EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años EsSalud Unidos para ti 1936 - 2016

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 33 GCPS-ESSALUD-2016

Lima, 19 ABR 2016

VISTA:

La Carta Nº161 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 remitida por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud y el Informe Técnico N° 44--GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, aprobado por Acuerdo de Concejo Directivo N°23-10-ESSALUD-2012, se establece como segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS"

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, en cuyo literal a) del artículo 158° establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.

Que, mediante Resolución de Gerencia General N°1514-GG-ESSALUD-2015, se aprobó el Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud-ESSALUD, cuya finalidad es establecer la organización de un Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular que permita mejorar la calidad, eficiencia, acceso y equidad a lo largo de todo el cuidado cardiovascular.

Que, en el marco del Sistema Nacional del Cuidado Cardiovascular, resulta necesario normar el proceso de la atención del Cuidado Integral del paciente con Hipertensión Arterial en la Seguridad Social de Salud- EsSalud.

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años EsSalud Unidos para ti 1936 - 2016

Con opinión favorable de la Gerencia Central de Gestión Financiera, Gerencia Central de Asesoría Jurídica, Gerencia Central de Operaciones, Dirección del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, Dirección del Centro Nacional de Telemedicina, Dirección del Instituto Nacional Cardiovascular "Carlos Alberto Peschiera Carrillo", Gerencia de Medicina Complementaria y Subgerencia de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente.

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** la Directiva N° 001 GCPS-ESSALUD-2016, "Cuidado Integral del paciente con Hipertensión Arterial en la Seguridad Social de Salud- EsSalud" , que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión, asesoría técnica y conducción del proceso de implantación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, a nivel nacional.

3. **NOTIFICAR**, que las Redes Desconcentradas/ Redes Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva de la Directiva aprobada, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, debiendo la Gerencia Central de Operaciones realizar el seguimiento, control, supervisión y evaluación hasta su total implementación.

SGNAPS-GPNAIS-GCPS V°B° K. MONTANO F. Sub-Gerente ESSALUD

4. **NOTIFICAR**, que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación de la Directiva aprobada por la presente Resolución, debiendo la Gerencia Central de Operaciones conducir las acciones a efectos que sean implementadas por dichos Órganos Centrales según sus competencias.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD - GCPS

5. **PUBLICAR**, en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud- ESSALUD

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. MILAGROS SANCHEZ TORREJON
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

DIRECTIVA DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 001 -GCPS-ESSALUD-2016

"CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"



GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD



LIMA – PERÚ



Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRE DE PINILLOS

PRESIDENTA EJECUTIVA

Eco. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES

GERENTE GENERAL

Dra. MILAGROS DALILA SANCHEZ TORREJON

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

Dr. LUIS ALBERTO FUENTES TAFUR

GERENTE DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

EQUIPO DE FORMULACION DE DIRECTIVA

Dr. Roberto Raúl Carbajal Diéguez	Presidente del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dr. Luis Guillermo Urteaga Bardales	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dr. Melchor Baltazar Alvaro Ostos	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dr. Oscar Lescano Alva	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Miluska Paola Calderón Gamarra	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Rosa Maria Patricia Escudero Codina	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Dra. Yéssica Ballinas Sueldo	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Cynthia Fiorella Pazo Purizaca	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Giovanna Núñez Chumpitaz	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.
Lic. Kathya Gomez Vidal	Miembro del Comité Técnico en Salud Cardiovascular.

EQUIPO DE VALIDACIÓN INTERNA

Dr. Marco Iván Cárdenas Rosas	Asesor de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Dra. Karina Montano Fernández	Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias.
Dr. Walter Ubillus Farfan	Subgerente de Normas de Ayuda al Diagnostico y Tratamiento
Lic. Isabel Concepción Avalos Marrufo	Subgerente de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente.
Dra. María Cecilia Arteaga Carpio	Representante Subgerencia de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente.
Dra. Martha Villar López	Gerente de Medicina Complementaria.
Dr Erick de la Torre Bejarano	Director de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud- GCPS
Dr. Martin Zanabria Zambrano	Gerente Central de Gestión Financiera.
Dr. Víctor Suarez Moreno	Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e investigación.
Dr. Fernando Barreda Celis	Representante Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e investigación.
Dr. Edgard Lindon Miguel Siccha	Representante Gerencia Central de Operaciones.
Dr. Frank Wallace Britto Palacios	Director del Instituto Nacional Cardiovascular
Dr. José Carlos Zanabria Calderón	Representante del Centro Nacional de Salud Renal.
Dra. Magda Valencia Yabar	Representante del Centro Nacional de Salud Renal.
Lic. Madeleine Huanca Roca	Representante del Centro Nacional de Salud Renal.
Dr. Juan Carlos Bartolo Kato	Subdirector del Centro Nacional de Telemedicina – CENATE.

SGNAPS-GPNAIS-GCPS V°B° K. MONTANO F. Sub-Gerente ESSALUD

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M. SANCHEZ T. Gerente ESSALUD

TITULO ORIGINAL: "CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"

Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud.
Av. Domingo Cueto N° 120 – 8vo. Piso – Lima 11 – Perú.

DERECHOS DEL AUTOR:

Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiados, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud - EsSalud – 2016.

ÍNDICE

		Pág.
I.	Objetivo	7
II.	Finalidad	7
III.	Base Legal	7
IV.	Ámbito de aplicación	8
V.	Responsabilidad	8
VI.	Disposiciones	8
	6.1 Disposiciones Generales	8
	6.2 Disposiciones Especificas	9
	6.2.2 De la Promoción de la Salud Cardiovascular	9
	6.2.3 De la Prevención de la Hipertensión arterial	9
	6.2.4 De la Captación	9
	6.2.5 De la Identificación y estratificación del riesgo cardiovascular	10
	6.2.6 Del Cuidado Integral de acuerdo a riesgo cardiovascular	11
	6.2.7 Notificación y Registro	12
	6.3 Disposiciones Complementarias	13
VII.	Conceptos de Referencia	14
VIII.	Anexos	15
Anexo 1:	Equipamiento y potencial mínimo según niveles de atención.	15
Anexo 2:	Medicamentos para tratamiento de hipertensión arterial	15
Anexo 3:	Hábitos y estilos de vida saludables.	15
Anexo 4:	Factores de riesgo Cardiovascular.	16
Anexo 5:	Formato para la identificación de factores de riesgo cardiovascular.	17
Anexo 6:	Metodología para la medida de la presión arterial.	18
Anexo 7:	Estratificación de riesgo cardiovascular.	19
Anexo 8:	Intervenciones según riesgo cardiovascular.	20
Anexo 9:	Valores de presión arterial	21
Anexo 10:	Exámenes de ayuda diagnostica para pacientes con hipertensión arterial	21
Anexo 11:	Formato de seguimiento de paciente con hipertensión arterial.	22
Anexo 12:	Test de Morisky-Green.	22
Anexo 13:	Criterios de derivación a Medicina Complementaria	23
Anexo 14:	Criterios de referencias del paciente con hipertensión arterial.	23
Anexo 15:	Modelo de Telemonitoreo.	24
Anexo 16:	Codificación CIE 10 de pacientes con hipertensión arterial.	25
Anexo 17:	Tarjeta de Control de paciente	26
Anexo 18:	Formato de seguimiento de pacientes crónicos	28
Anexo 19:	Indicadores.	30
Anexo 20:	Mapa Global de Proceso de atención de asegurado con hipertensión arterial.	31

SGNAPS-GRNAIS-GCPS V°B° K. MONTAÑO F. Sub-Gerente ESSALUD

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD

Gerencia Central de Prestaciones de Salud V°B° M. SANCHEZ T. Gerente ESSALUD

I. OBJETIVO

Establecer los procesos de cuidado integral del paciente con hipertensión arterial en las IPRESS del primer, segundo y tercer nivel de atención en ESSALUD.

II. FINALIDAD

Estandarizar los procesos de cuidado integral del paciente con hipertensión arterial según riesgo cardiovascular.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842,Ley General de Salud.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA.
3. Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA que aprueba la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y Control de la enfermedad hipertensiva.
4. Resolución Ministerial N°229-2016/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Políticas y Estrategias para la prevención y control de enfermedades no trasmisibles (ENT)2016-2020"
5. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 601-PE-ESSALUD-2015 que aprueba la Estructura Orgánica y Manual de Organización y Funciones de las Redes Desconcentradas Almenara, Rebagliati y Sabogal.
6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 que aprueba el la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud- ESSALUD.
7. Resolución de Gerencia General N° 700-GG-EsSalud-2005 que aprueba el "Modelo de Atención integral de Salud".
8. Resolución de Gerencia General N° 1159 –GG- Essalud-2007 que aprueba el Programa de Reforma de Vida en el asegurado: empresas saludables.
9. Resolución de Gerencia General N° 551-GG-ESSALUD-2010 que aprueba las "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud-ESSALUD".
10. Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
11. Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014 que aprueba la "Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud".
12. Resolución de Gerencia General N°1514-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°011-GG-ESSALUD 2015 Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud- EsSalud.
13. Resolución de Gerencia General N°1515-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°012-GG-ESSALUD 2015 sobre Normas de los Procesos de Admisión, Consulta Externa y Atención ambulatoria en las IPRESS del Seguro Social de Salud- ESSALUD".
14. Resolución de Gerencia General N°1516-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N°013-GG-ESSALUD 2015 Directiva "Consulta de Atención Inmediata (CAI) en las instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud- ESSALUD.
15. Resolución de Gerencia General N° 1517-GG- ESSALUD-2015 "Normas para el Proceso de Referencia y Contra referencias de EsSalud".
16. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 055 GCPS-ESSALUD-2007, que aprueba la "Directiva para la Implementación de la Unidades de Medicina Complementaria en las Redes Asistenciales".

17. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 062-GCPS-ESSALUD-2009, que aprueba la Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal del Seguro Social de Salud.
18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 028-GCPS-ESSALUD-2010, que aprueba la Guía Manejo de la Enfermedad Renal Crónica del Seguro Social de Salud.
19. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°053- GCPS-ESSALUD 2012 que aprueba el Subsistema de Vigilancia de Salud Renal (VISARE)- ESSALUD.

IV. AMBITO DE APLICACION

La presente directiva es de aplicación en las IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada – APP.

V. RESPONSABILIDAD

Gerente Central de Prestaciones de Salud.
Gerente Central de Tecnología de Información
Gerente Central de Operaciones.
Gerente de Oferta Flexible.
Director del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE)
Gerente de Red Desconcentrada.
Gerente / Director de Red Asistencial.
Gerente de Hospital Nacional.
Gerente/ Director de IPRESS.
Subgerente de Operaciones de Red de Salud
Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria o similar.
Gerencia Clínica/ Gerencia de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento
Jefe de Departamento y/o Servicio
Jefe de Referencias y Contrareferencias o quien haga sus veces.
Jefe de Servicio de Prevención, Promoción y Diagnostico Precoz

VI. DISPOSICIONES

6.1 DISPOSICIONES GENERALES

6.1.1 El Gerente/Director de la IPRESS es responsable de gestionar la oferta de servicios necesarios para atender con oportunidad la demanda de atención del cuidado integral del paciente con hipertensión arterial; considerando el equipamiento, potencial humano, tecnológico, abastecimiento de medicamentos, insumos, plan de mantenimiento de equipos y material comunicacional; entre otros (Anexos N° 1 y N° 2).

6.1.2 El Gerente/Director de la IPRESS es responsable de organizar, monitorear y documentar los procesos del cuidado integral del paciente con hipertensión arterial, supervisar al equipo interdisciplinario que brinda la prestación; estableciendo acciones y estrategias para mejorar la calidad de atención, así mismo gestiona la vigilancia del seguimiento de casos de pacientes con hipertensión arterial en el marco del Sistema Nacional del Cuidado Cardiovascular.

6.1.3 El Gerente de Red Desconcentrada o el Gerente/Director de Red Asistencial o el Gerente/Director de la IPRESS es responsable de identificar las necesidades

de capacitación en salud cardiovascular e incorpora en el plan local de la Red Prestadora o IPRESS actividades anuales de fortalecimiento de competencias para el personal de salud que interviene en el proceso del cuidado integral del paciente con hipertensión arterial.

6.2 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.2.2 DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

6.2.2.1 El Gerente/Director de la IPRESS gestiona el desarrollo de intervenciones conjuntas que generen hábitos y conductas saludables mediante actividades de Información, Educación y Comunicación en Salud en entidades empleadoras a nivel local, instituciones educativas, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y otros prestadores de salud con el apoyo del Programa de Reforma de Vida y Oferta Flexible; según las características sociales, demográficas, culturales y geográficas del ámbito de influencia. (Anexo N° 3).

6.2.3 DE LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

6.2.3.1 La medida de la presión arterial se realiza a todo asegurado mayor de 18 años al menos una vez al año, a toda gestante en cada atención prenatal y en el control puerperal.

6.2.3.2 El personal de salud identifica y registra factores de riesgo cardiovascular en el formato respectivo (Anexo N° 4 y N°5).

6.2.3.3 El profesional de salud realiza la medida de la presión arterial según recomendaciones y metodología estandarizada; y registra los valores de la presión arterial en la historia clínica y/o carnet de control prenatal, para el caso de las gestantes (Anexo N°6).

6.2.3.4 Los equipos biomédicos para el cuidado integral del paciente con hipertensión arterial deben contar con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo anual.

6.2.4 DE LA CAPTACIÓN

6.2.4.1 La captación de asegurados con factores de riesgo cardiovascular o pacientes con hipertensión arterial se realiza a nivel intra y extramural a través de las actividades individuales y colectivas; y son derivados a su IPRESS de adscripción mediante una cita priorizada para una atención oportuna.

6.2.4.2 A nivel intramural, la captación se realiza durante la consulta externa, atenciones ambulatorias, hospitalización y desarrollo de actividades grupales por el equipo interdisciplinario.

6.2.4.3 A nivel extramural, la captación se realiza de acuerdo a los escenarios de intervención mediante visitas a entidades empleadoras, instituciones educativas, municipios, familia; a través del programa de Reforma de vida o de la Gerencia de Oferta Flexible u otras estrategias y se deriva a la IPRESS de adscripción.

6.2.4.4 El paciente con factores de riesgo cardiovascular o paciente con hipertensión arterial es captado mediante estrategias generadas durante el proceso de otorgamiento de prestaciones sociales en las Unidades Operativas de la Red y se derivan a la IPRESS de adscripción, para el seguimiento y cuidado correspondiente.

6.2.5 DE LA IDENTIFICACIÓN y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

6.2.5.1 El Gerente/Director de la IPRESS dispone de la organización del equipo interdisciplinario y del espacio físico o funcional para la identificación del paciente con riesgo cardiovascular, solicitud y realización de exámenes o procedimientos; seguimiento y monitoreo para el cuidado integral del paciente con hipertensión arterial.

6.2.5.2 El Gerente/Director de la IPRESS, Subgerente de Operaciones de Red de Salud, Jefe de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria o quien haga sus veces, es responsable de gestionar la dotación a la IPRESS de los formatos, herramientas informáticas y material educativo necesario para el proceso de la atención del paciente con hipertensión arterial a nivel intramural y extramural.

6.2.5.3 El Gerente/Director de la IPRESS, Jefe de Departamento y/o Servicio o quien haga sus veces, designa un profesional responsable del cuidado integral del del paciente con hipertensión arterial.

6.2.5.4 El profesional médico general capacitado o médico de familia y enfermera capacitada constituyen el equipo mínimo de profesionales para la atención del cuidado integral del paciente con hipertensión arterial e identifican los factores de riesgo cardiovascular.

6.2.5.5 El Médico tratante es responsable de la estratificación del paciente con hipertensión arterial. La estratificación del riesgo cardiovascular comprende la identificación de factores de riesgo y clasificación de la hipertensión arterial (Anexo N°7, Anexo N°8 y N°9).

6.2.5.6 La clasificación de hipertensión arterial se realiza de acuerdo a los valores de presión arterial obtenidos según normatividad vigente (Anexo N°9).

6.2.5.7 El tratamiento de la hipertensión arterial se realiza de acuerdo a las guías de práctica clínica institucional vigente o marco normativo sectorial.

6.2.6 DEL CUIDADO INTEGRAL DE ACUERDO A RIESGO CARDIOVASCULAR

6.2.6.1 El médico tratante es responsable de establecer el plan de trabajo contemplando el diagnóstico definitivo o presuntivo, la solicitud de exámenes de laboratorio y radio imágenes, procedimientos, tratamiento, interconsultas, actividades educativas entre otras atenciones que requiera el paciente.

6.2.6.2 El paciente con hipertensión arterial cuenta con exámenes y procedimientos exploratorios para identificar daño de órgano blanco (Anexo N°10).

6.2.6.3 El médico tratante es responsable de identificar los factores de riesgo cardiovascular, evaluar los resultados de los exámenes y procedimientos, realizar la estratificación del riesgo y registrar en la historia clínica y formatos de seguimiento de paciente con hipertensión arterial; realizando las modificaciones al plan de trabajo según los resultados. (Anexo N° 11)

6.2.6.4 El paciente según la estratificación de riesgo cardiovascular, edad y sexo recibe atenciones de un equipo interdisciplinario según competencias (Enfermería, nutrición, psicología, odontología, gineco-obstetricia, obstetricia y trabajo social), en el nivel de atención que corresponda.

6.2.6.5 La consulta por oftalmología del paciente con hipertensión arterial se realiza al menos una vez al año.

6.2.6.6 El paciente con hipertensión arterial o persona mayor de 55 años se le realiza un tamizaje de enfermedad renal crónica según normatividad vigente.

6.2.6.7 El paciente con hipertensión arterial y con estadiaje de enfermedad renal crónica 1, 2 y 3a es atendido en primer nivel de atención y aquellos con estadio 3b, 4 y 5, son referidos a especialidad de nefrología; según normatividad vigente.

6.2.6.8 El paciente recibe intervenciones de cuidado integral de acuerdo al riesgo cardiovascular identificado y a la guía de práctica clínica institucional o sectorial o internacional vigente en la IPRESS.

6.2.6.9 El Paciente con hipertensión arterial con **riesgo cardiovascular bajo**, es atendido por un médico general capacitado, médico de familia o médico internista.

6.2.6.10 El paciente con hipertensión arterial, con **riesgo cardiovascular moderado**, es atendido por el médico de familia, médico internista o médico cardiólogo.

6.2.6.11 El paciente con hipertensión arterial, con **riesgo cardiovascular alto**, es atendido por el médico cardiólogo o médico internista.

6.2.6.12 El paciente con hipertensión arterial con **riesgo cardiovascular muy alto,** es atendido por medico cardiólogo y se le realiza procedimientos cardiológicos que requiera de acuerdo a su condición y evaluación especializada.

6.2.6.13 El médico especialista en cardiología participa en el fortalecimiento de las competencias del personal de salud del primer nivel de atención que interviene en el cuidado integral del paciente con riesgo cardiovascular.

6.2.6.14 El Gerente/Director de IPRES o Jefe de Departamento/Servicio facilita que el médico especialista en cardiología realice consulta de apoyo descentralizado y tele consultas, entre otras estrategias prestacionales; a fin de mejorar el diagnóstico y manejo del paciente con hipertensión arterial en centros especializados o IPRESS de acuerdo a la realidad local.

6.2.6.15 El médico tratante realiza la evaluación de la adherencia al tratamiento del paciente con hipertensión arterial mediante el test de Morisky-Green u otro con validez científica, para evaluar respuesta al tratamiento y lo registra en la historia Clínica. (Anexo 12 - Instructivo).

6.2.6.16 El profesional de enfermería es responsable del monitoreo y seguimiento de del paciente y genera estrategias para comunicar al médico en caso exista falta de adherencia al tratamiento prescrito por el médico tratante.

6.2.6.17 El médico tratante deriva a las unidades/servicio de medicina complementaria de acuerdo a los criterios establecidos para la atención. (Anexo N° 13).

6.2.6.18 Los pacientes con hipertensión arterial que presentan emergencias hipertensivas son derivados al servicio de emergencia de la IPRESS y reciben tratamiento médico según guías de práctica clínica. La urgencia hipertensiva requiere controles frecuentes de presión arterial pudiendo ser ambulatorios y atendidos en la Unidad de Adulto o Adulto Mayor.

6.2.6.19 El paciente con hipertensión arterial y con complicaciones y/o secuelas neurológicas y cardiovasculares reciben atención en los servicios de rehabilitación y cuidados paliativos.

6.2.6.20 La atención del paciente de acuerdo a evaluación clínica debe complementarse en los Centros especializados de rehabilitación profesional y social (CERPS), CAMEC y UMEC, de corresponder.

6.2.6.21 El Jefe de referencia y contrarreferencia es responsable de gestionar las referencias de los pacientes con hipertensión arterial de acuerdo a los criterios de referencia por nivel de atención y normatividad vigente. El otorgamiento de las citas para pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto no debe ser mayor de 15 días (Anexo N°14).

6.2.6.22 El Gerente/Director de IPRESS es responsable de gestionar ante el CENATE, la implementación de tele consulta para segunda opinión, procedimiento o telemonitoreo con el uso de telemedicina.

6.2.6.23 El Director del CENATE es responsable de establecer los procesos para el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud que contribuyan a optimizar el control y seguimiento de pacientes con Hipertensión Arterial en condición crónica o a criterio médico por telemonitoreo. (Anexo 15)

6.2.2 NOTIFICACION Y REGISTRO

6.2.2.1 El Profesional de Salud registra en la historia clínica los diagnósticos médicos según Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y procedimientos según CPT; evidenciadas en el parte diario de atención y el sistema de información institucional vigente (Anexo N°16).

6.2.2.2 El personal de enfermería entrega al paciente con hipertensión arterial su tarjeta de control única para el monitoreo y seguimiento. (Anexo N°17)

6.2.2.3 La IPRESS cuenta con un registro nominal único (manual o electrónico) del paciente con hipertensión arterial, donde se registran los resultados de exámenes periódicos y comorbilidades, el que es parte del Formato de seguimiento de pacientes crónicos. (Anexo N°18).

6.2.2.4 La enfermera realiza el seguimiento y monitoreo del paciente con hipertensión arterial a través del formato de seguimiento de paciente crónico único

6.2.2.5 El Sistema de información vigente contempla toda la información generada durante la atención médica del cuidado integral del paciente con hipertensión arterial.

6.3 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

6.3.1 El Gerente de Red /Director de IPRESS dispone el monitoreo trimestral y evaluación anual de los indicadores de la presente directiva para evaluar su implementación progresiva. El cumplimiento de los estándares son de manera gradual de acuerdo a la aprobación del Plan de Salud vigente y al presupuesto con el que se cuenta. (Anexo N°19).

6.3.2 El rendimiento de los profesionales médicos y no médicos para el cuidado integral del paciente con hipertensión arterial es de acuerdo a la norma que establece los criterios de programación de actividades sanitarias.

6.3.3 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente directiva por parte de los funcionarios, jefes de departamento, jefes de servicio, profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal y/o institucional vigente.

6.3.4 El inicio de procedimientos administrativos disciplinarios y las imposiciones de las sanciones que pudiesen corresponder a los servidores pertenecientes a los regímenes laborales comprendidos bajo el Decreto Legislativo N° 276 (Público), Ley de bases de la carrera administrativa y de remuneraciones del sector público y sus modificatorias; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728 (Privado), Ley de productividad y competitividad laboral, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-97-TR, y sus modificatorias; y el Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), decreto que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, se efectuará de acuerdo a las normas contenidas en la Ley del Servicio Civil N° 30057 y su reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 040-2014-PCM, así como por la Directiva N° 002-2015-SERVIR/GPGSC aprobada por resolución de presidencia ejecutiva N° 101-2015-SERVIR-PE.

6.3.5 El Gerente de Red /Director de IPRESS es el responsable del cumplimiento de la presente directiva en el ámbito de su jurisdicción así como de los resultados por inadecuado control y seguimiento operativo.

VII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. **Emergencia hipertensiva:** se produce cuando existe elevación aguda de la presión arterial que se acompaña de alteraciones orgánicas graves (fundamentalmente a nivel cardíaco, cerebral o renal). Suponen un riesgo de lesión irreversible, amenazan la vida del paciente y requieren un descenso precoz de las cifras de presión arterial en el plazo de pocas horas con la administración de tratamiento endovenoso a nivel hospitalario.

2. **Equipo interdisciplinario**: conjunto de profesionales (médico general, médico familiar, medico gineocobstetricia, obstetra, odontólogo, enfermera, nutricionista,

psicólogo y trabajadora social) que participan de la atención integral del paciente con riesgo cardiovascular según disponibilidad de recursos de la IPRESS.

3. **Hipertensión arterial:** es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica y cuya manifestación clínica es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

4. **Proceso de atención:** es el conjunto de actividades que se realiza al asegurado para la provisión de servicios de salud.

5. **Riesgo cardiovascular:** es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo (10 años en promedio). Se usa los siguientes elementos: Nivel de presión arterial, factores de riesgo, daño asintomático a órgano blanco y evento vascular.

6. **Teleconsulta:** Consiste en la aplicación de técnicas de telemedicina para obtener una segunda opinión de un profesional de salud, intercambiando información clínica de pacientes a distancia. La teleconsulta puede ser en "tiempo real" o en forma "diferida".

7. **Telemonitoreo:** consiste en el seguimiento clínico remoto de un paciente facilitado por las tecnologías de información y comunicación. El equipamiento debe cumplir con criterios de bajo consumo de energía, seguridad, bajo costo y fácil aceptación.

8. **Urgencia hipertensiva:** se produce cuando existe elevación aguda de la presión arterial en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos que no implica una afectación grave de órganos diana y que, por tanto, no supone un riesgo vital inmediato. Permite un tratamiento menos inmediato (horas-días) con medicación oral y un abordaje inicial extra hospitalario.

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1: Equipamiento y potencial mínimo según niveles de atención.

Nivel de atención	Equipamiento	Potencial Humano
I Nivel	• Estetoscopio • Tensiómetro • Electrocardiógrafo • Pantoscopio • Balanza • Tallímetro • Cinta métrica	Médico general, Médico de Familia, Médico capacitado en medicina complementaria, Médico internista, Cardiólogo General, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo y Trabajadora social según disponibilidad de la IPRESS, técnicas de enfermería y otros para la atención de los pacientes con hipertensión arterial.
II Nivel	Lo anterior mas: • Eco cardiógrafo. • Sistema de prueba de esfuerzo	Cardiólogo General, Nefrólogo, Endocrinólogo, Enfermera, nutricionista, psicólogo y trabajadora social según disponibilidad de la IPRESS
III Nivel	Lo anterior más: • Cineangiografo. • Sistema de ablación renal.	Cardiólogo Clínico, Cardiólogo Ecocardiografista, Cardiólogo Intervencionista, Cirujano Cardiovascular Enfermera, Nutricionista, Psicólogo y Trabajadora social según disponibilidad de la IPRESS.

Anexo N° 2: Fármacos para tratamiento de hipertensión arterial por niveles de atención.

Nivel de Atención	Medicamentos para hipertensión arterial
I Nivel	• Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina (IECA): Enalapril, captopril. • Bloqueador de receptor de angiotensina II: Losartán, valsartán, irbesartán. • Calcio antagonista: Nifedipino de acción larga, verapamilo, diltiazem. • Diurético: Hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona. • Beta bloqueador: Propranolol, atenolol, carvedilol, bisoprolol. • Metildopa (en caso exista cardiólogo o médico internista en policlínico de complejidad creciente).
II Nivel	Además de lo anterior: • Metildopa y nitroprusiato.

Anexo N°3: Hábitos y estilos de vida saludables.

Hábitos y Estilo de vida	Recomendación	Nivel de evidencia
Reducción de peso	Lograr y mantener un peso corporal normal IMC 18,5 -24,9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88cm en la mujer.	B
Dieta	Consumo de frutas, vegetales frescos y alimentos bajos en grasas totales y saturadas.	A
Reducción del consumo de sal	Reducir la ingesta de sal en la dieta a no más de 5 gr al día.	A
Actividad física	Ejercicio físico aérobico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar (al menos 30 min. Al día o 150 minutos semanales).	A
Evitar o limitar el consumo de alcohol	Evitar el consumo de alcohol, no excediendo 20-30 gr /día de etanol los varones y 10-20 gr/día las mujeres. El consumo semanal de alcohol no debe exceder los 140 gr en los varones y 80 g en las mujeres.	A
No al tabaco	Abandono total del hábito de fumar. No exposición al humo de tabaco	A

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnostico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva aprobado por RM 031-2015/MIN

Anexo N°4: Factores de riesgo Cardiovascular

- Sexo masculino.
- Edad (varones ≥55 años; mujeres ≥65 años)
- Tabaquismo (al menos un cigarrillo el último mes).
- Dislipidemias:
  - Colesterol total ≥ 200 mg/dl o
  - cLDL >130 mg/dl o
  - cHDL: varones, <40 mg/dl, <50 mg/dl, o
  - Triglicéridos ≥150 mg/dl
- Hiperglucemia en ayunas de 100-125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa ≥140 mg/dl y<200 mg/dl.
- Diabetes Mellitus.
- Obesidad abdominal ≥ 90 cm en varones y ≥80 cm
- Sobrepeso (IMC 25-29.9 Kg/m2).
- Obesidad abdominal (perímetro abdominal: varones, ≥102 cm; mujeres ≥88 cm).
- Historia familiar en primer grado de enfermedad coronaria prematura o equivalente (varones, <55 años; mujeres, <65 años).
- Síndrome Metabólico.

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnostico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva aprobado por RM 031-2015/MINSA

Anexo N°5: Formato para la identificación de factores de riesgo cardiovascular

DATOS GENERALES:									
Apellidos y nombres:									
DNI:				Email:					
Fecha de nacimiento:				Edad:				Sexo:	
Domicilio:								Teléfono:	
Ocupación:				Centro laboral:					
FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES MODIFICABLES:									
Peso /Talla		PA		IMC		Circunferencia de cintura en cm		Sobrepeso	
Sedentarismo				Intolerancia a la glucosa				Obesidad Global	
Hipertrigiceridemia de 150 mg/ml				Hiperglicemia en ayunas				Obesidad abdominal	
Colesterol Total > 200mg/dl				Colesterol LDL >130mg/dl					
FACTORES DE RIESGO MAYORES NO MODIFICABLES:									
Sexo Masculino				Varón > 55 años				Mujer Post menopáusica	
Mujer de >65 años.				Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus	
Tabaquismo				Enfermedad Cardiovascular prematura en familiar de 1er grado (V: <55a; M: <65a)					
ANTECEDENTE PERSONAL DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:									
Angina estable				Enf. Ateroesclerótica carotidea				IMA	
Angina inestable				Enf. Ateroesclerótica de la aorta abdominal				Enf. Arterial periférica	
Retinopatía hipertensiva				Hipertrofia ventricular izquierda				Insuficiencia cardiaca	
ERC Estadio 1, 2 3a				Accidente cerebrovascular isquémico				ERC Estadio 3b - 5	
Accidente isquémico transitorio				Accidente cerebrovascular hemorrágico				Albuminuria moderada a severa persistente	
Angioplastia y/o by pass aorto /coronario									
OTROS:									
Enfermedad Renal Crónica				Síndrome metabólico pre mórbido				Tasa de albuminuria/ creatinina	
Tasa de Filtración Glomerular									

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE IDENTIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR

1. **IMC**: Razón entre el peso (en kilogramos) sobre la talla (en metros) al cuadrado.

2. **CIRCUNFERENCIA DE CINTURA:** Medida del perímetro abdominal en centímetros, tomado a nivel del punto medio entre el borde costal y la cresta iliaca en la línea axilar media derecha o izquierda y que pasa sobre la cicatriz umbilical con una cinta métrica de fibra de vidrio.
3. **SOBREPESO:** Índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 30.
4. **OBESIDAD GLOBAL:** Se define por el índice de masa corporal igual o mayor de 30.
5. **OBESIDAD ABDOMINAL**: Se define por la medida en centímetros de la circunferencia de cintura que de acuerdo al sexo es:
   - Hombre = o > de 90 cm.
   - Mujer = o > de 80 cm.
6. **SEDENTARISMO:** Se define como el hábito y/o tendencia de no realizar actividad física.
7. **INTOLERANCIA A LA GLUCOSA**: Se define por el resultado de una prueba de sobrecarga de glucosa oral (75 g de glucosa anhidra) donde la medida de la glicemia a las 2 horas de la exposición arroja un valor igual o mayor a 140 mg/dl y menor a 200 mg/dl.
8. **HIPERGLICEMIA EN AYUNAS:** Se define por el resultado de la glicemia en ayunas con un valor > a 100 mg/dl y < a 125 mg/dl.
9. **MUJER POST MENOPAÙSICA:** Es la mujer que ya tuvo la última menstruación de su vida **o presento la ultima menstruación hace un año o más.**
10. **TABAQUISMO:** Es una enfermedad aditiva crónica que genera tolerancia, dependencia física y psicológica y síndrome de abstinencia cuando no se consume.
11. **FUMADOR:** Según la OMS es la persona que ha fumado diariamente durante el último mes al menos un cigarrillo.
12. **SINDROME METABOLICO PRE MORBIDO:** Se define por la identificación en un paciente de 3 de las siguientes 5 condiciones:
    - Obesidad abdominal: Varón ≥ 90 cm; Mujer ≥ 80 cm
    - Presión arterial elevada sin tener el diagnóstico de Hipertensión Arterial: Sistólica ≥ 130 mmHg y Diastólica ≥ 85 mmHg.
    - Hiperglucemia en ayunas: ≥ 100 mmHg.
    - Hipertrigliceridemia: > de 150 mg/dl.
    - Colesterol HDL :
      - Hombres < de 40 mg/ dl.
      - Mujeres < de 50 mg/dl.

Anexo N°6: Metodología para la medida de la presión arterial

a) Consideraciones previas:

- Para la medición de la presión arterial usar un tensiómetro en buen estado.
- La persona debe estar en postura confortable, en reposo al menos 5 minutos antes de la medida de la presión arterial y toda la extremidad superior descubierta, extendida y apoyada sobre una superficie fija, a la altura del corazón. La persona no debe haber fumado o ingerido previamente café, alcohol u otras bebidas calientes en los 30 minutos previos. Durante **la medida de la Presión Arterial la persona debe guardar silencio.**
- En la primera visita se debe realizar la medición de la presión arterial en ambos brazos y considerar aquel cuya lectura haya sido la de mayor valor la cual será el referente para mediciones futuras.

b) Medición

- Ubicar la arterial braquial palpatoriamente en la cara interna del tercio distal del brazo.
- Colocar el brazalete a 2 cm por encima del pliegue del codo de tal forma que la línea media del bladder coincida con la arteria braquial para lo cual debe contar **con diferentes tipos de manguitos, según el diámetro del brazo.**
- Palpar el pulso de la arteria radial a nivel de la muñeca. Insuflar lentamente. Tomar nota del valor de la presión arterial en que desaparece el pulso y vuelve a aparecer al desinsuflar. El valor coincide con ese momento será la presión arterial sistólica palpatoria referencial.
- Desinsuflar y esperar 2 minutos.
- Colocar el estetoscopio a nivel de la arteria braquial previamente ubicada.
- Luego, insuflar rápidamente hasta 30 mmHg por encima del valor de la presión arterial sistólica palpatoria referencial.
- Desinsuflar lentamente a una velocidad aproximada de 2 mmHg/segundo.
- Se consignara como la presión arterial sistólica (PAS) a la primera medición obtenida luego de percibir por lo menos dos ruidos continuos (fase 1 de Korotkoff).
- Se consignara como la presión arterial diastólica (PAD) aquella que corresponde con El último ruido audible (fase 5 Korotkoff).

Se debe obtener al menos 2 registros en intervalos de 2 minutos y considerar el valor promedio para emitir diagnostico manométrico. Medir la Presión arterial al menos 3 minutos después de ponerse de pie sobre todo en grupos poblacionales especiales como diabéticos, sospecha de hipotensión ortos tatica y en adultos mayores.

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva aprobado por RM 031-2015/MINSA

Anexo N° 7: Estratificación de riesgo cardiovascular

Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad.	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130-139 o PAD 85-89	PAS 140-159 o PAD 90-99	PAS 160 -179 o PAD 100-109	PAS ≥180 O PAD ≥110
Sin otros FR	-	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado del 1 al 3a o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado ≥3b o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnostico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva MINSA.

Anexo N° 8: Intervenciones según riesgo cardiovascular

Otros FR, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	PAS 130-139 o PAD 85-89	PAS 140-159 o PAD 90-99	PAS 160 -179 o PAD 100-109	PAS ≥180 O PAD ≥110
Sin otros FR	No intervenir sobre la PA	Cambios en el estilo de vida durante varias semanas. Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida durante varias semanas. Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo <140/90
1-2 FR	Cambios en el estilo de vida. No intervenir sobre la PA.	Cambios en el estilo de vida durante varias semanas. Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida durante varias semanas. Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo <140/90
≥3 FR	Cambios en el estilo de vida. No intervenir sobre la PA	Cambios en el estilo de vida durante varias semanas. Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo <140/90
Daño orgánico, ERC de grado del 1 al 3a o diabetes mellitus	Cambios en el estilo de vida. No intervenir sobre la PA	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90
ECV sintomática, ERC de grado ≥3b o diabetes con daño orgánico/FR	Cambios en el estilo de vida. No intervenir sobre la PA	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento para la PA con un objetivo <140/90

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnostico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva MINSA.

Leyenda:

*FR: factor de riesgo

*PA: presión arterial
*ECV: enfermedad cardiovascular
*ERC: enfermedad renal c

Anexo N°9: Valores de Presión Arterial

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Alta norma	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3	≥180	≥110
Hipertensión aislada sistólica	≥140	<90

Fuente: Guía Europea del 2013.

Anexo N°10: Exámenes de ayuda diagnostica para pacientes con hipertensión arterial

EXAMENES AUXILIARES
Laboratorio: • Hemoglobina y hematocrito. • Glucosa en ayunas. • Examen de Orina. • Creatinina sérica. • Tasa de filtración glomerular estimada (Fórmula MDRD 4). • Ácido úrico sérico. • Colesterol Total, LDL, HDL y triglicéridos séricos en ayunas. • Electrolitos séricos. • Tasa Albumina / Creatinina en orina. • Proteinuria cuantitativas en 24 horas. Examen de Fondo de Ojo. De Imágenes. Eco cardiografía. Electrocardiograma.

Fuente: Tomado de Guía de Práctica Clínica para el diagnostico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva MINSA.

****Exámenes mínimamente solicitados una vez al año o a criterio médico**

Anexo N°11: Formato de seguimiento de paciente con hipertensión arterial

FILIACIÓN	
Apellidos y nombres:	Edad:
Email:	Telef:
Dirección:	DNI:

ANTECEDENTES		
Patológicos	RAM	Medicina que toma

Fecha	**Valor meta**	**Mes 1**	**Mes 2**	**Mes 3**	**Mes 4**	**Mes 5**	**Mes 6**	**Mes 7**	**Mes 8**
Peso									
Talla									
IMC									
Cintura									
PA									
FC									
Glucosa									
Colesterol									
HDL									
LDL									
Creatinina									
Hemoglobina glicosilada									
Tasa albumina/ creatinina en orina									
TFG estimada (1 -2 v/años según estadio ERC)									
Resultado de Test de Morisky									

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					**EVALUACION POR ESPECIALISTAS**		
6 hrs de sueño					Cardiología (Fecha y examen)		
Actividad Física 150 min					Nefrología (Fecha y examen)		
Actividad Física 70 min					Oftalmología (Fecha y examen)		
3 frutas al día					Nutricionista (Fecha y examen)		
Ingesta de vegetales					Psicología (Fecha y examen)		
Ingesta de agua 2lt/día					Medicina Familiar (Fecha y examen)		

Anexo N°12: Test de Morisky-Green

N°	Preguntas	SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Fuente: Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica Revista de Atención primaria Vol. 40 Nro. 8 2008.

Descripción de Test de Morisky-Green

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad' se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial.

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir 1) No/ 2) Sí/ 3) No/ 4) No.

Anexo N° 13: Criterios de derivación, interconsulta o referencia a los servicios de medicina complementaria

- Paciente sin Hipertensión Arterial, con factores de riesgo:
  - Estilos de Vida inadecuados: Alimentación inadecuada, Sedentarismo, Consumo de Tabaco y Alcohol.
  - Sobrepeso / Obesidad.
  - Dislipidemias.
  - Estrés.
  - Ansiedad, Depresión.
- Pacientes con valores de presión arterial alta normal.
- Paciente con Hipertensión Arterial con Riesgo Cardiovascular Bajo o Moderada.

Anexo N°13: Test de Morisky-Green

Nº	Preguntas	SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Fuente: Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica Revista de Atención primaria Vol. 40 Nro. 8 2008.

Descripción de Test de Morisky-Green

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades

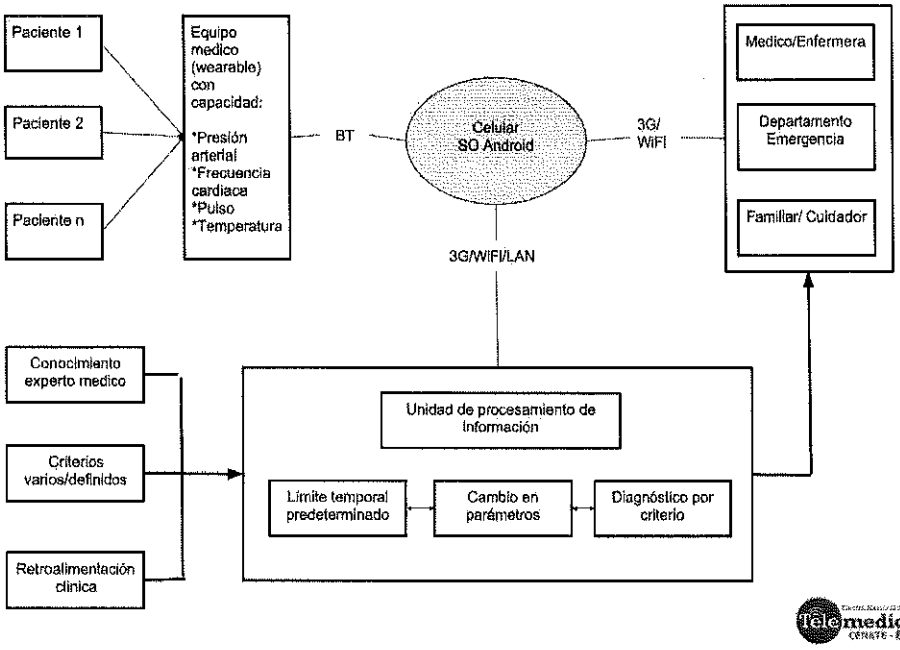
Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el paciente adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad' se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial.

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir 1) No/ 2) Sí/ 3) No/ 4) No.

Anexo N°14: Criterios de referencias del paciente con hipertensión arterial.

Nivel de Referencia	Criterios de referencia
Al segundo nivel de atención	Pacientes con hipertensión arterial con riesgo cardiovascular alto.
	Pacientes con hipertensión arterial que presentan daño de órgano blanco asintomático (presión de pulso 60mmHg, hipertrofia ventricular izquierda. ERC con TFG entre 30 a 45 l/min , microalbuminuria (≥300 mg/24h) o relación albumina/creatinina (≥300 mg/g) (en caso de contar con nefrólogo, caso contrario en el siguiente nivel)
	Pacientes con hipertensión arterial no controlada con el uso de dos medicamentos antihipertensivos.
Al tercer nivel	Pacientes con riesgo cardiovascular muy alto.
	Pacientes con hipertensión arterial refractaria o resistente a tratamiento.
	Pacientes con hipertensión arterial con daño multiorgánico.
	Pacientes con antecedente o diagnóstico de enfermedad cardiovascular (enfermedad cerebro vascular isquémico, hemorrágico, isquémico transitorio; enfermedad arterial coronaria, infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica, insuficiencia cardiaca e incluye IC con FE conservada; enfermedad arterial periférica sintomática, ERC con TFG < 30 ml /min, proteinuria (>300 mg/24 h); retinopatía avanzada: exudados, hemorragias, papiledema.

Anexo 15 : Modelo de Telemonitoreo CENATE - EsSalud



El proceso de telemonitoreo se inicia con el ingreso de información biométrica y de signos vitales por medio de equipos especializados portables, la data generada es transferida por un gateway inalámbrico hacia una plataforma con base de datos especializada que incluye el procesamiento de información para análisis y pre tamizaje y brinda soporte a la atención de los profesionales médicos para el seguimiento clínico.

Anexo N° 16 Codificación CIE 10 de pacientes con hipertensión arterial

CIE X	Diagnóstico
I 10	Hipertensión arterial, benigna, esencial, maligna primaria, sistémica. Excluye cuando compromete vasos de cerbero y ojo.
I11.0 **I11.0** **I11.09**	Enfermedad cardiaca hipertensiva: Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca congestiva. Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca congestiva.
I12.0 **I12.0** **I12.9**	Enfermedad renal hipertensiva: Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal.
I15 **I15.0** **I15.1** **I15.2** **I15.8** **I15.9**	Hipertensión secundaria: Hipertensión reno vascular.) Hipertensión secundaria a otros trastornos renales. Hipertensión secundaria a otros trastornos endocrinos. Otros tipos de hipertensión secundaria. Hipertensión secundaria, no específica.
H35.0	Retinopatía del fondo y cambios vasculares retinianos
O10 **O10.0** **O10.1** **O10.2** **O10.3** **O10.4** **O10.9**	Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio: Hipertensión arterial preexistente. Enfermedad cardiaca hipertensiva. Enfermedad renal. Enfermedad cardiorenal. Hipertensión secundaria. Hipertensión preexistente no especificada.

SGNAPS-GPNAIS-GCPS V°B° K. MONTANO F. Sub-Gerente ESSALUD

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M. SANCHEZ T. Gerente ESSALUD

Anexo N°17: Tarjeta de Control del paciente

Atención /Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /
Atención de Enfermería				
Atención nutricional				
Atención de Salud Bucal				
Atención Oftalmológica				
Atención Odontológica				
Evaluación Social				
Fondo de Ojo				
Electrocardiograma				
Sintomático Respiratorio				
Tamizaje de Cáncer				
Tamizaje de Salud Mental				
Factor de Riesgo ITS oVIH				
Asistencia Progr. Planificación Familiar				

Atención /Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /
Atención de Enfermería				
Atención nutricional				
Atención de Salud Bucal				
Atención Oftalmológica				
Atención Odontológica				
Evaluación Social				
Fondo de Ojo				
Electrocardiograma				
Sintomático Respiratorio				
Tamizaje de Cáncer				
Tamizaje de Salud Mental				
Factor de Riesgo ITS oVIH				
Asistencia Progr. Planificación Familiar				

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años Unidos para Ti

TARJETA DE CONTROL

Red: _____

IPRESS _____

1.- DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos: _____ HCL: _____

Teléfono _____ Email _____

Dirección _____ Referencia _____

Fecha de nacimiento _____

Persona responsable y/o con quien vive _____

Adulto Fragil N° _____ VGI: _____

2.- ENFERMEDADES QUE PADEZCO

	SI	NO		SI	NO
Obesidad			Osteoartrosis		
Dislipidemias			Asma		
Hipertension arterial			EPOC		
Diabetes Mellitus			Otros		

ERC - estadio: _____

VISARE N° _____ Fecha: _____

3.- RIESGOS

	SI	NO		SI	NO
Sobrepeso			Alcohol:		
Sedentarismo			Estrés:		
Tabaco:			Bajo peso:		
Sindrome metabolico			Obesidad abdominal		

Talla: _____ Peso ideal: _____

	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Peso													
Presion Arterial													
Glucosa													
HB A1c													
IMC													
Perimetro abdominal													
Colesterol													
Triglicéridos													
Presion Arterial													
Glucosa													
IMC													

Adherencia al tratamiento médico: _____

ASISTENCIA A ACTIVIDADES EDUCATIVAS

Fecha /N° Sesion												

Anexo N° 18: Formato de seguimiento de pacientes crónicos

RED ASISTENCIAL:																																								
LIBRO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS Y/O DAÑOS PRIORIZADOS EN EL ADULTO/ADULTO MAYOR																*ENF CRONICA 1....				*AÑO 1...												*AÑO 1.....								
N°	FECHA	Nombre y apellido	DNI	Telefono/ Celular	email	EDAD		CONDICION DE INGRESO		*MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (4 CONTROL/AÑO) año 1						CASO		COMPLICACIONES		1° C	2° C	CMED	3° C	4° C	CMED	5° C	6° C	CMED	7° C	8° C	CMED	ANALISIS DE LABORATORIO(1VEZ/AÑO, Y/O SEGUIMIENTO)								
						M	F	NUEVO	REINGRESO	PESO	TALLA	IMC	P ABD	SOBRE PESO	OBESIDAD	N	C	SI (CIE 10)	NO													COL	TGC	GL	HB GC	HB	UREA	CREAT	MICRO ALB	EX OR COMP

SGNAPS-GPNAIS-GCPS V°B° K. MONTAÑO F. Sub-Gerente ESSALUD

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD - GCPS

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M. SANCHEZ T. Gerente ESSALUD

*Estas columnas se amplían según control y año

VISARE

FECHA ING	SCREENING					ESTADIOS ERC						TASA ALBUMINA /CREATININA (MG/G)		NEFROPROTECCION		IMC>25		ALBUMINA >3,5		ANEMIA CORREGIDA		CA X P >55		PA S CONTROLADA		REFERENCIA		INICIO TRR			CONTROL		VISITAS DOMICILIARIAS	OBSERVACIONES
	SANGRE		ORINA																															
	CREATININA SANGRE (MG%)	TFG ESTIMADA (ML/MIN/1.73M² SC)	CREATINURIA (MG%)	ALBUMINURIA (MG%)	TASA ALBUMINA /CREATININA)	1	2	3a	3b	4	5	'+	'-	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	T	DP	HD	ESTADIO (6 MESES)	ESTADIO (1 AÑO)		

SGNAPS-GPNAIS-GCPS V°B° K. MONTANO F. Sub-Gerente ESSALUD

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS V°B° L. Fuentes T. Gerente ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M. SANCHEZ T. Gerente ESSALUD

INSTRUCTIVO DE FORMATO DE SEGUIMIENTOS DE PACIENTES CRONICOS:

AREA DE DATOS GENERALES: Numero, Fecha, Nombres y apellidos, DNI, Teléfono, Email, Edad/ Sexo y Condición de ingreso (Nuevo y reingreso).

AREA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: Peso, talla, IMC, P. Abd (perímetro abdominal), sobrepeso y obesidad.

AREA DE ENFERMEDAD CRONICA: Aquí se registran las enfermedades crónicas priorizadas como son: Hipertensión arterial, Enfermedad Renal Crónica, Diabetes mellitus, Osteoartrosis, Asma y EPOC, donde se colocara si el paciente es nuevo o continuador, y si en caso tiene complicaciones colocar el código de CIE 10.

AREA DE SEGUIMIENTO: Contempla las atenciones al año de los pacientes hipertensos. **AREA DE ANALISIS DE LABORATORIO**: Constituyen todos los exámenes de laboratorio que se harán según indicación médica para diagnostico y/o seguimiento. Los exámenes a considerar son: Colesterol, triglicéridos, glucosa sanguínea, hemoglobina glicosilada, úrea, creatinina, microalbuminuria, emanen de orina completa.

AREA VISARE: Se encuentran todos los datos que exigen la normatividad vigente en Salud Renal.

Anexo N°19: Indicadores

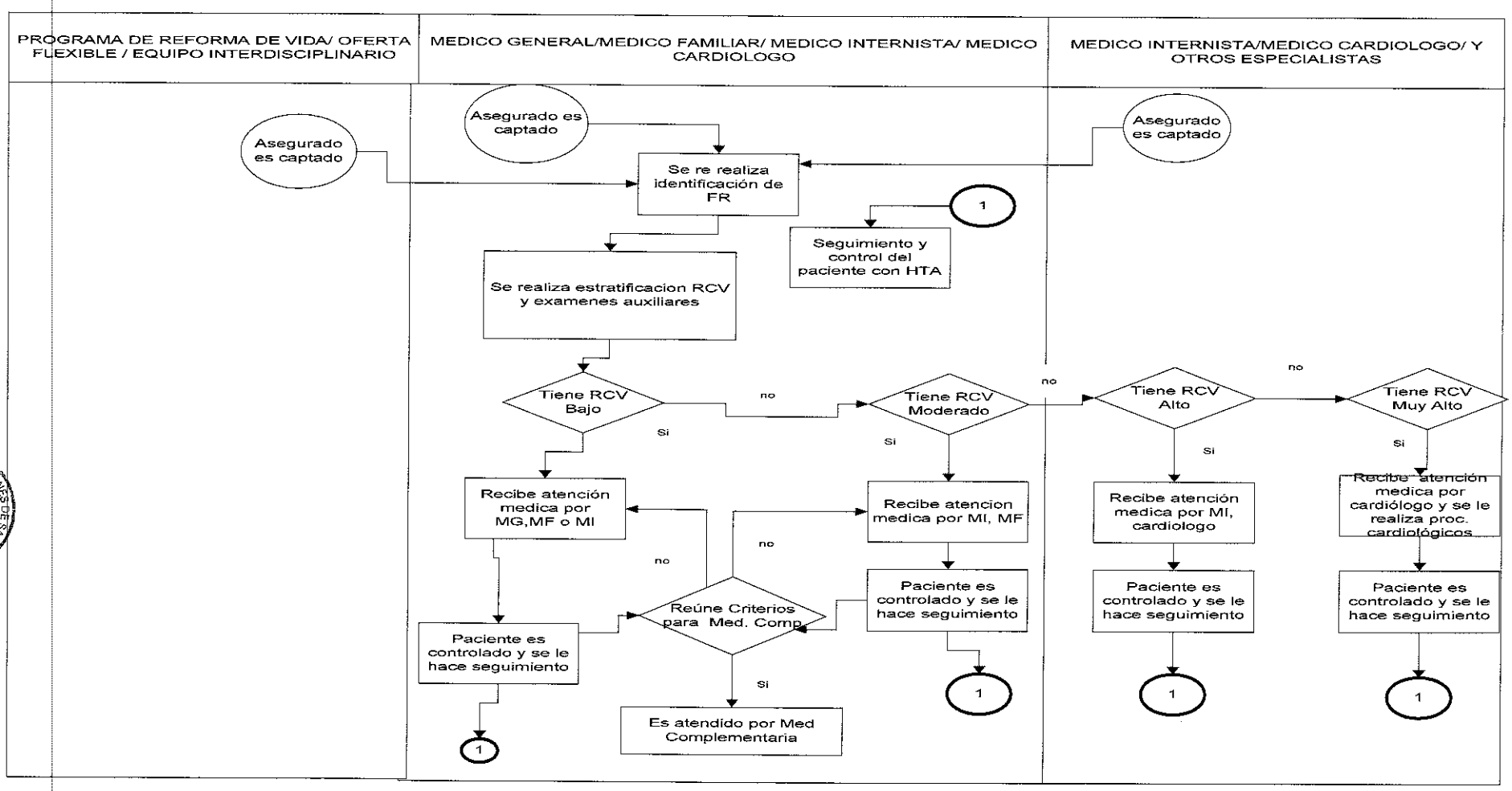
INDICADOR DE PROCESO	FORMULA	ESTANDAR
Cumplimiento de Evaluación de riesgo cardiovascular	N° de pacientes con hipertensión arterial que tienen evaluación del riesgo cardiovascular x100 / Total de pacientes con hipertensión arterial de la IPRESS	100%
Tamizaje de Enfermedad Renal Crónica	N° de pacientes mayores de 18 años con diagnostico de HTA con tamizaje de ERC x 100 / Total de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HTA	100%
INDICADOR DE RESULTADO	**FORMULA**	**ESTANDAR**
Adherencia al tratamiento	N° de pacientes con hipertensión arterial con adherencia al tratamiento x 100 / Total de pacientes con hipertensión arterial evaluados	80%







Anexo N° 20: Mapa Global de Proceso de Atención de paciente con hipertensión arterial



Leyenda: FR: Factores de Riesgo, HTA: Hipertensión arterial, RCV: Riesgo Cardiovascular, MG: Medico General capacitado, MF : Medico Familiar , MI: Medico Internista, Med Complementario: Medico Complementario