EsSalud
Comprometidos *contigo*

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°20-GCPS-ESSALUD-2022

Lima, 23 AGO 2022

VISTA:

La Nota N°492-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 y el Informe N° 161 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022 de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud; y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo I del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

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, mediante Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva", el cual tiene por objetivo establecer los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva;

Que, mediante Resolución Ministerial N°229-2016/MINSA, se aprueba el Documento técnico: "Lineamientos de Políticas y estrategias para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020", el cual tiene por finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población peruana a través de la disminución de la carga de morbilidad, discapacidad prevenible, así como la mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles;

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, se establece como primer y segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados" y "Desarrollar una gestión con excelencia operativa", respectivamente;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1248-GG-ESSALUD-2016, se aprueba el Plan: "Cuidado de Salud Cardiovascular en EsSalud 2016-2021", el cual tiene la finalidad de contribuir a mejorar el acceso, cobertura y calidad en los servicios de salud para el cuidado de la salud cardiovascular con enfoque de humanización en la población asegurada de EsSalud.

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el cual establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas,

M. MASCARO C. Sub-Gerente

J. ZAHABRIA C. Gerente

D. E. MORETTI Gerente Central

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolución N° 42 GCPS-ESSALUD-20..
23 AGO. 2022

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°20-GCPS-ESSALUD-2022

normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo 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, el proyecto de Documento Técnico Orientador: "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud - EsSalud", tiene como objeto establecer los criterios técnicos del cuidado integral del paciente con Hipertensión arterial en EsSalud.

Que, atendiendo a lo señalado precedentemente, resulta necesario la aprobación del proyecto de Documento Técnico Orientador: "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud - EsSalud", a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad del paciente con Hipertensión arterial en EsSalud;

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

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico Orientador: "Manual para el Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud - EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DEJAR SIN EFECTO,** la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 001-GCPS-ESSALUD-2016 "Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud - ESSALUD" aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 33-GCPS-ESSALUD-2016.
3. **DISPONER,** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asistencia técnica del documento técnico aprobado por la presente Resolución, de acuerdo a sus competencias.
4. **ENCARGAR,** a la Gerencia Central de Operaciones contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico, en el marco de sus funciones;
5. **ENCARGAR**, a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remita a la Secretaría General el presente Documento Técnico para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. EINSTEIN MURRIETA LUJAN
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
BEATRIZ CASAÑO QUISPE
Fedatario Titular
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2022
23 AGO. 2022

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 20 -GCPS-ESSALUD-2022

DOCUMENTO TÉCNICO-ORIENTADOR: "MANUAL PARA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD- ESSALUD"

ÍNDICE

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES INICIALES.....3

CAPÍTULO II: ÓRGANOS RESPONSABLES.....7

CAPÍTULO III: DISPOSICIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....8

ANEXOS
Anexo N°1: Equipamiento y potencial humano según niveles de atención.....16
Anexo N°2: Fármacos para tratamiento de Hipertensión arterial por niveles de atención.....17
Anexo N°3: Hábitos y estilos de vida saludables.....18
Anexo N°4: Factores de Riesgo Cardiovascular.....19
Anexo N°5: Clasificación de Diagnóstico Nutricional por Índice de Masa Corporal (IMC).....19
Anexo N°6: Clasificación según Perímetro Abdominal.....20
Anexo N°7: Daño orgánico asintomático.....20
Anexo N°8: Enfermedad cardiovascular o renal establecida.....20
Anexo N°9: Formato para la identificación de factores de riesgo cardiovascular.....21
Anexo N°10: Metodología para la medida de la Presión Arterial.....23
Anexo N°11: Valores de Presión Arterial.....24
Anexo N°12: Estratificación del Riesgo Cardiovascular.....25
Anexo N°13: Intervenciones según Riesgo Cardiovascular.....26
Anexo N°14: Exámenes de ayuda diagnóstica para pacientes con Hipertensión arterial.....27
Anexo N°15: Criterios de referencias del paciente con Hipertensión arterial.....28
Anexo N°16: Test de Morisky-Green.....29
Anexo N°17: Flujograma para el acceso a la Atención por Teleconsulta **CENATE-ESSALUD**.....30
Anexo N°18: Codificación CIE 10 de pacientes con Hipertensión arterial.....31
Anexo N°19: Codificación CPMS de pacientes con Hipertensión arterial.....32
Anexo N°20: Tarjeta de Control del paciente.....33
Anexo N°21: Seguimiento de Vigilancia de Salud Renal (VISARE).....35
Anexo N°22: Flujo de Atención del paciente con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.....36
Anexo N°23: Flujograma del Proceso de Atención del paciente con Hipertensión Arterial.....37
Anexo N°24: Códigos para adherencia de tratamiento en el paciente con Hipertensión arterial.....38
Anexo N°25: Códigos para diagnóstico nutricional en el paciente con Hipertensión arterial.....38
Anexo N°26: Indicadores.....39

Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE
Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS - ESSALUD

CAPITULO I
DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO

Establecer los criterios técnicos del cuidado integral del paciente con Hipertensión arterial en EsSalud.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad del paciente con Hipertensión arterial en EsSalud.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus modificatorias.
3.2. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3.3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR; y sus modificatorias.
3.4. Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA.
3.5. Decreto Legislativo N° 1490-2020, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
3.6. Decreto Supremo N° 013-2020-SA, que establece medidas para asegurar la continuidad de las acciones de prevención, control, diagnóstico y tratamiento del Coronavirus-COVID-19, y su modificatoria.
3.7. Decreto Supremo N° 005-2021-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421 Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de Telesalud.
3.8. Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva".
3.9. Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Políticas y estrategias para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020".
3.10. Resolución Ministerial N° 030-MINSA/2020, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de cuidado integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)".
3.11. Resolución Ministerial N° 182-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención el contexto de la pandemia COVID-19.
3.12. Resolución Ministerial N°498-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 110-MINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles en el contexto COVID-19".
3.13. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y modificatorias.
3.14. Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 21-GCPP-ESSALUD-2020 V.01 "Norma para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".

3.15. Resolución de Gerencia General N° 632-GG-EsSalud-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 12-GCPS-ESSALUD-2020 "Telemedicina en pacientes con enfermedad crónica o continuador en EsSalud".
3.16. Resolución de Gerencia General N° 300-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 5-CENATE-ESSSALUD-2021, "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud - EsSalud" y "Procedimiento para el acceso a la Teleconsulta y Teleapoyo al Diagnóstico por Imágenes ".
3.17. Resolución N° 33-GCPS-EsSalud-2019, que aprueba la "Guía de Atención Nutricional en pacientes con Hipertensión Arterial-EsSalud".
3.18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 21-GCPS-ESSALUD-2021, que aprueba el Documento Técnico "Atención de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el contexto por la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social – ESSALUD".
3.19. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 25-GCPS-ESSALUD-2021, que aprueba el Documento Técnico "Guía de adecuación de los servicios de salud del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
3.20. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2022, que aprueba el Documento Técnico "Guía de visita domiciliaria con enfoque del cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad en ESSALUD".

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente norma es de aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros o bajo la modalidad de Asociación Público Privada (APP) según los términos y condiciones establecidas en los contratos.

ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

5.1. Automedición de la Presión Arterial (AMPA): Es el registro de la presión arterial efectuada por personas que no son profesionales de la salud, es decir el propio paciente o un familiar, habitualmente en su domicilio, realizado por un equipo validado y previa educación del paciente y/o familiar por un profesional de la salud.

5.2. Cuidado integral de salud: Son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias destinadas a promover hábitos y conductas saludables, buscan preservar, recuperar y rehabilitar la salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, con enfoque de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud. Contempla la atención en el primer nivel de atención, articulándose con el segundo y tercer nivel de atención de salud, de acuerdo con la capacidad resolutiva que se requiera, bajo la modalidad fija, móvil y telemedicina.

5.3. 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 inmediato de las cifras de presión arterial en el plazo de pocas horas con la administración de tratamiento endovenoso a nivel hospitalario.

5.4. Equipo interdisciplinario: Conjunto de profesionales (médico general, médico familiar, médico ginecólogo, médico geriatra, médico internista, médico cardiólogo 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.

5.5. Factor de Riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En el contexto de infección COVID-19 se considera factor de riesgo condiciones como Hipertensión arterial, Asma, Obesidad, Diabetes mellitus, Enfermedades Pulmonares Crónicas, Enfermedades con inmunocompromiso, Cáncer, etc.

5.6. 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) y/o diastólica (PAD).
Se define como valores obtenidos de PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg, en la consulta ambulatoria, al menos en 2 oportunidades.

5.7. Hipertensión de Bata Blanca: Es la elevación de la presión sanguínea constantemente en las lecturas de consultorio, pero que no cumple con los criterios diagnósticos de hipertensión basadas en las lecturas realizadas fuera de la consulta médica (AMPA/MAPA).

5.8. Hipertensión Refractaria: Es definido como presión arterial >140/90 mmHg medido en consultorio, en un paciente tratado con 3 o más medicamentos antihipertensivos a dosis óptima (o máximo tolerado) incluido un diurético y después de excluir pseudoresistencia, hipertensión inducida por drogas o hipertensión arterial secundaria.

5.9. Hipertensión Secundaria: Es debido a una causa identificable que se puede tratar con intervenciones específicas, se puede sospechar cuando hay la aparición de hipertensión de grado 2 o 3 en menores de 40 años, un empeoramiento rápido de la PA en pacientes mayores, antecedentes de enfermedad neurológica, consumo de drogas, de medicamentos (corticosteroides, vasoconstrictores nasales, quimioterapéuticos, etc), hipopotasemia espontánea (hiperaldosteronismo), embarazo, apnea del sueño o episodios repetidos de sudoración, cefalea, ansiedad o palpitaciones (feocromocitoma).

5.10. Hipertensión controlada: El paciente con diagnóstico de Hipertensión arterial es considerado "Controlado" cuando por un período de seis meses en la IPRESS, registra valores dentro de los límites de referencia en al menos el 75% de las visitas (≥ a 4 registros), teniendo en cuenta lo siguiente:
En adultos con edad >18 años a <65 años, presión arterial <130 mm Hg (valor de PAS) y <80 mm Hg (valor de PAD).
En adultos con edad ≥ 65 años, presión arterial < 140 mm Hg (valor de PAS) y <90 mm Hg (valor de PAD).

5.11. Medición de la presión arterial fuera de la consulta: Es la toma de la presión arterial que realiza el asegurado fuera de su IPRESS, de manera ambulatoria.

5.12. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): Es el registro electrónico de la PA en intervalos de 15 – 30 minutos en 24 horas de forma ambulatoria. Para su interpretación requiere al menos 70% de las lecturas satisfactorias.

5.13. Obesidad Abdominal (Central): Exceso de acumulación de grasa en el área abdominal particularmente debido a un exceso de grasa visceral.
Existe una buena correlación entre el perímetro abdominal y la grasa intrabdominal, siendo un componente esencial del síndrome metabólico y factor de riesgo para el desarrollo de la Diabetes mellitus y la Enfermedad Cardiovascular.

5.14. Paciente con adherencia al tratamiento: Se obtiene cuando el paciente contesta correctamente el Test de Morisky – Green (Anexo N° 16). Se considera código CIE-10: Z92.2; y en caso no exista adherencia considerar el código CIE-10: Z91.1.

5.15. Perímetro Abdominal: Es un índice que mide la concentración de grasa en la zona abdominal y por tanto es un indicador sencillo y útil que permite conocer la salud

cardiovascular. La medición del perímetro abdominal incluye tanto la grasa subcutánea como intrabdominal. Esto es importante, ya que el tejido adiposo intrabdominal está más relacionado estrechamente con el riesgo cardiometabólico, comparado con el subcutáneo.

5.16. Proceso de atención: Es el conjunto de actividades que se realiza al asegurado para la provisión de servicios de salud.

5.17. Riesgo cardiovascular: Es la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar un evento cardiovascular durante un periodo de tiempo definido (10 años en promedio). Para su cálculo se usan los siguientes elementos: Nivel de presión arterial, factores de riesgo, daño asintomático a órgano blanco y evento vascular.

5.18. Teleconsulta: Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el MINSA.

5.19. Telemedicina: Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación y cuidados paliativos prestados por personal de salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población. Comprende los servicios de Teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientación, telemonitoreo y otros establecidos por el Ministerio de Salud.

5.20. Telemonitoreo: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las que amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

5.21. Teleorientación: Es un conjunto de acciones que desarrolla un profesional de salud, mediante el uso de las TICS para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría en fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.

5.22. 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, generalmente asociado a una presión arterial de ≥180/≥110mmHg. Permite un tratamiento menos inmediato (horas-días) con medicación oral y un abordaje inicial extra hospitalario.

ARTÍCULO 6. ACRONIMOS

CENATE	:	Centro Nacional de Telemedicina
CERPS	:	Centro de Rehabilitación Profesional y Social
CIE	:	Clasificación Internacional de enfermedades
CPMS	:	Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios
ECV	:	Enfermedad Cerebro Vascular
ERC	:	Enfermedad Renal Crónica
FC	:	Frecuencia cardiaca
GCPS	:	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
GCOP	:	Gerencia Central de Operaciones
GOF	:	Gerencia de Oferta Flexible
HTA	:	Hipertensión arterial
HVI	:	Hipertrofia Ventricular Izquierda
IC-FEc	:	Insuficiencia Cardíaca-Fracción Eyección conservada
IMC	:	Índice de masa corporal

IPRESS	:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
PA	:	Presión Arterial
PAS	:	Presión Arterial Sistólica
PAD	:	Presión Arterial Diastólica
RCV	:	Riesgo Cardiovascular
TFG	:	Tasa de filtración glomerular

CAPÍTULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

ARTÍCULO 7. GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (GCPS)

7.1 La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es responsable de difundir, implantar, brindar asistencia técnica a las Redes Prestacionales/Asistenciales, Gerencia de Oferta Flexible y CENATE para la aplicación de la normativa, así como monitorear y evaluar su cumplimiento para el cuidado integral de pacientes con Hipertensión arterial.

ARTÍCULO 8. GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES (GCOP)

8.1 La Gerencia Central de Operaciones es responsable, a través de la Gerencia de Operaciones Territoriales, de monitorear, supervisar y evaluar la implementación del presente Manual.

ARTÍCULO 9. GERENCIA DE RED PRESTACIONAL Y GERENCIA/DIRECCIÓN DE RED ASISTENCIAL Y ORGANOS PRESTADORES NACIONALES (OPN)

9.1 Es responsable de gestionar y planificar los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes.

9.2 Del mismo modo, es responsable de la organización y mejora continua de los procesos de atención para la implementación de la presente normativa, considerando la optimización de recursos, la capacidad resolutiva y la Oferta Flexible.

9.3 Asimismo, 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 cuidado integral del paciente con Hipertensión arterial.

ARTÍCULO 10. GERENCIA/DIRECCIÓN DE IPRESS

10.1 Es responsable de garantizar la implementación y cumplimiento de las prestaciones asistenciales para el cuidado integral de pacientes con Hipertensión arterial en ESSALUD.

10.2 Del mismo modo, 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.

10.3 También, 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. (Anexo N° 1 y Anexo N° 2).

10.4 La Gerencia/Dirección de la IPRESS, Subgerencia de Operaciones de Red de Salud, Jefatura 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 digitales y material educativo necesario para el proceso de la atención del paciente con Hipertensión arterial a nivel intramural y extramural.

10.5 La Gerencia/Dirección de la IPRESS, Jefatura de Departamento y/o Servicio o quien haga sus veces, designa un profesional responsable del cuidado integral del paciente con Hipertensión arterial.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES DEL CUIDADO INTEGRAL DE PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ARTÍCULO 11. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN SALUD CARDIOVASCULAR

11.1 La Gerencia/Dirección de la IPRESS gestiona el desarrollo de intervenciones que generen hábitos y conductas saludables mediante campañas comunicacionales de Información, Educación y Comunicación en Salud preventiva a nivel local, instituciones educativas, municipalidades, organizaciones de la sociedad civil y otros prestadores de salud (Anexo N° 3).

ARTÍCULO 12. DE LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

12.1 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.

12.2 El personal de salud médico identifica y registra factores de riesgo cardiovascular según tabla en el formato respectivo. (Anexo N° 04, 05, 06, 07, 08 y 09).

12.3 El profesional de salud realiza la medida de la presión arterial según recomendaciones y metodología estandarizada (Anexo N° 10); y registra los valores de la presión arterial en la historia clínica y/o carnet de control prenatal, para el caso de las gestantes.

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

ARTÍCULO 13. DE LA CAPTACIÓN

13.1 La captación de asegurados para tamizaje de Hipertensión arterial se realiza a nivel intra y extramural a través de las actividades individuales y colectivas; y son derivados a la IPRESS de adscripción acorde a la capacidad resolutiva.

13.2 A nivel intramural, la captación se realiza en cualquier momento de interacción del asegurado con la IPRESS (consulta externa, atenciones ambulatorias, hospitalización y desarrollo de actividades grupales por el equipo interdisciplinario).

13.3 A nivel extramural, la captación se realiza de acuerdo a los escenarios de intervención: actividad sanitaria masiva (presencial y/o virtual), visitas a entidades empleadoras, instituciones educativas, municipios, familia; a través de prestaciones sociales, programa de Mi Salud - Mi Vida o de la Gerencia de Oferta Flexible u otras estrategias y se deriva a la IPRESS de adscripción.

13.4 Las actividades de captación a nivel extramural, corresponden a acciones del equipo interdisciplinario.

13.5 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.

ARTÍCULO 14. DEL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

14.1 El diagnóstico de la Hipertensión arterial no debe basarse sobre una única medida.

14.2 En cuanto a la recomendación esencial para el Diagnóstico de HTA en la consulta médica, tener en cuenta:[1]

a. La medición de la PA en el consultorio es la base para el diagnóstico y el seguimiento de la HTA.

b. Siempre que sea posible, no se debe realizar el diagnóstico en una sola visita al consultorio. Por lo general, de 2 a 3 visitas al consultorio en intervalos de 1 a 4 semanas (según el nivel de PA) son necesarias para confirmar el diagnóstico de HTA.

c. El diagnóstico se puede realizar en una sola visita sólo si la PA ≥ 180/110 mm Hg y existen antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV).

d. Si es posible y está disponible, el diagnóstico de Hipertensión arterial debe confirmarse mediante la medición de la PA fuera del consultorio.

14.3 En cuanto a la recomendación óptima para el Diagnóstico de HTA en la consulta médica, tener en cuenta: [1]

a. Evaluación inicial: medir la PA en ambos brazos, preferiblemente de forma simultánea. Si hay una diferencia constante entre los brazos > 10 mm Hg en mediciones repetidas, se usa el brazo con la PA más alta. Si la diferencia es > 20 mm Hg, debe considerarse realizar más investigaciones.
b. Presión arterial de pie: medir en pacientes hipertensos tratados después de 1 minuto de nuevo después de 3 minutos cuando hay síntomas que sugieren hipotensión postural, y en la primera visita en pacientes ancianos y personas con Diabetes mellitus.

14.4 Se recomienda que el automonitoreo de la Presión Arterial en el hogar (AMPA) se realice con la medición de dos lecturas realizadas cada mañana y noche durante 7 días, antes de tomar

[1] Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, Ramirez A, Schlaich M, Stergiou GS, Tomaszewski M, Wainford RD, Williams B, Schutte AE. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi: 10.1161/HYPERTENSION AHA.120.15026. Epub 2020 May 6. PMID: 32370572.

el medicamento (28 en total). (Excluir las mediciones del primer día y promediar los últimos 6 días).[2]

El promedio del control de presión arterial en casa con valores por encima de 135/85mmHg indican Hipertensión arterial (promedio de presión arterial tomado durante la mañana y la noche durante horas de vigilia). Continuar la evaluación y seguimiento por el médico tratante.

14.5 El monitoreo de la PA durante 24 horas (MAPA) debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a. Debe realizarse con actividades de rutina habitual.
b. Realizar mediciones en intervalos de 15 a 30 minutos durante período diurno/nocturno.
c. Se requiere al menos 20 registros válidos diurnos y 7 nocturnos (si son menos, repetir el estudio).
d. La interpretación debe estar a cargo de un médico cardiólogo, los valores ≥130/80mmHg (promedio 24 horas), ≥135/85mmHg (promedio diurno) y ≥120/70mmHg (promedio nocturno), indican Hipertensión arterial.

ARTÍCULO 15. DE LA IDENTIFICACIÓN y ESTRATIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

15.1 La Gerencia/Dirección de la IPRESS dispone de la organización del equipo interdisciplinario y del espacio físico o funcional para la identificación del paciente con Hipertensión arterial, solicitud y realización de exámenes o procedimientos; seguimiento y monitoreo para el cuidado integral del paciente con Hipertensión arterial.

15.2 Para el tamizaje de la presión arterial se derivará al paciente al área de tópico de enfermería para la toma de la presión arterial según indicación médica.

15.3 El personal médico es el encargado del diagnóstico definitivo de la Hipertensión arterial y su registro en el sistema informático.

15.4 La clasificación de Hipertensión arterial se realiza de acuerdo a los valores de presión arterial obtenidos según normatividad vigente. (Anexo N° 11).

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

ARTÍCULO 16. DE LA IDENTIFICACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

16.1 La Gerencia/Dirección 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.

[2] Leung et al. Guía canadiense de hipertensión para diagnóstico, evaluación de riesgos, prevención y tratamiento de la hipertensión en adultos. Canadá; Canadian Journal of Cardiology. 2017 December; 33 (12): 1733-1734 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.03.005.

16.2 En las IPRESS del primer nivel de atención con limitación de recursos humanos, el de profesionales para la atención del cuidado del paciente con Hipertensión arterial e identifican los factores de riesgo cardiovascular.

16.3 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° 11 y 12).

ARTÍCULO 17. DEL CUIDADO INTEGRAL DE ACUERDO AL RIESGO CARDIOVASCULAR

17.1 Se asigna un médico responsable que lidere en la IPRESS del I y II nivel de atención para la coordinación de la atención integral y seguimiento de pacientes con Hipertensión arterial.

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

17.3 El paciente con Hipertensión arterial cuenta con exámenes y procedimientos exploratorios para identificar daño de órgano blanco. (Anexo N° 07 y 08).

17.4 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° 04, 09, 11, 12, 13 y 14).

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

17.5 El paciente con Hipertensión arterial controlado debe tener seguimiento por el equipo interdisciplinario y se registra en el sistema informático.

17.6 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.

17.7 La consulta por oftalmología y cardiología del paciente con Hipertensión arterial se realiza al menos una vez al año.

17.8 El paciente con hipertensión arterial se le realiza un tamizaje de enfermedad renal crónica según normatividad vigente. (Anexo N° 21).

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

17.10 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.

17.11 El paciente con Hipertensión arterial con riesgo cardiovascular bajo, es atendido por un médico general capacitado, médico de familia, médico de medicina complementaria, médico geriatra o médico internista.

17.12 El paciente con Hipertensión arterial, con riesgo cardiovascular moderado, es atendido por el médico de familia, médico internista, médico geriatra o médico cardiólogo.

17.13 El paciente con Hipertensión arterial, con riesgo cardiovascular alto, es atendido por el médico cardiólogo o médico internista.

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

17.15 El paciente referido a un nivel de mayor complejidad con Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular es contrareferido a su IPRESS según criterio del médico tratante.

17.16 Los criterios de Referencia y Contrarreferencia son de acuerdo a la normativa institucional vigente y de acuerdo a los criterios de referencia establecidos por la IPRESS de destino de la referencia. (Anexo N° 15).

17.17 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.

17.18 La Gerencia/Dirección de IPRESS o Jefatura de Departamento/Servicio facilita que el médico especialista en cardiología realice consulta de apoyo descentralizado y teleconsultas, 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.

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud - GCGPS - ESSALUD
Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE

17.19 El médico tratante y enfermera encargada del seguimiento realizan 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 N° 16).

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

17.21 El médico y el profesional no médico del equipo tratante deriva a las unidades/servicio de enfermería, nutrición y psicología, de acuerdo a los criterios establecidos para la atención. (Anexo N° 22 y Anexo N° 23).

17.22 Los pacientes con Hipertensión arterial que presentan emergencias hipertensivas son derivados al servicio de emergencia en la IPRESS y reciben tratamiento médico según las guías de práctica clínica.

17.23 La urgencia hipertensiva requiere monitoreo de presión arterial, el cual será ambulatorio, atendidos en la Unidad de Adulto o Adulto Mayor.

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

17.25 La atención del paciente que lo requiera, de acuerdo a evaluación clínica, debe complementarse en los Centros especializados de rehabilitación profesional y social (CERPS).

17.26 La Jefatura de Referencia y Contrarreferencia gestiona 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° 15).

17.27 La Gerencia/Dirección de IPRESS gestiona ante el CENATE, la implementación de tele consulta para segunda opinión, procedimiento o telemonitoreo con el uso de telemedicina. Así mismo, coordina para las atenciones del equipo multidisciplinario.

17.28 La Dirección del CENATE establece 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 N° 17), teleconsulta y teleorientación. Durante las actividades de Telemedicina, se debe sugerir el uso de equipos (tensiómetros validados) para el control de presión arterial.[3]

17.29 La Gerencia de Oferta Flexible gestiona, ante sus Sub-Gerencias, las solicitudes de apoyo a las IPRESS para brindar atención a los pacientes con Hipertensión arterial.

17.30 La Red Prestacional/Asistencial debe asegurar el abastecimiento de medicamentos para el período determinado, en todos los niveles de atención.

ARTÍCULO 18. DEL SEGUIMIENTO Y AUTOMONITOREO

18.1 El seguimiento del paciente con diagnóstico de Hipertensión arterial confirmado recibirá 8 controles al año por el servicio de Enfermería, 4 controles por el servicio de Medicina.
Así mismo, el paciente con Hipertensión arterial, recibe 4 controles al año por el servicio de Nutrición para la evaluación y atención nutricional. También, es evaluado por Psicología, odontología y servicio social según necesidad.

18.2 El seguimiento de pacientes con Hipertensión arterial se realiza por el profesional de Enfermería, registrándolo en la tarjeta de control (Anexo N° 20).

18.3 En pacientes con medición de presión arterial no controlada se indica el automonitoreo domiciliario y/o en el centro asistencial.

18.4 El automonitoreo domiciliario se considera las tomas realizadas en el domicilio o en centros con personal capacitado.

18.5 El automonitoreo se realiza de acuerdo a las pautas recomendadas por OPS. (Anexo N°10).

18.6 La continuidad oportuna del tratamiento antihipertensivo de medicamentos se puede realizar por Teleconsulta o de manera presencial en cada IPRESS.

18.7 Para el seguimiento de pacientes por el equipo multidisciplinario se realiza a través de las atenciones por Telemedicina (Teleconsulta, teleorientación, telemonitoreo) o de manera presencial en cada IPRESS.

ARTÍCULO 19. DE LA NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

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

[3] OPS. Especificaciones Técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete. 2020.

19.2 El Profesional de Salud registra en la historia clínica los diagnósticos médicos según Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (Anexo N°18) y procedimientos según CPMS; evidenciadas en el parte diario de atención y el sistema de información institucional vigente. (Anexo N°19).

19.3 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.

19.4 El profesional nutricionista hace uso de codificación CIE-10 para valorar los estados nutricionales de los asegurados con alteración en el peso como primer diagnóstico y como definitivo; asimismo, como segundo diagnóstico el código CIE-10 de Hipertensión arterial, como repetitivo. (Anexo N° 25).

19.5 El profesional de enfermería realiza el monitoreo o seguimiento o teleorientación al paciente con Hipertensión arterial, considerando el registro en su tarjeta de control única (Anexo N° 20, Anexo N° 24), y registrando en el sistema ESSI de acuerdo a los CIE-10 correspondientes.

19.6 El profesional de enfermería registra la adherencia al tratamiento en el sistema informático según código CIE-10 y en tarjeta de control del paciente con Hipertensión arterial (Anexo N° 20, Anexo N° 24)

ARTÍCULO 20. DEL USO Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

20.1 El control de la presión arterial comienza con su adecuada medición, la cual resulta en un buen diagnóstico y en un tratamiento oportuno.
La correcta calibración de los equipos proporciona la seguridad de que los productos o servicios que se ofrecen reúnen las especificaciones requeridas. [4]

20.2 Los equipos de medida utilizados por los profesionales de la salud y que tengan un efecto sobre la exactitud o validez de las mediciones habrán de calibrarse antes de su puesta en servicio y, posteriormente, cuando sea necesario de acuerdo con el programa del mantenimiento equipos biomédicos.

20.3 Los equipos para la medición de la presión arterial utilizados son los dispositivos manual o analógico y electrónico o automático, calibrados y validados.

20.4 El dispositivo manual o analógico para la medición de la presión arterial, se recomienda el mantenimiento preventivo al menos de 1 vez cada 6 meses [4] o según las recomendaciones del fabricante.

20.5 El dispositivo electrónico o automático para la medición de la presión arterial, se recomienda el mantenimiento preventivo al menos de 1 vez cada 12 meses.[4]

ARTÍCULO 21. DE LOS INDICADORES

21.1 La Dirección de la IPRESS evalúa el comportamiento de los indicadores de la presente Directiva y la Gerencia Central de Operaciones evalúa el desempeño de las IPRESS de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones vigente. (Anexo N° 26).

[4] Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos de medición de la presión arterial no invasivos y con brazalete. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

21.2 La Dirección de la IPRESS remite información a la Gerencia de Red Prestacional I y II y/o Red Asistencial.

ARTÍCULO 22. DEL CONTROL

22.1 El paciente con Hipertensión arterial debe recibir un mínimo de 4 consultas por año a más en Medicina según criterio de control, 8 consultas por año a más en Enfermería según criterio de control, 4 consultas por año a más en Nutrición según criterio de control.

22.2 El paciente con Hipertensión arterial recibe atención para exámenes complementarios de electrocardiograma y fondo de ojo por lo menos una vez al año o a criterio médico.

22.3 Controlar las recitas de los pacientes con Hipertensión arterial que puedan limitar la atención a otros pacientes con necesidad de atención.

ARTÍCULO 23. DE LA CAPACITACIÓN

23.1 Las IPRESS incluyen en su plan de capacitación anual temas de actualización dirigidos a su personal sobre los siguientes temas:
- Abordaje de la Hipertensión arterial
- Prevención y control
- Lectura de electrocardiograma
- Detección de la Hipertensión arterial
- Manejo Nutricional
- Fondo de ojo
- Manejo de urgencias y emergencias Hipertensivas
- Riesgo Cardiovascular
- Abordaje de Dislipidemias

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

ANEXOS

Anexo N° 1: EQUIPAMIENTO Y POTENCIAL HUMANO 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 Internista, Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología y Lic. en Trabajo Social, según disponibilidad de la IPRESS, técnicas de enfermería y otros para la atención de los pacientes con Hipertensión arterial.
II Nivel	Lo anterior más: • Ecocardiógrafo. • Sistema de prueba de esfuerzo • MAPA*	Médico Nefrólogo, Médico Cardiólogo Medico Endocrinólogo, Medico Geriatra, Médico Internista; Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología y Lic. en Trabajo Social, según disponibilidad de la IPRESS
III Nivel	Lo anterior más: • Cineangiógrafo. • Sistema de ablación renal.	Médico Cardiólogo con sub especialidad en: Ecocardiografía, Clínico, Intervencionismo; Médico Cirujano Cardiovascular, Lic. en Enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología y Lic. en Trabajo social, según disponibilidad de la IPRESS.

Fuente: Directiva N° 01-GCPS-ESSALUD-2016, "Cuidado integral del paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud - ESSALUD"
*Lectura, interpretación e informe de monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) requiere de médico cardiólogo.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

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 médico cardiólogo o médico internista en Policlínico de complejidad creciente). • Sulfato de Magnesio.
II Nivel	Además de lo anterior: • Metildopa. • Nitroprusiato de Sodio. • Labetalol. • Nitroglicerina.
III 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: Propanolol, Atenolol, Carvedilol, Bisoprolol. • Metildopa, Nitroprusiato de sodio, Labetalol, Nitroglicerina, Isorbide Mononitrato. • Sulfato de Magnesio.

Fuente: Resolución de Gerencia General N°944-GG-ESSALUD-2011, que aprueba el Petitorio Farmacológico de EsSalud, y sus modificatorias.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

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 (personas adultas), peso corporal normal IMC ≥23 a <28 (personas adultas mayores) y una circunferencia abdominal menor de 94 cm en varones y menor de 80 cm en la mujer.	IA
Dieta	Se recomienda aumentar el consumo de verduras, frutas frescas, pescado, frutos secos y ácidos grasos no saturados, así como reducir el consumo de carne roja y el consumo de productos lácteos bajos en grasas .	IA
Reducción del consumo de sal	Reducir la ingesta de sal en la dieta a no más de 5 gr al día. Evitar el consumo de alimentos procesados que presenten el octógono de advertencia nutricional "Alto en Sodio"	IA
Actividad física	Ejercicio físico aérobico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar al menos 30 min/día por 5-7 días o 150 minutos semanales.	IA
Evitar o limitar el consumo de alcohol*	Se recomienda restringir el consumo de alcohol a: - Menos de 14 unidades a la semana en varones (< 2 por día) - Menos de 8 unidades a la semana en mujer (<1.5 por día)	IA
No al tabaco	Abandono total del hábito de fumar. No exposición al humo de tabaco Se recomienda servicios de apoyo y referencia a programas para el abandono del hábito tabáquico.	IB
Salud Mental	Mantener una salud mental positiva	A
Adherencia al Tratamiento	Cumplir con el tratamiento indicado por su médico Tratante	A

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva aprobado por RM 031-2015/MINSA
Actualizado de Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018 y de la International Society of Hypertension Global (ISH) 2020.
* Unidad de bebida estándar = 10 gr de alcohol o 250 ml de cerveza ó 125 ml de vino ó 30 ml de bebidas con % de OH >40.

Anexo N°4: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

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 >115 mg/dl o – cHDL: varones <40 mg/dl, mujeres <50 mg/dl, o – Triglicéridos ≥150 mg/dl	• Hiperglucemia en ayunas de 100-125 mg/dl. • Hiperuricemia • Intolerancia a la glucosa* • Diabetes Mellitus. • Sobrepeso u Obesidad** • Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (varones <55 años; mujeres <65 años). • Síndrome Metabólico. • Hipertensión arterial de inicio temprano familiar • Menopausia de inicio temprano • Vida sedentaria • Factores socioeconómicos y psicosociales • Frecuencia cardiaca en reposo > 80 lpm

Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva aprobado por RM N° 031-2015/MINSA
Actualizado de Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018
*Glucosa medido en plasma venoso ≧140 mg/dl y ≦ 199 mg/dl dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa anhidra, durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa
**Sobrepeso: IMC ≥25 a 29.9 kg/m2 y/o circunferencia de cintura > 94 - 101 cm en varones y 80- 87 cm mujeres.
**Obesidad: IMC ≥30 kg/m2 y/o circunferencia de cintura >102 cm en varones o >88 cm mujeres.

Modificadores de riesgo que incrementan el riesgo cardiovascular: Deprivación social, inactividad física, enfermedades inflamatorias y autoinmunes, desórdenes psiquiátricos mayores, tratamiento de VIH, fibrilación auricular y apnea del sueño.

Anexo N° 5: CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

IMC	ADULTO	ADULTO MAYOR
Bajo Peso	< 18.5	< 23
Normal	18.5 – 24.9	23 – 27.9
Sobrepeso	25 – 29.9	28 – 31.9
Obesidad	30 – 34.9	≥ 32
Obesidad tipo II	35 - 39.9	*
Obesidad tipo III	≥ 40	*

Fuente: Tablas de Valoración Nutricional. OMS/MINSA
*No considerar tipos de obesidad en el grupo etáreo de Adulto Mayor, sólo se considera Obesidad en general.

Anexo N° 6: CLASIFICACIÓN SEGÚN PERÍMETRO ABDOMINAL

SEXO	RIESGO		
	Bajo	Alto	Muy Alto
Varón	<94 cm	≥94 cm	≥102 cm
Mujer	<80 cm	≥80 cm	≥88 cm

Fuente: Fuente: World Health Organization, 2000. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland.

Anexo N° 7: DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO
• Rigidez arterial: Presión de pulso (en pacientes mayores) ≥ 60 mmHg; PWV femoral-carotidea > 10 m/s, grosor medio intimal > 0.9 mm y/o presencia de placas en ecodopler carotídeo. • HVI electrocardiográfica (Índice de Sokolow-Lyon > 35 mm o R en aVL ≥ 11 mm; producto voltaje de Cornell - duración de QRS > 2440 mm.ms o voltaje de Cornell > 28 mm en varones y > 20 mm en mujeres) • HVI ecocardiográfica: Índice de masa del VI: varones > 50 g/m2; mujeres > 47 g/m2 (estatura en m2); se puede usar la indexación por ASC en pacientes de peso normal, masa del VI/ASC g/m2 > 115 en varones y > 95 en mujeres. • Microalbuminuria (30-300 mg/24 h) o cociente albúmina: creatinina elevada (30-300 mg/g; 3,4-34 mg/mmol) (preferiblemente en muestra de orina recogida por la mañana). • ERC moderada con TFGe > 30-59 ml/min/1,73 m2 (ASC) o ERC grave con TFGe < 30 ml/min/1,73 m2 • Índice tobillo-brazo < 0,9 • Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, papiledema.

PWV: Velocidad de onda de pulso carotídeo femoral.
HVI: Hipertrofia ventricular izquierda.
ASC: Área de superficie corporal.
VI: Ventrículo Izquierdo.
ERC: Enfermedad Renal Crónica.
QRS: Representación de la Despolarización del miocardio ventricular. Se mide desde el comienzo de la onda Q o de la R hasta el final de la onda S.
Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hipertensión (ESH) 2018

Anexo N° 8 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O RENAL ESTABLECIDA

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O RENAL ESTABLECIDA
• Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico, hemorragia cerebral, Ataque Isquémico Transitorio (AIT). • Enfermedad arterial coronaria: infarto de miocardio, angina, revascularización miocárdica. • Insuficiencia cardiaca, incluida la Insuficiencia Cardíaca-Fracción Eyección conservada (IC-FEc). • Enfermedad arterial periférica. • Fibrilación auricular. • Presencia de placas de ateroma en estudios de imágenes.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hipertensión (ESH) 2018

Anexo N° 9: FORMATO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR											
Peso/ Talla		PA		IMC		Circunferencia de cintura en cm		Sobrepeso			
Sedentarismo			Intolerancia a la glucosa					Obesidad Global			
Hipertrigliceridemia de 150 mg/ml			Hiperglicemia en ayunas					Obesidad abdominal			
Colesterol Total > 200mg/dl			Colesterol LDL >115 mg/dl (riesgo moderado) Colesterol LDL >100mg/dl (riesgo alto)								
Tabaquismo											
Sexo Masculino			Varón > 55 años					Mujer Post menopáusica			
Mujer >65 años.			Hipertensión Arterial					Diabetes Mellitus			
			Enfermedad Cardiovascular prematura en familiar de 1er grado (Varón: <55años; Mujer: <65años)								
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											

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018 y de la International Society of Hypertension Global (ISH) 2020.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPAIS - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE IDENTIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR

1. **IMC:** Relación 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.
3. **SOBREPESO:** Índice de masa corporal ≥ 25 y menor de 30.
4. **OBESIDAD:** Se define por el índice de masa corporal igual o mayor de 30.

IMC	Adulto	Adulto Mayor
Bajo Peso	< 18.5	< 23
Normal	18.5 – 24.9	23 – 27.9
Sobrepeso	25 – 29.9	28 – 31.9
Obesidad	30 – 34.9	≥ 32
Obesidad tipo II	35 - 39.9	*
Obesidad tipo III	≥ 40	*

Fuente: Tablas de Valoración Nutricional. OMS/MINSA
*No considerar tipos de obesidad en el grupo atareo de Adulto Mayor, sólo se considera Obesidad en general.

5. **OBESIDAD ABDOMINAL (CENTRAL):** Se define por la medida en centímetros de la circunferencia abdominal que de acuerdo al sexo es:
   - Hombre: Igual o mayor de 102 cm.
   - Mujer: Igual o mayor de 88 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.
9. **MUJER POST MENOPAUSICA:** Es la mujer que ya tuvo la última menstruación de su vida o presento la última 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 ≥ 102 cm; Mujer ≥ 88 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° 10: METODOLOGÍA PARA LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

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.

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 consignará 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 consignará 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 ortostática y en adultos mayores.

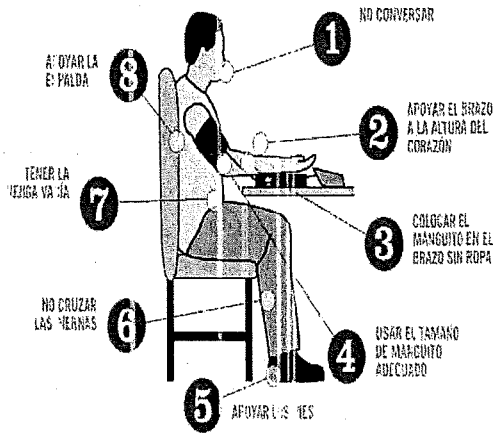
Fuente: Adaptado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva, aprobado por Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

REQUERIMIENTOS PARA OBTENER UNA LECTURA PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

1. Usar monitores automáticos validados o, si no disponibles, aneroides calibrados..
2. Medir la presión arterial en un lugar tranquilo y libre de ruidos.
3. Seguir el protocolo que viene debajo:

– **No conversar.** Hablar o escuchar de forma activa agrega hasta 10 mmHg
– **Apoyar el brazo a la altura del corazón.** No apoyar el brazo agrega hasta 10 mmHg
– **Colocar el manguito en el brazo sin ropa.** La ropa gruesa agrega hasta 5-50 mmHg
– **Usar el tamaño de manguito adecuado.** Un manguito pequeño agrega de 2 a 10 mmHg
– **Apoyar los pies.** No apoyar los pies agrega hasta 6 mmHg
– **No cruzar las piernas.** Tener las piernas cruzadas agrega de 2 a 8 mmHg
– **Tener la vejiga vacía.** Tener la vejiga llena agrega hasta 10 mmHg
– **Apoyar la espalda.** No apoyar la espalda agrega hasta 6 mmHg



Fuente: https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-medicion-presion-arterial

Anexo N° 11: VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL

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

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018

Anexo N° 12: ESTRATIFICACIÓN DEL 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 bajo	Riesgo moderado	
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado		
≥3 FR	Riesgo bajo a moderado			
Daño orgánico mediado por HTA, ERC de grado 3 o diabetes mellitus sin daño orgánico	Riesgo moderado a alto			
ECV establecida, ERC de grado ≥4 o diabetes mellitus con daño orgánico				

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Anexo N° 13: 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. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico 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. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico 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. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90
Daño orgánico mediado por HTA, ERC de grado 3 o diabetes mellitus sin daño orgánico	Cambios en el estilo de vida. No intervenir sobre la PA	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90
ECV establecida, ERC de grado ≥4 o diabetes mellitus con daño orgánico	Cambios en el estilo de vida. Considerar terapia farmacológica	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90	Cambios en el estilo de vida. Tratamiento farmacológico inmediato para la PA con un objetivo <140/90

Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hipertensión (ESH) 2018; Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva, aprobado con Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.
**:para pacientes con riesgo bajo e HTA de grado 1, el tratamiento farmacológico debe iniciarse después de 3-6 meses sino es posible controlar la Presión Arterial mediante intervenciones en el estilo de vida.

Leyenda:

FR: factor de riesgo
PA: presión arterial
ECV: enfermedad cardiovascular
ERC: enfermedad renal crónica

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE

Anexo N°14: EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL*

EXAMENES AUXILIARES
Laboratorio: ❖ Hemoglobina y hematocrito. ❖ Glucosa en ayunas y Hb glicosilada ❖ 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 Albúmina / Creatinina en orina. ❖ Microalbuminuria cuantitativa. Electrocardiograma 12 derivaciones (según evolución y criterio médico) Examen de Fondo de Ojo, especialmente en HTA grado 2 y 3 Ecocardiografía cuando esta información puede modificar el tratamiento.

Fuente: Tomado de Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva del MINSA, aprobado con Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.
Fuente: Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) 2018.
*Exámenes mínimamente solicitados una vez al año o a criterio médico

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Anexo N° 15: 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 de atención	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.

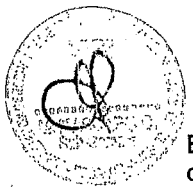
Fuente: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Hipertensiva, aprobado con Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Anexo N°16: 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

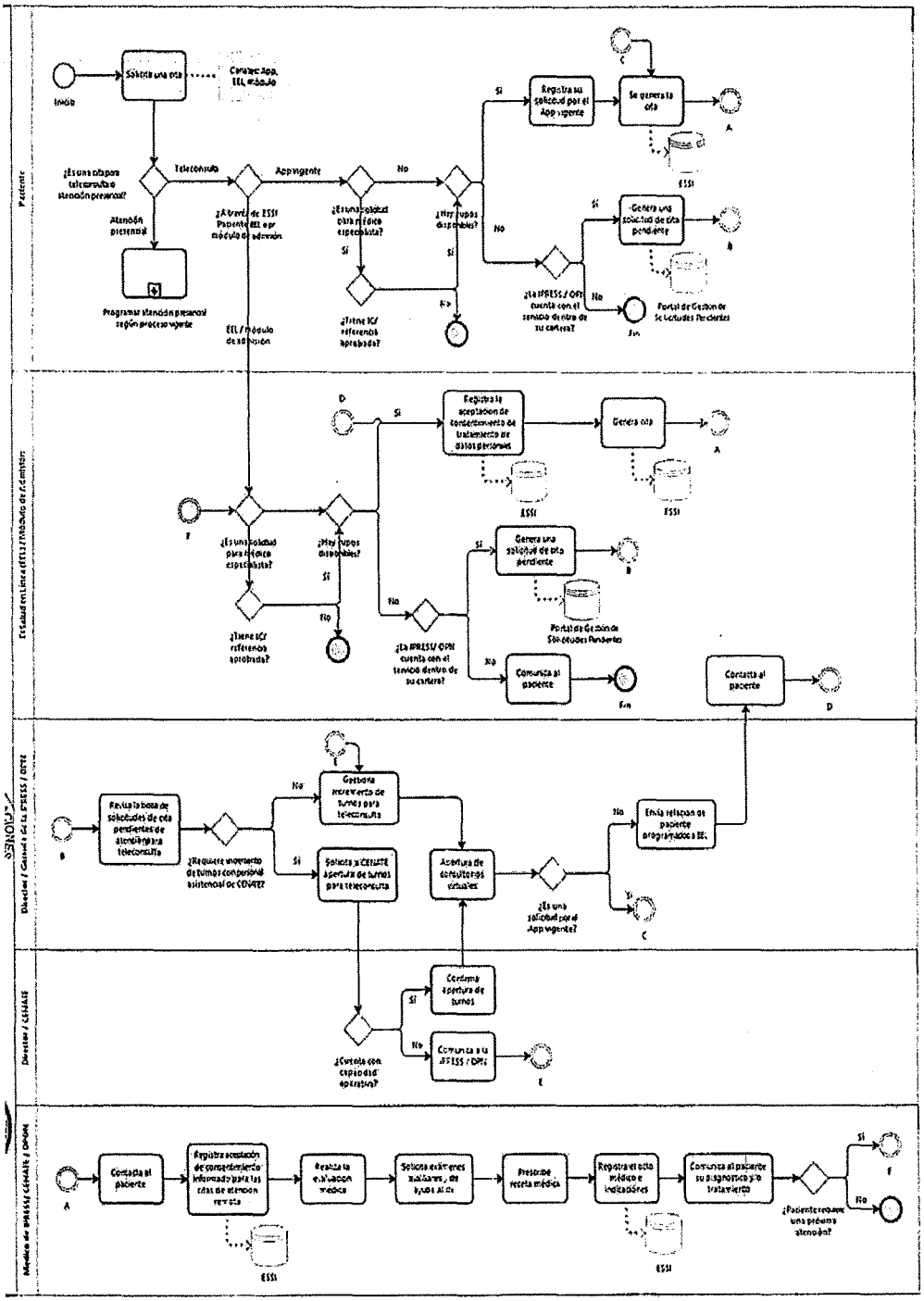


Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky - Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con Hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico 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 17: FLUJOGRAMA PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN POR TELECONSULTA - CENATE - ESSALUD



Fuente: Resolución de Gerencia General N° 300-GG-ESSALUD-2021, "Procedimientos para el acceso a la Teleconsulta y Teleapoyo al Diagnóstico por Imágenes"

Las Redes, a través de los Comités de Gestión de Telemedicina, deberán presentar un plan de acción a CENATE, bajo los criterios que este defina, para la atención de teleconsulta en el ámbito de su jurisdicción y según su realidad geográfica. La gerencia Central de Atención al asegurado a través de EsSalud en línea es quien contacta telefónicamente al paciente para confirmar la cita, el aplicativo a utilizar, la sala virtual, hora designada para la teleconsulta y realiza el consentimiento de tratamiento de datos personales, o mediante el aplicativo web.
Dada la naturaleza de la atención por telemedicina, mediante el consentimiento de tratamiento de datos personales, el personal de EsSalud en línea informa al paciente las condiciones de la Teleconsulta limitaciones, alcances de las mismas desde el primer contacto con el paciente y se registra a través de grabación de voz (previa autorización) u otro medio digital disponible.

Anexo N° 18: 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 cerebro y ojo.
I11 I11.0 I11.9	Enfermedad cardiaca hipertensiva: Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca congestiva. Enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca congestiva.
I12 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.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Anexo N° 19: CODIFICACIÓN CPMS DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CPMS	CODIGOS DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
99199.22	Tamizaje de presión arterial.
99199.23	Estratificación del Riesgo Cardiovascular global
99401.13	Consejería en estilos de vida saludable

Fuente: Resolución Ministerial N°902-2017/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Catalogo de Procedimientos Medicamentos y Sanitarios del Sector Salud"





Anexo N° 20: TARJETA DE CONTROL DEL PACIENTE

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MEDICACIÓN	DOSIS

ADULTO MAYOR 75 AÑOS A MÁS

Autovalente: _____

Frágil SI ( ) NO ( ) VGI ( )

Test Barber _____ **Test Barthel** _____

Test Lawton y Brody _____ **Test Katz** _____

VALORACIÓN INTEGRAL

FECHA	SERVICIO
ENFERMERÍA	
MEDICINA	
NUTRICIÓN	
PSICOLOGÍA	
SERVICIO SOCIAL	
ODONTOLOGIA	

VISITA DOMICILIARIA	FECHA

EsSalud

TARJETA DE CONTROL
ADULTO – ADULTO MAYOR
CAS.....

Nombre: _____

Teléfono: _____ **DNI:** _____

Fecha de Ingreso al Servicio: _____

Edad: _____ **Alergias:** _____

Adulto Mayor Frágil: N°

a. ENFERMEDADES QUE PADEZCO:

Obesidad: **Osteoartrosis:**

Dislipidemia: TG – CT **Asma:**

Hipertensión Arterial: **EPOC:**

Diabetes Mellitus: **ITG:**

ERC: **Síndrome Metabólico:**

Otros: _____

VISARE: N° **CON DAÑO ESTADIO 1-3A** N

Fecha: **CON DAÑO ESTADIO 3b-5** N°

Fecha:

b. RIESGOS IDENTIFICADOS:

Sobrepeso: _____ **Alcohol:** _____

Sedentarismo: _____ **Estrés:** _____

Tabaco: _____ **Bajo Peso:** _____

Perímetro Abdominal aumentado: mujer≥88 cm, varón ≥102 cm.

HDL bajo: mujer ≤50 _____, **varón ≤ 40** _____

Elaborado por Comité Cardiovascular –NAPS-GCPS

Vº Bº
J. ZANABRIA C.
GERENTE
Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS - ESSALUD

Fuente: Resolución N°21-GCPS-ESSALUD-2021. Documento Técnico: "Atención de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el contexto de la pandemia COVID-19 en el Seguro Social – ESSALUD

EVALUACIÓN

TALLA: _____ PESO IDEAL: _____

EVALUACIONES												
Peso												
Presión Arterial												
Glucosa												
Hb. Glicosilada												
IMC												
Perímetro Abdominal												
Evaluación de pie en DM												
Test Morisky – Green (cumple / no cumple)												
Vacunas Influenza Neumococo COVID 19												
PERFIL RENAL Microalbuminuria												
Creatinina en sangre												
Tasa albuminuria/creatinuria												
Tasa de Filtración Glomerular estimada ml/min/ 1.73 m²												
Control médico por enfermedad renal (Fecha)												

ASISTENCIA A ACTIVIDADES EDUCATIVAS

Fecha N° sesión												

Fuente: Resolución N°21-GCPS-ESSALUD-2021, Documento Técnico: "Atención de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el contexto de la pandemia COVID-19 en el Seguro Social – ESSALUD

Anexo N°21: SEGUIMIENTO DE VIGILANCIA DE SALUD RENAL (VISARE)

VIGILANCIA DE GRUPOS DE RIESGO PARA ENFERMEDAD RENAL

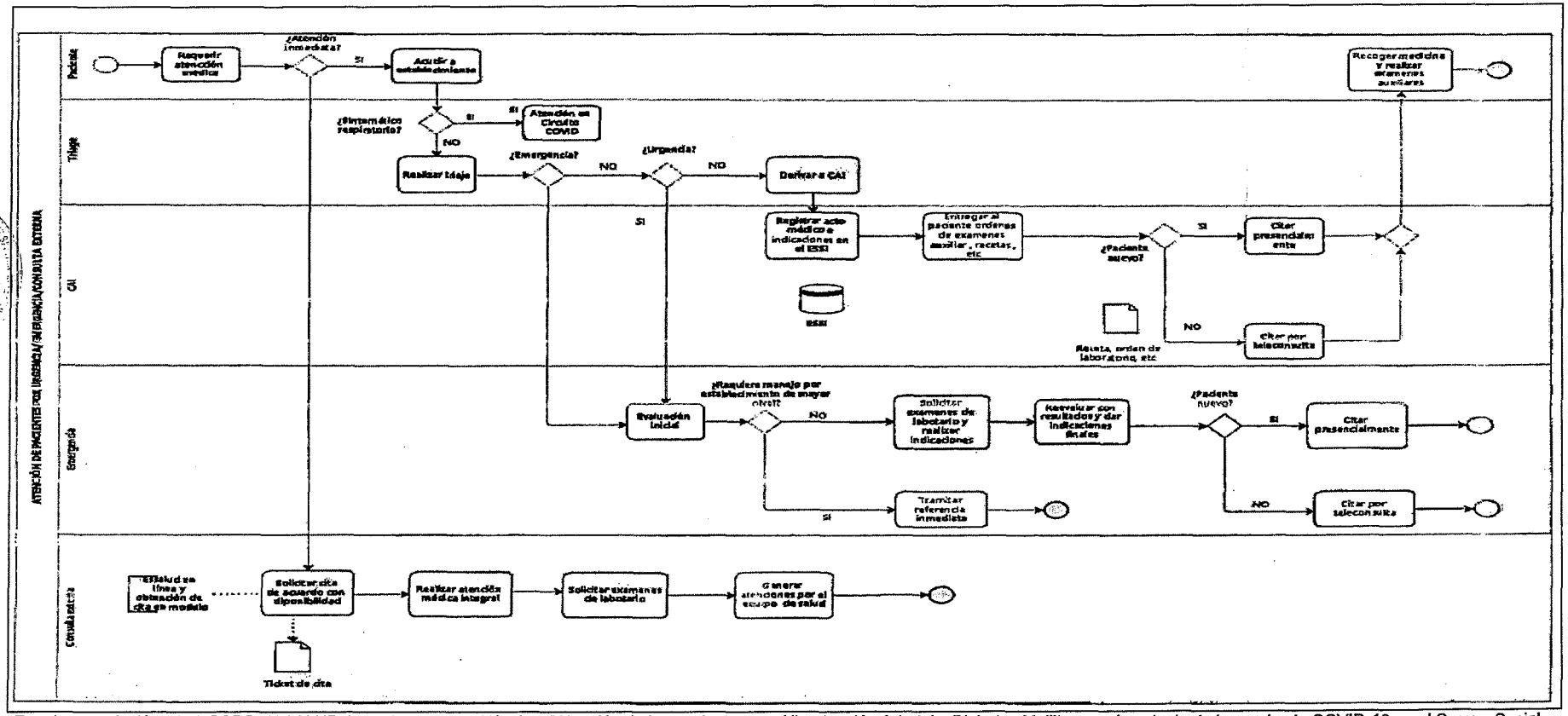
RED ASISTENCIAL _____ IPRESS _____

MES – AÑO _____

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	AUTOGENERADO	SEXO		EDAD	FECHA INGRESO A VISARE (MES-AÑO)	COMORBILIDAD		SCREENING		REFEREN CIA	
			F	M			HTA	DM	Creatinina mg/dL	Tasa Albuminuria/Creat inina mg/g	SI	NO

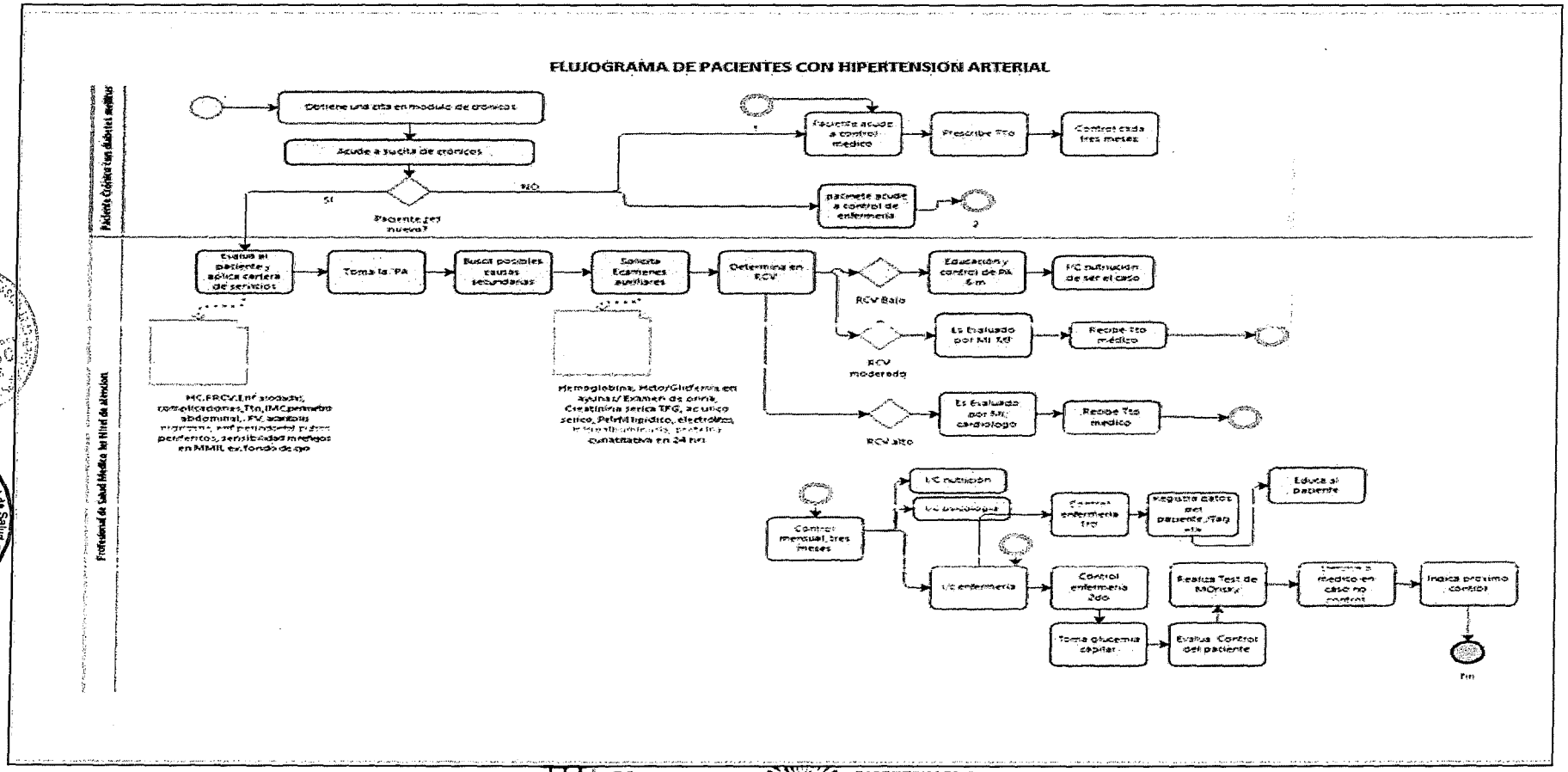
Fuente: Manual del Subsistema de Vigilancia de Salud Renal 2016 - ESSALUD.

Anexo N° 22: FLUJO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS



Fuente: Resolución N°21-GCPS-ESSALUD-2021. Documento Técnico: "Atención de los pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el contexto de la pandemia COVID-19 en el Seguro Social - ESSALUD

Anexo N° 23: FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Adaptado de la Guía Europea. 2018.

Anexo N° 24: CÓDIGOS PARA ADHERENCIA DE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CÓDIGO CIE-10	PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Z92.2	Persona adherida al tratamiento
Z91.1	Persona no adherida al tratamiento

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10

Anexo N° 25: CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CÓDIGO CIE-10	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
Z10.8	Normal
R63.4	Bajo Peso
E66.3	Sobrepeso
E66.0	Obesidad tipo I (todas las edades)
E66.9	Obesidad tipo II (en personas menores de 60 años)
E66.8	Obesidad tipo III (en personas menores de 60 años)

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10. Memorando Circular N° 208-GCPS-ESSALUD-2021

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

Anexo N°26: INDICADORES

INDICADOR DE PROCESO	FÓRMULA	TIEMPO DE EVALUACIÓN	ESTANDAR
Paciente con valor de presión arterial objetivo (Adulto)	N° de pacientes >18 años a <65 años con presión arterial <130 / <80 mm Hg x 100 / Total de pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años con diagnóstico de HTA en el período de evaluación	Semestral	Mayor al 10% del año previo
Paciente con valor de presión arterial objetivo (Adulto mayor)	N° de pacientes ≥ 65 años a más con presión arterial <140 /<90 mm Hg x 100 / Total de pacientes mayores o igual de 65 años con diagnóstico de HTA en el período de evaluación	Semestral	Mayor al 10% del año previo
Tamizaje de Enfermedad Renal Crónica	N° de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HTA con tamizaje de ERC x 100 / Total de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HTA en el período de evaluación	Anual	Mayor al 10% del año previo
INDICADOR DE RESULTADO	**FÓRMULA**		**ESTANDAR**
Adherencia al tratamiento	N° de pacientes con HTA con adherencia al tratamiento x 100 / Total de pacientes con HTA evaluados	Semestral	Mayor al 10% del año previo
INDICADOR DE IMPACTO	**FÓRMULA**		**ESTANDAR**
Porcentaje de asegurados con diagnóstico de Hipertensión arterial que desarrollan complicaciones cerebrovasculares	N° de pacientes con diagnóstico de HTA y compromiso cerebrovascular x 100 / Total de pacientes con diagnóstico de HTA	Semestral	Mayor al 10% del año previo

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD