



1^{er} Congreso Internacional

“HACIA UN SISTEMA DE SALUD INTEGRAL Y HUMANISTA EN TAMAULIPAS”

Iniciativa Corazones México (HEARTS) Evolución en México

Dr. Miguel Angel Díaz Aguilera

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano



Salud
Secretaría de Salud

CENAPRECE
Centro Nacional de Prevención
y Control de Enfermedades

Prevalencias ECM ENSANUT 2012 - 2022

Población 20 y más años
83.1 millones



Sobrepeso
obesidad



2012

2022

Sobrepeso

Obesidad

71.3 %

75.2 %

38.3 %

36.9 %

Hipertensión
arterial



16.6 %

29.4 %

Dx Previo

Sin DX

16.5 %

12.9 %

Diabetes



9.2 %

18.3 %

12.6 %

5.8 %

Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnette J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2023.

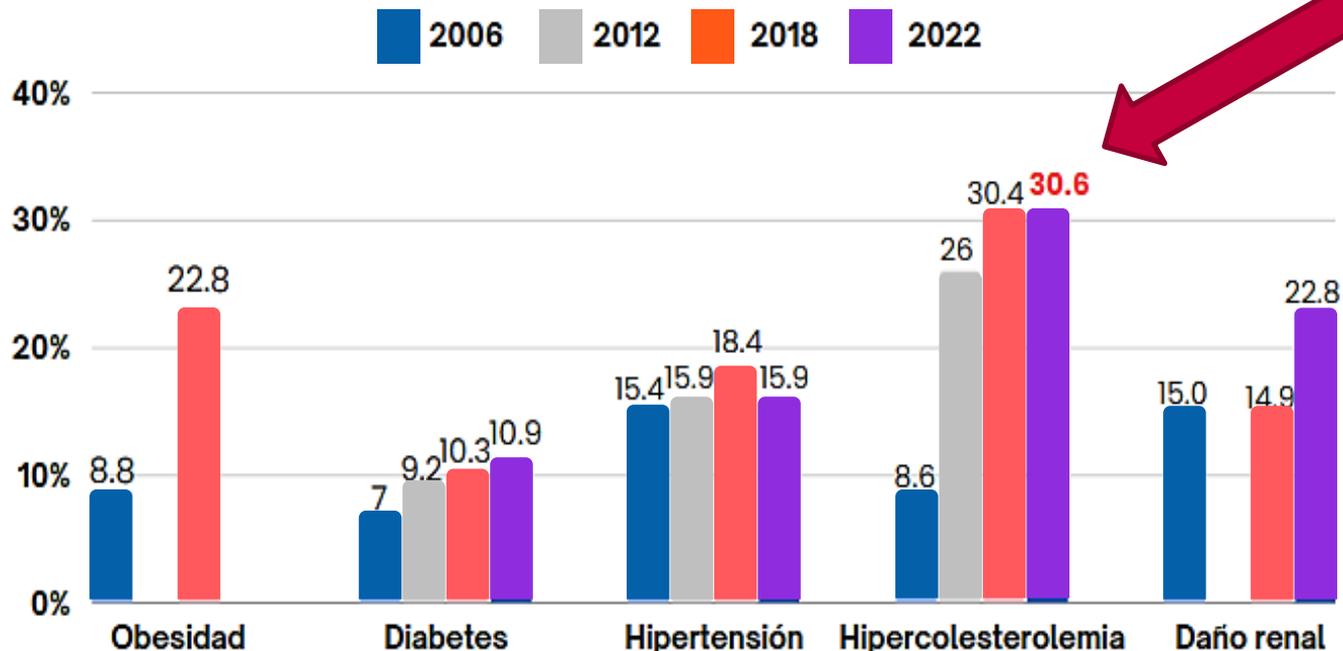


Prevalencias ECM ENSANUT 2022

1/3

de la población
mexicana tiene
**colesterol
elevado**

Prevalencia de enfermedades crónicas en México, ENSANUT 2006, 2012, 2018 y 2022



ECM y prevalencia de asociaciones con comorbilidades

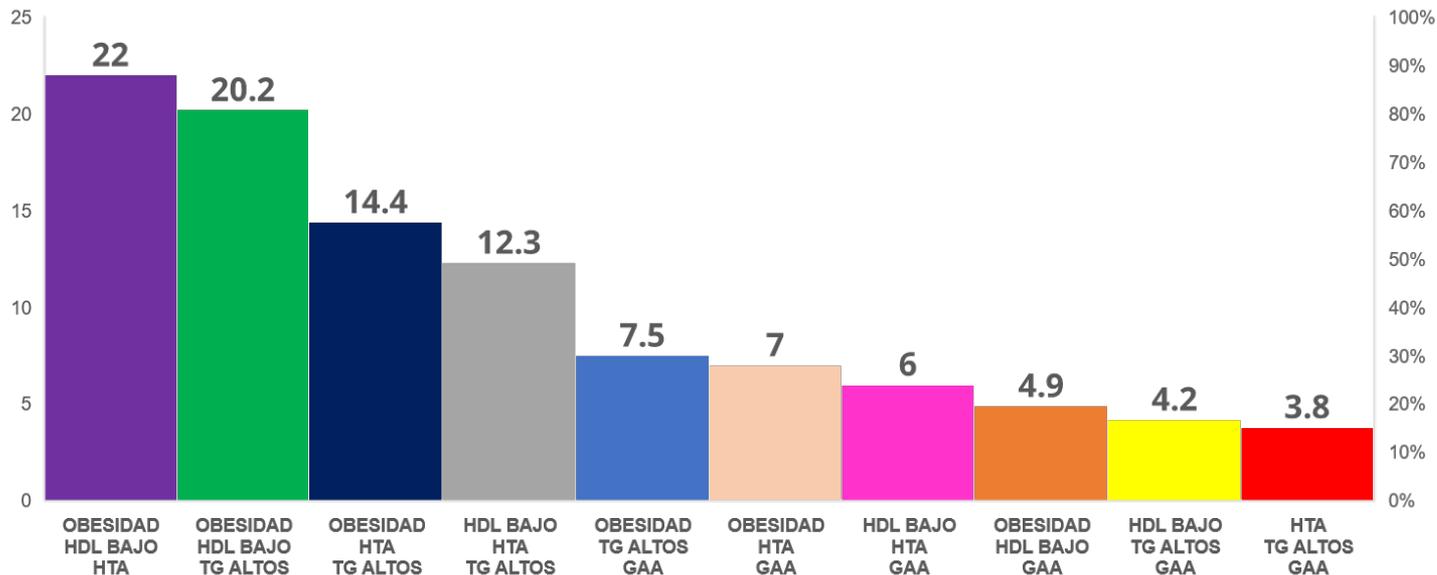
Hipertensión arterial

Dislipidemia



La esperanza de vida se reduce sustancialmente con la morbilidad múltiple

Patrones epidemiológicos del síndrome metabólico en México



HDL: lipoproteínas de alta densidad; **HTA:** hipertensión arterial; **TGD:** triglicéridos; **GAA:** glucemia alterada en ayunas.



Adaptado de: Aguilar SC, Valles V, Ríos TJ, et al. High prevalence of low HDL cholesterol concentrations and mixed hyperlipidemia in a Mexican nationwide survey. J Lipid Res 2001;42.

Programa de enfermedades cardiometabólicas

Población ≥ 20 años que vive con diabetes, hipertensión arterial, obesidad, y/o dislipidemias



CORAZONES México

HEARTS

Iniciativa global para la **prevención** y el **control** de las enfermedades **cardiovasculares**, con énfasis en el control de la **hipertensión arterial**, la **diabetes** y la **dislipidemia**, a partir de la **identificación** y **optimización del riesgo cardiovascular**, así con la prevención secundaria **en un entorno de atención primaria de la salud**.



Salud
Secretaría de Salud

CENAPRECE

Centro Nacional de Prevención
y Control de Enfermedades

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LAS AMÉRICAS



RESOLVE

TO SAVE LIVES

CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION



CENTRE FOR CHRONIC DISEASE CONTROL



American
Heart
Association



American
Stroke
Association

World Stroke
Organization



**WORLD
HEART
FEDERATION**



**International
Society of
Hypertension**



**International
Diabetes
Federation**

Y HUMANISTA EN TAMAULIPAS

El camino transcurrido

Lanzamiento de
Iniciativa en México



Reasignación atención COVID-19



Implementación solo en
Sonora y Chiapas

Post COVID-19

Escalamiento de
unidades de salud
implem. HEARTS.
Sonora, Chiapas,
Yucatán

Incorporación de los
Estados de Yucatán,
Veracruz, Sinaloa



Incorporación de los Estados
Zacatecas, Quintana Roo, Ciudad de
México, Guerrero

Re configuración del catálogo de medicamentos

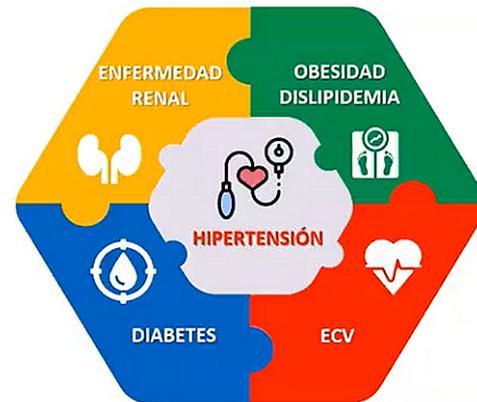


Busca mejorar las prácticas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares en el Primer Nivel de Atención.



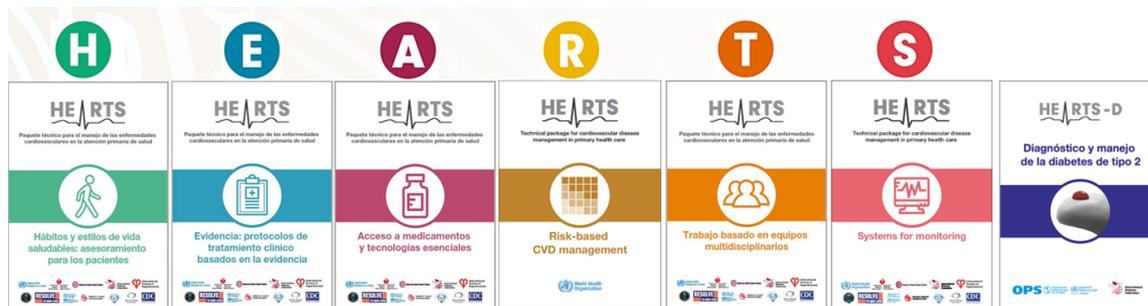
Mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud existentes.

HEARTS se está implementando y expandiendo en **32 países** de la Región para incluir **2867** centros de salud, que en conjunto cubren aproximadamente **30 millones** de adultos en las áreas de captación respectivas.



Integración de la atención de las Enfermedades Cardiometabólicas en la APS

¿Qué significa implementar HEARTS?



Capacitación para optimizar capacidad técnica

Medición correcta de la PA con dispositivos validados

Desarrollo y uso de VÍAS CLÍNICAS SIMPLES Y CLARAS

Cuidados basados en equipos multidisciplinarios

Toma de decisión con base en riesgo cardiovascular

Tratamiento con combinaciones DUALES Y TRIPLES A DOSIS FIJAS

Intensificación sistemática del tratamiento

Sensibilización / Educación del paciente

Medición correcta de la PA



HEARTS
EN LAS AMÉRICAS

Nota técnica

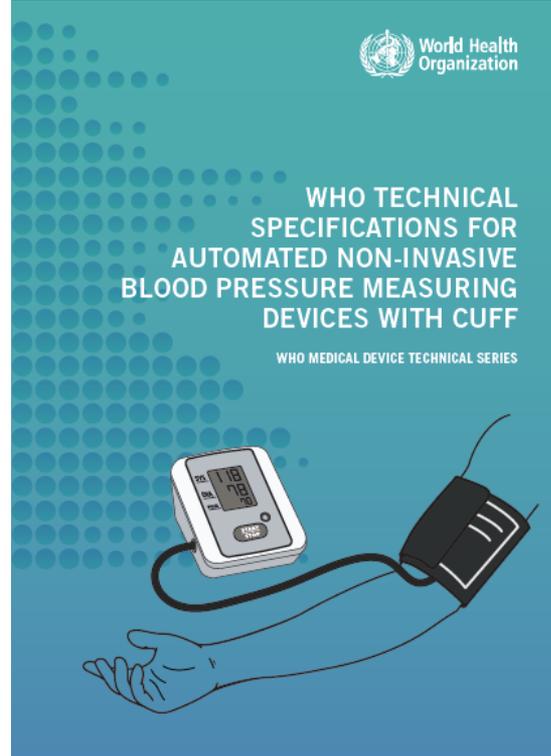
Recursos técnicos relevantes para la medición precisa de la presión arterial

Nota preparada por
Cecilia Lombardi, ScD, y Pedro Octaviano, MD, PhD
Octubre 2020

La hipertensión es un desafío de la salud mundial que debe abordarse en muchas frentes. Como es el mayor factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular, los dispositivos apropiados para medir la presión arterial y detectar la hipertensión, son importantes para garantizar que la hipertensión se diagnostique y trate con precisión.

Especificaciones técnicas de la OMS para dispositivos automáticos no invasivos para la medición de la presión arterial con manguito.

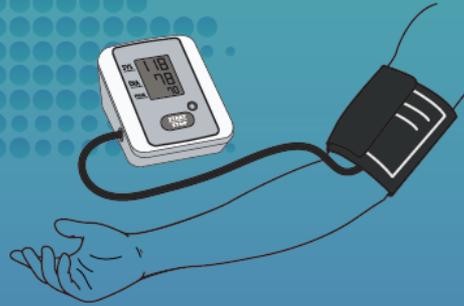
OPS Organización Panamericana de la Salud



World Health Organization

WHO TECHNICAL SPECIFICATIONS FOR AUTOMATED NON-INVASIVE BLOOD PRESSURE MEASURING DEVICES WITH CUFF

WHO MEDICAL DEVICE TECHNICAL SERIES



Vía regulatoria de **HEARTS en las Américas** hacia el uso exclusivo de dispositivos validados para medir la presión arterial

HEARTS



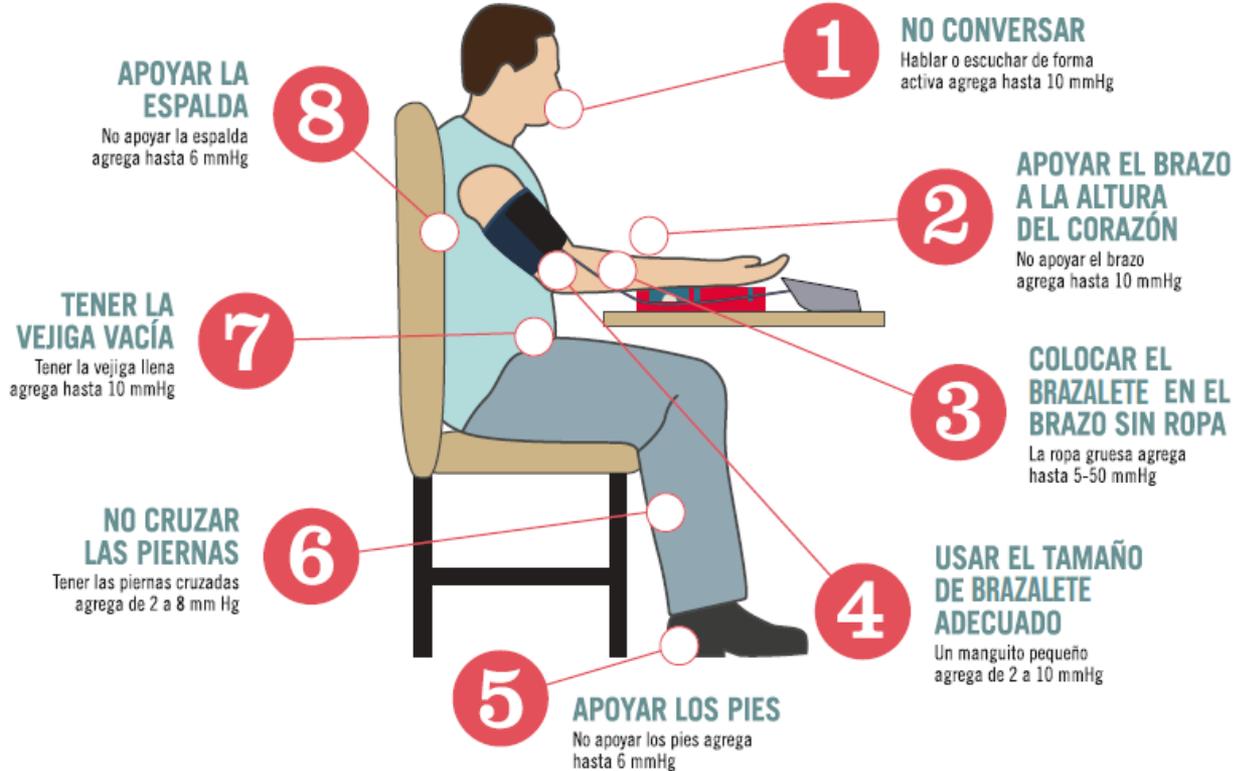
OPS Organización Panamericana de la Salud

Norma ISO 81060 2:2018

1^{er} Congreso

Promueve la medición precisa de la presión arterial mediante una técnica correcta de medición y el uso de dispositivos electrónicos validados

Recomendaciones generales para la preparación y medición de la presión arterial



IDEALMENTE, USE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS VALIDADOS PARA EL BRAZO



1948 - Framingham Heart Study

Cuatro años después de su inicio, con 34 casos de IAM en la cohorte, los investigadores identificaron que el colesterol elevado y la presión arterial alta eran factores importantes en cuanto a la aparición de la enfermedad cardiovascular

Al acuñar la expresión «factor de riesgo», el Framingham Heart Study facilitó un cambio en el ejercicio de la medicina

x 1.7

Tabaquismo

El estudio encontró que la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia son los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares

Enfermedad cardiovascular



Debe ser considerada, entendida y afrontada como un continuo, que va desde la aparición de los factores de riesgo hasta la presencia objetiva de enfermedad, que muchas veces conduce a la muerte, con un estado previo asintomático en el que existe lesión subclínica en los diferentes órganos blanco, fundamentalmente corazón, cerebro, riñón y endotelio.

Una vez establecida, podremos tratar sus complicaciones pero el riesgo de nuevos eventos siempre existirá

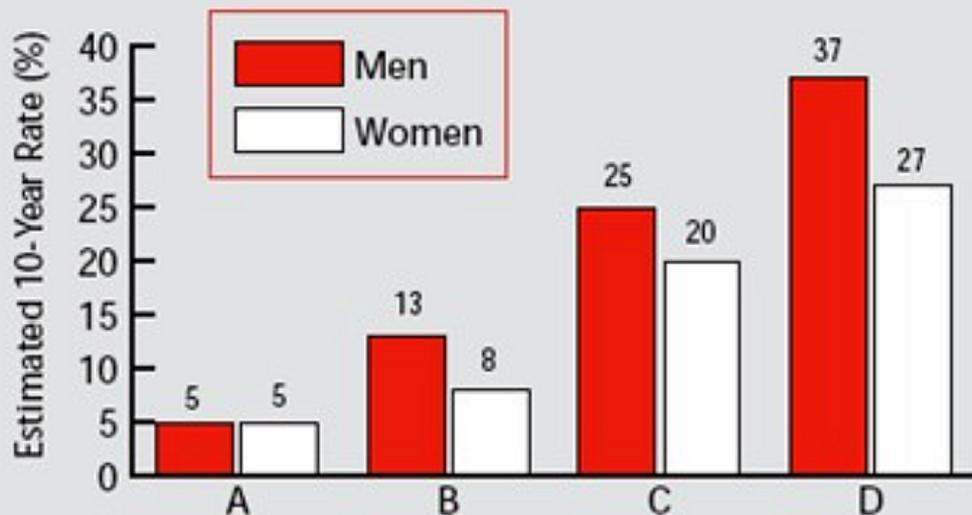
Modificación de FR

Puede reducir los **episodios cardiovasculares** y la **muerte prematura** tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con **alto riesgo cardiovascular** debido a uno o más factores de riesgo

Los **principales factores causales y modificables** de la Enfermedad aterosclerótica son

- **PA elevada**
- **Apolipoproteína B**
- **Tabaquismo**
- **DM2**

Estimated 10-Year CHD Risk in 55-Year-Old Adults According to Levels of Various Risk Factors Framingham Heart Study



	A	B	C	D
Blood Pressure (mm Hg)	120/80	140/90	140/90	140/90
Total Cholesterol (mg/dL)	200	240	240	240
HDL Cholesterol (mg/dL)	50	50	40	40
Diabetes	No	No	Yes	Yes
Cigarettes	No	No	No	Yes

Evaluar el riesgo cardiovascular en las personas entre 40 y 74 años

Cuando NO debiéramos usar una herramienta calculadora de riesgo

Individuos que YA SON DE ALTO RIESGO de eventos Cardiovasculares

- **Quienes ya tienen ECV**
 - Cardiopatía coronaria
 - Enfermedad cerebrovascular
 - Enfermedad arterial oclusiva.
- **Quienes tienen condiciones de alto riesgo**
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad renal crónica

No necesitan calcular riesgo cardiovascular, ya son de alto riesgo



Cuando SI debiéramos usar una herramienta calculadora de riesgo

Individuos en los que desconocemos su riesgo de presentar eventos Cardiovasculares

- **Quienes NO tienen ECV**
 - Cardiopatía coronaria
 - Enfermedad cerebrovascular
 - Enfermedad arterial oclusiva.
- **Quienes NO tienen condiciones de alto riesgo**
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad renal crónica

Es Necesario calcular riesgo cardiovascular

Prevención de la enfermedad cardiovascular

- **Conjunto de acciones coordinadas** dirigidas a la **población** o a una **persona** con el fin de **eliminar o minimizar el impacto de las enfermedades CV** y las discapacidades asociadas.
- **Evitar progresión de la enfermedad CV:**
 - Promoción y adopción de estilos de vida saludable.
 - Prevención de la aparición de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
 - Detección temprana y control óptimo de FRCV.

Tratamiento farmacológico recomendado en las guías para la prevención cardiovascular

CARDIOPATÍA CORONARIA

 Guía	Clase farmacológica	Clase de recomendación/ nivel de evidencia
Guías para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica (1,2)	AAS	I A
	Estatina	I A
	IECA	I A

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

 Guía	Clase farmacológica	Clase de recomendación/nivel de evidencia
Guía de 2008 para el tratamiento del ictus isquémico y el accidente isquémico transitorio (Organización Europea de Accidentes Cerebrovasculares [ESO]) (6)	AAS	I A
	Estatina	I A
	IECA	I A

IAM

 Guía	Clase farmacológica	Clase de recomendación/ nivel de evidencia
IAM con ↑ST (IMEST) (3) IAM sin ↑ST (SCA-SEST) (4) Enfermedad coronaria estable (5)	AAS	I A
	Estatina	I A
	IECA	I A

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

 Guía	Clase farmacológica	Clase de recomendación/nivel de evidencia
Guías para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades arteriales periféricas de la ESC de 2017, en colaboración con la Sociedad Europea de Cirugía Vasculiar (7)	AAS	I A
	Estatina	I A
	IECA	IIa / B

OMS LME | Combinaciones de dosis fijas para la prevención de la ECVA

The selection and use of essential medicines
2023

Web Annex A

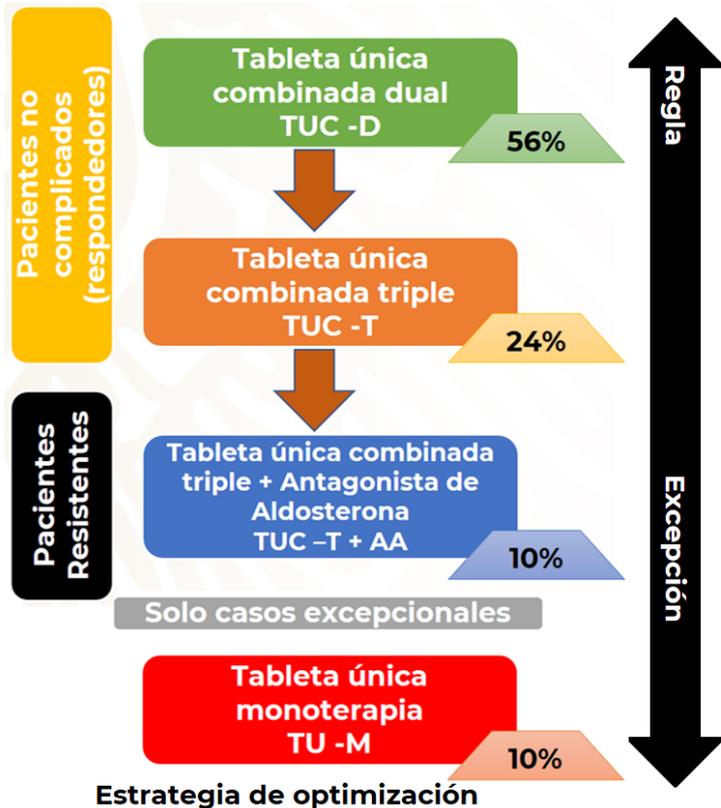
World Health Organization
Model List of Essential Medicines

23rd list
(2023)



12.7 Fixed-dose combinations for prevention of atherosclerotic cardiovascular disease	
acetylsalicylic acid + <input type="checkbox"/> atorvastatin + <input type="checkbox"/> ramipril Therapeutic alternatives: <ul style="list-style-type: none">- fluvastatin, lovastatin, pravastatin, simvastatin (for atorvastatin)- 4th level ATC chemical subgroup (C09AA ACE inhibitors, plain) (for ramipril)	Tablet: 100 mg + 20 mg + 2.5 mg; 100 mg + 20 mg + 5 mg; 100 mg + 20 mg + 10 mg; 100 mg + 40 mg + 2.5 mg; 100 mg + 40 mg + 5 mg; 100 mg + 40 mg + 10 mg.
acetylsalicylic acid + <input type="checkbox"/> simvastatin + <input type="checkbox"/> ramipril + <input type="checkbox"/> atenolol + <input type="checkbox"/> hydrochlorothiazide Therapeutic alternatives: <ul style="list-style-type: none">- atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin (for simvastatin)- 4th level ATC chemical subgroup (C09AA ACE inhibitors, plain) (for ramipril)- bisoprolol, carvedilol, metoprolol (for atenolol)- chlorthalidone, chlorothiazide, indapamide (for hydrochlorothiazide)	Tablet: 100 mg + 20 mg + 5 mg + 50 mg + 12.5 mg.
<input type="checkbox"/> atorvastatin + <input type="checkbox"/> perindopril + <input type="checkbox"/> amlodipine Therapeutic alternatives: <ul style="list-style-type: none">- fluvastatin, lovastatin, pravastatin, simvastatin (for atorvastatin)- 4th level ATC chemical subgroup (C09AA ACE inhibitors, plain) (for perindopril)- 4th level ATC chemical subgroup (C08CA Dihydropyridine derivatives) (for amlodipine)	Tablet: 20 mg + 5 mg + 5 mg; 20 mg + 10 mg + 10 mg; 40 mg + 5 mg + 5 mg; 40 mg + 10 mg + 10 mg.

Trabajo con grupo de expertos



- Proceso de atención clínica y farmacológica estandarizado
 - Romper inercia terapéutica
 - Propiciar adherencia terapéutica
 - Alcance y mantenimiento de metas terapéuticas

¿Por qué usar terapias combinadas?

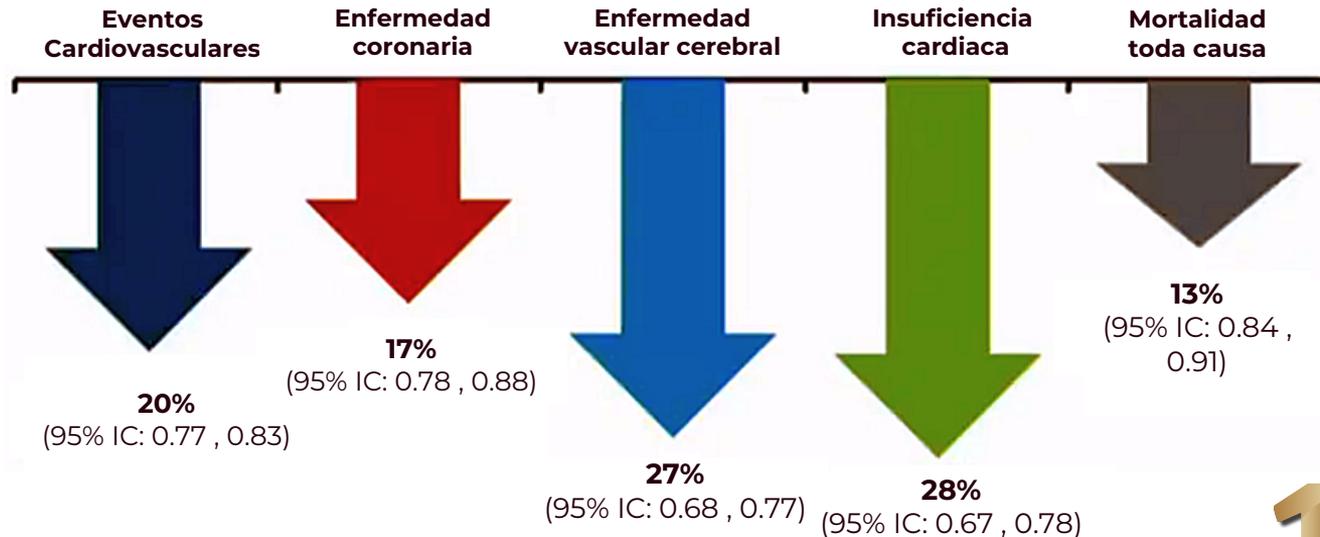
- **Incrementa eficacia**
 - Diferentes mecanismos de acción
 - Acciones sinérgicas
 - Mejora velocidad de respuesta
- **Disminuye efectos adversos**
 - Uso de dosis más bajas
 - Inhibición de contra regulación

2/3

logran control
con terapia dual

Importancia de la reducción de la PA

Cada reducción de 10 mmHg de la PA nos lleva a reducciones del RCV



VÍA CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN



A MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL
Medir la presión arterial a todas y todos los adultos en las consultas

B RIESGO CARDIOVASCULAR
Descubra el riesgo de enfermedad cardiovascular y cómo modificarlo

- 1 NO CONVERSAR**
Hacer la medición de forma activa agrega hasta 10 mmHg
- 2 APOYAR EL BRAZO A LA ALTURA DEL CORAZÓN**
No apoyar el brazo agrega hasta 10 mmHg
- 3 COLOCAR EL BRAZALETE EN EL BRAZO SIN SOPA**
La copa gruesa agrega hasta 10 mmHg
- 4 USAR EL TAMAÑO DE BRAZALETE ADECUADO**
Un manequín pequeño agrega de 2 a 10 mmHg



- 5 APOYAR LA ESPALDA**
No apoyar la espalda agrega hasta 8 mmHg
- 6 NO CRUZAR LAS PIERNAS**
Tener las piernas cruzadas agrega de 2 a 8 mmHg
- 7 TENER LA VEJIGA VACÍA**
Tener la vejiga llena agrega hasta 10 mmHg
- 8 APOYAR LOS PIES**
No apoyar los pies agrega hasta 8 mmHg

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

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

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 CON HIPERTENSIÓN	Personas con hipertensión y 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	✓	✓	✓

1
Evitar el consumo de alcohol

1 comprimido de Telmisartán 40 mg + 1 comprimido de Amlodipino 5 mg

1 MES
Realizar 30 minutos de actividad física

2
Índice de masa corporal entre 18.5 y 24.9

PACIENTE FUERA DE META LUEGO DE REPETIR MEDICIÓN:

2 comprimidos de Telmisartán 40 mg + 2 comprimidos de Amlodipino 5 mg

1 MES
Mantener una alimentación saludable

3

PACIENTE FUERA DE META LUEGO DE REPETIR MEDICIÓN:

2 comprimidos de Telmisartán 40 mg + 2 comprimidos de Amlodipino 5 mg + 1/2 comprimido de Clortalidona 50 mg

1 MES
No fumar

4
Evitar alimentos altos en sodio

PACIENTE FUERA DE META:

Consulta con el próximo nivel de atención

PACIENTES BAJO CONTROL	Seguimiento mínimo cada 3 MESES	Seguimiento mínimo cada 3 MESES	Suministro de medicación para 3 MESES	VACUNACIÓN		
				INFLUENZA	NEUMOCOCCO	COVID
Todos con hipertensión	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pacientes con hipertensión y ALTO RIESGO	✓	✓	✓	✓	✓	✓

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

Este protocolo NO APLICA A MUJERES embarazadas o con planes de embarazo

AGRUPE LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA DIARIA

VÍA CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Esta vía clínica solo aplica en el primer nivel de atención para personas mayores de 20 años con DM2. No aplica para embarazadas.



A DETECCIÓN OPORTUNA
A toda persona ≥ 20 años

Cuestionario de factores de riesgo

- IMC
- Circunferencia de cintura
- Glucosa capilar
- Presión arterial

B DIAGNÓSTICO

• Prediabetes: Glucosa de ayuno $\geq 100 - 125$ mg/dL o HbA1c $\geq 5.7 - 6.4\%$

• Diabetes Mellitus tipo 2: Glucosa de ayuno ≥ 126 mg/dL, glucosa casual ≥ 200 mg/dL, o HbA1c $\geq 6.5\%$

C EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

• Perfil de lípidos
- Microalbuminuria
- Química sanguínea de 5 elementos
- Examen General de Orina
- Escala de ansiedad y depresión de Beck (BA) y GH-R

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR
Utilice la app de HEARTS



Escanee el código QR para acceder a la app

Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

D TRATAMIENTO Farmacológico y no farmacológico

Lenguaje centrado en la persona

PERSONA CON PREDIABETES
HbA1c 5.7 - 6.4% Y GLUCOSA PLASMÁTICA DE 100-125 mg/dL

METFORMINA 850 MG C/ 24 HRS. + CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
Reevaluar objetivos cada 3-6 meses durante 1 año mediante HbA1c.

Integrar el Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

PERSONA CON DX DE DIABETES TIPO 2
HbA1c 6.5 - 8.9% Y GLUCOSA PLASMÁTICA 140-183 mg/dL

MONOTERAPIA
Metformina 850 mg
Ajustar gradualmente 0.2-0.4 mg/día conforme tolerancia, dosis máxima 2550 mg. Si no se controla, cambiar a terapia dual

TERAPIA DUAL
Metformina 850 mg + Glimeclamida 5 mg o
Linsagliptina 5 mg + Insulina glargina 0.1-0.4 UI/kg (monodosis). Ajustar gradualmente hasta alcanzar control metabólico adecuado
Dosis máxima Metformina 2550 mg, Glimeclamida 15 mg, Linsagliptina 15 mg, Insulina glargina 0.1-0.6 UI/kg/día. Control de HbA1c ≥ 3 meses, si resulta $\geq 9\%$ se refiere a UNEME-EC.

Fomentar la revisión y cuidado diario de los pies, así como adecuada higiene bucal

PERSONA CON DIABETES TIPO 2
HbA1c $\geq 9\%$ (≥ 184 mg/dL)

TERAPIA DUAL
Elegir una opción de acuerdo a disponibilidad en la unidad de salud
A) Metformina 850 mg + Glimeclamida 5 mg o Linsagliptina 5 mg
B) Metformina 850 mg + Insulina glargina 0.1-0.4 UI/kg (monodosis)
C) Metformina 850 mg + Insulina NPH (dosis total 2/3 nocturna, 1/3 nocturna)
Control de HbA1c ≥ 3 meses, si persiste o es $\geq 9\%$ se refiere a UNEME-EC. Ajustar gradualmente hasta alcanzar dosis máxima: Metformina (2550 mg), Glimeclamida (15 mg), Linsagliptina (5 mg) o Glargina 0.1-0.6 UI/kg/día o NPH 0.1-0.6 U/kg/día

Revisar y conocer los niveles de glucosa de su paciente

SEGUIMIENTO

AUTOCUIDADO DE LA DIABETES Y CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Identificar síntomas de ansiedad y/o depresión en tu paciente

E SEGUIMIENTO

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

METAS DE CONTROL METABÓLICO

HbA1c	Glucemia capilar	Presión Arterial (DM2-HTA)	Colesterol HDL	Colesterol LDL	Triglicéridos	Peso
<7% (<65 años sin complicaciones)	<126 mg/dL (ayuno) <160 mg/dL (postprandial)	<130/80 mmHg	>40 mg/dL hombres >50 mg/dL mujeres	<70 mg/dL	<150 mg/dL	Reducción al menos del 10% el año en personas con sobrepeso u obesidad

Acciones de exploración física y herramientas de laboratorio y gabinete	Consulta 1 ^{ra} vez y posteriormente 1 vez al año	En cada consulta programada
Fondo de ojo	X	
Filtrado glomerular	X	
Microalbuminuria	X	
Revisión de pies (sensibilidad al monofilamento y diágnosis, pulso pedio y tibial, reflejos osteotendinosos)	X	X
Revisión dental	X	
Electrocardiograma	X	

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

Con control glucémico Cada 2-3 meses

Sin control glucémico Cada mes

Suministro de medicamentos: Cada 2-3 meses

Vacunación 1 vez al año: Influenza, Neumococo, Covid-19

F REFERENCIA Desde el primer nivel de atención

UNEME-EC
• Obesidad, HTA, DM2 o Dislipidemia sin control metabólico ≥ 3 meses
• DM2 + neuropatía periférica y/o cardiopatía y/o ERC estadio 1 y 2 (Creatinina <1.8 mg/dL)
• Pie diabético en estadio 0, 1 y 2
• Escala de ansiedad y depresión de Beck, BD-I >9 puntos y BA >5

2^o NIVEL
• Dislipidemias e HTA de difícil control en UNEME-EC después de 6 meses de tratamiento
• ERC estadios 3, 4 y 5
• Pie diabético en estadios 3, 4 y 5
• Retinopatía, insuficiencia cardíaca con riesgos hemodinámicos
• Hipoglucemias severas, cetoacidosis o crisis hiperglucémicas

Estado de la implementación

En implementación

400

Unidades -
HEARTS

37

Jurisdicciones
participantes

En operación

1. Chiapas
2. Sonora
3. Yucatán
4. Sinaloa
5. Veracruz
6. Zacatecas
7. Quintana Roo
8. Ciudad de México
9. Guerrero

Control entre Px
atendidos

50%

En pre implementación

278

Unidades -
HEARTS

55

Jurisdicciones
participantes

Michoacán
Tabasco
Campeche
Guanajuato
Coahuila
Puebla
Oaxaca
Jalisco

Cobertura de las
unidades 1er
Nivel

50%

Cada
intervención en
los FR

↓ 15%-30%
a 5 años el
RCV

1^{er} Congreso
Internacional

"HACIA UN SISTEMA DE SALUD INTEGRAL
Y HUMANISTA EN TAMAULIPAS"

Transformaciones en el sistema de salud generadas/impulsadas por Corazones en México

- **Cambio de pensamiento en los profesionales de la salud.**
- Incorporación de otros profesionales en el seguimiento de los pacientes con Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemias.
- **Innovación en el tratamiento farmacológico.**
 - Mejor efecto terapéutico.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Control de la enfermedad en menor tiempo.
 - Prevención de complicaciones asociadas a muerte prematura.
- **Mejores prácticas y resultados.**
 - Medición correcta de la presión arterial (98%)
 - Uso de dispositivos validados. (89%)
 - Mayor disponibilidad de capacitación de los profesionales de la salud.

Planes para 2025-2028

1. **Seguimiento cercano a las Entidades Federativas en fase de implementación.**
 - Incrementar número de unidades en implementando la iniciativa.
2. **Consolidar la implementación en las Entidades Federativas sin la iniciativa.**
3. **Mejorar la coordinación con el IMSS Bienestar.**
 - Sistema de información.
 - PRONAM - Vías clínicas (HAS,Obesidad,DM2).
 - Priorización de Claves del Catálogo de medicamentos e insumos **siempre disponibles en el primer nivel de atención.**
4. **Institucionalización sectorial de Corazones México (HEARTS) en México.**

Continuo de la atención cardiorenometabólica

HEARTS - CORAZONES

Red Cardio cerebral

Secretaría
de Salud

PRONAMs

Espacios cardio protegidos

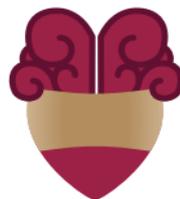
Comunicación de riesgos a la
población

Reforzamiento del primer nivel de atención de la salud



MÉXICO

Reducción de la morbimortalidad cardiometabólica con enfoque en la estratificación y control del riesgo cardiovascular y prevención secundaria en un entorno de APS



De corazón

Red Cardio Cerebral: Estrategia Nacional de Integración sectorial

Reducción de la mortalidad cardiovascular por IAM y EVC en la población mexicana, mediante la detección, traslado y atención oportuna.

Atención Médica Continua - Redes integradas de servicios de salud



1^{er} Congreso Internacional

“HACIA UN SISTEMA DE SALUD INTEGRAL
Y HUMANISTA EN TAMAULIPAS”

1^{er} Congreso Internacional

“HACIA UN SISTEMA DE SALUD INTEGRAL
Y HUMANISTA EN TAMAULIPAS”