

Manual

Programa Seguimiento de Patologías Frecuentes

GLOSARIO

ACV: Accidente Cerebro Vascular

DBT: Diabetes

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular

GAA: Glucemia Alterada en Ayuno

GDM: Diabetes Mellitus Gestacional

GPA: Glucemia Plasmática en Ayunas

HTA: Hipertensión Arterial

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

MDC: Médico de Cabecera

OME: Orden Médica Electrónica

PA: Presión Arterial

RME: Receta Médica Electrónica

SOMF: Sangre Oculta en Materia Fecal

TAG: Tolerancia Alterada a la Glucosa

VCC: Videocolonoscopia

ÍNDICE

Introducción	4
Objetivos generales y específicos del programa.....	4
Elección de indicadores y metas.....	5
Fuentes de datos.....	5
Patologías seleccionadas, estándares de calidad y justificación sanitaria	5
Diabetes.....	5
Definición	7
Recomendaciones para el rastreo de diabetes	9
Seguimiento.....	9
Insulinas de alto costo.....	12
Impacto económico y beneficios del seguimiento cercano en el primer nivel de atención	13
Conclusiones acerca de la diabetes.....	13
Hipertensión arterial	14
Epidemiología.....	14
Definición	15
Factores de riesgo para desarrollar HTA primaria o esencial.....	16
Estudio inicial y abordaje de la persona mayor con hipertensión	17
Exámenes complementarios	19
Control y seguimiento.....	20
Conclusiones acerca de la hipertensión arterial	21
Pacientes oncológicos.....	21
Seguimiento de pacientes mayores con patología oncológica desde la Atención Primaria de la Salud.....	21
Epidemiología.....	22
Rol del médico de cabecera.....	25
Tamizaje de patologías oncológicas	25
Comportamiento de las neoplasias en las personas mayores.....	31
Prevención de enfermedades oncológicas	32
Anexo	35

INTRODUCCIÓN

Tras la implementación del nuevo modelo de atención de médicos y médicas de cabecera (MDC), cuyo eje principal es la atención primaria de la salud, se propusieron los siguientes objetivos principales:

- Centrar el trabajo en el cuidado de la salud de los afiliados y las afiliadas, facilitando su acceso a los servicios.
- Mejorar la calidad de la atención de los equipos de salud para las personas afiliadas.
- Optimizar el acceso al sistema de MDC y la comunicación con los afiliados y afiliadas.
- Implementar un modelo de Formación Médica Continuada, evaluación, monitoreo y control de las prestaciones.
- Propiciar el Buentrato y evitar toda situación de violencia que altere la atención médico/a – paciente.

El programa **Seguimiento de Patologías Frecuentes** está dirigido a médicos y médicas de cabecera con la finalidad de implementar un programa que mejore el seguimiento de las patologías más frecuentes en nuestra Institución, que son las que generan más complicaciones y daño en la calidad de vida de las personas afiliadas. Asimismo, este programa contempla una retribución asociada al desempeño sobre la detección de estos problemas de salud (se paga por fuera de la tasa de uso transmitida del 36% a quienes cumplen con metas sanitarias seleccionadas). De esta forma, el programa permite aumentar la liquidación de los profesionales con un sentido sanitario.

Uno de los grandes objetivos de PAMI es efectivizar la atención primaria de la salud, ponderarla como estrategia de consulta, de cuidado y de prevención. En ese marco, las y los médicos de cabecera cumplen un rol central. Para cumplir este objetivo estratégico resulta clave aplicar un modelo de pago que considere el esfuerzo profesional mientras se acompaña al mismo con un programa de capacitaciones.

Objetivos generales y específicos del programa

- Promover el correcto seguimiento terapéutico mediante el cumplimiento de los estándares de calidad asociados a diabetes, hipertensión arterial y oncología → para llegar a la meta, el MDC deberá convocar a los pacientes con patologías a la consulta.
- Incentivar conductas preventivas para cumplir con las metas propuestas: deberán citar a la consulta a los pacientes sin enfermedades declaradas y solicitar estudios complementarios necesarios para un control periódico de salud completo.

- Mejorar el modelo de retribución mediante la implementación de un programa que beneficia a aquellos médicos y médicas que brindan prestaciones de calidad y mejoran la accesibilidad a las consultas.

Elección de indicadores y metas

Fuentes de datos

Se toma como principales fuentes de obtención de datos la orden médica electrónica (OME) y el padrón de diabéticos. Se seleccionan estas dos fuentes por viabilidad y accesibilidad a los datos.

La OME permite tomar información de las prácticas que los médicos prescriben. Es un dato accesible y certero. También es posible tomar datos de la RME para confeccionar el padrón de afiliados con las patologías seleccionadas.

PATOLOGÍAS SELECCIONADAS, ESTÁNDARES DE CALIDAD Y JUSTIFICACIÓN SANITARIA

Diabetes

La diabetes (DBT) es una enfermedad crónica asociada a la alteración de la utilización del azúcar (glucosa) por las células del organismo. Es una enfermedad crónica que requiere controles regulares y un tratamiento adecuado que incluye cambios en el estilo de vida y, en la mayoría de los casos, tratamiento farmacológico.

La diabetes es una de las patologías más prevalentes en el mundo. La padecen aproximadamente 422 millones de personas y produce deterioro de la calidad de vida, con complicaciones asociadas a una elevada morbilidad y un alto impacto en el costo sanitario¹. Esto viene acompañado paralelamente del incremento de la obesidad, el sedentarismo y el envejecimiento de la población.

El padrón de diabéticos del Instituto indica 52.000 afiliados con diagnóstico de DBT que son insulino dependientes (1,1% del total), 551.900 afiliados con DBT no insulino requirientes (11,4% del total) y 80.170 afiliados que utilizan insulina como parte de su tratamiento, en conjunto con otras drogas (1,6%).

Las proyecciones indican que en los próximos 10 años la incidencia de esta enfermedad aumentará, debido principalmente a factores como el estilo de vida, la obesidad, el envejecimiento de la población y el aumento en la expectativa de vida.

1. Organización Mundial de la Salud. Tópicos: Diabetes. Noviembre de 2014.

El sondeo sobre Salud y Bienestar para Ancianos (Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE) recientemente publicó un reporte sobre la situación de salud en personas mayores en Latinoamérica y el Caribe. Este estudio demostró que el número de comorbilidades (tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares) se asocia directamente con la declinación funcional.

Los niveles altos de glucemia (aun dentro de los parámetros normales) aumentan el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (CV), siendo ésta una de las causas principales de enfermedad y de muerte en la mayoría de los países. Un 50% de los pacientes en el mundo mueren de enfermedad CV, principalmente de cardiopatía y de accidente cerebrovascular (ACV), además de ser una de las principales causas de insuficiencia renal.

La diabetes es una de las enfermedades que más presupuesto de salud consume por sus complicaciones asociadas que resultan incapacitantes (retinopatía, ACV, cardiopatías, insuficiencia renal, isquemia de miembros inferiores, neuropatía diabética, pie diabético, amputaciones, etc.).

En la Argentina anualmente se registran alrededor de 9000 muertes vinculadas a diabetes y el 72,4% de estas ocurren entre los 55 y 84 años.

Entre las **complicaciones** propias de la diabetes se encuentran las siguientes:

- La **retinopatía**, que es una de las principales causas de ceguera y provoca el 2,6% de los casos mundiales, siendo en nuestro medio la segunda causa.²
- La **herida o úlcera de pie**, que se estima será desarrollada por el 25% de las personas con diabetes mellitus a lo largo de su vida; su consecuencia más lamentable, la amputación, es unas 20 veces más frecuente en las personas con diabetes mellitus que en la población general.
- La **nefropatía diabética**, que es la primera causa de enfermedad renal crónica terminal y de ingreso a diálisis y trasplante en nuestro país.

El adecuado control glucémico, junto al control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que suelen asociarse (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo y sedentarismo), enlentece la progresión de la nefropatía y la retinopatía y disminuye las complicaciones macrovasculares.³

La DMT2 genera un importante impacto económico sobre los presupuestos de salud pública. El costo anual per cápita de las personas con DMT2 es casi 5 veces mayor que en quienes no la padecen. Es un problema creciente en el mundo, y consume altos costos para el paciente, su familia y el sistema de salud. Las hospitalizaciones representan el 50% del costo de atención de las personas con diabetes y su frecuencia aumenta con la presencia de complicaciones crónicas.

2. La incidencia de retinopatía ha sido un marcador duro para tratar de establecer los valores de glucemia de mayor sensibilidad y especificidad en cuanto a mediciones de glucemia en ayunas y de las pruebas de tolerancia a sobrecarga de glucosa. En un estudio longitudinal de Baltimore, se encontró que la mortalidad por todas las causas aumenta significativamente con valores de glucemia en ayunas mayor de 110 mg/dl.

3. Guía nacional de práctica clínica DBT 2019.

Tabla 1. Mortalidad en Argentina por diabetes según datos de la OMS (2016) generadas para las personas afiliadas pertenecientes a su cápita.

Mortalidad*					
Número de muertes por diabetes			Número de muertes atribuibles a la hiperglucemia		
	hombres	mujeres		hombres	mujeres
30-69 años	1 910	1 310	30-69 años	4 150	2 240
70 años o más	2 720	3 500	70 años o más	6 450	9 410

Definición

Se define a la diabetes mellitus como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción insulínica o en ambas.

Clasificación

La diabetes se puede clasificar en las siguientes categorías generales:

1. Diabetes tipo 1 (debida a la destrucción autoinmune de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina).
2. Diabetes tipo 2 (debida a la pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células β con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina).
3. Diabetes mellitus gestacional (GDM, por sus siglas en inglés): diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente evidente antes de la gestación.
4. Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (como fibrosis quística y pancreatitis) y diabetes inducida por sustancias químicas (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos).

Los criterios diagnósticos de diabetes son los siguientes:

1. Glucemia plasmática en ayunas (GPA): dos determinaciones con valores iguales o mayores a 126 mg/dl, realizadas en 2 días distintos.

2. Glucemia medida al azar: una determinación de glucemia plasmática con valor mayor o igual a 200 mg/dl más la presencia de síntomas cardinales de diabetes (pérdida de peso, poliuria, polidipsia, polifagia).

3. Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG75): dos determinaciones de glucemia plasmática dos horas después de una carga oral con 75 grs de glucosa disueltos en 375 ml de agua, igual o mayor a 200 mg/dl realizadas en dos días distintos.

4. Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) estandarizada: dos determinaciones con valores iguales o mayores a 6,5% realizadas en dos días distintos.⁴

La ADA (de sus siglas en inglés por la American Diabetes Association) en el año 2003 define a la prediabetes como un estado que precede al diagnóstico de DMT2, identificándose dos situaciones:

- Glucemia alterada en ayuno (GAA): es aquella situación en la que el paciente, después de un ayuno de 8 horas, presenta glucosa plasmática entre 100-125 mg/dl, según la Asociación Americana de Diabetes y entre 110-125 mg/dl para la OMS.

- Tolerancia alterada a la glucosa (TAG): el paciente, a las 2 horas de la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG), presenta glucosa plasmática entre 140-199 mg/dl.

La GAA y la TAG no deben ser vistas como entidades clínicas por sí mismas, sino como factores de riesgo para diabetes y para enfermedades cardiovasculares (ECV). La TAG y la GAA son estadios previos a la manifestación clínica de la diabetes, que pueden revertir a la normalidad o progresar hacia la diabetes tipo 2.

La presencia de estas alteraciones es un marcador de riesgo de progresión hacia la diabetes mellitus y enfermedad macrovascular.^{5 6}

En nuestra población es habitual encontrarnos con pacientes con la enfermedad establecida, situación que se relaciona con el largo período asintomático de la diabetes y la falta de chequeos o screening. En parte esto sucede porque los médicos y las médicas tenemos más internalizadas las medidas de prevención y diagnóstico precoz en poblaciones más jóvenes (menores de 60 años). Por lo tanto, al ver una gran proporción de personas mayores enfermas es habitual olvidar la solicitud de screening para búsqueda de enfermedades asintomáticas.

Este programa tiene como objetivo promover la búsqueda activa de pacientes y detectar precozmente factores de riesgo y enfermedades que, abordadas a tiempo, pueden mejorar o evitar su evolución.

4. En el año 2010, la Asociación Americana de Diabetes publicó las nuevas recomendaciones de la práctica clínica en diabetes, en las que se incorpora como nuevo criterio de diagnóstico de diabetes la HbA1C. Es posible si se realiza en un laboratorio con el método certificado y estandarizado.

5. Rosas Guzmán J. y cols. Consenso de Prediabetes. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes Vol. XVII-N4 146-158. Año 2009.

6. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. Diabetes Care January 2012; 35(1): S11-S63. Care diabetes. journals.org/content/35/Supplement_1/S11.full

Recomendaciones para el rastreo de diabetes^{7 8}

- Todas las personas mayores de 45 años que no se conocen con diabetes, independientemente de la presencia o no de antecedentes (HTA, dislipidemia, enf. cardiovascular, etc.).
- Personas, de cualquier edad, con enfermedad cardiovascular establecida (IAM, angina, enfermedad vascular periférica o ACV).
- Mujeres que hayan tenido diabetes gestacional o recién nacidos con peso mayor a 4.500 gr.
- Personas adultas menores de 45 años con sobrepeso y un factor de riesgo^{9 10}

Si bien no existe evidencia suficiente en relación con la frecuencia de rastreo de DM, se recomienda realizar la medición en forma anual. El método ideal para realizar el rastreo es la glucemia en ayunas.

Recuerde: el estándar de calidad asociado al rastreo de enfermedades en la población general para diabetes es:

Solicitud de glucemia en ayunas (código 660412) por OME a la población general de la cápita asignada. Se espera que el médico de cabecera realice este rastreo, con frecuencia anual, al 75% de los afiliados asignados a su cápita no diabéticos. Será necesario entonces que el profesional convoque a la consulta a aquellos afiliados que no poseen seguimiento o que hace más de un año que no realizan controles, así como también será necesario que solicite esta práctica a las personas afiliadas de consulta frecuente que no se conozcan diabéticas.

Seguimiento

El cuidado de las personas mayores con diabetes constituye un reto clínico único. El manejo de la diabetes es complicado debido a la heterogeneidad médica y funcional de estos pacientes. Es primordial tener en cuenta la diversidad de esta población para el desarrollo de estrategias de intervención y para establecer metas de control clínico para personas mayores con diabetes.

7. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico, y tratamiento de la DMT2 en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2009.

8. Guía nacional de práctica clínica, Diabetes mellitus tipo 2, año 2019. Ministerio de Salud de la Nación.

9. Con respecto al rastreo en población menor a 45 años con factores de riesgo, está demostrado que rastrear diabetes en personas de 55 a 64 años anticipa la identificación de la enfermedad en promedio 4,6 años. No está demostrado que rastrear en edades más tempranas tenga impacto en la

El espectro de heterogeneidad clínica y funcional incluye:

- Pacientes que recientemente han pasado de un estado de intolerancia a la glucosa a ser diabéticos tienen pocas condiciones médicas preexistentes y permanecen activos con un excelente estado funcional.
- Pacientes que han sido diagnosticados recientemente pero han tenido niveles significativos de hiperglucemia por muchos años y ya presentan complicaciones crónicas de la diabetes al momento del diagnóstico.
- Personas mayores diabéticas desde su adultez temprana que han desarrollado en el tiempo múltiples condiciones clínicas relacionadas (comorbilidades).
- Pacientes vulnerables y con limitaciones que presentan alteraciones de su estado cognitivo y múltiples complicaciones médicas.

Las personas **afiliadas que no se conocen diabéticas** deben realizarse al menos 1 vez al año una glucemia en ayunas.¹¹ Para aquellas que poseen glucemia alterada en ayunas, intolerancia a la glucosa o diabetes diagnosticada el seguimiento será variable en función de las necesidades de cada persona afiliada.

Como mínimo **se espera una visita al médico una vez cada 3 meses en quienes aún no iniciaron farmacoterapia**. En estas consultas se evalúa la adherencia al tratamiento no farmacológico (cambios en la alimentación y actividad física acorde a la capacidad de cada paciente).

Para quienes se indica tratamiento vía oral con hipoglucemiantes, la consulta se realiza cada 8-12 semanas. Como en el caso previo, se evalúa la adherencia a las medidas no farmacológicas pero además será necesario revisar la eficacia del tratamiento farmacológico y la posibilidad de presentar efectos adversos.

Para quienes **usen insulina**, ya sea en un esquema basal o con correcciones, la visita al médico se intensifica, pasando a ser como mínimo una vez por mes e incluso en algunas ocasiones, durante el período de titulación de medicación, será necesario asistir a la persona afiliada 2 o 3 veces por mes.

Recuerde: los pacientes diabéticos que utilizan insulina como parte de su tratamiento están incluidos dentro de este programa y se los desafecta de la tasa de uso cuando el o la profesional cumple con los estándares de calidad. Esto beneficia a profesionales que deben realizar controles estrictos a estos pacientes, principalmente en la etapa de titulación de insulina.

morbimortalidad, y por lo tanto el grado de recomendación de rastreo en personas menores de 45 años con FR es bajo. Sin embargo, existe en la actualidad un instrumento útil para identificar personas con riesgo a desarrollar diabetes en el futuro que podría ser de utilidad: FINDRISC. Para más información, sugerimos revisar la bibliografía nacional: Guía nacional de práctica clínica, Diabetes mellitus tipo 2, año 2019. Ministerio de Salud de la Nación.
10. Factores de riesgo para considerar rastreo de diabetes: Nivel de hemoglobina glicosilada de 5,7% o más o glucosa en ayunas alterada o intolerancia

En líneas generales, tener un buen control glucémico cercano a valores de 7% de HbA1c y reducir los FRCV procuran una mejor calidad de vida a largo plazo. Sin embargo, para pacientes con condiciones médicas severas o discapacidades enfocarse en un tratamiento agresivo puede no ser beneficioso sino, al contrario, causar daños a consecuencia de exponer a la persona afiliada a sufrir hipoglucemias.

¿En qué personas diabéticas no es apropiado un control estricto de la glucemia?

- personas mayores con fragilidad y/o funcionalmente dependientes
- comorbilidades significativas,
- expectativa de vida menor a 10 años,
- quienes tengan alto riesgo de las consecuencias de las hipoglucemias:
 - hipoglucemias severas recurrentes,
 - dificultad para reconocer o comunicar la presencia de hipoglucemia (ej.: capacidad de comprensión disminuida),
 - personas que conducen medios de transporte o manejan maquinarias como parte de su trabajo y requieren fármacos con riesgo aumentado de hipoglucemias.

En la persona mayor se sugiere considerar metas más flexibles que la meta general, con valores de HbA1c cercanos a 8%, para alcanzar un mejor balance entre los beneficios y los riesgos.

Recuerde: ajuste las metas terapéuticas a los pacientes de forma individualizada. No todos los pacientes se beneficiarán con metas de HbA1c cercanas a 7.

Según la evaluación se pueden considerar 3 escenarios posibles:

1. Personas mayores sanas, con buen estado funcional y cognitivo, baja carga de comorbilidad y buena expectativa de vida: las intervenciones terapéuticas y los objetivos pueden ser próximos a los de las personas jóvenes con diabetes (HbA1c 7- 7,5%).
2. Personas mayores frágiles, con discapacidad funcional, demencia o expectativa de vida limitada: debería evitarse la hipoglucemia e hiperglucemia sintomáticas, siendo un objetivo razonable mantener una HbA1c de 7,5-8,5%.

a la glucosa en prueba anterior, Síndrome de ovario poliquístico, Hipertensión (presión arterial \geq 140/90 mm Hg, o tratamiento para hipertensión), Nivel de colesterol HDL de menos de 35 mg por decilitro (0,91 mmol por litro), nivel de triglicéridos superior a 250 mg por decilitro (2,8 mmol por litro), o ambos, Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (por ejemplo, obesidad severa y acantosis nigricans), sedentarismo.

11. La Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico, y tratamiento de la DMT2 en el primer nivel de atención recomienda realizar el rastreo una vez al año.

3. Personas mayores en situación de cuidados paliativos: la prioridad debe ser preservar la calidad de vida, evitando la hiperglucemia sintomática y la hipoglucemia, y reduciendo las cargas asociadas al tratamiento antidiabético. En este contexto, la determinación de HbA1c no es relevante. Las glucemias deberían mantenerse por debajo del umbral glucosúrico (< 200 mg/dl).

En personas con DM2, se recomienda realizar seguimiento con HbA1c:

- cada 3 a 6 meses (ajustado a las necesidades individuales) hasta alcanzar metas de control glucémico.
- cada 6 meses en aquellas personas que mantienen meta glucémica y esquema terapéutico estable.

Este seguimiento contribuiría a reducir las complicaciones microvasculares y posiblemente las macrovasculares.

Recuerde: en pacientes que utilizan insulina como parte de su tratamiento, se recomienda el control con HbA1c cada 3 meses.

La HbA1c se considera actualmente la principal herramienta para valorar el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 2. Es importante tener en cuenta que la determinación de HbA1c podría afectarse por distintos factores.¹²

Insulinas de alto costo

Las insulinas Glargina, Detemir y Degludec son consideradas insulinas de alto costo. PAMI brinda cobertura total para quienes las necesitan. Para poder acceder a estos tratamientos es necesario iniciar el trámite por vía de excepción para quienes cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

Para insulinas Glargina o Detemir:

- Haber usado insulina NPH durante 3 o 6 meses sin alcanzar la meta esperada (recuerde que las metas son individuales y deben ser ajustadas).
- Paciente que presenta hipoglucemias sintomáticas francas.
- Paciente frágil (comorbilidades severas, trastornos de la esfera de la salud mental, postrado o institucionalizado).

12. Aumentan la HbA1c: alcoholismo, deficiencia de hierro, deficiencia de vitamina B12, disminución de la eritropoyesis, esplenectomía, hiperbilirrubinemia, uso crónico de opiáceos, etc. Disminuyen la HbA1c: administración de eritropoyetina, hierro o vitamina B12, reticulocitosis, hepatopatía crónica, esplenomegalia, etc. HbA1c variable: filtrado glomerular menor a 30 ml/min/1,73m². Considerar además que puede haber variación de valores de HbA1c entre distintos laboratorios de acuerdo con el método utilizado.

Para insulina Degludec:

Haber cumplido tratamiento con Glargina o Detemir durante 6 meses sin alcanzar la meta individualizada.

¿Cómo iniciar el trámite?

Será necesario completar el **Formulario específico de insulinas – vía de excepción (http://simap.pami.ar/files/formulario_20_tratamiento_insulinas_ve_inicio.pdf)** firmado por el médico, adjuntar un informe del laboratorio y presentarlo en agencias, UGL o por la web a través de Trámites on line. Para más información: <https://www.pami.org.ar/tramite/insulinas>

Impacto económico y beneficios del seguimiento cercano en el primer nivel de atención

Según un artículo publicado en el año 2013¹³, el costo de hospitalización per cápita para las personas con diabetes fue significativamente más alto que para las personas sin la enfermedad (US \$1628 frente a US \$833 en 2004). La evidencia muestra que la implementación de intervenciones desde el primer nivel de atención (incluye asesoramiento nutricional, pautas de actividad física, concientización sobre la enfermedad, auto-testeos glucémicos y un análisis de su significado, entre otras conductas) combinada con un tratamiento farmacológico y un control cercano de los pacientes disminuyó los costos del tratamiento y optimizó el uso de recursos económicos. En relación con esto, Caporale et al. (2011) han demostrado, utilizando un modelo de simulación, que la consecución de los valores objetivo de HbA1c mediante la provisión de un tratamiento adecuado a las personas con DM2 podría evitar futuros episodios de hospitalización. Esta política preventiva disminuiría simultáneamente las complicaciones cardiovasculares que requieren una hospitalización de alto costo, reduciendo así el gasto en diabetes y sus complicaciones. Estos resultados, junto con los obtenidos en otros estudios como el PROPAT¹⁴, sugieren que el tratamiento intensivo de la hiperglucemia y sus FRCV asociados puede prevenir eventos de hospitalización, brindando así una opción más efectiva en materia de costos que la cobertura de hospitalización y poshospitalización y atención ambulatoria.

Conclusiones acerca de la diabetes

Por todo lo previamente expuesto es posible plantear las siguientes conclusiones:

1. Las personas afiliadas con DBT presentan mayor riesgo de enfermar, presentar complicaciones y morir por esta causa específica, siendo además esta patología un factor de riesgo para otras enfermedades que, a su vez, son causa común de muerte, como los eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio y ACV).

13. Caporale, Joaquín E et al. "Diabetes in Argentina: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy." *Globalization and health* vol. 9 54. 29 Oct. 2013, doi:10.1186/1744-8603-9-54

14. Gagliardino JJ, Olivera E, Etchegoyen GS, Guidi ML, Caporale JE, Martella A, de la Hera M, Siri F, Bonelli P. PROPAT: un estudio para mejorar la calidad y reducir el coste de la atención diabética. *Diab Res Clin Pract.* 2006; 72: 284-291. doi: 10.1016 / j.diabres.2006.02.004

2. El primer nivel de atención resulta imprescindible para llevar a cabo detecciones de hiperglucemia en una población que suele desconocer su diagnóstico.
3. Para realizar un correcto seguimiento de las personas afiliadas con esta patología, se requieren visitas al médico de cabecera con una frecuencia superior a la estipulada en la tasa de uso habitual y será variable en función de la necesidad de control y cambios en las conductas terapéuticas.

Hipertensión arterial

El aumento de la esperanza de vida y el incremento de la presión arterial (PA) con la edad están ocasionando que la hipertensión arterial sistémica (HTA) sea uno de los principales motivos de consulta de la población geriátrica en la práctica médica, así como uno de los mayores problemas de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó, recientemente, que la HTA es la causa más común atribuible a muertes prevenibles, siendo responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial.

La medición de la presión arterial constituye una práctica preventiva importante para la detección de personas que podrían beneficiarse con intervenciones efectivas (como cambios en el estilo de vida o medicación) y reducir el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad cardiovascular (HTA).

Existen estudios científicos que evidencian a la HTA como el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que está fuertemente asociada a la ocurrencia de diversas patologías como enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, aneurisma de aorta, disección de aorta, enfermedad vascular periférica, demencia y enfermedad renal crónica, impactando negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos sociosanitarios.¹⁵

Epidemiología

En América, cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable.

Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo

15. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mentz A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2019 Sep 2; Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)

que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.

En la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el 84.3% de los encuestados refirió haberse controlado la presión arterial al menos una vez en los últimos dos años. Este indicador fue más frecuente en las mujeres (86.7%) que en los varones (81.7%), y se observó un franco aumento de la presión arterial a mayor edad.

En función de los registros internos de la institución, PAMI cuenta dentro de su padrón de afiliados y afiliadas con **2.091.300** personas que consumen algún tipo de medicamento para el control de su TA. Esto corresponde al 42,4% del padrón. Tomando en consideración la prevalencia global y las estimaciones que sostienen los estudios clínicos que afirman que variables porcentajes de población desconocen su diagnóstico de HTA, **es muy probable que la institución cuente con un subregistro de los pacientes hipertensos.**

Definición

Se define hipertensión arterial (HTA) a la presencia de presión arterial sistólica superior o igual a 140 mm Hg y/o diastólica por encima de 90 mm Hg en dos o más oportunidades.

El diagnóstico se realiza mediante la medición de la presión arterial (PA) en consultorio y/o en domicilio. En líneas generales, y para la mayoría de los casos, no requiere la realización de estudios complementarios para su diagnóstico.

En el consultorio: se recomienda realizar 2 mediciones de PA cada vez que se la mide, tomando como valor el promedio de las dos (si el segundo valor difiere >5-10 mm Hg del primero, hacer una tercera toma y promediar la segunda y tercera) y anotar el valor promedio en la historia clínica. De encontrarse un valor elevado de presión arterial, debe confirmarse en el brazo contralateral.

En el domicilio: el monitoreo domiciliario de la PA puede ser de utilidad en algunos casos de dificultad diagnóstica o ante la sospecha de “hipertensión de guardapolvo blanco”, así como para ayudar a la adherencia al tratamiento. Para ello, se aconseja instruir al paciente que deben hacerse dos tomas, estando sentado, con al menos 5 minutos de reposo. Idealmente deberían realizarse 2 tomas diarias, a la mañana y a la tarde. Si se usa para confirmar el diagnóstico de HTA, deben obtenerse tomas al menos durante 4 días, descartar las tomas del primer día y promediar las restantes. Se considera normal un valor de 135/85 mm Hg en menores de 80 años.

Factores de riesgo para desarrollar HTA primaria o esencial

Aunque la etiología exacta de la hipertensión primaria sigue sin estar clara, varios factores de riesgo se asocian de manera fuerte e independiente con su desarrollo, que incluyen:

- **Edad:** la edad avanzada se asocia con un aumento de la presión sanguínea, particularmente con la presión arterial sistólica, y una mayor incidencia de hipertensión.
- **Obesidad:** la obesidad y el aumento de peso son los principales factores de riesgo de la hipertensión y también determinantes del aumento de la presión arterial que se observa comúnmente con el envejecimiento.
- **Antecedentes familiares:** la hipertensión es casi dos veces más común en sujetos que tienen uno o dos padres hipertensos, y múltiples estudios epidemiológicos sugieren que los factores genéticos representan aproximadamente el 30% de la variación en la presión arterial en diversas poblaciones.
- **Alteración en la conformación del riñón:** la reducción de la masa nefronal en adultos puede predisponer a la hipertensión, que puede estar relacionada con factores genéticos, trastornos del desarrollo intrauterino (por ejemplo hipoxia, fármacos, deficiencia nutricional), nacimiento prematuro y entorno posnatal (desnutrición, infecciones).
- **Dieta alta en sodio:** el consumo excesivo de sodio, >3.000 mg/día, aumenta el riesgo de hipertensión y la restricción de sodio disminuye la presión arterial.
- **Consumo excesivo de alcohol:** el consumo excesivo de alcohol se asocia con el desarrollo de hipertensión.
- **Inactividad física:** la inactividad física aumenta el riesgo de hipertensión y el ejercicio es un medio eficaz para reducir la presión arterial.
- **Diabetes y dislipidemia:** la diabetes y la dislipidemia parecen estar asociadas con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión.
- **Rasgos de personalidad y depresión:** la hipertensión puede ser más común entre aquellos con ciertos rasgos de personalidad como las actitudes hostiles y el tiempo de urgencia/impaciencia, así como entre aquellos con depresión.

El desarrollo de HTA está estrechamente ligado a los estilos de vida actuales. La alimentación inadecuada con alto contenido de sodio, grasa y calorías, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol aumentan el riesgo de desarrollar HTA y otros factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Dentro de ellos es importante destacar la obesidad que actualmente constituye,

por su crecimiento exponencial, un factor de riesgo de desarrollar HTA de gran magnitud y responsable del aumento de su prevalencia a edades más tempranas. A su vez, factores como el aislamiento social, el estrés laboral, las crisis vitales y la ansiedad y/o depresión podrían contribuir al desarrollo de HTA.

Se recomienda en personas de 18 años o más, el rastreo de HTA con toma de presión arterial en consultorio para diagnóstico temprano y prevención de eventos cardiovasculares y muerte.
- Recomendación Nivel A¹⁶

Recuerde: el estándar de calidad asociado al rastreo de enfermedades en la población general de enfermedad cardiovascular es la toma de presión arterial anual, aconsejar las medidas de pautas alimentarias, la cesación tabáquica, la actividad física y la disminución de peso en las personas con sobrepeso; dentro de los exámenes complementarios solicitar perfil lipídico (colesterol total: código 660174, triglicéridos: código 660876, colesterol HDL: código 661035, colesterol LDL: código 661040). Recordar que este último está incluido dentro de los estándares de calidad que debe cumplir en este programa.

Estudio inicial y abordaje de la persona mayor con hipertensión

Será necesario en las primeras consultas (siendo posible que abarque más de un encuentro):

1. Evaluar los hábitos de vida potencialmente modificables (sobrepeso/obesidad, tabaquismo y, fundamentalmente, el elevado consumo de sodio).
2. Excluir o detectar causas de HTA secundarias.
3. Examinar la presencia de otros FRCV (tabla 2).
4. Examinar la presencia o ausencia de lesiones orgánicas secundarias a la HTA y de enfermedades cardiovasculares (trastornos clínicos asociados a la HTA) (tabla 3).
5. Determinar la estratificación del riesgo vascular a partir de los puntos 3 y 4.
6. Evaluar otras enfermedades concomitantes.
7. Finalmente, realizar una valoración general integral, incluyendo los aspectos de funcionalidad, cognición y situación social.

16. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening>

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular

- Hipertensión
- Tabaquismo
- Diabetes mellitus
- Dislipemia: colesterol total > 250 mg/dl, HDL <40 mg/dl hombres y < 50 mg/dl mujeres
- Sedentarismo (menos de 90 minutos de ejercicio/semana)
- Obesidad abdominal: perímetro abdominal 88 cm mujeres, 102 cm hombres
- Edad (> 55 años para varones y > 65 para mujeres)
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (> 55, > 65 mujeres)
- Microalbuminaria
- Hipertrofia ventricular izquierda

Tabla 3. Enfermedades vasculares y lesiones de órgano diana

ENFERMEDADES VASCULARES; TRASTORNOS CLÍNICOS ASOCIADOS (TCA)

Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, revascularización coronaria previa
 Insuficiencia renal (CL < 60 ml/min, Crp > 1,3 en mujeres y Crp > 1,5 en hombres)
 Enfermedad cerebrovascular: infarto cerebral, hemorragia cerebral o AIT
 Arteriopatía periférica sintomática
 Retinopatía hipertensiva III y IV: edema de papila, hemorragias, exudados

LESIONES ÓRGANO DIANA (LOD)

Hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en ECG o ETT
 Microalbuminaria (30-300 mg/24 horas), proteinuria (>300 mg/24 horas)
 Arteriosclerosis aórtica (ultrasonidos o radiografía tórax),
 ateromatosis carotídea (eco-Doppler)
 Lesiones cerebrovasculares subclínicas: neuroimagen
 Retinopatía I y II: estrechamiento focal o difuso de arterias de la retina: fondo de ojo

Cl: aclaramiento de creatinina; Crp: creatinina plasmática; AIT: accidente isquémico transitario; ECG: electrocardiograma; ETT: ecotrastorácico; HVI: hipertrofia ventricular izquierda

Exámenes complementarios

Serán solicitados, al menos una vez al año, en función del riesgo cardiovascular global.

- Electrolitos y creatinina sérica (para calcular la tasa de filtración glomerular estimada).
- Glucosa en ayunas.
- Análisis de orina con medición de proteinuria en orina espontánea.
- Electrocardiograma y ecocardiograma.
- Perfil de lípidos (colesterol total y lipoproteína de alta densidad [HDL], triglicéridos).

Recuerde: para poder cobrar la prestación fuera de la tasa de uso habitual del 36%, a los pacientes hipertensos medicados con dos drogas o más deberá solicitarles los siguientes estudios de control anual:

En personas con **HTA** adultas o más que al **diagnóstico o durante el seguimiento**, presenten alguna de las siguientes alteraciones:

- Albuminuria igual o mayor a 30 mg/g (dos determinaciones).
- Deterioro del filtrado glomerular (IFGe) por debajo de 60 ml/min/1,73m².
- ECG que sugiere daño de órgano blanco (hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, dilatación de aurícula izquierda).

Se recomienda realizar un ecocardiograma para aumentar la precisión diagnóstica y cuantificar el daño.

En personas con HTA adultas **con daño de órgano blanco**, se recomienda ajustar el tratamiento antihipertensivo con **metas** más estrictas cercanas a **130/80** mmHg; repetir ECG, IFGe e índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada 1 vez al año y ecocardiograma cada 2 a 3 años, ya que la regresión del daño de órgano blanco se asocia a mejor pronóstico y reducción del número de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad.

Control y seguimiento

- En mayores de 40 años o en presencia de FR o valores de presión arterial sistólica (PAS) 130 a 139 y/o presión arterial diastólica (PAD) 80 a 89 mmHg: **al menos 1 vez al año.**
- A los fines prácticos, puede ser conveniente **tomar la PA en cada contacto con el sistema de salud.**

Los objetivos generales del tratamiento antihipertensivo son reducir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares y, por lo tanto, evitar la pérdida de autonomía funcional de la persona mayor, conservando la autonomía y la calidad de vida. Por otro lado, es imprescindible optimizar el tratamiento antihipertensivo, evitando los frecuentes efectos adversos de este en los ancianos, como el ortostatismo¹⁷, teniendo en cuenta que la mayoría de estos pacientes van a requerir al menos dos antihipertensivos para alcanzar los objetivos específicos de PA.

En general, estos objetivos son los siguientes:

1. En personas entre **30 y 59 años** la PA debe ser menor de **140/90** (prevención primaria).
2. Para personas de **60 años o más** la meta de PA debe ser menor de **150/90**. (Se amplía el rango de PA aceptable disminuyendo el riesgo de caídas y efectos adversos no deseados asociados a la implementación de tratamientos intensivos).
3. Se recomienda mantener una **PA menor 130/80** en diabéticos, **nefropatía crónica** y otros trastornos clínicos asociados como **insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica**, antecedentes de **eventos isquémicos cerebrales** (prevención secundaria de enfermedades vasculares ya establecidas).
4. Se recomienda mantener una **PA menor de 125/75** para pacientes con **insuficiencia renal y proteinuria mayor de 1g/día** (prevención terciaria de insuficiencia renal establecida).

Recuerde: la institución cuenta con un vademécum cuyo objetivo es garantizar el acceso a medicamentos esenciales. El uso adecuado de estos podría evitar hospitalizaciones o complicaciones graves.

Para que el afiliado pueda obtener el 100% de la cobertura, el médico o médica de cabecera deberá colocar correctamente el diagnóstico, según las patologías codificadas en el CIE-10.

https://www.pami.org.ar/pdf/VADEMECUM_PARA_MEDICOS.pdf

17. Caída de la presión arterial al ponerse de pie o cambiar de posición. Es una sintomatología frecuente en los adultos mayores que consumen antihipertensivos, hipoglucemiantes orales y otros fármacos. Es importante evitar que este efecto adverso aparezca porque suele provocar mareos y, consecuentemente, caídas.

Conclusiones acerca de la hipertensión arterial

1. La HTA es una de las principales patologías que generan un alto riesgo de enfermedad y muerte por eventos cardiovasculares.
2. Un diagnóstico precoz y el control de la TA disminuyen los riesgos de enfermedades cardiovasculares, de complicaciones e internaciones, produciendo impacto positivo en la calidad de vida del afiliado. Tomando como referencia el estudio publicado por IECS/ CONICET¹⁸, podemos afirmar que **el control de los factores de riesgo cardiovascular, entre ellos la hipertensión arterial, es una intervención de alto costo-efectividad** que reduce el costo por internaciones debido a eventos cardiovasculares y produce un impacto positivo en indicador años de vida ajustados por calidad (AVAC).

En otras palabras, aquellas personas que tengan controlados sus factores de riesgo tienen menos probabilidades de enfermar, de tener complicaciones asociadas a una enfermedad o evento, de sufrir internaciones y de presentar secuelas que afecten su calidad de vida o de morir.

3. Si bien para la detección precoz de la HTA será suficiente hacer un control anual de la PA, en quienes ya tengan diagnóstico será necesario mantener consultas médicas frecuentes, para garantizar un seguimiento adecuado.

Para pacientes que inicien la farmacoterapia las visitas serán de 1 vez por semana hasta conseguir titular (ajustar) la medicación; luego se debe proceder a citar a control una vez por mes hasta alcanzar el equilibrio y control del factor de riesgo; finalmente, la frecuencia de controles a largo plazo dependerá de otros factores de riesgo presentados.

Pacientes oncológicos

Seguimiento de pacientes mayores con patología oncológica desde la Atención Primaria de la Salud

El cáncer es una enfermedad que se asocia a dolor y muerte. De la misma manera que en pacientes que sufren una enfermedad crónica, se alteran las relaciones de la persona enferma con su medio, así como sus roles preestablecidos. Hay algunos cambios que pueden identificarse como comunes; por ejemplo, la inquietud que experimentan los y las pacientes relacionada con su presente y su futuro, incluyendo la preocupación por la calidad de vida que podrán llevar.

El médico de cabecera debe estar atento a algunas tareas básicas: trabajar en equipo de salud desde la prevención y promoción de vida saludable, el diagnóstico, el tratamiento y cuidados

18. Costo-efectividad de un enfoque integral para el control de la hipertensión en entornos de bajos ingresos en Argentina: análisis basado en ensayos del programa de control de la hipertensión en Argentina. Federico Augustovski y col.

paliativos brindando apoyo en todo el proceso, siendo un pilar en la atención integral del paciente con cáncer y su familia.

Las enfermedades oncológicas representan un problema importante de salud en la población mundial. Aun cuando la incidencia es más alta en países desarrollados, el 50% de los casos y muertes en números absolutos ocurre en países en desarrollo y esta tendencia parece aumentar en el tiempo.

Los objetivos de este informe son reconocer los riesgos de enfermedad oncológica más relevantes de acuerdo con el rango etario que presentan la mayoría de las personas afiliadas, identificar las características que se deben tener en cuenta para la realización de pruebas de tamizaje y detección precoz de ciertas enfermedades, y realizar el seguimiento y acompañamiento de los pacientes diagnosticados con enfermedad oncológica.

Epidemiología

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer fue responsable de 10 millones de muertes en el año 2020, lo que representa el 21% del total de fallecidos por enfermedades no transmisibles.

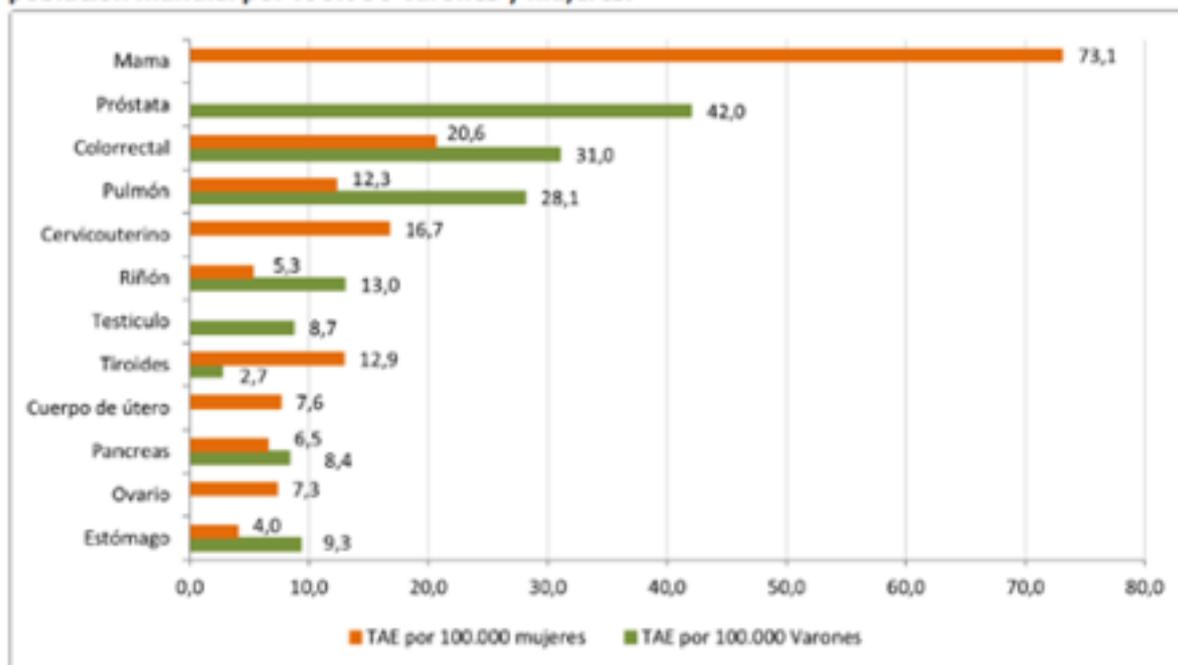
El problema del cáncer en el mundo tendrá un impacto creciente en las próximas décadas probablemente como consecuencia del envejecimiento de la población por la mayor expectativa de vida y la disminución del índice de natalidad observado, no solo en los países desarrollados sino también en aquellos en desarrollo. Se estima que los casos anuales llegarán a aproximadamente 20 millones en las próximas dos décadas.

En 2020 en la Argentina se produjeron más de 126.818 casos nuevos de tumores malignos (excluyendo aquellos localizados en piel y con histología distinta al melanoma). Esta estimación corresponde para ambos sexos a una incidencia de 212,4 casos nuevos por año cada 100.000 individuos. Estas estimaciones determinan que, en relación con el resto del mundo, la Argentina se encuentra en un nivel medio-alto de incidencia de cáncer.

En nuestro país el cáncer de mayor incidencia es el de mama, con una tasa de 73,1 casos cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (42 x 100.000 hombres) y pulmón (28,1 x 100.000 hombres). En las mujeres, en orden de frecuencia, le siguen cérvix, colorrectal, pulmón y ovario. En los hombres luego del cáncer de próstata continúan, en orden de frecuencia, el de pulmón, colorrectal, vejiga, riñón y páncreas.

Gráfico 1

Gráfico 1: Incidencia de cáncer para las principales localizaciones topográficas en varones y mujeres estimadas por la IARC para Argentina en 2020. Tasas ajustadas por edad según población mundial por 100.000 varones y mujeres.



Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan2020. Argentina, 2021

De acuerdo con los datos de mortalidad por enfermedades oncológicas, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) estimó que nuestro país en el año 2020 se encontraba entre los países de mortalidad medio-alta.

Según datos elaborados por el SIVER-Ca, Instituto Nacional del Cáncer (INC), Argentina 2021, en el hombre el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer, con el 18,88%; luego sigue el cáncer colorrectal, con el 12,45%, y en último lugar se ubica el de próstata, con el 11,75%. En las mujeres el cáncer de mama es el de mayor impacto, con 19,51% de las muertes, luego el cáncer colorrectal, con un 11,78%, seguido por el de pulmón, con el 10,85%.

La incidencia de cáncer en orden de frecuencia para ambos sexos a nivel mundial, es la siguiente:

- mama
- colorrectal
- pulmón
- próstata

Si se compara por sexo, los datos de Globocan 2020 muestran para hombres y mujeres la siguiente incidencia:

Tabla 4. Incidencia de cáncer de hombres y mujeres a nivel mundial según orden de frecuencia

Hombres	Mujeres
Próstata	Mama
Pulmón	Utero-cérvix
Colorrectal	Colorrectal
Riñón	Pulmón
Vejiga	Ovario

Fuente: Globocan 2020, Argentina.

Con respecto a los tipos de cáncer que con más frecuencia producen mortalidad, se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 5. Causas más frecuentes de mortalidad por cáncer en las personas mayores, según edad y sexo

60 a 79 años	Hombre	1.º Broncopulmonar 2.º Colorrectal 3.º Próstata
	Mujer	1.º Mama 2.º Colorrectal
Mayores de 80 años	Hombre	1.º Próstata 2.º Broncopulmonar 3.º Colorrectal
	Mujer	1.º Colorrectal 2.º Mama

En las edades avanzadas, más del 60% de las muertes se producen por cáncer, sin que los tratamientos actuales hayan mejorado la supervivencia. De manera que, más allá de un tratamiento óptimo, hay que hacer hincapié en la prevención y la detección precoz (tamizaje) según corresponda por la esperanza de vida de cada paciente.

Rol del médico de cabecera

Los y las médicas de cabecera de la institución poseen un rol fundamental como protagonistas de la atención primaria de la salud para prevenir y detectar precozmente los tumores más prevalentes de las personas afiliadas.

En PAMI contamos con una baja tasa de detección de los tumores más prevalentes en la sociedad. 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 los pacientes por realizarse ciertos estudios de rastreo y la baja solicitud de estos últimos por parte de los profesionales. Es importante, por lo tanto, aumentar la realización de estudios de screening incorporando metas de cumplimiento de estándares de calidad sobre la población general.

El Instituto propone el Buentrato hacia las personas mayores como uno de los ejes centrales de la gestión. Por esta razón, los y las médicas de cabecera deben cumplir con los principios éticos de la institución respecto del trato digno y la evitación de todo tipo de violencia verbal, física, económica, por negligencia o cualquier otra acción que afecte la calidad de la atención médico/a – paciente.

Tamizaje de patologías oncológicas

La OMS define el “tamizaje” o “rastreo” como el uso de una prueba sencilla en una población aparentemente saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología pero que todavía no presentan síntomas.

Para realizar el tamizaje de patologías se deben cumplir con los criterios de Frame y Carlson, que establecen si la patología en cuestión es pasible de ser rastreada y, a su vez, si es útil realizar el rastreo. Para lo cual:

- La enfermedad debe ser un problema de salud prevalente.
- Las etapas latentes pueden ser detectables y tratables en etapa presintomática.

- Las pruebas a utilizar deben ser costo-efectivas.
- Las pruebas deben tener alta sensibilidad para detectar la enfermedad antes del desarrollo de estadios avanzados, alta especificidad, seguridad, aceptabilidad por parte de los pacientes y médicos, bajo costo y reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida o ambas.
- Debe ser fácil de administrar.
- El tratamiento temprano debe ser mejor que el tratamiento en la etapa sintomática o de diagnóstico habitual.
- El daño potencial de la intervención debe ser menor que el del tratamiento no precoz.

En esta línea, y a modo de ejemplo, podemos decir que el cáncer de colon es una enfermedad prevalente, que su detección a tiempo y en una etapa presintomática es mejor que en estadios avanzados, que los métodos disponibles son sensibles y específicos, que son relativamente fáciles de administrar y que el daño de la intervención es sustancialmente menor que el tratamiento en estadios avanzados.

Quizá podamos encontrarnos con ejemplos que no cumplen con absolutamente todos los criterios, pero los beneficios que aporta el screening, en líneas generales, son considerablemente superiores. Un ejemplo de esto es la realización de la Pesquisa Neonatal, que busca enfermedades de muy baja prevalencia. En este caso, uno de los criterios no se cumple, pero el beneficio de hallar estas patologías, considerando la simplicidad de la prueba y su costo, es mayor que detectarlas cuando generan síntomas. Lo mismo podríamos decir para el screening de cáncer de colon; si bien la técnica no es sencilla, para aquellos pacientes cuya SOMF es positiva, o que tienen un riesgo aumentado de presentar la enfermedad, por ejemplo, indicar el estudio posee claros beneficios.

Según las recomendaciones de práctica preventivas, para las personas adultas mayores de 50 años se deben solicitar:

Cáncer de cervical

El cáncer de cuello del utero es una enfermedad altamente prevenible; la mayoría de estas enfermedades malignas se relacionan con la infección de virus de Papiloma Humano; se estima en relación a la infección por este virus de transmisión sexual, que 8 de cada 10 personas lo tendrán en algún momento de su vida. Solamente un 5 % desarrollara lesiones provocadas por esta infección y el tiempo estimado de transformación de las mismas en cáncer es entre 10 a 20 años.

Tamizaje en cáncer cervico uterino ¹⁹

19. Recomendaciones de Programa de Prevención de cáncer Cervico uterino INC 2022.

- El Papanicolaou (PAP): Se recomienda que se realicen este estudio las mujeres a partir de los 25 años hasta los 64 años. Si durante 2 años seguidos el PAP da negativo, se puede espaciar a 3 años. El riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero aumenta con la edad y es mayor en las mujeres de más de 50 años, por eso es importante que las mujeres después de la menopausia se realicen este estudio.
- El Test de VPH es una prueba que detecta la presencia de los tipos de VPH que pueden producir cáncer de cuello de útero, su negatividad permite la no realización de PAP.
- Vacuna contra el HPV: Previene la infección de los VPH que causan aproximadamente el 80% de los casos de cáncer de cuello de útero. La vacuna es gratuita y obligatoria para los niños y las niñas de 11 años.

Cáncer de mama

El rol de la prevención primaria en el control de la mortalidad por cáncer de mama es limitado, pues la mayor parte de los factores de riesgo son difíciles de modificar o nada modificables. Por ende, la detección precoz (prevención secundaria) es la mejor estrategia para reducir la mortalidad.

- En mujeres de 50 a 74 años, con riesgo promedio, se recomienda realizar mamografía cada 2 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.

Recuerde: si su paciente tiene o ha tenido cáncer de mama, el control en este caso varía y deberá realizar controles con el especialista hasta el alta definitiva.

Cáncer de colon

El cáncer colorrectal se produce en más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años, con un pico de incidencia entre los 65 y los 75 años.

La mayoría de los casos (85%) se presenta en forma esporádica, mientras que el resto son formas familiares o hereditarias. Al momento del diagnóstico, en más del 60% de los casos, la enfermedad ya se encuentra avanzada a nivel regional o a distancia y este es el principal factor que influye en la sobrevida global por CCR, que se ubica en alrededor del 60%.²⁰

20. Elaborado por Cáncer colorrectal en la Argentina: organización cobertura y calidad de las acciones de prevención e Informe final diciembre de 2011: diagnóstico de situación de Argentina. Propuesta del Programa de prevención y detección temprana, y acciones para su implementación Dr. Ubaldo Alfredo Gualdrini. Lic. Luciana Eva Iummato.

Cuando el diagnóstico se efectúa en etapas tempranas (Estadios I y II), la supervivencia global aumenta considerablemente, pudiendo superar el 90%.^{21 22}

Tamizaje:²³

- Hombres y mujeres asintomáticos de 50 a 75 años: realizar el test de sangre oculta en materia fecal inmunohistoquímico y/o colonoscopia.
- Si tenés familiares cercanos (padres, hermanos o hijos) que han tenido CCR o pólipos adenomatosos, Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Se debe consultar a médico especialista si es necesaria la realización de esta prueba a edades más tempranas.

Método de rastreo:

Los métodos de tamizaje actualmente recomendados son los siguientes:

a) Test para detectar sangre oculta en materia fecal (SOMF)

Se puede realizar a través de dos métodos:

- medición de sangre oculta en materia fecal (SOMF) a través de la prueba de guayaco (SOMFg).
- medición de sangre oculta en materia fecal (SOMFi) con método de inmunohistoquímica (más recomendado y difundido actualmente).

Si el test de SOMF es positivo, se debe realizar una colonoscopia.

b) Colonoscopia

La sensibilidad y especificidad de este método es alta. Suele requerir sedación. La principal complicación es la perforación. La colonoscopia es un procedimiento invasivo con un bajo pero no despreciable riesgo de complicaciones: perforación (0.06% en estudios diagnósticos y 2% en estudios con polipectomía) y hemorragia (0.2-2.7% dependiendo del tamaño de la lesión).

Dicho estudio puede constituirse, además de una herramienta diagnóstica, en una terapéutica, ya que al extirpar algún pólipo colónico detectado, el resultado final podría ser la curación definitiva.

21. Cáncer colorrectal en la Argentina: organización cobertura y calidad de las acciones de prevención e Informe final diciembre de 2011: diagnóstico de situación de Argentina. Propuesta del Programa de prevención y detección temprana, y acciones para su implementación Dr. Ubaldo Alfredo Gualdrini. Lic. Luciana Eva Iummato.

22. Cuadernillos "TRAPS", enfermedades oncológicas, Ministerio de Salud de la Nación, año 2016.

23. Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR), año 2013.

Después de los 75 años, la evidencia para recomendar el rastreo es insuficiente. En pacientes con riesgo aumentado por antecedentes familiares, cáncer previo o condiciones predisponentes el rastreo debe iniciarse a edad más temprana y con intervalo menor entre rastreos, según el caso particular.

Recuerde: El rastreo de enfermedades oncológicas en la población general está incluido dentro de este programa y se lo desafecta de la tasa de uso cuando el profesional cumple con los estándares de calidad.

Deberán solicitar SOMF inmunohistoquímica (código 660833), mamografía (código 340602) y videoendoscopia baja (código 207124), según los estándares de calidad del programa, al cual puede acceder a través de: https://prestadores.pami.org.ar/seguimiento_patologias_frecuentes.php

Se desaconseja realizar tamizaje oncológico:

- **Ecografía ginecológica** y/o **CA 125** para rastreo de cáncer de ovario. Según la Task Force la recomendación es “D”.²⁴
- **Radiografía de tórax** para rastreo de cáncer de pulmón.
- Solicitar **PSA** para rastreo de cáncer de próstata, excepto que el paciente lo solicite y una vez informado de los daños potenciales y de los beneficios del rastreo mantenga su decisión de realizarlo. Según la Task Force la recomendación es “C” para los hombres entre 55 y 69 años y “D” para los pacientes mayores de 70.²⁵

24. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/ovarian-cancer-screening>

25. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening>

Tabla 6. Recomendaciones para la detección del cáncer en personas mayores.

CÁNCER	PRUEBA	RECOMENDACIÓN DE LA ACS	RECOMENDACIÓN DE LA USPSTF
Mama	Autoexploración Exploración física de la mama Mamografía	Mensual Anual Anual	Sin recomendación Cada 1-2 años, hasta los 69 años Si > 70, individualizar
Cérvix	Test de Papanicolau	Anualmente hasta tres o más frotis normales, luego individualizar	Cada 1-3 años hasta los 65; si es normal no hacer más
Colon	Tacto rectal Sangre oculta en heces Sigmoidoscopia Fibrocolonoscopia o enema de doble contraste	Cada 5 años Anual Cada 5 años Cada 5-10 años	Sin recomendación Anual Sin recomendación Sin recomendación
Próstata	Tacto rectal PSA	Valoración anual Anual*	No recomendado No recomendado
Ovario	Ecografía Marcadores séricos Exploración pélvica	No recomendado No recomendado No recomendado	No recomendado No recomendado No recomendado
Pulmón	Radiografía de tórax Citología de esputo	No recomendado No recomendado	No recomendado
Piel	Inspección cutánea	Anual	Sin recomendación
Cavidad oral	Inspección y palpación de la boca	Anual	Sin recomendación

Fuente: ACS: American Cancer Society; USPSTF = US Preventive Services Task Force

*Con expectativa de vida > 10 años. PSA= antígeno prostático específico

Comportamiento de las neoplasias en las personas mayores

Se ha observado que en pacientes mayores existen algunas neoplasias con evolución más agresiva, como es el caso, por ejemplo, de la leucemia mieloide aguda, el linfoma no Hodgkin de célula grande, el glioblastoma y el sarcoma osteogénico. Hay otros tumores de curso más lento e indolente, como ocurre en determinados tipos de cáncer de mama y de pulmón (independientemente del tratamiento realizado). El cáncer de mama se caracteriza por una disminución de la agresividad con la edad, ya que tiene una mayor probabilidad de presentar un patrón histológico más favorable, con mayores niveles de receptores hormonales, menor factor de crecimiento y menor presencia de metástasis y, como consecuencia, una mayor supervivencia. En cambio, la enfermedad de Hodgkin suele ser más agresiva en pacientes mayores. Esta enfermedad presenta dos picos de incidencia de edad, uno a los 32 y otro a los 84 años, siendo la esclerosis nodular el subtipo histológico más frecuente en el grupo de edad avanzada. La edad se considera un factor de mal pronóstico independiente en esta neoplasia. Igual pasa con las leucemias agudas, que suelen presentar mayor resistencia al tratamiento y una menor supervivencia en personas mayores.

Los beneficios del tratamiento del cáncer se comportan de diferentes maneras, desde aumentar la supervivencia, mantener y mejorar la calidad de vida y la funcionalidad, hasta paliar los síntomas. Sus riesgos incluyen las complicaciones de la cirugía, de la radioterapia y de la quimioterapia (infecciones por neutropenia, anemia, hemorragia, mucositis, cardio y neurotoxicidad, alteraciones cognitivas, del humor, del equilibrio, alteraciones visuales, auditivas e incontinencia esfinteriana), pudiendo todos estos factores precipitar la dependencia funcional del paciente. La edad avanzada no debe ser un impedimento para recibir un tratamiento efectivo contra el cáncer. A la hora de establecer un tratamiento adecuado, se considera tan importante el conocimiento del estado de salud general del enfermo, como la capacidad para tolerar los tratamientos, el soporte social y la expectativa de vida.

El estadio y la agresividad tumoral determinan el riesgo de la recurrencia y la progresión tumoral. El principio básico para el control del proceso neoplásico radica en el adecuado establecimiento del pronóstico de la enfermedad, debiéndose diferenciar aquellos pacientes de los que se espera que vayan a morir por el cáncer o por sus complicaciones de los que presentan una expectativa de vida tan corta que es improbable que desarrollen la morbimortalidad por el cáncer. Esta diferenciación permitirá ofrecer a cada paciente un tratamiento adecuado, evitando o disminuyendo el riesgo de complicaciones por el tratamiento, y ayudando a preservar la situación funcional de los pacientes de edad avanzada.

Por tanto, a la hora de valorar la posibilidad de tratamiento en estos pacientes, deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos (según la National Comprehensive Cancer Network):

1. Estimar la expectativa de vida basada en la valoración funcional y la comorbilidad.
2. Estimar el riesgo de morbilidad del cáncer:
 - Estadiaje tumoral al diagnóstico.
 - Riesgo de recurrencia y progresión tumoral.
 - Agresividad tumoral.
3. Valoración de las condiciones que podrían interferir en el tratamiento contra el cáncer y en su tolerancia, valoración geriátrica integral (VGI):
 - Malnutrición.
 - Polifarmacia.
 - Ausencia de soporte social.
 - Depresión.
 - Deterioro cognitivo.
 - Riesgo de caídas.
4. Valorar los objetivos del paciente en cuanto al tratamiento (qué espera el paciente del tratamiento).

Prevención de enfermedades oncológicas

Factores de riesgo: se puede clasificar a los factores de riesgo en modificables y en no modificables. Es importante conocer ambos, ya que será posible adoptar conductas sobre los factores que son modificables y trabajar con las personas para mejorar sus hábitos conociendo esta información. Conocer los factores no modificables resulta de utilidad para mantener la atención y observar si cambian conducta con respecto al screening (adelantar un estudio o utilizar otra técnica diagnóstica).

Cabe destacar que un factor de riesgo no es más que eso: una posibilidad, una chance. No es un diagnóstico seguro ni una sentencia de enfermedad. Es una alerta para los profesionales y para las personas para no desvincularse del sistema de salud y para tomar medidas que puedan disminuir esa “chance” de enfermar.

Con respecto al cáncer de mama, debe recordarse que entre el 75 y el 80% de las pacientes que desarrollan cáncer de mama no refieren antecedentes familiares, es decir que la gran mayoría son esporádicos.

a) Factores de riesgo personales modificables:

- obesidad (en postmenopáusicas)
- sedentarismo
- nuliparidad o primiparidad tardía (mayor de 30 años)
- edad tardía del primer embarazo, se asocia a mayor riesgo
- obesidad e hiperinsulinemia.

b) Factores de riesgo personales no modificables:

- menarca temprana
- menopausia tardía

c) Factores exógenos a considerar:

- terapia hormonal de reemplazo
- anticonceptivos orales (para mujeres de alto riesgo)
- radiaciones ionizantes
- dieta rica en grasas
- alcohol
- tabaco (para fumadoras activas y pasivas).

d) Antecedentes familiares:

- cáncer de mama a edad temprana (premenopáusico)
- cáncer de mama bilateral o multicéntrico
- dos o más mujeres con cáncer de mama en una misma familia
- cáncer de mama en más de una generación familiar
- individuos con cáncer de mama y otro tumor primario (dos tumores primarios en el mismo individuo)
- etnia de riesgo (judía, asquenazi, islandeses, etc.)
- cáncer de mama en hombres.

Con respecto al cáncer de colon, el factor de riesgo más importante es la edad, factor no modificable. Además, la presencia de pólipos, antecedentes personales o familiares de cáncer de colon y otros tipos de enfermedades malignas, enfermedades inflamatorias intestinales y síndromes hereditarios (poliposis adenomatosa familiar y síndrome de Lynch).

Otros factores de riesgo, sobre los cuales es posible actuar, son la obesidad, el consumo de tabaco, el consumo de carnes rojas procesadas y el consumo de hidratos de carbono altamente procesados, así como también la ingesta de alcohol. Estos hábitos son factores de riesgo para presentar cáncer colorrectal, para desarrollar otros tipos de neoplasias y también para otras enfermedades sumamente prevalentes, como los eventos cardiovasculares. Es importante, por lo tanto, que los médicos y médicas destinen todo su esfuerzo en acompañar a las personas en su deshabituación. En cambio, como factores protectores del cáncer de colon se describen el ejercicio físico y el consumo de lácteos y derivados.

Como se ha compartido en los módulos de capacitación y en otros textos, los cambios del estilo de vida son sumamente complejos, e intervienen en estos cambios una multiplicidad de factores. La cultura, las posibilidades físicas y las redes familiares, las posibilidades económicas son cuestiones trascendentales a considerar, más aún en nuestra población de personas afiliadas, siendo en su mayoría personas mayores.

Dentro de las posibilidades, y sin alterar las cuestiones culturales de las personas, es importante transmitir conceptos claros e incentivar a generar pequeños cambios. Conocer el estado de fumador y dar un consejo breve, desaconsejar el consumo de alcohol (y entender qué motiva este consumo), brindar pautas para una alimentación más sana (reemplazar productos elaborados y enlatados, por ejemplo, por alimentos frescos y no procesados), preguntar sobre la salud bucal y el sentido del gusto y del olfato son medidas que el médico de primer nivel puede incorporar, no solo para la prevención del cáncer en particular sino para lograr un mayor bienestar en la persona, y promover una vida más saludable, autónoma y feliz.

Ficha de tamizaje oncológico

En el Anexo, se adjunta la ficha de tamizaje oncológico para el médico de cabecera, que le servirá para desarrollar una anamnesis correcta de sus pacientes y reforzar las medidas de tamizaje para prevención de patologías oncológicas prevalentes en las personas mayores.

Ficha tamizaje oncológico PAMI MÉDICO DE CABECERA

Fecha de registro: / /

Datos del paciente:

Nombre y Apellido		
DNI	N° de afiliado	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo

Domicilio:

Calle	Número
Localidad	Provincia
Teléfono/Celular	
Mail	

Marcar con una cruz (x) lo que corresponda:

Antecedentes médicos	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso (IMC 26-30) y obesidad (IMC >30)	<input type="checkbox"/>
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Gastritis por H. pylori	<input type="checkbox"/>
Infección crónica o pasada por HCV	<input type="checkbox"/>

Infección crónica o pasada por HCB	<input type="checkbox"/>
Infección por HPV genital	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>
Ingestión de bebidas alcohólicas diariamente	<input type="checkbox"/>
Radiación ionizante	<input type="checkbox"/>
Exposición amianto, pesticidas u otros químicos	<input type="checkbox"/>
Enfermedad reumatológica	<input type="checkbox"/>
Medicación inmunosupresora	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

Antecedentes de enfermedad oncológica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Cuál?		

¿En qué estatus se encuentra la patología?	
Activo	<input type="checkbox"/>
En tratamiento o seguimiento	<input type="checkbox"/>
Resuelto	<input type="checkbox"/>

¿Antecedentes de cáncer en familiares consanguíneos directos?		
Cáncer de mama:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer de mama a edad temprana (premenopáusico)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer de mama bilateral o multicéntrico.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dos o más mujeres con cáncer de mama en una misma familia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cáncer de mama en más de una generación familiar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Individuos con cáncer de mama y otro tumor primario (dos tumores primarios en el mismo individuo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Etnia de riesgo (judía asquenazí, islandeses) Cáncer de mama en hombres	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cáncer de colon:

Antecedente familiar de cáncer colorrectal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Síndrome de cáncer colorrectal hereditario confirmado o sospechado, como poliposis adenomatosa familiar (FAP) o síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antecedente personal de radiación dirigida al abdomen o al área pélvica para tratar un cáncer previo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros		

Tamizaje

SOMFi <input type="checkbox"/>	SOMFi <input type="checkbox"/>	Mamografía <input type="checkbox"/>	Colonoscopia <input type="checkbox"/>
Fecha		Lugar	
Resultado			

Síntomas asociados con patología oncológica

SI

NO

FIS: / /

Fecha de primera consulta: / /

¿Cuáles?

Datos del médico:

Nombre y apellido del profesional

Matrícula Nacional

Celular

Mail