

Ruta integral de atención del riesgo cardiovascular en hipertensión arterial

Integrated Care Pathway For Cardiovascular Risk In Arterial Hypertension

ARTÍCULO DE REVISIÓN Y ANÁLISIS · EDICIÓN ESPECIAL FIKLiv 2026

Yocner Edilson Quenan Caipe¹

¹ Enfermero, abogado, magíster en Ciencias Biomédicas. ECISA, UNAD.

Correo: yocner.quenan@unad.edu.co · ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8047-0306>

Juan Esteban Ortiz López²

² Estudiante de Administración en Salud. ECISA, UNAD.

Correo: jeortizl@unadvirtual.edu.co

Recibido: 25-07-2026

Aceptado: 15-08-2026

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, con la hipertensión arterial como uno de sus principales factores de riesgo. El objetivo de esta ponencia es analizar la gestión del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en el contexto de la atención primaria en salud y proponer una ruta integral de atención. Metodológicamente, se desarrolló una revisión documental orientada a identificar brechas entre la evidencia disponible y su aplicación en la práctica. Los resultados evidencian bajo control de la presión arterial, uso limitado de herramientas de estratificación del riesgo y fragmentación en la atención. Como aporte, se plantea una ruta integral que articula detección, clasificación del riesgo, intervención, educación y seguimiento continuo. Se concluye que el principal problema no es la falta de conocimiento, sino su implementación, por lo que fortalecer la atención primaria resulta clave para mejorar los resultados en salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; hipertensión; enfermedades cardiovasculares; prevención de enfermedades; salud pública

Abstract

Cardiovascular diseases remain the leading cause of death worldwide, with arterial hypertension as one of the main risk factors. This presentation aims to analyze the management of cardiovascular risk in hypertensive patients within primary health care and to propose an integrated care pathway. Methodologically, a documentary review was conducted to identify gaps between available evidence and its application in practice. The results show low blood pressure control, limited use of risk stratification tools, and fragmented care processes. As a contribution, an integrated pathway is proposed, including detection, risk classification, intervention, health education, and continuous follow-up. It is concluded that the main problem is not the lack of knowledge but its implementation. Strengthening primary health care is essential to improve health outcomes and reduce preventable cardiovascular complications.

Keywords: Primary health care; hypertension; cardiovascular diseases; disease prevention; public health

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares en la actualidad son la principal causa de muerte en el mundo, aproximadamente que cada año mueren cerca de 17,9 millones de personas por esta causa, lo que representa aproximadamente el 32 % de la mortalidad global (1). Dentro de este grupo, la hipertensión arterial es preponderante, no solo por su alta frecuencia, sino porque suele avanzar de manera asintomática hasta que aparecen complicaciones graves. A la fecha, más de 1.280 millones de adultos viven con hipertensión, y casi la mitad no sabe que la padecen, y otro porcentaje no tienen buena adherencia al tratamiento por diferentes causas (2).

En América Latina, se estima que entre el 30 % y el 40 % de la población adulta es hipertensa, con dificultades persistentes para el diagnóstico oportuno, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuo (3). Esto deja claro que el problema no se limita a la enfermedad en sí, sino a la forma en que se está abordando, es decir el contexto y los determinantes sociales, por tanto, la hipertensión no debería analizarse de manera aislada, sino como parte de un conjunto de factores que profundizan la probabilidad

de sufrir un evento cardiovascular. De ahí la importancia de trabajar desde el enfoque de riesgo cardiovascular, que permite entender el problema de forma más completa.

A pesar de que existen herramientas para evaluar ese riesgo y guías claras sobre cómo intervenir, en la práctica su uso sigue siendo limitado. Diferentes estudios han mostrado que la aplicación sistemática de estas herramientas es baja, especialmente en el primer nivel de atención, lo que afecta la toma de decisiones clínicas y la oportunidad de intervenir de forma preventiva (4,5). En muchos casos, la atención se concentra en el tratamiento farmacológico, mientras que aspectos como la educación del paciente, el seguimiento o la modificación de estilos de vida quedan en segundo plano.

En Colombia, este problema se da en medio de un sistema que, aunque ha avanzado en términos normativos —por ejemplo, con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud—, aún presenta dificultades para llevar esos lineamientos a la práctica. La segmentación de los servicios, la rotación del personal, las limitaciones tecnológicas, los excesos normativos y la falta de continuidad en la atención hacen que el seguimiento de los pacientes sea irregular y, en muchos casos, insuficiente (6).

A esto se suma un elemento que suele pasar desapercibido en la práctica, pero a nivel teórico no lo es, y está relacionado con la forma en que se ha entendido la atención primaria en salud. Desde su formulación en la Declaración de Alma-Ata (1978), la atención primaria fue pensada como una estrategia integral, centrada en el cuidado, la prevención y la participación comunitaria (7). Sin embargo, con el tiempo, en muchos contextos se ha reducido a la idea de “primer nivel de atención” o “servicios básicos”, perdiendo su sentido original. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que esta interpretación limitada ha debilitado su capacidad para organizar el cuidado de manera continua e integral (8). En esa misma línea, Starfield advierte que cuando la atención primaria se reduce a un nivel operativo, se pierde su potencial para mejorar resultados en salud y reducir desigualdades (9).

A partir de esa realidad surgió el presente estudio que no avoca, cuyo propósito fue analizar cómo se está gestionando el riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial desde la atención primaria en salud en Colombia. Más allá de identificar las fallas, el trabajo busca avanzar hacia una propuesta concreta: una ruta integral de atención que permita organizar el cuidado de manera más coherente.

Esa ruta se plantea desde el soporte teórico, como una propuesta práctica de articular acciones que ya existen, pero que no siempre se implementan de manera integrada. Incluye elementos como el tamizaje, la clasificación del riesgo, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la educación en salud y el seguimiento continuo. La idea central es sencilla, pero exigente: pasar de una atención fragmentada a un cuidado organizado en el tiempo. Además, esta ponencia no solo presenta los resultados de un ejercicio académico, sino que propone una forma distinta de pensar el cuidado cardiovascular. En un contexto donde gran parte de las complicaciones son prevenibles, el desafío no es únicamente saber qué hacer, sino lograr que ese conocimiento se traduzca en prácticas sostenidas dentro del sistema de salud.

Desarrollo y discusión

Metodológicamente el estudio se desarrolló a partir de una revisión documental orientada a analizar cómo se está gestionando el riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial en el contexto de la atención primaria en salud, el proceso inicial fue recopilar información con ayuda de bibliometría, y se buscó identificar brechas entre lo que la evidencia recomienda y lo que ocurre en la práctica, especialmente en el seguimiento, la estratificación del riesgo y la continuidad del cuidado. Para ello, se analizaron guías clínicas, estudios y reportes internacionales relacionados con el control de la hipertensión y la prevención cardiovascular (10).

A partir de esta revisión, se realizó una integración crítica de la evidencia, que permitió reconocer tendencias en la literatura, a saber: bajo control de la presión arterial, uso limitado de herramientas de riesgo y fragmentación en la atención. Estos hallazgos se contrastaron con el contexto descrito en la monografía base (16), lo que permitió situar el problema en la realidad de la atención primaria en salud.

Como resultado, el estudio no solo describe la situación, sino que propone una ruta integral de atención, orientada a organizar el cuidado de manera continua y coherente.

Análisis y resultados

el análisis muestra una situación clara: el problema no es la falta de conocimiento, sino su aplicación. A pesar de contar con guías clínicas y herramientas de estratificación del riesgo, su uso en la atención primaria sigue siendo limitado y allí nos vemos abocados a una discusión de factores como la cultura, política, contexto geográfico, étnico, religioso entre otros que no es objeto del presente estudio, pero que inciden de manera directa en el proceso salud enfermedad.

En América Latina, menos del 50 % de los pacientes hipertensos logra un control adecuado de la presión arterial, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares (10). A nivel global, la hipertensión no controlada está asociada al 51 % de los accidentes cerebrovasculares y al 45 % de las cardiopatías isquémicas (11), lo que evidencia el impacto de una gestión insuficiente o con adversidades. Además, se identificó que la atención continúa centrada en el tratamiento farmacológico, con menor énfasis en estrategias como la educación en salud, el seguimiento y la modificación de estilos de vida saludables. Esto es relevante si se considera que las intervenciones integrales pueden reducir hasta en un 30 % el riesgo de eventos cardiovasculares (12).

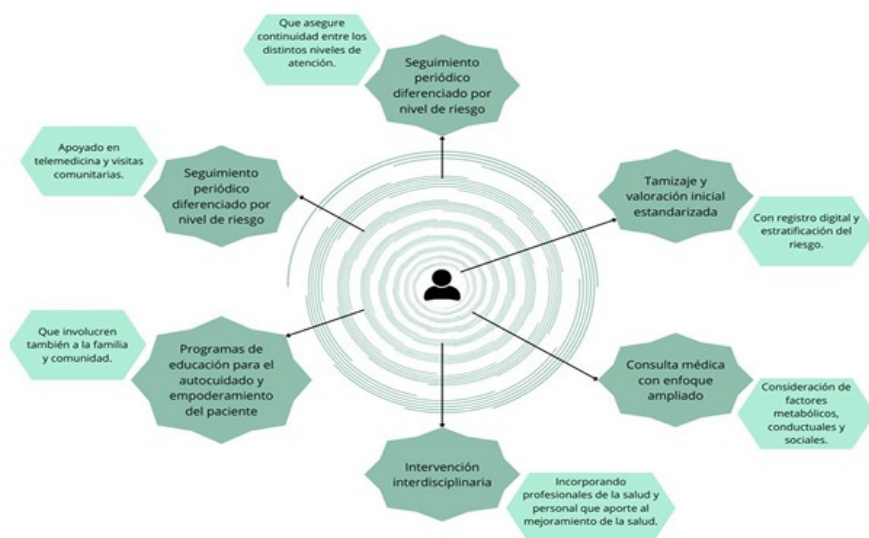
Otro hallazgo clave es la segmentación del cuidado. En muchos contextos, el tamizaje, el diagnóstico y el seguimiento no se articulan, lo que afecta la adherencia al tratamiento. Se ha documentado que la baja adherencia puede incrementar hasta en un 20 % el riesgo de eventos cardiovasculares (13).

En conjunto, estos resultados muestran una brecha estructural: existe evidencia, existen herramientas, pero no existe una organización efectiva del cuidado. En ese sentido se construye una ruta, desde el punto de vista teórico y se toman referencias y experiencias de otros países, que se puede ajustar a nuestro entorno, y por eso se presenta la siguiente propuesta: ruta integral de atención.

Frente a este escenario, el estudio propone una ruta integral de atención del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial, como una forma de reorganizar el cuidado desde la atención primaria.

La propuesta se estructura así:

El aporte de esta ruta no está en crear nuevos elementos, sino en integrarlos. La evidencia ya existe, pero su implementación es fragmentada. La ruta propone organizarlos en un proceso continuo.



Elaboración propia

Figura 1. Ruta integral de atención del riesgo cardiovascular en hipertensión arterial. Elaboración propia.

Evidencias de impacto

La evidencia internacional respalda este tipo de enfoques. Estrategias como HEARTS han mostrado mejoras en el control de la presión arterial cuando se implementan de manera sistemática en la atención primaria (14).

Asimismo, se ha documentado que los sistemas con una atención primaria fortalecida pueden contribuir a la reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles, siempre que exista continuidad en las intervenciones (15).

En términos económicos, la prevención resulta más eficiente que la atención de eventos agudos, al reducir hospitalizaciones y complicaciones, lo que impacta directamente en la sostenibilidad del sistema y que se tiene reportes ampliamente documentados de los sobrecostos.

En este sentido, los resultados del análisis permiten afirmar que el desafío no está en generar más conocimiento, sino en organizar mejor el cuidado. La ruta integral propuesta se plantea como una herramienta para avanzar en ese propósito.

Conclusiones

La gestión del riesgo cardiovascular relacionada con la hipertensión arterial es insuficiente en la atención primaria, principalmente por fallas en el seguimiento, la estratificación del riesgo y la continuidad del cuidado.

El estudio evidencia que existen herramientas y guías, pero su uso es limitado y desarticulado, lo que reduce el impacto preventivo.

Como aporte, se plantea una ruta integral que organiza el proceso de atención en varios momentos: detección, clasificación del riesgo, intervención, educación y seguimiento y es de forma circular, permitiendo que otras perspectivas puedan hacer parte de esos momentos.

El principal desafío no es técnico, sino operativo: implementar la ruta de manera sostenida, fortalecer la atención primaria y garantizar continuidad en la atención.

Referencias

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
2. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
3. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223–1249.
5. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155,722 individuals. *Lancet*. 2020;395(10226):795–808.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Bogotá: MinSalud; 2016.
7. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978.
8. World Health Organization. Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008.
9. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Ordúñez P, et al. Hypertension control in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2019.
11. World Health Organization. Global Health Estimates 2021. Geneva: WHO; 2021.
12. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors and cardiovascular disease. *Lancet*. 2020;395(10226):795–808.
13. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124–1140.
14. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.
15. World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage. Geneva: WHO; 2019.
16. Ortiz López JE. Evaluación de la gestión del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial [Internet]. Dosquebradas: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2025 [citado 2026 Abr 10]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/jspui/handle/10596/78769>