



Nuevo Nomenclador para Médicas y Médicos de Cabecera

Guía de uso

Departamento Médicos de Cabecera y Prestaciones Odontológicas
Subgerencia de Prestaciones Médicas
Secretaría de Políticas Sanitarias
INSSJP-PAMI

Contenido

Introducción	3
Causas más frecuentes de mortalidad en las personas mayores	4
Datos estadísticos del Instituto	4
Misión del Instituto	5
Modelo prestacional vigente	6
Nuevo Nomenclador para Médicas y Médicos de Cabecera	8
Control Periódico de Salud	9
Primera consulta anual de salud	9
Ficha de salud asociada	9
Cuidados preventivos en el control periódico de salud	11
Control periódico de salud en personas a partir de los 74 años	18
Detección de personas frágiles	21
Consulta de devolución de control anual de salud	22
Ficha de salud asociada	22
Consulta a domicilio	23
Ficha de salud asociada	24
Consulta clínica presencial	24
Ficha de salud asociada	25
Consulta persona afiliada fuera de cápita/ en tránsito	25
Rol de las Médicas y los Médicos de Cabecera	26
Aspectos organizativos	26
Aspectos relacionales	28
Violencia por Razones de Género	29
Bibliografía	30
Anexos	32
Anexo A – Diabetes Mellitus	32
Anexo B – Hipertensión arterial	35
Anexo C – Enfermedad renal crónica	38
Anexo D – Escala de Edmonton	41

Introducción

El objetivo del presente documento es constituir una guía de uso del nuevo nomenclador del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, el Instituto), enmarcado en la adecuación del modelo de atención para el I Nivel – Médicos y Médicas de Cabecera aprobada mediante RESOL- 2023-264-INSSJP-DE#INSSJP.

Esta guía pretende brindar un breve marco teórico que facilite la comprensión del modelo prestacional, que sugerimos sea complementado con instancias de capacitación que brinde el Instituto. Se establecen los lineamientos generales y los requisitos mínimos para orientar la tarea asistencial de las médicas y los médicos de cabecera (en adelante, MDC). Las recomendaciones que se incluyen son aquellas en las que la evidencia y su uso han demostrado ser costo-efectivas, son consideradas aceptables y surgen de las Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales vigentes del Ministerio de Salud de La Nación.

La elaboración del nuevo nomenclador responde a la necesidad de jerarquizar la labor de las y los MDC y de implementar medidas que tiendan a garantizar la accesibilidad prestacional a las personas afiliadas, a través de prestaciones sanitarias integrales, integradas y equitativas.

En este contexto, se busca propiciar el fortalecimiento de los sistemas de información que recaben datos acerca de los principales motivos de consulta de las personas mayores y obtener datos sanitarios de relevancia.

De ahí que cada práctica del nomenclador se asocie a una ficha de salud **que debe ser completada por las y los MDC**, con la información que corresponda en función de la prestación realizada y de los estudios solicitados. Es sumamente relevante que estos datos sean fidedignos, en la medida en que constituyen información sanitaria valiosa para el Instituto y para la toma de decisiones en la consulta. Permitirán ofrecer una atención integral en el marco de un modelo prestacional centrado en las necesidades y derechos de las personas afiliadas.

Estadísticas asociadas a personas mayores

El proceso de envejecimiento poblacional (personas de 60 años y más) ha ido aumentando en la Argentina durante los últimos años: pasó de 5.771.696 personas en el año 2010 (14.1% de la población) hasta alcanzar casi 7.000.000 en 2019 (15.5% de la población total).

El análisis de los indicadores demográficos del país permite observar los siguientes fenómenos:

- Aumento de la esperanza de vida
- Diferenciación significativa del proceso de envejecimiento en la población femenina con respecto a la masculina
- Disminución progresiva de las tasas de natalidad, mortalidad general e infantil y de las tasas de reproducción, fecundidad y crecimiento.

Del mismo modo, la tendencia de las principales causas de morbilidad y mortalidad muestra cómo las enfermedades crónicas no transmisibles y por causas externas han ido superando a las enfermedades infecciosas, las cuales representaban los principales problemas de salud en el siglo pasado.

Causas más frecuentes de mortalidad en las personas mayores

Un análisis de situación de la mortalidad de personas mayores en Argentina durante el período 2010-2019 realizado por el Ministerio de Salud de la Nación detalló que las causas más frecuentes de mortalidad en las personas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio (32,6%), las del sistema respiratorio (19,3%) y los tumores malignos (17,7%).

También debe tenerse especial consideración respecto de los “gigantes de la geriatría” –inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia–, ya que representan una causa importante de morbilidad.

Datos estadísticos del Instituto

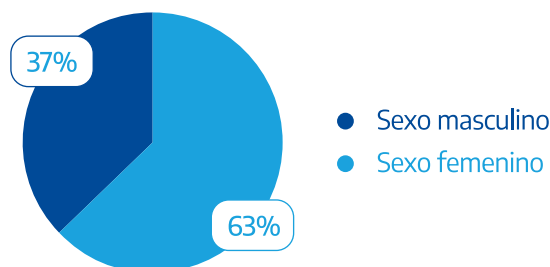
El Instituto cuenta con una población de 5.036.824 personas afiliadas; el 70% pertenece a la franja etaria entre los 60-79 años y el 20% al grupo comprendido entre los 80-99 años. Del total, el 63% está compuesto por mujeres y el 37% por varones, distribución que guarda relación con la feminización de la población.

Grupos etarios de las personas afiliadas

Grupo etario	Femenino	Masculino
0-19	61.019	60.783
20-39	32.983	29.383
40-59	181.730	82.131
60-79	2.214.541	1.357.965
80-99	680.025	331.747
100 o más años	3.660	857
Totales	3.173.958	1.862.866

Fuente: Elaboración propia en base al Padrón estadístico del INSSJP.

Sexo de las personas afiliadas



Fuente: Elaboración propia en base al Padrón estadístico del INSSJP.

Misión del Instituto

La Misión del Instituto, estipulada por ley y aprobada por RESOL-2021-1633- INSSJP-DE#INSSJP, es “brindar a las personas afiliadas, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional de calidad, que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, atendiendo a las particularidades propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país”.

A los fines de garantizar la cobertura de salud de las personas afiliadas, el modelo prestacional se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (en adelante, APS) y busca garantizar una atención de alta calidad que se sostiene en los principios antes mencionados.

Este modelo busca aumentar la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida, planteando una atención desde la profesionalidad y el conocimiento técnico y poniendo en el centro de la planificación de los cuidados a las personas mayores, partiendo de sus necesidades, pero, sobre todo, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y deseos en la atención y en la vida cotidiana.

Es importante aclarar que cuando hablamos de una persona mayor (PM) se hace referencia a toda persona de 60 años y más, adhiriendo a la definición de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

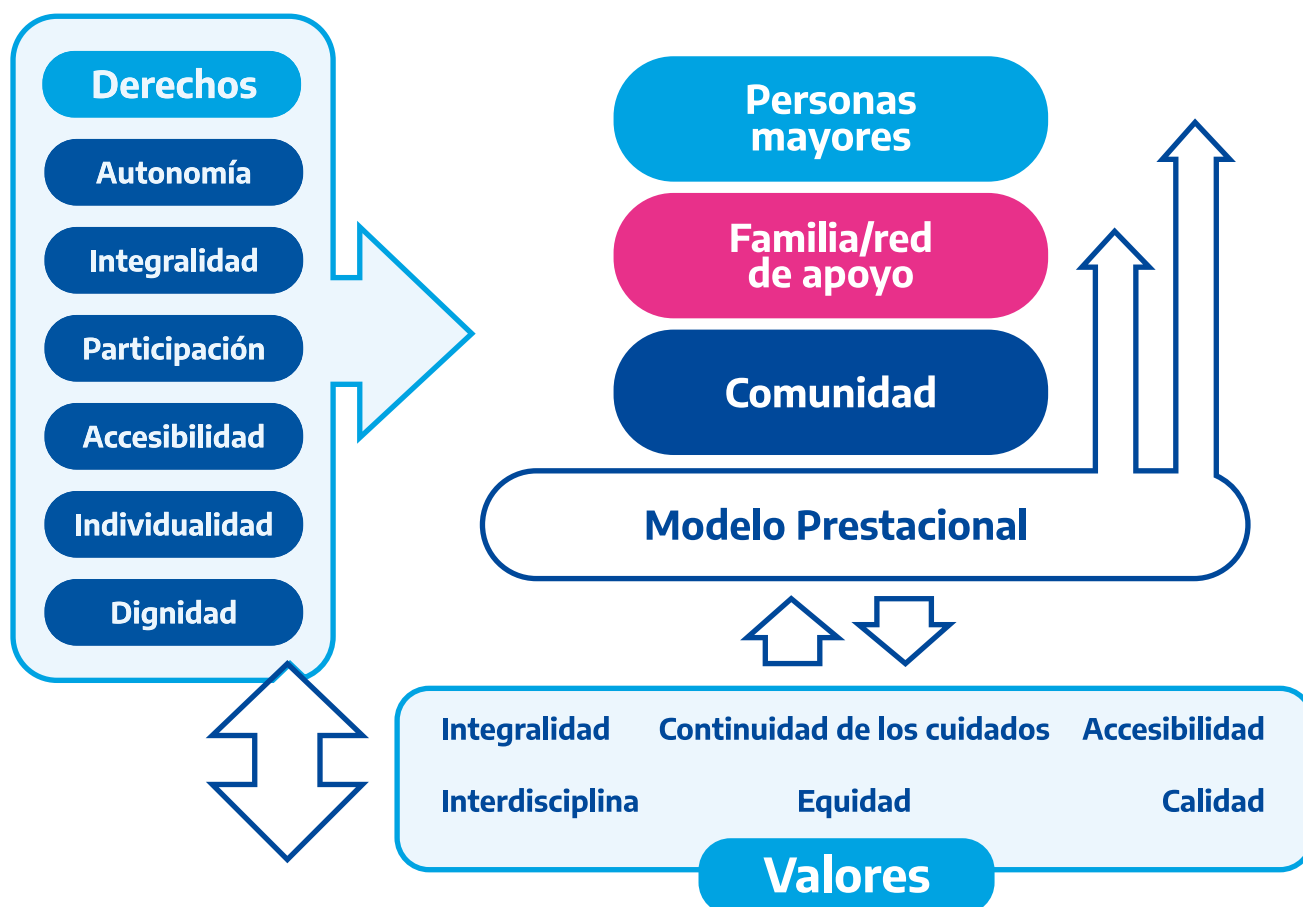
Modelo prestacional vigente

El modelo prestacional vigente se basa en la estrategia de APS. En este marco, las médicas y los médicos de cabecera cumplen un rol protagónico en el primer nivel de atención, y llevan adelante su labor bajo la supervisión del Instituto, que vela por la integralidad de la asistencia.

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS –y que lo hacen diferente de los otros modelos de atención– son tres:

- La centralidad en los usuarios, sus familias y comunidades
- La integralidad de la atención
- La continuidad del cuidado

Modelo de atención centrado en las personas



Este modelo considera los derechos y necesidades de las personas mayores, teniendo en cuenta a las personas en su contexto y comunidad y acorde a los valores y líneas estratégicas prioritarias del Instituto.

Nuevo Nomenclador para Médicas y Médicos de Cabecera

A fin de garantizar una atención oportuna y de calidad y la continuidad de los cuidados a las personas afiliadas, se propicia la adecuación e implementación de un nuevo nomenclador que, a su vez, prioriza prestaciones asociadas que ponderan acciones para disminuir las causales de morbilidad y mortalidad de la población objetivo.

Esta medida busca promover el acceso y la cobertura de salud para contribuir al bienestar de las personas mayores como acción fundamental para garantizar el envejecimiento saludable de las personas.

Código de práctica	Descripción de práctica
427106	Primera consulta de control anual de salud
427107	Devolución de control anual de salud
427108	Consulta a domicilio
427109	Consulta a clínica presencial
427110	Consulta persona afiliada fuera de cápita / en tránsito
427111	Consulta de control del desarrollo infantil
427112	Consulta pediátrica de seguimiento

Código de práctica	VETERANOS DE GUERRA Descripción de práctica
421803	Primera consulta de control anual de salud
421804	Devolución de control anual de salud
421805	Consulta a domicilio
421806	Consulta a clínica presencial
421808	Consulta de control del desarrollo infantil
421809	Consulta pediátrica de seguimiento

Control Periódico de Salud

El control periódico de salud contempla dos momentos: la entrevista médica inicial (Primera consulta de control anual de salud) y la entrevista final o de cierre (Devolución de control anual de salud).

Primera consulta anual de salud

La primera consulta de control anual de salud está orientada tanto al **screening o rastreo de enfermedades crónicas en población sana como a la detección oportuna de complicaciones en personas con Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y/o Hipertensión arterial (HTA)**, de acuerdo con el sexo y el rango etario de quien consulta. También se busca conocer los antecedentes patológicos relevantes y la medicación que reciben, para establecer la conciliación de medicamentos correspondiente en función de las patologías preexistentes y definir la periodicidad de los controles sucesivos.

Ficha de salud asociada

Se espera que en el marco de esta consulta se completen los siguientes datos:

1. Presión arterial (PA), peso, talla e índice de masa corporal (IMC)

* PA	/	mmHg	* Peso	kg	* Talla	metros	* IMC
------	---	------	--------	----	---------	--------	-------

La toma de presión arterial en consultorio sigue siendo el pilar fundamental para el rastreo, diagnóstico y seguimiento de la HTA; se destacan su bajo costo y amplia disponibilidad.

2. Antecedentes familiares:

* Cáncer de colon	☐ Si	☐ No	* Cáncer de mama	☐ Si	☐ No
-------------------	--------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------------

Cáncer de colon:

En personas menores de 50 años de edad con antecedentes de familiar de primer grado con cáncer colorrectal, realizar consulta con especialista para definir la periodicidad de los controles.

Cáncer de mama:

En mujeres con riesgo aumentado por historia familiar, se inicia un rastreo a edad más temprana y con mayor frecuencia, definida según la situación particular. Realizar consulta con especialista.

3. Antecedentes personales

Tabaquismo

* Fuma ☐ Sí ☐ No

Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (en un lugar visible de la historia clínica), ya que esto muy probablemente aumente la tasa de intervención por parte del equipo de salud y la tasa de cesación.

Se recomienda a todos los/as profesionales de medicina y de enfermería brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de consumir tabaco a todas las personas que fuman/consumen tabaco (a diario u ocasionalmente), independientemente de la cantidad, porque este consejo muy probablemente incremente la tasa de cesación.

Diabetes Mellitus:

* Diabetes ☐ Sí ☐ No

Preguntar si la persona afiliada tiene antecedentes de Diabetes. Si responde que sí, indicar si es tipo I o II; y en caso de que sea tipo II, indicar si es insulino requirente.

* Diabetes ☒ Sí ☐ No * Tipo Seleccione ▼

* Hipertensión arterial ☐ Sí ☐ No Seleccione

I

II

* Diabetes ☒ Sí ☐ No * Tipo II ▼ * Insulino requirente Seleccione ▼

* Hipertensión arterial ☐ Sí ☐ No Seleccione

Sí

No

El control periódico de salud de las personas con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II debe incluir estudios complementarios específicos orientados a detectar complicaciones de manera oportuna (véase Anexo A).

A continuación, se enumeran las **prácticas preventivas que deben formar parte del control periódico de salud** de la persona adulta sana. Si la persona tuviese una enfermedad de base, el seguimiento debe ser realizado según las recomendaciones pertinentes a cada caso en particular. Las prácticas que se incluyen en lo que sigue son aquellas en las que la evidencia y su uso han demostrado ser costo-efectivas y son consideradas aceptables.

Cuidados preventivos en el control periódico de salud

Los cuidados preventivos son diferentes acciones que se llevan a cabo en personas adultas sanas con el propósito de evaluar los factores de riesgo para enfermar según edad y sexo. Se deben realizar a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad asociada a enfermedades o condiciones prevenibles o controlables.

Población objetivo: todas las personas afiliadas mayores de 15 años

Principales acciones

- 1. Rastreo o tamizaje** (screening) para identificar personas que requieren intervenciones específicas
- 2. Consejería** para iniciar cambios de comportamiento o actitudes
- 3. Inmunizaciones** contra cierto número de enfermedades inmunoprevenibles
- 4. Fármacos** para disminuir el riesgo de ciertas enfermedades

Tomando en cuenta las acciones a llevar a cabo, los rastreos que se incluyen en esta consulta (emitida por la OME pertinente) son los siguientes¹:

- 1.** Hipertensión arterial (HTA)
- 2.** Diabetes Mellitus (DM")
- 3.** Obesidad
- 4.** Tabaquismo
- 5.** Enfermedad Renal Crónica (ERC)
- 6.** Dislipemia

1. Para más detalles sobre DM, HTA y ERC, véanse Anexo A, Anexo B y Anexo C, respectivamente.

Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Obesidad, Tabaquismo, Enfermedad Renal Crónica y Dislipemia

RASTREOS		EDAD
1. HTA		
Toma de tensión arterial (PA)	Frecuencia anual	Personas de 18 años o más
2. DM2		
Glucemia plasmática e ayunas (GPA)	Frecuencia anual	- En todas las personas a partir de los 45 años - Independientemente de la edad, en los siguientes casos: - Personas con intolerancia a la glucosa o glucemia en ayunas alterada - Personas con enfermedad cardiovascular (IAM, angina de pecho, enfermedad vascular periférica o ACV). - Mujeres que hayan tenido diabetes gestacional o recién nacidos con peso mayor a 4.500 gr. - Adultos con HTA y/o dislipemia Obesidad
3. Obesidad		
Peso: Talla: IMC:	En todas las consultas a las personas con sobrepeso u obesidad y cada 1 a 2 años a las personas con normopeso	Todas las personas mayores de 18 años
4. Tabaquismo		
Preguntar si fuma o alguna vez fumó, si actualmente fuma algunos o todos los días, o si es fumador pasivo. En caso de persona fumadora, consultar cantidad de cigarrillos/día	En todas las consultas	A todas las personas
5. Enfermedad Renal Crónica		
Cálculo Filtrado Glomerular (FG)	Cada 2 años	Toda persona > 50 años o con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes
6. Dislipemia		
Mediante un perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos)	Cada 1-2 años	Todas las personas de entre 40 y 79 años
Agudeza Visual	Anual	Todas las personas a partir de los 65 años
Agudeza Auditiva	Anual	

OME - Control de Salud
Hemograma
Glucemia
Creatinina
Ionograma
Perfil lipídico

*Solicitar también OME-ITS

Cáncer

Según fuentes de información propias, PAMI tiene con una baja tasa de detección de los tumores más prevalentes. Esto responde a una multiplicidad de factores; entre ellos, la dificultad en el acceso a estudios que deben realizarse en el segundo nivel, el temor de las personas a realizarse ciertos estudios de rastreo y la baja solicitud de estos últimos por parte de los profesionales.

Es por lo expuesto que las y los MDC poseen un rol fundamental en la prevención y detección oportuna de esta patología. Es importante, por lo tanto, **realizar los estudios de screening recomendados según sexo y edad.**

RASTREOS DE CÁNCER		EDAD
Mama		
Mamografía	Frecuencia: cada 2 años	50-74 años
	En mujeres con riesgo aumentado por historia familiar, lesiones de riesgo en biopsias previas o cáncer previo, se inicia un rastreo a edad más temprana y con mayor frecuencia , definida según la situación particular.	
Cuello de útero		
PAP	Si durante 2 años seguidos el PAP da negativo, se puede espaciar a 3 años	Mujeres a partir de los 25 hasta los 64 años
Colon		
Test para detectar sangre oculta en materia fecal (SOMF). Si es positivo, se debe realizar videocolonoscopia	Frecuencia: cada 2 años	50-74 años
	Las personas con familiares cercanos (padres, hermanos o hijos) que han tenido CCR o pólipos adenomatosos, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn deben consultar al médico especialista , ya que es necesario iniciar el rastreo a edades más tempranas.	
Cáncer de próstata		
No se recomienda rastreo		

Si la persona afiliada tiene antecedentes de enfermedad oncológica, indicar antecedentes y en qué estado se encuentra.

Antecedentes de enfermedad oncológica
☒ Si
☐ No

Indique cuáles

☐ Mama
☐ Cervicouterino
☐ Endometrio
☐ Colon
☐ Pulmón
☐ Próstata
☐ Tiroides
☐ Oncohematológicos
☐ Piel
☐ SNC
☐ Otros

Estado de patología

Selecione

Selecione
Activo o menos de 5 años desde el diagnóstico
En tratamiento o seguimiento
Resuelto o mas de 5 años al alta

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La Ley 27.360, por la que Argentina ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPE), establece en su artículo 19 que las personas mayores tienen derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Además, insta a los Estados parte a diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción, la prevención y la atención.

Para hacer efectivo este derecho, los Estados se comprometen, entre otras cosas, a fomentar políticas públicas sobre salud sexual de la persona mayor y garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas las de transmisión sexual.

Desde el INSSJP, como obra social, se asume el compromiso de trabajar en pos de garantizar el cuidado de la salud integral de las personas mayores, comprendiendo la necesidad de abordar la temática de la sexualidad como constitutiva de la salud, haciendo hincapié en la importancia del cuidado tanto del propio cuerpo como del de las otras personas. Es por ello que se vuelve fundamental enfatizar en el aspecto preventivo de la salud sexual a fin de evitar infecciones de transmisión sexual.

En esta línea, resulta imprescindible enmarcar la práctica profesional de acuerdo con la **Ley Nacional Nº 27.675 de respuesta integral al VIH, Hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual -ITS- y Tuberculosis -TBC -**, sancionada en 2022. En su artículo 3 establece la obligatoriedad de brindar asistencia integral, universal y gratuita a las personas expuestas y/o afectadas por el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC, así como las distintas herramientas e innovaciones de la estrategia de la prevención combinada, y en el artículo 14 alude a la gratuidad, confidencialidad, universalidad y voluntariedad de la prueba diagnóstica por infección por VIH, hepatitis virales y otras ITS, con su debido asesoramiento.

Hepatitis B y C - HIV - Sífilis	
Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C o HBsAg y antiHBc (para hepatitis B). Serologías para HIV y VDRL	Todas las personas afiliadas que realizan el control periódico de salud

La sexualidad y los derechos sexuales nos acompañan a lo largo de la vida. Su negación implica formas de viejismos² que impiden el derecho al placer sexual y al cuidado como base de la salud y el bienestar integral.

Por ello es fundamental reconocer que las infecciones de transmisión sexual se pueden contraer a lo largo de toda la vida. Como señala el Ministerio de Salud de la Nación, el diagnóstico tardío del VIH/SIDA aumenta con la edad: **en el periodo 2019-2020 la mitad de las personas mayores de 65 años notificadas con VIH recibieron su diagnóstico tardíamente.**

2. Véanse definición y comentarios sobre este concepto en el apartado ROL DE LAS MÉDICAS Y MÉDICOS DE CABECERA.

Por su parte, la Fundación Huésped llevó adelante en 2016 el proyecto “Sexo maduro, sexo seguro”, en el cual el 55% indicó no haber utilizado preservativo en su última relación sexual y un 24% manifestó no saberlo o no recordarlo. Los motivos más frecuentes por los que no usaron profiláctico fueron estar en el marco de una pareja estable, la inexistencia de riesgo de embarazo y la confianza en la pareja, entre otros.

Desde PAMI llevamos a cabo campañas y talleres de promoción de los derechos sexuales de las personas mayores para contribuir al desarrollo de sexualidades plenas y libres de viejismos durante toda la vida.

OME-ITS

Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C

HBsAg y

antiHBc

Serologías para HIV

VDRL

Infecciones de transmisión sexual

☒ Sí ☐ No

Indique cual /es

☐ HIV

☐ HCV

☐ HBV

☐ Sífilis

Enfermedades autoinmunes

☒ Sí ☐ No

En tratamiento

Seleccione

Seleccione

Sí

No

Inmunizaciones

Imunizaciones

- En las personas mayores de 18 años:

Se debe verificar su esquema de inmunizaciones, e iniciar o completar esquema como se detalla a continuación:

- Doble bacteriana: indicar un refuerzo a los 10 años de la última vacunación antitetánica.
- Hepatitis B: si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo, aplicar: 1º dosis, 2º dosis al mes y 3º dosis a los 6 meses de la primera.
- Doble viral: verificar si ha recibido dos dosis de Triple viral o una de Triple viral más una dosis de Doble viral.
- Fiebre hemorrágica argentina: se aplica en residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo (Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa). La vacunación debe realizarse por lo menos un mes antes de que se realicen actividades de riesgo a fin de asegurar la protección.
- Fiebre amarilla: residentes en zona de riesgo. Único refuerzo a los 10 años de la 1º dosis.

- En personas mayores de 65 años o según riesgo:

- Vacuna antigripal anual
- Vacuna antineumocócica:

1ª dosis: vacuna conjugada 13 serotipos (VCN13)

2ª dosis: vacuna anti neumococo polisacárida 23 serotipos (VPN23), respetando un intervalo mínimo de 12 meses luego de la VPN23.

Si la persona hubiera recibido como primera dosis VPN23:

2ª dosis de VCN13 con un intervalo mínimo de 12 meses luego de la VPN23.

Inmunizaciones

Doble Bacteriana	☐ Si	☐ No
Triple Viral	☐ Si	☐ No
Doble Viral	☐ Si	☐ No
Hepatitis B	☐ Si	☐ No
Antigripal	☐ Si	☐ No
Antineumocócica- VCN13	☐ Si	☐ No
Antineumocócica- VPN 23	☐ Si	☐ No

*No es obligatorio completar la fecha

Fármacos

En este punto es fundamental realizar una **historia farmacológica completa** (tratamientos recibidos en el último año) y actualizada (tratamiento y dosis en el momento de la consulta, conjuntamente con el tiempo de administración de cada fármaco) para poder detectar síntomas y signos relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados.

Es muy importante hacerlo porque el riesgo de iatrogenia, sobre todo en personas mayores con fragilidad, es superior.

Medicación actual

Toma medicación	☒ Si	☐ No						
Fármaco		Dosis		=		Frecuencia		Agregar

Control periódico de salud en personas a partir de los 74 años

El control de salud de las personas a partir de los 74 años tiene algunas particularidades.

Por un lado, cabe mencionar que, en el caso de las mujeres, no se recomienda continuar con el rastreo para cáncer de mama y cáncer de cuello cervicouterino, de modo que no corresponde solicitar mamografía y PAP a las mujeres a partir de esta edad. En cuanto al rastreo de cáncer de colon, se recomienda realizarlo hasta los 75 años.

Por otra parte, si bien la edad no es el único factor de riesgo determinante para la fragilidad, en esta instancia se ha definido hacer el rastreo a partir de los 74 años para facilitar la implementación. Queda a criterio de las médicas y los médicos de cabecera la necesidad de realizar el rastreo a personas menores de 74 años en situaciones particulares; por ejemplo, en el control post alta luego de un periodo largo de internación, previo a realizar quimioterapia, etc.

A los controles detallados en la sección anterior (Cuidados preventivos en el control periódico de salud), para las personas de 74 años en adelante se añaden una serie de controles que se detallan a continuación.

Visión

Las principales causas de déficit visual incluyen:

- Cambios en el cristalino
- Cambios en la retina
- Cambios en la córnea

Las patologías oculares de especial incidencia en las personas mayores son:

- Cataratas
- Retinopatía
- Glaucoma
- Degeneración macular

Visión

¿Tiene dificultades para ver TV, leer o realizar sus actividades habituales, incluso con lentes puestos?

☐ Sí

☐ No

Preguntar si tiene dificultades para ver TV o realizar actividades habituales, incluso con los lentes; en caso afirmativo, derivar a OFTALMOLOGÍA.

Ante la identificación de resultados anormales, solicitar interconsulta con oftalmología

Audición:

Los problemas en la audición afectan a 1/3 de las personas mayores de 65 años, 2/3 mayores de 70 años, 3/4 de los mayores de 80 años. Su déficit se asocia al aislamiento, la confusión y la depresión.

Las principales causas del déficit auditivo en las personas mayores son las siguientes:

- Presbiacusia: dificultad progresiva para la audición
- Aumento de la velloidad del oído externo
- Aumento de la producción de cerumen
- Disminución de la elasticidad de la membrana timpánica

Audición

¿Tiene problemas para escuchar una conversación? ☐ Sí ☐ No

Utiliza audífonos ☐ Sí ☐ No

El interrogatorio para detectar su presencia (observación directa y preguntas acerca de la dificultad para comprender una conversación, las voces de mujeres y niños, dificultad para oír el teléfono o comprender lo que se dice en lugares ruidosos).

- El examen otoscópico para buscar impactación de cerumen
- Prueba de la agudeza auditiva (tictac de un reloj de pulso o frotamiento de los dedos en proximidad del pabellón auricular)

- Prueba de dificultades de comprensión a través de la “prueba del susurro” (incapacidad para repetir el 50% de diez palabras pronunciadas en susurro a 15 centímetros de distancia detrás del paciente)

Ante la identificación de resultados anormales, solicitar audiometría y derivar a otorrinolaringología

Detección de personas frágiles

La fragilidad es una condición geriátrica previa a la aparición de la dependencia funcional, que permite la identificación de personas con mayor vulnerabilidad a efectos adversos de fármacos, caídas, dependencia, institucionalización, mortalidad y otros eventos negativos de salud. Numerosas investigaciones sostienen que la fragilidad es un síndrome clínico basado en la presencia de signos y síntomas específicos. Se incluyen varias combinaciones de los siguientes componentes: debilidad, fatiga, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.

Esta condición es **potencialmente reversible** con una intervención oportuna. La APS es el lugar preferente para el diagnóstico y seguimiento. Es por ello que se define la aplicación de la Escala de fragilidad de Edmonton en el marco del control periódico de salud de las personas mayores a partir de los 74 años.

Fragilidad

Resultado escala EDMONTON	Seleccione Seleccione 0-5 NO FRAGIL 6-7 VULNERABLE 8-9 FRAGILIDAD LEVE 10-11 FRAGILIDAD MODERADA 12-17 FRAGILIDAD SEVERA
Observaciones	

Escala de fragilidad de Edmonton (EFS) (véase Anexo D)

Tiene en cuenta 10 dominios y su puntuación máxima es 17 (representando el mayor grado de fragilidad). Dos dominios (movilidad y estado cognitivo) son evaluados con el **Test del reloj** y el **Timed get up and go test**. Los otros dominios evaluados son el estado de ánimo, la independencia funcional, el uso de medicamentos, el soporte social, la nutrición, la autopercepción de salud, la continencia, la carga de la enfermedad y la calidad de vida.

Una vez realizada, cargar los resultados en el sistema:

Puntaje: 0/17

0 a 5: no frágil

6 a 7: vulnerable

8 a 9: fragilidad leve

10 a 11: fragilidad moderada

12 a 17: fragilidad severa

Consulta de devolución de control anual de salud

Esta consulta representa el cierre de la consulta inicial del control periódico de salud y tiene por objetivo realizar la devolución y el registro de los resultados de estudios complementarios solicitados en controles previos (primer control o control periódico de salud), tanto en las personas sanas como en aquellas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En este último grupo, los estudios se orientan a la detección oportuna de complicaciones.

Ficha de salud asociada

Se detalla a continuación la información que cada MDC deberá registrar en el sistema:

Ingresar campos en el formulario – Consulta de seguimiento

TA	120	/	80	mmHg	Peso		Kg	Talla		metros	IMC	
----	-----	---	----	------	------	--	----	-------	--	--------	-----	--

Motivo de seguimiento: ☐ Primera consulta de salud con MDC ☐ Control periódico de salud

Enfermedades crónicas

Enfermedad Crónica: ☐ Si ☐ No

Laboratorio

Creatinina		mg/dL	Glucemia		mg/dL
LDL		mg/dL			

Realizo estudio de HbA1c: ☐ Realizó HbA1c ☐ No corresponde HbA1c

Estudios complementarios



Formulario de Estudios complementarios. Incluye campos para 'Mamografía' y 'Sangre oculta en Materia Fecal', ambos con un menú desplegable 'Seleccione'. Hay un campo de texto para 'Observaciones' y botones 'Cancelar' y 'Guardar'.

El resultado obtenido a partir de los estudios complementarios permitirá detectar enfermedades frecuentes, realizar la derivación al segundo nivel de atención de manera oportuna y definir la periodicidad de los controles de las personas afiliadas.

Ejemplo:

Ante una persona afiliada con resultado de glucemia igual o mayor a 126 mg/dl, repetir laboratorio y citar nuevamente para confirmar o descartar diagnóstico de DM2.

Consulta a domicilio

La consulta a domicilio está destinada a personas con imposibilidad para deambular o con una fragilidad severa que les impide movilizarse hasta el consultorio del médico de cabecera. Se realiza en el domicilio particular de la persona o en una institución cerrada que no sea prestador PAMI. También incluye personas afiliadas en tránsito que no puedan movilizarse al consultorio médico de atención.

En esta práctica se nuclean las atenciones que el primer nivel de atención debe contemplar cuando no es viable que la persona afiliada se traslade hasta el consultorio.

Es un escenario en el cual las y los médicos de cabecera continúan brindando cuidados en el sector más vulnerado de las personas mayores: aquel que involucra las personas que se ven imposibilitadas de deambular, que no son autoválidas y/o con fragilidad severa, o que no puedan trasladarse. Estas consultas constituyen un escenario en que el profesional puede conocer con mayor comprensión el entorno donde la persona se encuentra residiendo, su contexto familiar o social y lo vinculado con la cotidianidad de la persona afiliada.

Ficha de salud asociada

Los datos que deben registrarse en la ficha de salud asociada son los mismos que se describen para la consulta clínica presencial.

Consulta clínica presencial

En la consulta clínica presencial se incluyen todas aquellas consultas por fuera del control periódico de salud, por una situación sub-aguda que no corresponde ser atendida en una guardia. Incluye también el seguimiento al alta de internación o consultas por demanda espontánea. Excluye: emisión-transcripción de recetas u OME.

En la ficha de salud deberá documentar, de manera resumida, según la metodología SOAP:

S - SUBJETIVO (subjective): datos del interrogatorio e impresiones subjetivas expresadas por el paciente.

O – OBJETIVO (objective): registro de datos positivos del examen físico y/o exámenes complementarios.

A - APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA (assessment): enunciado del problema.

P - PLAN (plan):

1. diagnóstico: pruebas solicitadas o a solicitar
2. terapéutico: indicaciones terapéuticas planteadas (dieta, medicamentos, cambio de hábitos, etc.)
3. de seguimiento: planes ideados para controlar la evolución de cada problema
4. de educación: breve descripción de la información que se brinda al paciente sobre su problema

Ficha de salud asociada

* TA	/	mm/hg	Peso	Kg
* Motivo de consulta				
* Datos relevantes del examen físico				
* Diagnóstico				
* Tratamiento / indicaciones				

Consulta persona afiliada fuera de cápita/ en tránsito

Consultas de demanda espontánea para personas que se encuentran en una UGL distinta de la que pertenece el afiliado, o de personas afiliadas que se atienden con un MDC diferente del asignado (únicamente válido cuando el MDC con el que se encuentren asignadas las personas afiliadas informe licencias, etc.).

Rol de las Médicas y los Médicos de Cabecera

Uno de los grandes objetivos de PAMI es profundizar la atención primaria de la salud, ponderarla como estrategia de consulta, de cuidado y de prevención. En este sentido, las y los médicos de cabecera cumplen un rol clave, en tanto puerta de entrada a los servicios de salud y actores protagónicos a la hora de garantizar la continuidad de los cuidados.

Las y los MDC son responsables de proporcionar atención integral y continuada, de manera efectiva y eficiente, a las personas afiliadas de sus cápitas que soliciten asistencia médica. Por esta razón, **se priorizan las especialidades médicas de clínica médica, medicina general y/o familiar y geriatría/gerontología**, ya que el MDC debe poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes para dar respuesta de manera adecuada a los problemas específicos de la población a cargo.

Al respecto cabe señalar que, de acuerdo con el artículo 9 de la Resolución 2383/20, el Instituto puede admitir, de manera excepcional, profesionales médicos sin las especialidades definidas por el capítulo II del Anexo III de la RESOL-2018-1120- INSSJPDE#INSSJP, estableciendo para ello que el profesional deberá cumplimentar requisitos de capacitación de carácter obligatorio, en el plazo de UN (1) año de la fecha de contratación.

Para brindar una atención integral, además de poseer esos conocimientos específicos, es necesario que las y los MDC tengan presentes cuestiones de orden organizativo y relacional. Es decir, cumplir con una serie de requisitos establecidos en la normativa que rige la tarea de las y los MDC y brindar atención conforme los principios rectores a los que el Instituto adhiere y promueve respecto del trato con las personas afiliadas.

Aspectos organizativos

Las y los MDC son responsables de organizar la actividad asistencial respetando lo establecido por la RES/2383/DE 2020.

De acuerdo con esta resolución, forma parte de los compromisos asumidos **informar los datos de contacto y los días y horarios de atención**, así como adecuar la cantidad de horas de atención a la cápita mensual percibida. Cabe destacar, en este sentido, que es fundamental brindar esa información para garantizarles a las personas afiliadas la accesibilidad de los servicios de salud y que las horas que un MDC deberá prestar están en relación con su cápita: **3 horas semanales por cada 100 personas**. En cuanto a la duración de la consulta, se recomienda destinar un **mínimo de 20 minutos**.

El siguiente cuadro muestra la relación entre la cápita, la cantidad de horas semanales y la cantidad de personas atendidas por semana y mensual en relación con la duración de la consulta:

Cápita	300	400	500	600	700	800	900	1000
Horas semanales	9	12	15	18	21	24	27	30
Cantidad de personas por semana	27	36	45	54	63	72	81	90
Mensual	108	144	180	216	252	288	324	360

Resulta oportuno destacar que la pandemia de COVID-19 ha obligado a reorganizar los servicios y las prestaciones clínicas. Se suspendieron las consultas programadas de manera significativa, así como los hospitales de día, los talleres y las actividades recreativas. En este contexto, las personas mayores fueron un grupo especialmente vulnerable por sus comorbilidades, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento.

Lo mencionado son consecuencias negativas para un envejecimiento saludable, algunas de las cuales son: secuelas a nivel respiratorio, en el aparato cardiovascular o en el endócrino, con mayor incidencia de complicaciones por diabetes mellitus (DM) y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); problemas vinculados a un aumento del deterioro cognitivo, dificultades para conciliar el sueño, insomnio, debilitamiento en los vínculos, sentimiento de soledad y depresión. Esto evidencia las necesidades y vulnerabilidades propias de este grupo poblacional, que exigen una política institucional acorde con las necesidades de las personas afiliadas.

Es por lo expuesto que, si bien durante la pandemia se promovió la atención mediante telemedicina, en esta instancia se prioriza la atención presencial. La reincorporación de la plataforma será evaluada más adelante.

Con respecto a la modalidad para brindar los turnos, el sistema permite la emisión de OMEs tanto en las consultas programadas como en las de demanda espontánea, y no interfiere con el sistema de turnos propio de cada prestador.

En cuanto a la emisión de recetas, hay dos escenarios posibles: 1) las que se emiten en el marco de una consulta contemplada en el nomenclador o 2) la transcripción de recetas, que se realiza a partir de pedidos que se hacen por distintos canales. Este segundo caso queda enmarcado en las responsabilidades que acarrea tener una cápita a cargo, por la que se percibe un valor mensual.

Aspectos relacionales

Es importante que en el trato con las personas mayores se observen los derechos reconocidos en la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por la Organización de los Estados Americanos durante la 45a Asamblea General de la OEA el 15 de junio de 2015 y aprobada por el Congreso de la Nación Argentina bajo la Ley 27.360 en 2017. Entre ellos, el derecho a la igualdad y a la no discriminación por edad, a la vida y a la dignidad en la vejez, a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Entendemos que el trato digno y respetuoso para con las personas afiliadas abarca una serie de dimensiones, que van desde dispensar un buen trato en todas las instancias de comunicación que tengan lugar con ellas, pasando por no utilizar denominaciones estigmatizantes o discriminatorias para dirigirse a las personas, hasta facilitar el acceso para la consulta (poniendo a disposición de las y los afiliados diferentes vías de comunicación).

En particular, el INSSJP exhorta a las y los médicos de cabecera a evitar actitudes enmarcadas en el vejelismo. Pues, de acuerdo con Iacub y Sabatini (s/f), el vejelismo – entendido como una “alteración de los sentimientos, creencias o comportamiento en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o un grupo de personas” (p. 41)– constituye una forma del prejuicio que tiene dos efectos negativos: la dislocación social y el uso de estereotipos. El primero consiste en un proceso por el cual el estatus y la participación social de la persona disminuyen, y, por ende, su posibilidad de tomar decisiones. El segundo es el uso de estereotipos; es decir, de creencias, en general negativas, acerca de determinados grupos basadas en atributos (muchas veces inexistentes) que son generalizados para el conjunto. En el caso de las personas mayores, esto conduce a que sean conceptualizadas (y tratadas) de acuerdo no con sus características personales y particulares sino según estereotipos adjudicados al grupo etario al que pertenecen. Así, por ejemplo, dirigirse a una persona mayor bajo la denominación de “abuelo” es discriminatorio, porque implica considerar que todas las personas de una determinada edad tienen que cumplir ese rol social.

Asimismo, y en atención a la Ley de Identidad de Género (26.743), una parte importante de respetar los derechos de las personas afiliadas es no asumir la orientación sexual de la persona, porque una presunción equivocada –además de que constituye una forma de violencia institucional– puede generar incomodidad e incluso el alejamiento definitivo del sistema de salud por parte de los usuarios. Es especialmente relevante tener esto en cuenta en la primera consulta, en la que se puede preguntar a la persona cómo se llama, independiente del modo en que figure en los sistemas o documentos.

Violencia por Razones de Género

En el marco de la consulta puede ocurrir que se perciba que una persona afiliada se encuentra atravesando una situación de violencia por razones de género. Esto puede evidenciarse a partir de la referencia a situaciones de violencia psicológica (maltrato, humillaciones, insultos, denigraciones, etc.), de la presencia de síntomas de violencia física, de la referencia a situaciones de abuso y privación de los recursos económicos (bienes y jubilaciones/pensiones) o de indicios y/o comentarios sobre abuso sexual.

Ante cualquiera de esas situaciones, partiendo de la premisa de que con violencia no hay salud integral, se solicita que las y los médicos de cabecera brinden a las personas afiliadas información sobre el Centro de Protección Integral para Mujeres y Diversidades Sexuales “Eva Giberti” y les pidan permiso y autorización para enviar la información de contacto (nombre, apellido, DNI/ N° de afiliación y un teléfono de contacto seguro, aclarando si hay un horario adecuado para el contacto) al Centro y para ser contactadas para un eventual acompañamiento. Si la persona no quiere ser contactada pero la o el MDC tiene dudas, puede ponerse en contacto con el Centro para solicitar asesoramiento.



Bibliografía

Iacub R., Sabatini B. (s/f). Psicología de la Mediana Edad y Vejez. [Internet]. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>

Liebman MN. (2002). Opening Pandora's box: clinical data and the study of complex diseases. Sci STKE. 2002(130):pe20.

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Protección de los derechos humanos de las personas mayores. Convención Interamericana [Internet]. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/convencion-interamericana-_dinapam_-_senaf.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Recomendaciones basadas en la evidencia científica. [Internet]. Programa Nacional de Control del Tabaco y Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aamr.org.ar/secciones/tabaquismo_epidemiologia/guia_tabaquismo_2021.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Estado de situación de salud de las Personas Mayores. Año 2020. [Internet]. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/situacion_personasmayores_23-11-2022.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre detección y manejo ambulatorio de complicaciones microvasculares de la Diabetes Mellitus [Internet]. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-07/deteccion-manejo-ambulatorio-complicaciones-microvasculares.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) [Internet]. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) [Internet]. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/guia-de-practica-clinica-nacional-hipertension-arterial-2019-version-breve.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención [Internet]. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires, Argentina. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: file:///C:/Users/u25559915/Downloads/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf

Rockwood K. (2005). What would make a definition of frailty successful? *Age Ageing*;34(5):432-4.

Anexos

Anexo A – Diabetes Mellitus

Prevalencia

Según la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo –en adelante, ENFR– (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)³, la prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte en la población mayor de 18 años de Argentina es del 12,7%, y aumenta al 20,3% en personas de 65 años y más.

A partir de los sistemas de información propios, se estima que el 16.5% (831.075) de las personas afiliadas se encuentra empadronada y recibe algún tipo de tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

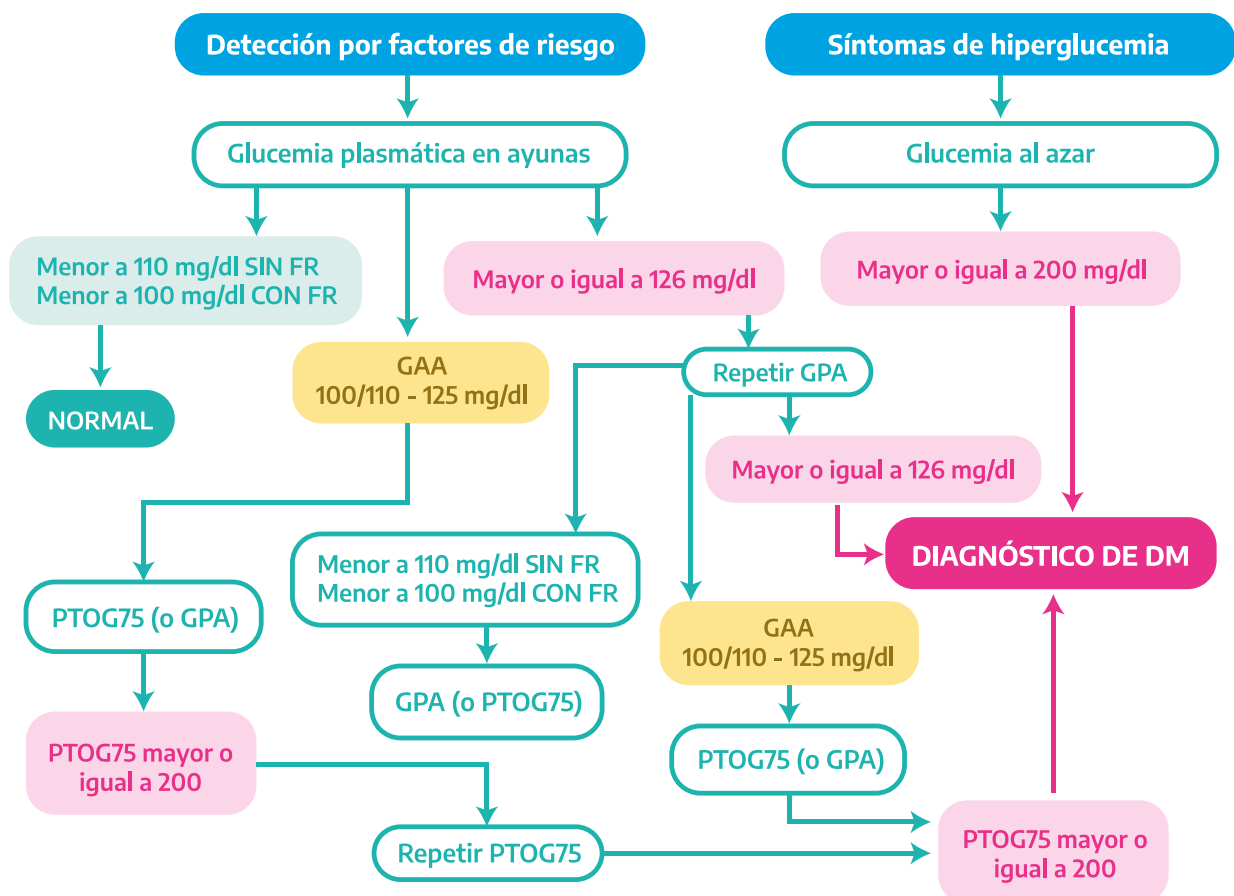
Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico de DM2 se requieren dos determinaciones con valores iguales o mayor a 126 mg/dl, ya sea de un mismo método (por ejemplo, dos GPA iguales o mayores a 126 mg/dl) o de dos métodos diferentes (por ejemplo, una GPA igual o mayor a 126 mg/dl + una PTOG75 igual o mayor a 200 mg/dl).

El único criterio que NO requiere una segunda determinación para establecer el diagnóstico es la glucemia plasmática al azar igual o mayor a 200 mg/dl en presencia de síntomas (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso).

3. La 4ta. edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo tuvo lugar entre septiembre y diciembre de 2018 y los resultados fueron publicados en 2019.

Algoritmo diagnóstico



Detección de complicaciones

Datos de la ENFR 2018 muestran que, en el último año, solo a 4 de cada 10 personas que reportaron tener glucemia elevada o diabetes le realizaron un fondo de ojos y solo a tres de cada diez un examen de los pies (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

A su vez, la nefropatía diabética es la primera causa de enfermedad renal crónica terminal e ingreso a diálisis y trasplante en nuestro país. Según estadísticas propias, en el Instituto se encuentran en diálisis 7960 personas afiliadas, 512 en diálisis peritoneal.

A continuación, se presentan de manera sucinta las patologías que pueden presentarse por **complicaciones microvasculares y macrovasculares** y recomendaciones respecto de cómo proceder en cada caso.

COMPLICACIONES MICROVASCULARES

Neuropatía	Dependen del correcto control glucémico	Ante síntomas, derivar a diabetología/neurología para valoración
Nefropatía diabética		Evaluación periódica de la función renal - derivación a nefrología
Retinopatía		Derivar a oftalmología para realizar fondo de ojos

COMPLICACIONES MICROVASCULARES

Enfermedad coronaria	Depende tanto del control glucémico como del control de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, típicamente la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo	Solicitar ECG y ecocardiograma doppler y derivar a cardiología
Enfermedad cerebro-vascular		
Enfermedad arterial periférica		

OME - DM

Hemograma
Glucemia
Creatinina
Ionograma
HbA1C
Perfil lipídico
Orina completa
Microalbuminuria

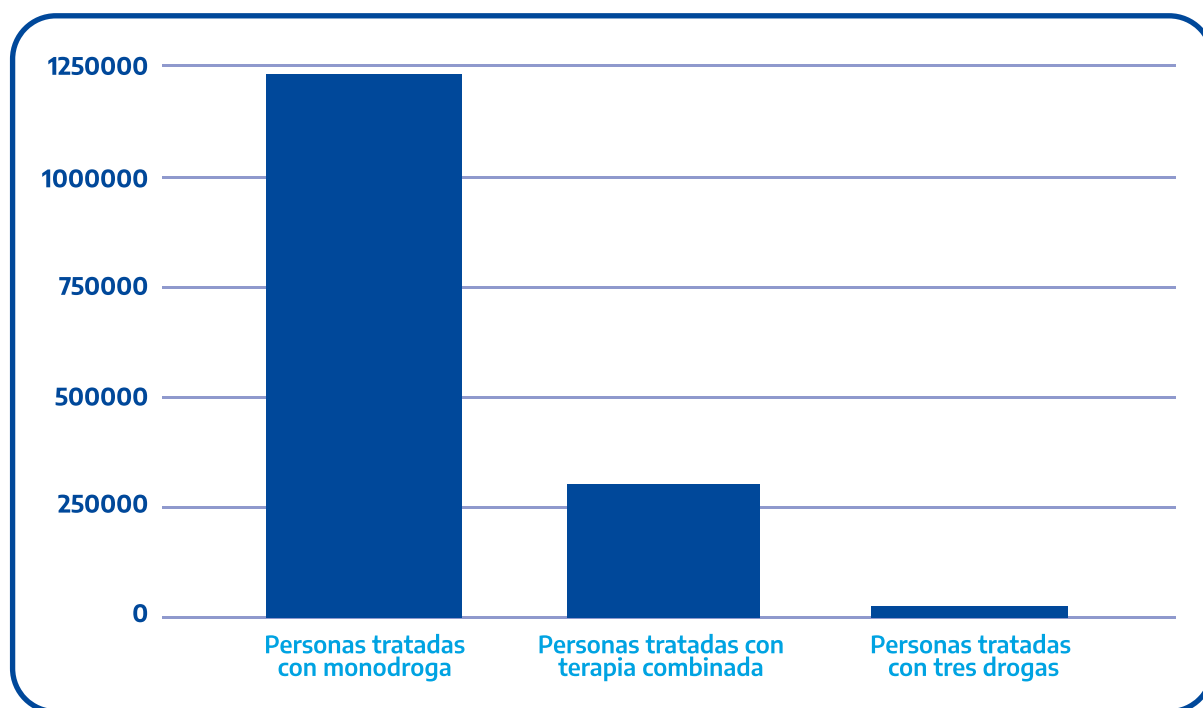
Anexo B – Hipertensión arterial

Prevalencia

En Argentina, la prevalencia estimada de hipertensión arterial (HTA) según la ENFR 2018 (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) es del 46,6% en personas de 18 años o más, y es 3,8 veces más frecuente en el grupo de 65 años o más con respecto al más joven (18 a 24 años).

Según fuentes propias del Instituto, el 31% de las personas afiliadas (1.569.948) recibe algún tipo de medicamento para el tratamiento de la HTA. El 78% (1.224.5593) recibe una droga, el 19.5% (306.139) dos drogas y el 1.5% tres.

Personas afiliadas tratadas con monodroga, terapia combinada o tres drogas para la HTA



Fuente: Elaboración propia en base al Padrón estadístico del INSSJP.

Teniendo en cuenta los datos de prevalencia informados a través de la ENFR 2018, en PAMI existe subdiagnóstico, lo que pone de manifiesto la necesidad de favorecer la accesibilidad a la atención y desarrollar estrategias para la **búsqueda activa**.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial son la edad, el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo o la actividad física insuficiente, el elevado consumo de sodio, el uso crónico de corticoides o de antiinflamatorios no esteroides, la enfermedad renal crónica (ERC), la Diabetes Mellitus, y la historia de HTA en familiares de 1º grado, entre otros.

Diagnóstico

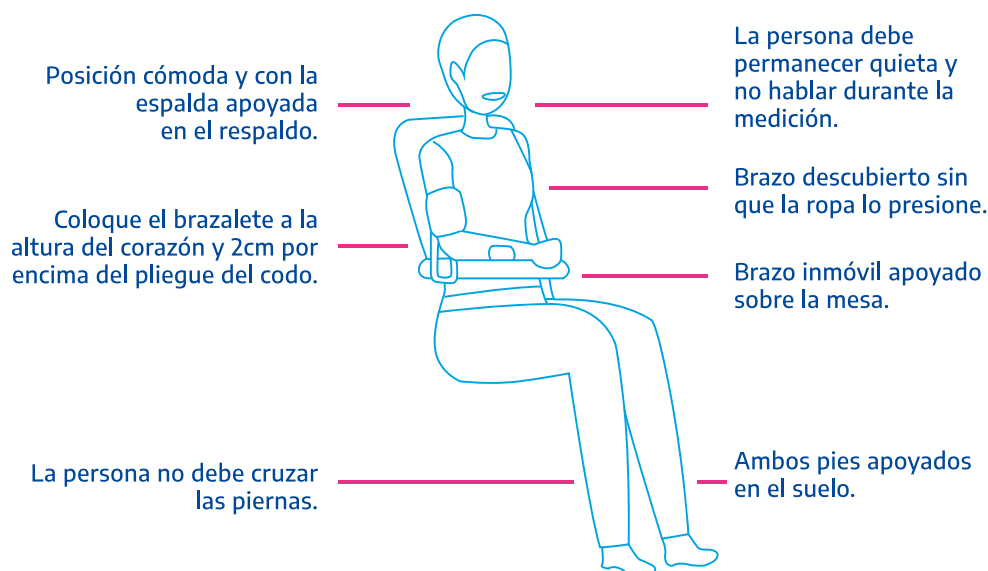
Valores promediados (de al menos 2 tomas) de

- Presión arterial sistólica iguales o mayores a 140 mmHg
- y/o**
- Presión arterial diastólica iguales o mayores a 90 mmHg

En al menos dos consultas realizadas en diferentes días

Técnica de toma de la presión arterial (PA)

La técnica estandarizada de toma de PA y la fidelidad de los dispositivos que se utilizan para tal fin son pilares indispensables para el diagnóstico y el control de personas con HTA.



Es recomendable utilizar dispositivos automáticos validados para el brazo en caso de contar con ellos.

Para mayor información sobre el uso de dispositivos automáticos validados, sugerimos consultar las recomendaciones de uso y adquisición de tensiómetros del Ministerio de Salud de La Nación.

Rastreo de daño de órgano blanco:
OME-HTA
Hemograma
Glucemia
Urea
Creatinina sérica (para calcular la tasa de filtrado glomerular estimada)
Perfil lipídico
Orina completa con micro albuminuria
Electrocardiograma
*Ecocardiograma

* Luego el ecocardiograma cada 2 a 3 años si tiene daño de órgano blanco.

Solicitar al menos una vez al año a todas las personas con diagnóstico de HTA

HTA y ERC

Se recomienda realizar, dentro del año de diagnóstico de HTA, rastreo de enfermedad renal en todo paciente que asista a controles de salud en el ámbito de la atención primaria, basándose en la determinación de filtrado glomerular (FGe) y la relación albúmina/creatinina en muestra de orina aislada matutina (RACo).

Anexo C – Enfermedad renal crónica

Prevalencia

Según la 4ta ENFR (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), la prevalencia de ERC para la población adulta de 18 años y más es del 12,7%, siendo menor en los más jóvenes y mayor en el grupo de 65 años y más. La nefropatía diabética es la primera causa de enfermedad renal crónica (ERC) terminal e ingreso a diálisis y trasplante en nuestro país, y registró en el año 2019 el mayor crecimiento desde 2004.

Teniendo en consideración esta información, resulta fundamental realizar una evaluación periódica de la función renal en el marco de la consulta en el primer nivel de atención en personas mayores y especialmente en aquellas con DM2.

Diagnóstico

Rastrear ERC en toda persona > 50 años o con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes.

El rastreo consiste en determinar **alteración del Índice de Filtración Glomerular estimado (IFGe)**, estimado por fórmulas a partir de creatinina plasmática) y/o **daño renal** (por hallazgo y cuantificación de proteínas en orina).

En laboratorio, solicitar:

1. Cálculo de IFGe basado en la creatinina plasmática, usando fórmulas como: MDRD 4* (Modification of Dietin Renal Disease)

MDRD-IDSM (Isotope Dilution Mass Spectrometry)

CKD-EPI (Chronic KidneyDisease-EpidemiologyCollaboration)

Calculador disponible online: <https://www.senefro.org/modules.php?name=calcfg>

2. Índice urinario en primera orina matutina: semicuantitativo

proteinuria por tira reactiva o preferentemente cuantitativos cociente proteína/creatinina o albúmina/creatinina (RACo)

3. Ecografía renal

La determinación de urea plasmática para diagnóstico de ERC NO está recomendada

Marcadores de daño renal:

1. Albuminuria o Proteinuria: ambos marcan lesión renal y pronóstico, ya que su presencia aumenta en forma significativa la posibilidad de progresión de la ERC a estadios avanzados, y a la aparición de eventos cardiovasculares.

Preferiblemente se solicitará:

Relación Albúmina/Creatinina (RACo) en primera orina matutina. Dado que no en todos los laboratorios de análisis clínicos se dispone de esta determinación, puede solicitarse como alternativa el **Relación Proteína/Creatinina (RPCo)** en primera orina de la mañana o proteinuria de 24 horas.

Si no se puede acceder a estos últimos, una opción es solicitar el **método semicuantitativo de “tiras reactivas”**, que es inespecífico, pero puede ayudar a estimar el daño renal.

2. Otro indicador en el sedimento urinario: la presencia de **Hematuria** (≥ 5 hematíes x campo) puede ser un marcador de lesión renal.

3. Lesiones macroscópicas: los riñones evaluados por ecografía renal pueden presentar algunas alteraciones que marcan lesión. Por ejemplo, cicatrices, múltiples quistes bilaterales (NO el quiste simple único) o atrofia renal. La ecografía es de utilidad diagnóstica de ERC, pero no se recomienda para su seguimiento evolutivo, excepto en condiciones particulares que definirá el especialista.

Derivar al especialista cuando

FGe <45 mL/min/1,73 m²

RACo >300 mg/g o su equivalente en proteinuria total.

Progresión de ERC definida por caída de FGe > 5 mL/min/1,73 m² por año. Evento renal agudo o nefrotoxicidad no resuelta en el I nivel de atención.

Micro hematuria persistente con sospecha de causa glomerular.

ERC con HTA resistente (con requerimientos de 3 drogas antihipertensivas o más, una de ellas un diurético).

Alteraciones persistentes del potasio (>5,5 mEq/L o <3,5 mEq/L; sin tratamiento diurético).

Enfermedad renal hereditaria (derivación para estudio genético cuando corresponde).

Litiasis renal (único episodio o recurrente) para estudio metabólico de la misma. Sospecha de estenosis de la arteria renal.

OME-ERC
Creatinina
Ionograma
Orina completa
Proteinuria /RACo

Solicitar también ecografía renal

Anexo D – Escala de Edmonton

DOMINIO	ÍTEM	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
Cognición	Este círculo que pinto es un reloj, ¿me podría colocar las agujas para indicar las “11 y 10”	Sin errores	Errores menores en el espaciado	Otros errores
Estado general de salud	¿Cuántas veces durante el año pasado ha ingresado a un hospital?	0	1-2	Más de 2
	En general ¿cómo describiría su salud?	“Excelente” “Muy buena” “Buena”	“Aceptable”	“Mala”
Independencia funcional	¿Con cuáles de las siguientes actividades necesita ayuda? 1. Preparación de la comida 2. Compras 3. Transporte 4. Teléfono 5. Tareas domésticas 6. Lavar ropa 7. Manejo de dinero 8. Manejo de fármacos	0-1	2-4	5-8
Apoyo Social	Cuando usted necesita ayuda, ¿puede contar con alguien que esté dispuesto y capaz de satisfacer sus necesidades?	Siempre	A veces	Nunca
Uso de medicamentos	¿Utiliza 5 o más medicamentos de manera habitual?	No	Sí	
	¿Se olvida a veces de tomar su medicamento?	No	Sí	
Nutrición	¿Ha perdido de peso de manera reciente de tal manera que la ropa le queda floja?	No	Sí	
Ánimo	¿Se siente a menudo triste o deprimido?	No	Sí	
Continencia	¿Tiene dificultad para retener orina?	No	Sí	
Desempeño Funcional	Por favor, siéntese en esta silla con la espalda y los brazos apoyados. Cuando diga “YA” póngase de pie y camine a un ritmo seguro hasta la marca en el suelo (a 3m), vuelva a la silla y siéntese	0-10 segundos	11-20 segundos	Más de 20 segundos, o el paciente no está dispuesto a hacerlo, o requiere asistencia
TOTALES: el puntaje final es la suma de los totales de las columnas				