el proceso. La sostenibilidad de cualquier programa de calidad depende directamente de la sistematización de estas actividades, ya que proporcionan la base para la mejora continua y la eficacia a lo largo del tiempo.

PROGRAMA DE CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES

Cada plan de implementación debe ir de la mano de un programa integral de desarrollo de capacidades, garantizando así la preparación adecuada del equipo para asumir las nuevas responsabilidades y funciones asignadas.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

Un programa de implementación exitoso debe mantener una comunicación oportuna, directa y sistemática tanto con el equipo de salud como con la comunidad a la que sirve. Esto asegura que todos estén informados acerca de los cambios y los resultados basados en los indicadores de madurez y desempeño, lo que les permitirá participar activamente en el programa de mejora de la calidad.

RECONOCIMIENTO DE CAMPEONES

Reconozca a los campeones de la implementación a nivel del centro de salud, buscando todas las oportunidades para destacar tanto el trabajo colectivo de las entidades como los logros individuales de aquellos que han destacado en el proceso.

3.3 Paso 3. Monitoreo y evaluación

La efectividad de la sistematización e institucionalización de las prácticas de gestión clínica se vincula estrechamente con la habilidad de un sistema para monitorear y evaluar de manera sistemática la implementación de un programa.

Objetivo

Comprender la ejecución del programa, analizar su rendimiento –tanto en los aspectos exitosos como en los problemáticos– e identificar las causas de las desviaciones para determinar modificaciones que impulsen mejoras.

Importancia de los datos de calidad

El éxito de la implementación de procesos se vincula con la disponibilidad de datos confiables. La calidad de la información facilita la evaluación y la pronta adopción de medidas correctivas. Es recomendable contar con un número acotado de datos pero de alta calidad y fácil comprensión, y compartir y socializar la información obtenida periódicamente para fortalecer la colaboración y el trabajo en equipo.

Periodicidad de la evaluación

Un ciclo de evaluación prolongado dificulta la implementación oportuna de medidas correctivas dentro de un programa. Por lo tanto, se sugiere evaluar mensualmente los indicadores clave de calidad para asegurar una supervisión más efectiva y la pronta aplicación de cualquier ajuste necesario.

Sistema de monitoreo y evaluación de HEARTS

La plataforma (véase la sección 1.7) posee una interfaz amigable, especialmente para los centros de atención primaria de salud. Este sistema, basado en la plataforma DHIS2, integra todos los indicadores de calidad de HEARTS en su módulo de procesos. Además, automatiza la generación de informes, permitiendo que los centros de salud identifiquen eficientemente tanto las deficiencias como las buenas prácticas de la gestión clínica.

Utilidad del tablero de mando HEARTS

El tablero se encuentra destinado a proporcionar información de manera sistemática a todo el personal, ofreciendo una visualización clara de los índices de madurez y desempeño de HEARTS. Su objetivo es mantener al equipo comprometido y motivado, estimulando una mejora continua de los procesos y prácticas.

3.4 Paso 4. Sistematización de los cambios

La sistematización es un cambio permanente en la forma en que se realiza el trabajo y, como tal, implica una transformación organizativa que puede afectar aspectos estructurales, documentales y procedimentales. Este proceso de transformación pretende establecer nuevos estándares de atención basados en calidad y sostenerlos a lo largo del tiempo como parte del quehacer cotidiano del centro de salud.

ESTABLECIMIENTO DE CICLOS DE MEJORA

Se sugiere implementar ciclos de mejora con una duración limitada, especialmente al comienzo del programa. Un período de seis meses se considera adecuado, ya que posibilita mantener el *momentum* y realizar ajustes de manera oportuna.

CONDICIONANTES PARA LA SISTEMATIZACIÓN

La efectividad de la sistematización de cambios está directamente vinculada a la calidad de los pasos previos. Requiere una planificación sólida, una implementación fiel a la concepción inicial y, por último, un proceso de evaluación y monitoreo riguroso y objetivo.

EVALUACIÓN Y MONITOREO

En esta fase, el comité de calidad del centro de salud analiza los aspectos que han tenido éxito y aquellos que aún pueden mejorarse. Es igualmente crucial identificar los elementos que necesitan un cambio radical, incluso cuando se han seguido todas las pautas y posibilidades disponibles.

MEJORA CONTINUA

Es vital comunicar los cambios en la ejecución de trabajo, las reglas y los procedimientos. También presentar el próximo ciclo sin interrumpir las actividades existentes: regresar a la planificación, perfeccionar o rediseñar las acciones, implementarlas, monitorearlas y evaluarlas. Durante los siguientes seis meses, se repetirá este ciclo de mejora.

RECONOCIMIENTOS Y COMPROMISOS

Reconocer a los campeones, tanto individuales como grupales, y motivarlos a compartir sus experiencias positivas. Además, el liderazgo del centro de salud asume la responsabilidad, reafirma su compromiso con el cambio y la mejora continua, y fomenta la participación y dedicación de los empleados, así como el involucramiento de la comunidad. Se institucionalizan las prácticas exitosas y se hace un llamado a comenzar un nuevo ciclo de mejora.

La mejora continua es un proceso incesante de aprendizaje, cambio y compromiso, que nunca concluye. Implica la constante aspiración por superarse y establecer metas más ambiciosas.

4. La auditoría de la calidad

La auditoría clínica es crucial para garantizar la calidad y eficiencia de la atención médica, y contribuye al aprendizaje de los actores involucrados en el centro de salud y la comunidad. A continuación se presentan sus elementos fundamentales.

4.1 Bases conceptuales de la auditoría de la calidad de HEARTS en las Américas

En el marco de **HEARTS en las Américas**, el proceso de mejora de la calidad se concibe para ser liderado, diseñado, ejecutado y evaluado por el propio equipo de atención primaria de salud, en colaboración con la comunidad. Esta colaboración se presenta como la piedra angular del éxito y la sostenibilidad del programa.

La auditoría de la calidad, como mecanismo complementario, incrementa la efectividad del programa al verificar su alineación con los estándares predefinidos, y proporciona información sobre áreas de excelencia y oportunidades de mejora a pacientes y proveedores de atención.

¿Quién la realiza?

En el contexto de la implementación de HEARTS en las Américas, la auditoría de la calidad se concibe fundamentalmente como un proceso de evaluación externa, imparcial y objetivo, que verifica la coherencia entre la información comunicada y las acciones implementadas.

¿Para qué realizarla?

La auditoría de la calidad en el marco de HEARTS valida los resultados del programa y detecta posibles brechas no identificadas por el centro de salud. Su propósito central es revelar problemas, buscar soluciones y aprender de mejores prácticas, sin señalar responsables. Utiliza impulsores para mejorar el control de la hipertensión, evaluando la implementación del programa a nivel nacional y subnacional. Este proceso contribuye a redefinir prioridades, asignar recursos de manera informada y reducir brechas de calidad y equidad.

4.2 Recomendaciones prácticas

La eficiencia, agilidad y transparencia, y los altos estándares éticos, son requisitos centrales del proceso de auditoría.

Criterios de selección de centros de salud

Con el fin de identificar centros de salud para la auditoría de la calidad, se sugiere establecer mecanismos de selección aleatoria estratificados por niveles de desempeño extremo (tanto bajos como altos), localización (urbana, de fácil acceso, poco accesible y remota), nivel de complejidad del centro, y vulnerabilidad económica y social de la comunidad a la que presta sus servicios, así como por otras características relevantes del contexto local

Definición y comunicación del plan de auditoría

Después de la selección de los centros de salud sujetos a la auditoría, es crucial establecer y comunicar el plan correspondiente a todas las partes involucradas. Se debe formar un grupo de auditoría con profundo conocimiento del modelo de HEARTS, comprensión del contexto local y sólida habilidad técnica. Este equipo puede estar compuesto por personal eventual, incluso proveniente de centros con destacado desempeño

Instrumentos de auditoría

Establezca los instrumentos de auditoría:

- Impulsores del control de la hipertensión
- Observación de la práctica
- Formularios para evaluar la aceptación del programa por parte de los empleados y de los usuarios de los servicios

Enfoque de la auditoría

Para mejorar la efectividad, debe centrarse en los centros de salud con desempeños extremos, muy bajos o muy altos, y dar prioridad a aquellos que necesitan más apoyo. El propósito es comprender su situación para brindar asistencia personalizada

Ejecución eficiente de la auditoría

Para llevar a cabo una auditoría eficiente se deben establecer mecanismos ágiles, minimizando la interferencia en el centro de salud. Se recomienda utilizar técnicas de muestreo para seleccionar los días y expedientes, lo que garantiza la representatividad. El informe de evaluación, elaborado *in situ*, será debatido de inmediato con la gerencia, el grupo de calidad, los empleados y la comunidad, junto con las propuestas de soluciones y un programa de mejora

Recomendaciones

La gerencia y el comité de calidad del centro de salud deben incorporar las recomendaciones de la auditoría en su plan de calidad

El enlentecimiento en el descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las Américas, unido a los niveles subóptimos del control de la hipertensión arterial en la población, sugiere que el modelo actual de servicios de salud está agotado y resulta imperioso un cambio de paradigma. En este contexto emerge la Iniciativa HEARTS en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una adaptación regional de la estrategia Global HEARTS de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

HEARTS en las Américas es una iniciativa multicomponente basada en sólidas evidencias científicas que tiene como objetivo establecer un nuevo paradigma de cuidados que impacte positivamente en los indicadores sanitarios. Está centrada en la gestión integral del riesgo cardiovascular desde la atención primaria de salud bajo un enfoque de mejora continua de la calidad, y su impacto está directamente relacionado a la medida en la que este abordaje de salud se escale plenamente en las redes de atención primaria. La implementación de la iniciativa está liderada por los ministerios de salud con el apoyo técnico de la OPS, y actualmente se implementa en 33 países de la Región.

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas