



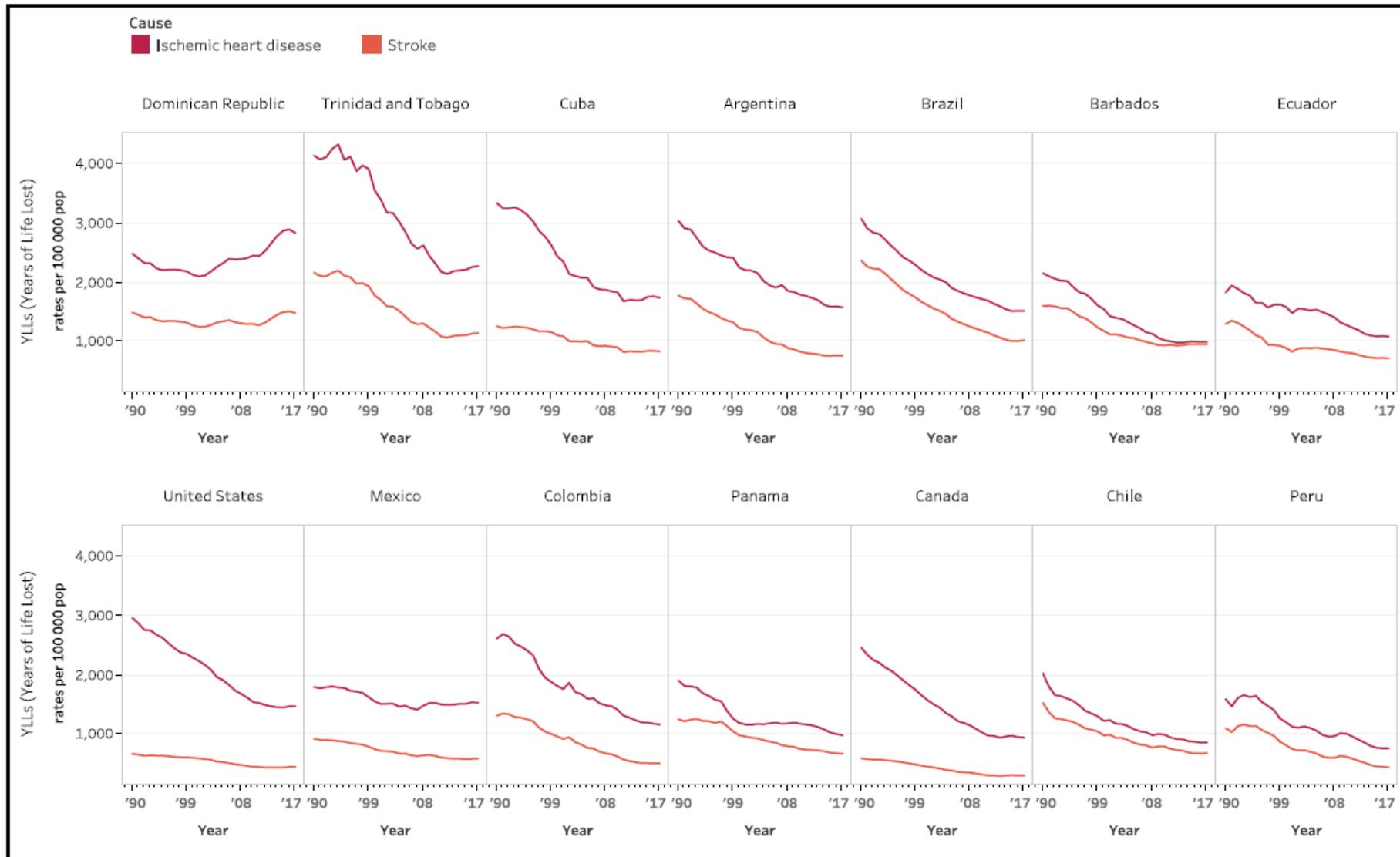
HEARTS en las Américas

“Una iniciativa amplia e innovadora para todos y todas”

Andres Rosende, MD MSc(c)

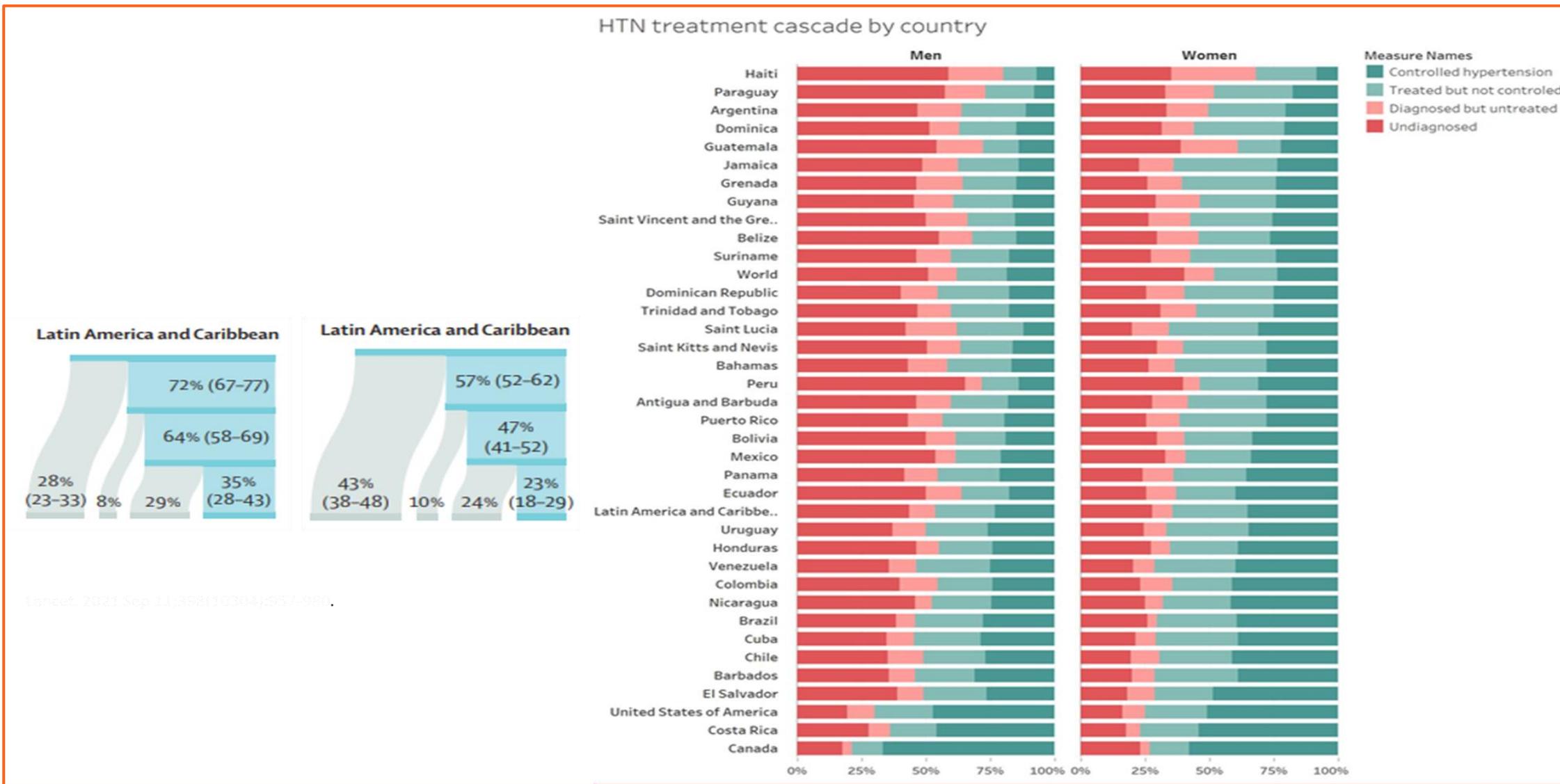
Consultor Internacional OPS/OMS

Disminución de la tendencia a la reducción de mortalidad por ECV en las Américas



Martinez R, Soliz P, Mujica OJ, Reveiz L, Campbell NRC, Ordunez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: A population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 Aug;22(8):1296-1309.

Hipertensión en la Región de las Américas



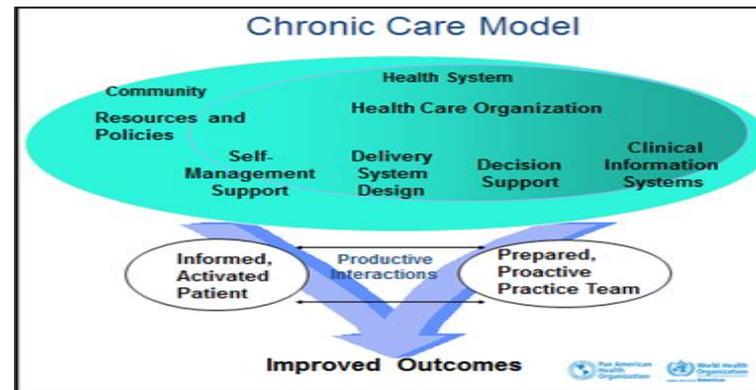
Iniciativa Global Hearts



Enfoque de población



Enfoque de servicios de salud

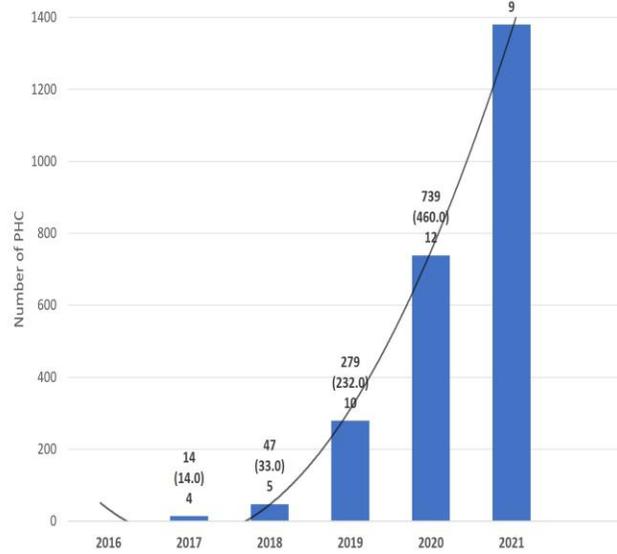


HEARTS en las Américas

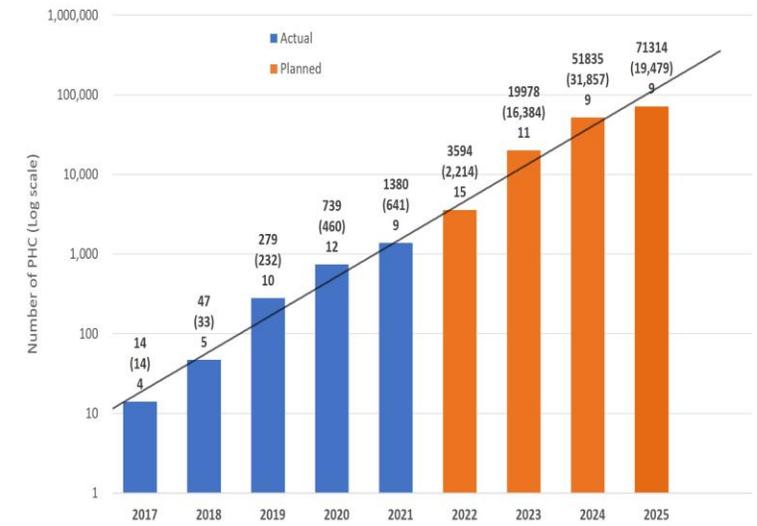


- 22 países implementando HEARTS.
- Más de 1300 CAPS.
- Más de 5 millones de personas cubiertas.

Panel A: 2017-2021



Panel B: 2017-2021 and planned 2022-2025



HEARTS en las Américas

Principios Guía

Empoderamiento del país

HEARTS es liderado por los Ministerio de Salud, junto a la participación de otros actores y la cooperación técnica de la OPS.

Simpleza y Practicidad

La iniciativa Brinda soluciones pragmáticas, costo-efectivas y factibles para la APS.

Basado en Evidencias

HEARTS promueve la adopción de las mejores prácticas para la prevención y el control de las ECV y para el mejoramiento de la organización de los servicios de salud.

Basado en Monitoreo

HEARTS es una iniciativa conducida en base a los datos.

Aprendizaje continuo

Ciclos de aprendizaje continuo, liderado por pares, difusión de innovaciones efectivas y lecciones aprendidas durante la implementación.

Sostenibilidad a largo plazo

Integrando los elementos dentro de los sistemas de salud existentes.

Incremento en la capacidad de la APS

Recrutando más CAPS e incrementando la velocidad de institucionalización del modelo.

HEARTS en las Américas – Pilares Técnicos

VISIÓN: El programa HEARTS será el modelo institucionalizado de atención para el control del riesgo cardiovascular, con especial énfasis en el control de la hipertensión y la prevención secundaria, en la atención primaria de salud en la Región de las Américas para el 2025.



Protocolos de
tratamiento
estandarizados
y
medicamentos



Medición de la
presión arterial:
regulaciones y
dispositivos
validados para
medir la presión



Capacitación
y formación



Estandarización
de datos e
innovación en
datos

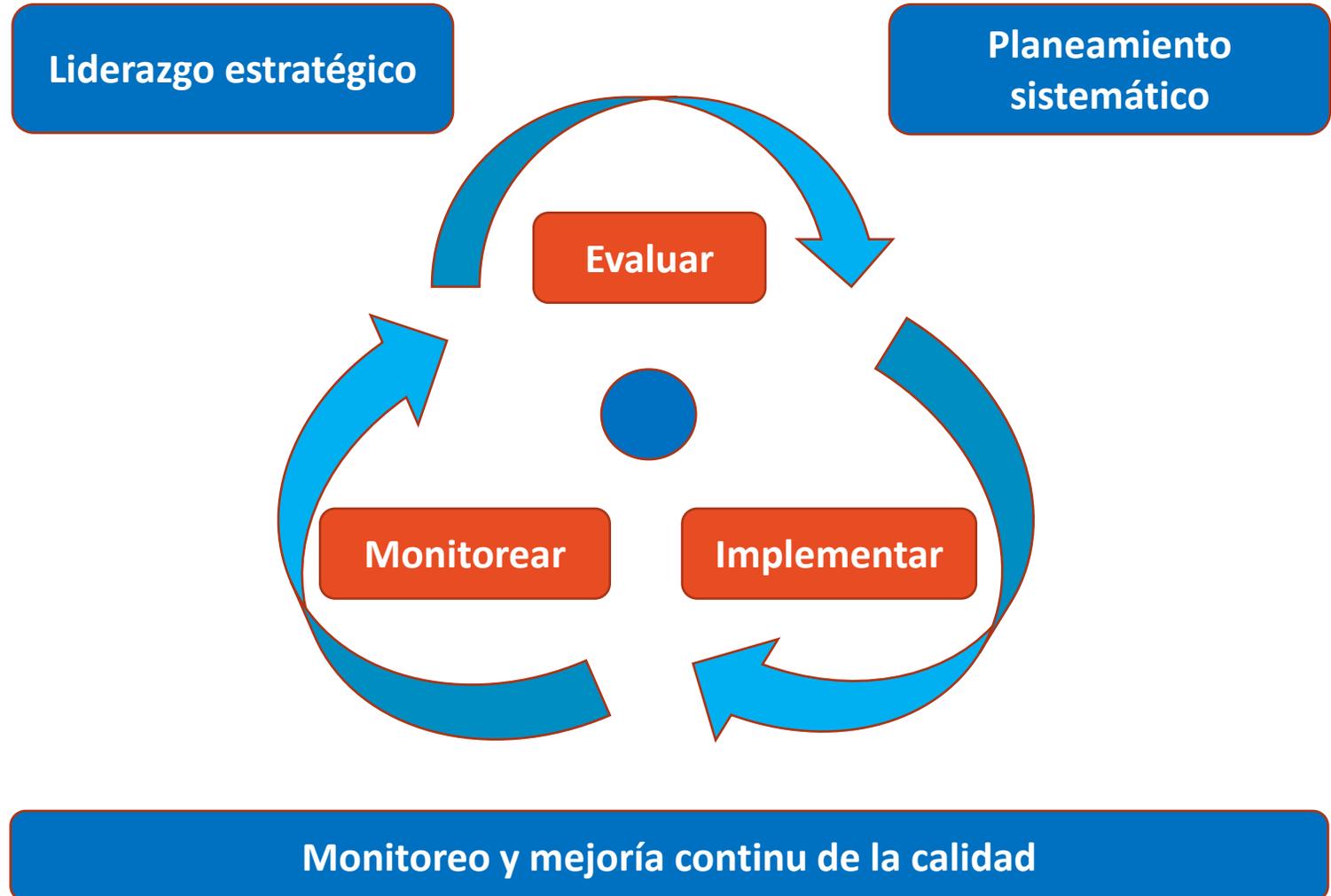


Investigación
sobre la
implementación
y evaluación del
programa



Innovación en
la organización
de la atención y
trabajo en
equipo

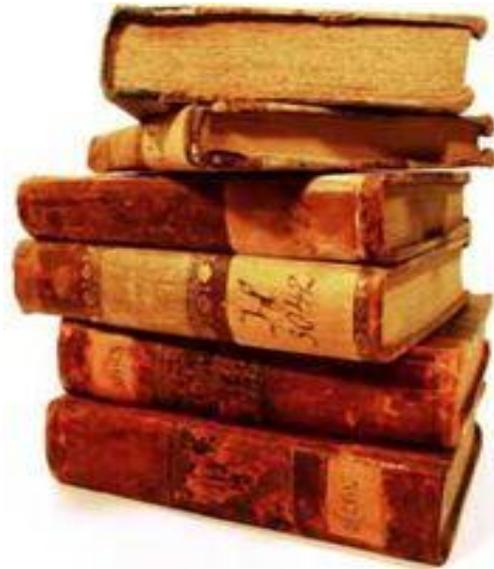
HEARTS en las Américas – Estrategia de implementación



Modelo HEARTS vs. Modelo tradicional

Características	Modelo Tradicional	HEARTS en las Américas
Nivel de cuidados	Basado en el especialista.	Basado en la APS.
Modelo de servicios	Centrado en el médico.	Centrado en el equipo de salud y con transferencia de competencias.
Educación y capacitación	No estandarizado y centrado en el especialista.	Estandarizado y enfocado en el equipo de salud.
Toma de decisiones	Individualizado y basado en GPC complejas.	Vía clínica estandarizada con un protocolo de tratamiento específico.
Medición de la PA	Técnica no estandarizada. DMPAs pueden no estar clínicamente validados y la exactitud en la medición de la PA no está garantizada.	Adopción de una técnica estandarizada y entrenamiento regular. Uso exclusivo de DMPAs automáticos y clínicamente validados.
Abordaje terapéutico	Basado en las preferencias de los médicos y utilizando formularios de medicamentos complejos.	Algoritmo de tratamiento simple, directo y estandarizado que utiliza combinaciones a dosis fijas e intervalos de seguimiento específicos y oportunos.
Evaluación del RCV	Discrecional.	Integrado dentro de una vía clínica estandarizada y enfocado en la prevención secundaria de las ECV, incluyendo la diabetes.
Sistema de monitoreo	Mayormente con fines administrativos.	Evaluación y monitoreo del desempeño clínico con retroalimentación sistemática.

La evolución del conocimiento



Conocimientos basados en el
Razonamiento Fisiopatológico

Conocimientos basados en la
Evidencia Clínica

Tener evidencia es bueno pero...

The screenshot shows a PubMed search for 'Hypertension'. The search bar at the top contains the term 'Hypertension' and a 'Search' button. Below the search bar are links for 'Advanced', 'Create alert', and 'Create RSS', and a 'User Guide' link. The results section shows '583,933 results' and 'Page 1 of 58,394'. A red arrow points to the '583,933 results' text. On the left, there is a 'RESULTS BY YEAR' bar chart showing a significant increase in publications starting around 1968, with a callout for '1968: 2,454'. Another red arrow points to this callout. Below the chart are 'TEXT AVAILABILITY' options: 'Abstract', 'Free full text', and 'Full text'. The main list of results includes two entries: 'Hypertension and vascular disease.' by Doyle AE (1991) and 'Systemic hypertension.' by Elliott WJ. (2007). The second entry's abstract is partially visible, starting with 'Hypertension is a growing public health problem worldwide. Only 37% of American hypertensives'.

PubMed.gov

Hypertension

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

583,933 results Page 1 of 58,394

RESULTS BY YEAR

1908 1968: 2,454 2022

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

Hypertension and vascular disease.

1 Doyle AE.

Cite Am J Hypertens. 1991 Feb;4(2 Pt 2):103S-106S. doi: 10.1093/ajh/4.2.103s.

PMID: 2021454 Review.

Share The use of antihypertensive drug treatment has altered the natural history of **hypertension**. Whereas congestive heart failure, cerebral hemorrhage, and renal failure were the major complications of untreated severe **hypertension**, myocardial infarction and thrombotic s ...

Systemic hypertension.

2 Elliott WJ.

Cite Curr Probl Cardiol. 2007 Apr;32(4):201-59. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2007.01.002.

PMID: 17398315 Review.

Share **Hypertension** is a growing public health problem worldwide. Only 37% of American **hypertensives**

Tener GPC es bueno pero....

Box. Recommendations for Management of Hypertension

Recommendation 1
In the general population aged ≥ 60 years, initiate pharmacologic treatment to lower blood pressure (BP) at systolic blood pressure (SBP) ≥ 130 mm Hg or diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 mm Hg and goal SBP < 130 mm Hg and goal DBP < 90 mm Hg (Grade A)

Corollary Recommendation
In the general population aged ≥ 60 years, high BP results in lower achieved SBP if well tolerated and without adverse effects; treatment does not need to be adjusted (Grade A)

Recommendation 2
In the general population < 60 years, initiate pharmacologic treatment to lower BP at DBP ≥ 90 mm Hg and SBP ≥ 130 mm Hg and goal SBP < 130 mm Hg and goal DBP < 90 mm Hg (Grade A)

Recommendation 3
In the general population < 60 years, initiate pharmacologic treatment to lower BP at SBP ≥ 140 mm Hg and goal SBP < 140 mm Hg (Grade E)

Recommendation 4
In the population aged ≥ 18 years, initiate pharmacologic treatment to lower BP at SBP ≥ 140 mm Hg and goal SBP < 140 mm Hg (Grade E)

Recommendation 5
In the population aged ≥ 18 years, initiate pharmacologic treatment to lower BP at SBP ≥ 140 mm Hg and goal SBP < 140 mm Hg and goal DBP < 90 mm Hg (Grade E)

Recommendation 6
In the general nonblack population, initiate antihypertensive treatment with a thiazide-type diuretic, calcium channel blocker (CCB), ACE inhibitor (ACEI), or angiotensin receptor blocker (ARB) (Grade B)

Recommendation 7
In the general black population, initiate antihypertensive treatment with a thiazide-type diuretic, CCB, ACEI, or ARB (Grade B)

Recommendation 8
In the population aged ≥ 18 years with hypertension, antihypertensive treatment should include an ACEI, ARB, or thiazide-type diuretic in patients with diabetes. (Moderate Recommendation)

Recommendation 9
The main objective of hypertension treatment is to reach goal BP. If goal BP is not reached within a month of the initial drug or add a second drug from the list provided. Do not use the same drug from the list provided. Do not use the same patient. If goal BP cannot be reached because of a contraindication, add additional medication class (eg, β -blocker, aldosterone antagonist, or others) and/or refer to physician with expertise in hypertension management. Referral to a hypertension specialist is recommended for complicated patients for whom goal BP cannot be attained using the above algorithm. (Expert Opinion - Grade C)

Table 5. Strategies for Management of Hypertension

Strategy	Blood Pressure (mmHg)			
	High normal SBP 130–139 or DBP 85–89	Grade 1 HT SBP 140–159 or DBP 90–99	Grade 2 HT SBP 160–179 or DBP 100–109	Grade 3 HT SBP ≥ 180 or DBP ≥ 110
No other RF	• No	• Thiazide diuretics	• ACE inhibitors	• Calcium antagonists
1–2 RF	• Life	• Beta-blockers	• ACE inhibitors	• Angiotensin-receptor blockers
≥ 3 RF	• Life	• ACE inhibitors	• ACE inhibitors	• Calcium antagonists
OD, CKD stage 3 or diabetes	• Life	• ACE inhibitors	• ACE inhibitors	• Calcium antagonists
Symptomatic CVD, CKD stage ≥ 4 or diabetes with OD/RFs	• Life	• ACE inhibitors	• ACE inhibitors	• Calcium antagonists

Other risk factors, asymptomatic organ damage or disease

- ISH (elderly)
- Metabolic syndrome
- Diabetes mellitus
- Pregnancy
- Blacks

Diuretic, calcium antagonist

Flowchart:

```

    graph TD
      Start[Start] --> Q1{At goal blood pressure?}
      Q1 -- No --> A1[Reinforce medication and lifestyle adherence. Add additional medication class (eg, beta-blocker, aldosterone antagonist, or others) and/or refer to physician with expertise in hypertension management.]
      Q1 -- Yes --> A2[Continue current treatment and monitoring.]
      A1 --> Q1
  
```

La Guía de HTA de la OMS recoge el guante

Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults



- Puntos destacados de la Guía de Hipertensión de la OMS 2021:
 - **Terapia combinada de inicio** y sin demoras en todos los pacientes (preferentemente en combinaciones de una sola píldora).
 - Perspectiva de **Riesgo Cardiovascular** con umbrales de inicio de tratamientos diferenciados, objetivos de control más estrictos y un seguimiento más frecuente.
 - La importancia de contar con un **Protocolo de Tratamiento Estandarizado** que permita la titulación de la medicación por **profesionales no médicos supervisados**.

Grupo de Innovación de HEARTS en las Américas

Drivers and scorecards to improve hypertension control in primary care practice: Recommendations from the HEARTS in the Americas Innovation Group

Jeffrey W. Brettler,^{a,b} Gloria P Giraldo Arcila,^c Teresa Aumala,^d Allana Best,^e Norm RC Campbell,^f Shana Cyr,^g Angelo Gamarra,^c Marc G. Jaffe,^h Mirna Jimenez De la Rosa,^{ij} Javier Maldonado,^k Carolina Neira Ojeda,^l Modesta Haughton,^m Taraleen Malcolm,ⁿ Vivian Perez,^o Gonzalo Rodriguez,^p Andres Rosende,^c Yamilé Valdés González,^q Peter W. Wood,^r Eric Zúñiga,^s and Pedro Ordunez^{c,*}

Summary

Background Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of morbidity and mortality in the Americas, and hypertension is the most significant modifiable risk factor. However, hypertension control rates remain low, and CVD mortality is stagnant or rising after decades of continuing reduction. In 2016, the World Health Organization (WHO) launched the HEARTS technical package to improve hypertension control. The Pan American Health Organization (PAHO) designed the HEARTS in the Americas Initiative to improve CVD risk management, emphasizing hypertension control, to date implemented in 21 countries.

Methods To advance implementation, an interdisciplinary group of practitioners was engaged to select the key evidence-based drivers of hypertension control and to design a comprehensive scorecard to monitor their implementation at primary care health facilities (PHC). The group studied high-performing health systems that achieve high hypertension control through quality improvement programs focusing on specific process measures, with regular feedback to providers at health facilities.

Findings The final selected eight drivers were categorized into five main domains: (1) diagnosis (blood pressure measurement accuracy and CVD risk evaluation); (2) treatment (standardized treatment protocol and treatment intensification); (3) continuity of care and follow-up; (4) delivery system (team-based care, medication refill), and (5) system for performance evaluation. The drivers and recommendations were then translated into process measures, resulting in two interconnected scorecards integrated into the HEARTS in the Americas monitoring and evaluation system.

The Lancet Regional Health - Americas

2022;9: 100223

Published online xxx

<https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100223>

ana.2022.100223

Grupo de Innovación de HEARTS en las Américas

Hypertension control drivers		Recommendations for implementation	Goals	Score (points) Total = 21
Diagnosis	1. BP measurement accuracy			3
		1.a Establish BP measurement training every six months for all staff involved with BP measurement.	≥ 90%	1
		2.a Institute standardized BP measurement protocols, including patient preparation and repeated BP measurement if the first BP reading is elevated.	≥ 90%	1
		3.a Implement the exclusive use of validated automatic BPMD for clinical practice.	≥ 90%	1
	2. CVD risk assessment			2
		2.a Assess the CVD risk in all patients with hypertension to guide BP goal and frequency of follow-up.	≥ 80%	1
2.b Use of combination BP medication, statin, aspirin (as needed) in high CVD risk patients, including those with diabetes and CKD.		≥ 80%	1	
Treatment	3. Standardized Treatment Protocol			2
		3.a Standardized treatment protocol with specific medications and doses	Implemented	1
		3.b Established protocol using FDC medication	Implemented	1
	4. Treatment intensification			2
		4.a Initiate pharmacological treatment immediately after the diagnosis of HTN is confirmed.	≥ 70%	1
		4.b Medication must be added or intensified as per standard protocol if BP ≥ 140/90 or SBP ≥ 130 mmHg for high-risk patients	≥ 80%	1

Continuity of care and follow-up	5. Continuity of care and follow-up			3
		5.a Follow-up of elevated BP within 2-4 weeks if not controlled	≥ 80%	1
		5.b BP visit within six months for all patients with hypertension stable and well-controlled.	≥ 80%	1
		5.c BP visit within 3 months for all patients with hypertension and high CVD risk, including diabetes and CKD	≥ 80%	1
Delivery System	6. Team-based care and task-shifting			3
		6.a BP measurement by NPHW appropriately trained and certified	≥ 90%	1
		6.b Follow-up BP visits with NPHW under supervision and guided by protocol	≥ 70%	1
		6.c Medication titration by a NPHW under supervision and guided by protocol.	≥ 70%	1
	7. Medication refill frequency			3
		7.a Implement standard 3-month refill intervals for all BP medication prescriptions for patients stable and controlled	Three months refill	3 (2 month refill = 2; monthly refill = 1)
System for performance evaluation	8. System for performance evaluation with feedback			3
		8.a Implement monthly performance evaluation with feedback to facilitate tracking, prevent substantial deviations and promote timely program corrections. (Bi-monthly evaluation and feedback can be acceptable for small facilities, and evaluation every three months is the minimum acceptable).	Monthly feedback	3 (Bi-monthly = 2; every three months = 1)

Brettler J, et al. Drivers and scorecards to improve hypertension control in primary care practice: Recommendations from the HEARTS in the Americas Innovation Group. Lancet Reg Health Am 2022. May;01:100223. doi.org/10.1016/j.lana.2022.100223.

Vía Clínica de Hipertensión

1. Precisión en la medición de la PA

A MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

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

Apoyar la espalda (8)
Tener la vejiga vacía (7)
No cruzar las piernas (6)
Apoyar los pies (5)

No conversar (1)
Apoyar el brazo a la altura del corazón (2)
Colocar el Brazalete en el brazo sin ropa (3)
Usar el tamaño de brazalete adecuado (4)

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

B RIESGO CARDIOVASCULAR

DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Utilice la aplicación de HEARTS para evaluar su riesgo cardiovascular.

Escanee el código para acceder a la Calculadora de Riesgo Cardiovascular

Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

2. Evaluación del riesgo de ECV

C PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

INICIE EL TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE LUEGO DE CONFIRMAR HIPERTENSIÓN

Presión Arterial $\geq 140/90$ mmHg en todos los HIPERTENSOS
Presión Sistólica ≥ 130 mmHg en HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO (Enfermedad Cardiovascular Establecida, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica, Puntaje de Riesgo $\geq 10\%$)

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

3. Protocolos de tratamiento estandarizados

Evitar el consumo de alcohol

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

Evitar alimentos altos en sodio

- 1** 1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 40/5 mg 1 MES
- 2** Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg 1 MES
- 3** Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg + ½ Comprimido de Clortalidona 25 mg 1 MES
- 4** Paciente fuera de meta luego de repetir medición:
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg + 1 Comprimido de Clortalidona 25 mg 1 MES

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

Realizar 30 minutos de actividad física diariamente

Mantener una alimentación saludable

No fumar

5. Continuidad de los cuidados y seguimiento

6. Cuidados basados en equipo y transferencia de competencias

7. Frecuencia de administración de medicamentos

8. Sistema de monitoreo y evaluación con retroalimentación

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

País

Entidad

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

AGRUPE LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA DIARIA

Este protocolo NO APLICA a MUJERES en EDAD FERTIL

Vía Clínica de Hipertensión

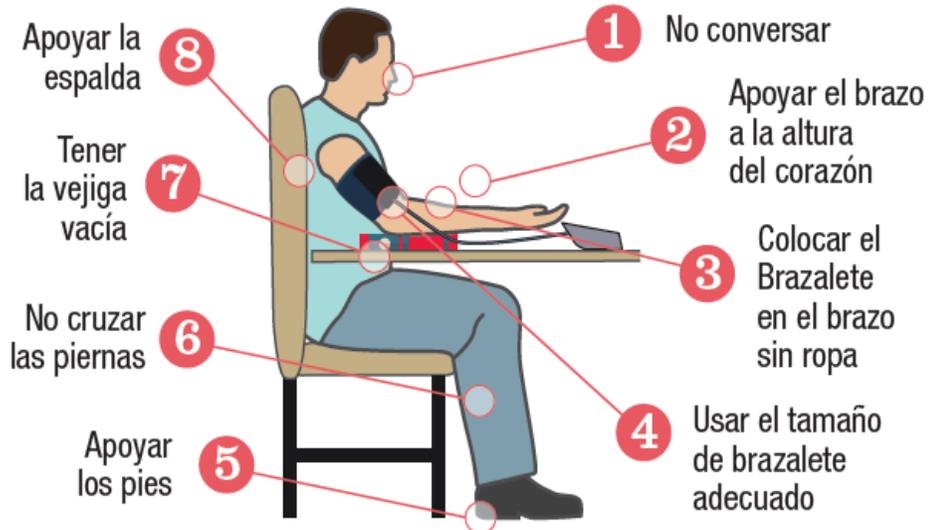
A

MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

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



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



B

RIESGO CARDIOVASCULAR

DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

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



Escanee el código para acceder a la Calculadora de Riesgo Cardiovascular



Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

C

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

INICIE EL TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE LUEGO DE CONFIRMAR HIPERTENSIÓN

Presión Arterial $\geq 140/90$ mmHg en **todos los HIPERTENSOS**
Presión Sistólica ≥ 130 mmHg en **HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO**
(Enfermedad Cardiovascular Establecida, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica, Puntaje de Riesgo $\geq 10\%$)

Riesgo cardiovascular

Todos los Hipertensos

Hipertensos de **ALTO RIESGO**

CON enfermedad cardiovascular establecida

SIN enfermedad cardiovascular establecida

META de presión arterial $< 140/90$ mmHg 

✓

META de presión arterial sistólica < 130 mmHg 

✓

✓

ASPIRINA 100 mg/día

✓

Estatina dosis alta: ATORVASTATINA 40 mg/día

✓

Estatina dosis moderada: ATORVASTATINA 20 mg/día

✓



Evitar el consumo de alcohol



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



Evitar alimentos altos en sodio

1

1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 40/5 mg

2

Paciente fuera de meta luego de **repetir medicación:**
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg

3

Paciente fuera de meta luego de **repetir medicación:**
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg
+ ½ Comprimido de Clortalidona 25 mg

4

Paciente fuera de meta luego de **repetir medicación:**
1 Comprimido de Telmisartán/Amlodipina 80/10 mg
+ 1 Comprimido de Clortalidona 25 mg

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

1 MES

1 MES

1 MES

1 MES



Realizar 30 minutos de actividad física diariamente



Mantener una alimentación saludable



No fumar

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



OPS

Organización Panamericana de la Salud



HEARTS

Coloque aquí el logo de la principal entidad que promueve el uso del protocolo. Por ejemplo del MINSA

País

Entidad

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

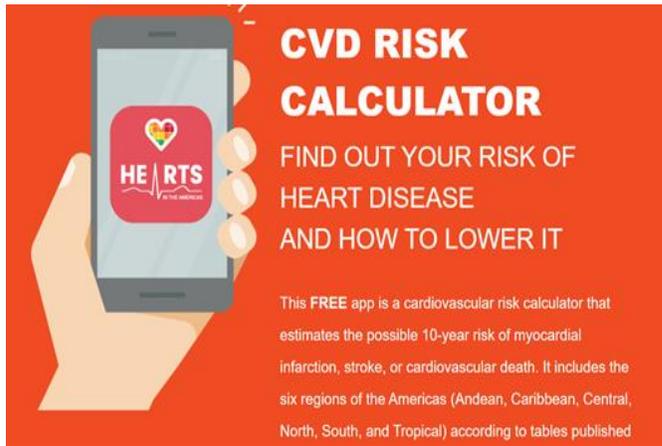
AGRUPE LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA DIARIA

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



La Vía Clínica de HEARTS pretende ser la mejor herramienta para el control de la hipertensión y el manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria de salud.

Innovación. Educación y entrenamiento para equipos de APS



CVD RISK CALCULATOR

FIND OUT YOUR RISK OF HEART DISEASE AND HOW TO LOWER IT

This FREE app is a cardiovascular risk calculator that estimates the possible 10-year risk of myocardial infarction, stroke, or cardiovascular death. It includes the six regions of the Americas (Andean, Caribbean, Central, North, South, and Tropical) according to tables published

HEARTS App: 95.000 usuarios y más de 5 millones de evaluaciones realizadas.



SEMINARIO WEB HEARTS FONDO ESTRATÉGICO DE LA OPS

Protocolos estandarizados de tratamiento de la hipertensión y Fondo Estratégico de la OPS para la Salud Universal

Acceso a medicamentos de calidad a precios competitivos

JUEVES, 15 DE ABRIL DEL 2021 11:00 am - 12:30 pm (EDT)

OPS



Webinar HEARTS EN LAS AMÉRICAS Y LA SALUD RENAL PARA TODOS

Jueves 10 de Marzo del 2022 10:00 a.m. - 2:30 pm (EST)

Regístrate para participar

OPS



LANÇAMENTO HEARTS nas Américas apresenta Novo aplicativo Calculadora de Risco Cardiovascular

Sexta-feira, 18 de Junho de 2021 15:00hs (Brasília)

OPAS



Mida su presión arterial con precisión, controléla, viva más tiempo!

SEMINARIO WEB 11:00 am - 12:30 pm (EDT)

Viernes, 21 de mayo del 2021

OPS



WEBINAR HEARTS Building bridges between Societies of Cardiology and Primary Health Care Teams

Construyendo puentes entre las Sociedades de Cardiología y los Equipos de Atención Primaria de Salud

DR. FERRER LOPEZ JARAMILLO DR. DANIEL PEREIRA DR. FERNANDO WYCE DR. ANDRES ROSCONE DR. ENZO DURBA DR. FERNANDO LANGE



OPAS WEBINÁRIO Inovando em HEARTS

Impulsore e scorecards para o controle da hipertensão

SEXTA-FEIRA 5 DE NOVEMBRO 15:00h - 17:00h (Brasília)



SCIENCE IN ACTION for Better Cardiovascular Health. The cases of Cuba and Mexico

THURSDAY 9/SEPT. 2021 2:00 to 4:00 PM (EST)

PAHO

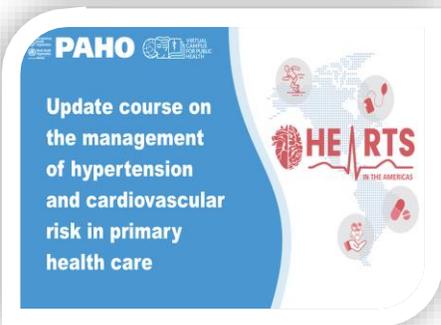


SEMINARIO WEB Día Mundial del Corazón Guía de la OMS de 2021 para el tratamiento farmacológico de la hipertensión Implementémosla ahora

VIERNES 1 DE OCTUBRE DE 2021 2:00 PM - 4:00 PM (EST)

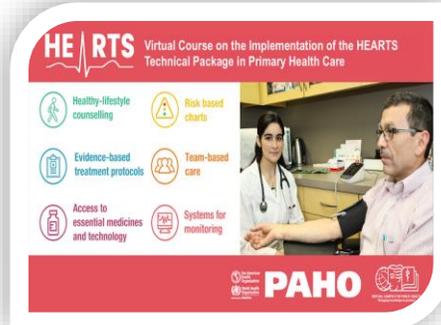
OPS

Webinars: 5000 participantes en vivo y más de 20.000 visualizaciones en YouTube.



Update course on the management of hypertension and cardiovascular risk in primary health care

HEARTS IN THE AMERICAS



HEARTS Virtual Course on the Implementation of the HEARTS Technical Package in Primary Health Care

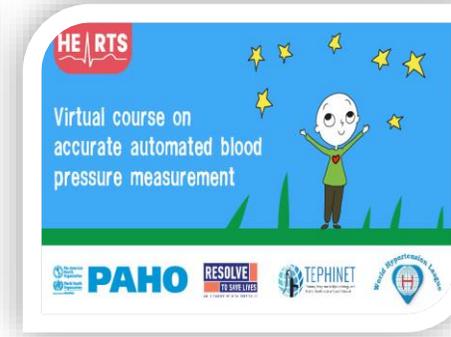
- Healthy-lifestyle counselling
- Risk based charts
- Evidence-based treatment protocols
- Team-based care
- Access to essential medicines and technology
- Systems for monitoring

PAHO



PAHO HYPERTENSION CONTROL DRIVERS AT PRIMARY HEALTH CARE CENTERS

UPCOMING COURSE



HEARTS Virtual course on accurate automated blood pressure measurement

PAHO RESOLVE TO SAVE LIVES TEPHINET



Curso Virtual Prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares

Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud

SIAC

Cursos virtuales: 283.000 trabajadores de salud capacitados.

<https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular>

<https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-cursos-virtuales>

Desafíos a enfrentar

Vencer la inercia política e institucionalizar HEARTS en toda América.

Mejorar el acceso a los cuidados de salud de alta calidad y abordar las deficiencias técnicas.

Fortalecer la Atención Primaria de Salud y sus sistemas de información.

Promover una cultura basada en la mejoría continua de la calidad.

El camino a seguir

HEARTS será el modelo institucionalizado de atención para el control del riesgo cardiovascular, con especial énfasis en el control de la hipertensión y la prevención secundaria, en la atención primaria de salud en la Región de las Américas para el 2025.



Expandir el número total de CAPS implementando HEARTS y aumentar la tracción política.



Adoptar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de HEARTS para catalizar los cambios en el sistema de salud.



Implementar la Vía Clínica de HEARTS, integrando los Impulsores Clave para el Control de la Hipertensión.



Promover el uso exclusivo de DMPAs validados en los CAPS.



En 2019, la Iniciativa HEARTS
ha sido galardonada con el

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

Liga Mundial de la Hipertensión



En 2021, la Iniciativa HEARTS
ha sido galardonada con el

**Premio de Promoción de
la Salud Cardiovascular**

Federación Mundial del Corazón



HEARTS
IN THE AMERICAS