



NACIONAL



RESOLUCION 806/2007
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Apruébanse los planes de prevención, que serán de aplicación para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
Del: 27/12/2007; Boletín Oficial: 15/01/2008

VISTO el Expediente Nº 118.997/07-SSSalud, las Leyes Nº 23.660, Nº 23.661, el Decreto Nº 576/93 y la Decisión Administrativa Nº 434/07 del Sr. Jefe de Gabinete de Ministros, y

CONSIDERANDO:

Que en el expediente citado en el visto ha tramitado la solicitud de autorización a favor de esta Superintendencia de Servicios de Salud para la implementación y financiamiento de distintos planes de prevención para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que en los considerandos de dicha norma, se ha señalado que la Superintendencia de Servicios de Salud debe intensificar las acciones dentro de su ámbito, ante la necesidad de fortalecer la prevención, la detección temprana, la terapéutica oportuna y la rehabilitación adecuada, implementando al efecto programas de prevención.

Que la inversión en prevención, cuidado de la salud y promoción de hábitos saludables de vida es muy baja, si se la compara con el dinero que gastan los países en vías de desarrollo en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud; a pesar de lo cual, el gasto crece anualmente por encima del crecimiento del PBI, sin que esto se vea acompañado por resultados alentadores.

Que los trabajos en la detección temprana de los factores de riesgo de enfermedades prevalentes no transmisibles y oncológicas ha fracasado, en general, por la baja adherencia de la población a este tipo de programas que producen resultados a largo plazo.

Que para el éxito de estos programas es necesario dar incentivos a todos los protagonistas para obtener resultados a la inversión, la que debe sostenerse en el tiempo, midiéndose los resultados que se van generando en períodos diferentes de acuerdo las características de cada uno de los programas.

Que cada uno de los programas que se enuncian tiene tiempos de cumplimiento diferentes, de acuerdo a la accesibilidad del programa por parte de la población objeto de estudio, debiendo respetarse las diferencias socioculturales para asegurar los resultados, así como consensuar que las mediciones siempre sean efectuadas tomando como base poblaciones testigos similares.

Que la implementación de los programas se debe efectuar por etapas, y en esta primera etapa se trata de involucrar poblaciones de Agentes del Seguro de Salud de diferentes características, con el objeto de promover la implementación de este modelo en obras sociales de más de un millón de beneficiarios, como en otras de menor envergadura poblacional pero con distribución territorial importante.

Que esa población beneficiaria, en esta primera etapa, representa un CINCUENTA Y OCHO POR CIENTO (58%) del total de los beneficiarios protegidos por el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Que la elección de los planes ha tenido sustento en la previa información de las gerencias técnicas del Organismo en cuanto a las patologías prevalentes y su incidencia en los costos y gastos en salud.

Que la Gerencia de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en ejercicio de las atribuciones emanadas de los Decretos 1615/96, 96/06 y 131/06,

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º. Los objetivos y metas generales de los Planes y Programas de Prevención son los enunciados en el Anexo I de esta Resolución.

Art. 2º. Apruébanse los planes de prevención determinados en el Anexo II del presente acto administrativo, que serán de aplicación para los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Art. 3º. Los agentes del Seguro de Salud individualizados en el Anexo IV de la presente resolución, contarán con los fondos allí previstos a los fines de la implementación y ejecución de los planes de prevención de que da cuenta el artículo 2º de este acto administrativo.

(Nota: por art. 1º de la Resolución Nº 963/2008 de la Superintendencia de Servicio de Salud B.O. 01/12/2008, se deja sin efecto la asignación de fondos a los Agentes del Seguro Nacional de Salud establecida por la presente Resolución, sin perjuicio de las transferencias que ya fueran realizadas hasta la fecha del dictado de la norma de referencia, las que quedarán sujetas a los controles establecidos en la presente Resolución).

Art. 4º. Deberá darse estricto cumplimiento con los mecanismos de información y transmisión de datos desde los agentes del Seguro de Salud hacia la Superintendencia de Servicios de Salud, de conformidad con las especificaciones previstas en el Anexo III, bajo apercibimiento de la revocación de los auxilios financieros otorgados así como de las sanciones previstas por los arts. 42, srgtes. y concordantes de la Ley Nº 23.660.

Art. 5º. La Gerencia de Gestión Estratégica será la encargada del monitoreo del cumplimiento de los indicadores de procesos y de resultados contenidos en cada uno de los programas, debiendo los Agentes del Seguro de Salud presentar informes trimestrales que acompañen la secuencia de cumplimiento de la Resolución Nº 650/97.

Art. 6º. Derógase la Resolución Nº 84/07-SSSalud.

Art. 7º. Autorízase a la Subgerencia de Administración a liquidar a cargo de los Agentes del Seguro de Salud detallados en el Anexo IV, las sumas allí indicadas, que totalizan pesos cuarenta y siete millones setecientos cuarenta y cuatro mil novecientos cincuenta (\$ 47.744.950) con afectación a la partida Nº 50-01-2-12-1-517.

Art. 8º. Regístrese, notifíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.

Héctor A. Capaccioli

ANEXO I

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Objetivos y metas generales de los programas preventivos

Los programas subsidiados son aquellos que, de una previa evaluación, han sido identificados como los de mayor prevalencia en la población del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Cada

Agente del Seguro de Salud desarrollará, en base al conocimiento particular de su población, los programas de prevención que ataquen los riesgos prevalentes descriptos. En todos los casos deberán cumplir las normas que se detallan en cada uno de ellos.

La lectura de los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación (2006), demuestra que la percepción de la sociedad de su estado de salud dista mucho de la realidad, por lo tanto, difícilmente los beneficiarios de la obras sociales perciban el riesgo en que se encuentran y menos aun tomen acciones en el sentido de cambiar conductas poco saludables por otras más saludables. Diversos estudios indican una tendencia creciente en la aparición de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en la población en general.

Las enfermedades crónicas son responsables de la pérdida de un tercio de los potenciales años de vida perdidos antes de los sesenta y cinco (65) años, del setenta por ciento (70%) de las muertes, y además consumen el sesenta por ciento (60%) del presupuesto destinado a salud.

A pesar de la importante inversión en salud que se realiza en nuestro país, los resultados obtenidos son pobres: menos del cincuenta por ciento (50%) de los pacientes con hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólico, sobrepeso u obesidad y otras condiciones crónicas o con factores de riesgo, como sedentarismo u obesidad están bajo tratamiento médico y de aquellos que lo están, menos de la mitad se encuentra controlado de acuerdo a los protocolos médicos con mayor grado de consenso nacional e internacional. Asimismo menos del cincuenta por ciento (50%) de aquellos pacientes que conocen su enfermedad se adhieren a un protocolo de toma de medicamentos adecuado para el control de la misma.

El modelo de cuidados médicos para pacientes crónicos y población en riesgo con mayor aceptación y resultados exitosos en todo el mundo indican que el cuidado brindado debe ser: seguro, efectivo, centrado en el paciente, adecuado en el tiempo (accesible), eficiente y equitativo.

El objetivo general es contribuir a la reducción de la morbimortalidad y mejoría de la calidad de vida de los beneficiarios de los Agentes del Seguro a través de la implementación de una política de prevención basada en un sistema integral de gestión de calidad. Debe reducir una patología determinada en un número estadísticamente significativo en un plazo de no menos de cinco (5) años de acuerdo a la población objeto.

Al inicio se fijan los indicadores básicos y los esperados.

Las metas generales de los programas preventivos son:

1. Identificar necesidades y expectativas de la población beneficiaria.
2. Aumentar la accesibilidad a través de la disponibilidad de turnos para la Consulta Programada para brindar prestaciones preventivas.
3. Organizar y ofrecer la implementación de Programas para brindar la prestación de Servicios Preventivos de salud en base a las necesidades y expectativas de los beneficiarios.
4. Elaborar normativas a partir de los programas.
5. Efectuar la auditoría de la actividad prestacional, a través del monitoreo y seguimiento de las acciones efectuadas por cada uno de los Agentes del Seguro de Salud en cada uno de los Programas y Planes, utilizando como herramientas epidemiológicas los indicadores de proceso y resultado especificados en la Resolución de la Superintendencia de Servicios de Salud.
6. Evaluar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.
7. Difundir a los beneficiarios y a la comunidad los alcances y contenidos de los programas a través de carteleros, puestos de información y página Web.
8. Realizar actividades de Educación para la Salud para los beneficiarios a través de folletos informativos, talleres, página Web, etc.

9. Evaluar el impacto de las intervenciones en los resultados sanitarios (indicadores epidemiológicos de base poblacional), de acuerdo a las especificaciones que la Superintendencia de Servicios de Salud imponga a los Agentes del Seguro de Salud para la recolección de la información, tanto de los programas en general como los referidos a cada uno de ellos en particular.

10. Los resultados obtenidos a través de los indicadores de desempeño tendrán como objetivo mejorar la calidad de atención de la salud, monitorear el cometido de los financiadores, identificar inadecuados desempeños para la protección de la salud de la población beneficiaria y para la correcta distribución de los recursos solidarios.

11. Los resultados obtenidos a través de los indicadores de resultado revelarán la calidad asistencial y prestacional, y su impacto sobre la detección y seguimiento de patologías.

La medición se realiza permanentemente y se monitorea auditando a cada prestador y financiador según tabla de eficiencia y eficacia.

Los Agentes del Seguro de Salud no tendrán obligación de dar cobertura de prácticas y tratamientos que no hayan demostrado efectividad clínica, ni que tampoco estén incluidos en el Programa Médico Obligatorio.

Los profesionales y efectores que brinden estas prestaciones deberán estar debidamente acreditados ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los Agentes del Seguro de Salud que estén a cargo de la cobertura de los programas deberán llevar un registro de la población que se encuentre bajo los diferentes programas, y elevarán en forma trimestral, un informe sobre la evolución de los mismos a la Superintendencia de Servicios de Salud, quien además implementará los mecanismos de contralor necesarios.

ANEXO II – PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISLIPEMIAS

Introducción

El tercer y último informe del panel de expertos sobre la detección, evaluación y tratamiento del colesterol elevado en adultos (más conocido por sus iniciales en inglés ATP III por Adult Treatment Panel III) constituye la actualización de las recomendaciones sobre manejo de las dislipemias hasta entonces vigentes del National Cholesterol Education Program (NCEP) de los Estados Unidos.

Es un consenso de los principales expertos mundiales en el tema que formulan recomendaciones luego de una extensa revisión de la evidencia científica disponible hasta mayo de 2001, fecha de su publicación.

Esta guía de práctica no busca reemplazar sino informar el juicio clínico del médico tratante, que siempre prevalecerá ante cada caso particular.

Consideración de múltiples factores de riesgo:

_ Coloca a los diabéticos sin manifestaciones de enfermedad coronaria (EC) en un nivel de riesgo equivalente a los que ya tienen diagnóstico de EC.

_ Usa el score de Framingham (para predecir el riesgo de desarrollar eventos vasculares en los próximos 10 años) como instrumento para identificar a aquellas personas con múltiples factores de riesgo que se beneficiarán con un tratamiento más intensivo (Anexos 1 y 2 de esta Guía de Práctica Clínica).

Agrega a los pacientes con síndrome metabólico como candidatos a una intervención activa para mejorar su estilo de vida.

Cambios en la clasificación de lipoproteínas:

Identifica un nivel de LDL por debajo de 100 mg/dL como "óptimo".

Se aumenta el punto de corte a partir del cual se clasifica el HDL como "bajo" de < 35 mg/dL a < 40 mg/dL.

Baja los puntos de corte de la clasificación de triglicéridos para prestar atención a elevaciones moderadas.

Sugiere implementar:

En vez de hacer screening con colesterol total y HDL solamente recomienda medir de inicio colesterol total, HDL y triglicéridos (TG) y calcular LDL con la fórmula correspondiente.

Recomienda usar fitoesteroles y fibra soluble como agregados a la dieta para reducir el colesterol.

Pone como objetivo del tratamiento no sólo el LDL sino también a los TG cuando son ≥ 200 mg/dL.

Resumen de las consideraciones finales del ATP III

Es conveniente dividir las etapas del diagnóstico y tratamiento de la dislipemia en 9 pasos:

Paso 1: Perfil lipídico completo luego de un ayuno de 9 a 12 hs.

Se debe solicitar al laboratorio el dosaje de colesterol total, triglicéridos y HDL. En base a ellos se calcula con la fórmula de Friedwald el valor de LDL:

$$\text{LDLc} = \text{colesterol total} - \frac{[\text{HDL} + \text{triglicéridos}]}{5}$$

No tiene utilidad diagnóstica la medición de lípidos totales ni el lipidograma electroforético, excepto en contadas excepciones.

Clasificación de los niveles de colesterol total, HDL y LDL	
LDL (Objetivo primario del tratamiento)	
< 100 mg/dL	Óptimo
100-129 mg/dL	Cerca o por encima del óptimo
130-159 mg/dL	Borderline alto
160-189 mg/dL	Alto
≥ 190 mg/dL	Muy alto
Colesterol Total	
< 200 mg/dL	Deseable
200-239 mg/dL	Borderline alto
≥ 240 mg/dL	Alto
HDL	
< 40 mg/dL	Bajo
≥ 60 mg/dL	Alto

Paso 2: Identificación de la presencia de manifestaciones clínicas de aterosclerosis que impliquen alto riesgo de enfermedad coronaria o eventos vasculares equivalentes.

Enfermedad coronaria sintomática (antecedentes de angina de pecho, infarto agudo de miocardio o muerte súbita)

Estenosis carotídea sintomática

Vasculopatía periférica

Aneurisma de aorta abdominal.

Paso 3: Determinar la presencia de factores de riesgo mayores (excluyendo el LDL)

Factores de riesgo mayores que modifican la meta de LDL ⁽¹⁾	
Tabaquismo	HDL < 40 mg/dL ⁽²⁾
Hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg ó en tratamiento antihipertensivo)	Edad (varones ≥ 45 años, mujeres ≥ 55 años)
Historia de enfermedad coronaria precoz en familiares de primer grado (varones < 55 años, mujeres < 65 años)	
⁽¹⁾ El ATP III considera a la <i>diabetes</i> como un equivalente de enfermedad coronaria	
⁽²⁾ Valores de HDL ≥ 60 mg/dL se cuentan como un factor de riesgo «negativo», su presencia resta un factor de la suma total	

Paso 4: Valoración del riesgo cardiovascular a mediano plazo

Dejando de lado el valor de LDL, si existen 2 o más factores de riesgo en ausencia de EC o sus equivalentes, se debe evaluar el riesgo a 10 años mediante el score de Framingham. Hay 3 posibles niveles de riesgo:

- > 20% → riesgo equivalente al de la enfermedad coronaria
- 10 – 20%
- < 10%

El score de Framingham para población adulta masculina y femenina puede consultarse en los anexos 1 y 2.

Paso 5: Determinación de la categoría de riesgo

- Establecer el objetivo de LDL antes de iniciar el tratamiento
- Determinar la necesidad de implementar cambios en el estilo de vida
- Decidir el momento a partir del cual se considerará utilizar drogas.

Metas de LDL y puntos de corte para iniciar cambios en el estilo de vida (CEV) o tratamiento farmacológico en distintas categorías de riesgo			
Categoría de riesgo	Meta de LDL	Iniciar CEV	Iniciar drogas
Enfermedad coronaria o equivalente	< 100 mg/dL	≥ 100 mg/dL	≥ 130 mg/dL (opcional entre 100–129 mg/dL) ¹
2 ó más factores de riesgo	< 130 mg/dL	≥ 130 mg/dL	Riesgo a 10 años 10–20%: ≥ 130 mg/dL
			Riesgo a 10 años < 10%: ≥ 160 mg/dL
0 ó 1 factores de riesgo ²	< 160 mg/dL	≥ 160 mg/dL	≥ 190 mg/dL (opcional entre 160–189 mg/dL)

En el resto habitualmente corresponde esperar los resultados de 3 meses de dieta y ejercicio antes de reevaluar la prescripción de drogas hipolipemiantes.

Paso 8: Diagnóstico y tratamiento del síndrome metabólico

El síndrome metabólico incluye 3 o más de los siguientes factores:

Factor de riesgo		Punto de corte
<i>Obesidad abdominal</i> ⁽¹⁾	Varones	Circunferencia de cintura ⁽²⁾ > 102 cm
	Mujeres	Circunferencia de cintura > 88 cm
<i>Trigliceridemia</i>		≥ 150 mg/dL
<i>HDL</i>	Varones	< 40 mg/dL
	Mujeres	< 50 mg/dL
<i>Presión arterial</i>		≥ 130 / 85 mmHg
<i>Glucemia en ayunas</i>		≥ 110 mg/dL

⁽¹⁾ El sobrepeso y la obesidad están relacionados con la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico. Sin embargo, la presencia de obesidad abdominal tiene una relación más fuerte con los factores de riesgo metabólico que un IMC alto. Por lo tanto, la simple medición del perímetro abdominal (a la altura del ombligo con el paciente parado) es lo que se recomienda para identificar el componente corporal del síndrome metabólico.

⁽²⁾ Algunos hombres pueden tener múltiples factores de riesgo metabólico aunque su circunferencia de cintura esté sólo marginalmente aumentada (de 94 a 102 cm). Podrían tener una contribución genética más fuerte a la resistencia insulínica. Estos pacientes se benefician de cambios en el estilo de vida al igual que los que tienen una clara obesidad abdominal (circunferencia > 102 cm)

Tratamiento del Síndrome Metabólico.

- Tratar las causas subyacentes (sobrepeso u obesidad y sedentarismo):
 - Intensificar el descenso de peso
 - Aumentar la actividad física.
- Tratar los factores de riesgo lipídicos y no-lipídicos si persisten después de la dieta y el ejercicio:
 - Tratamiento antihipertensivo
 - Usar AAS en los pacientes coronarios para reducir el estado protrombótico
 - Tratar la hipertrigliceridemia y/o ↓ HDL (ver paso 9).
 -

Paso 9: Tratamiento de la Hipertrigliceridemia y del HDL bajo

Clasificación de los niveles de triglicéridos según el ATP III:	
< 150 mg/dL	Normal
150 – 199 mg/dL	Borderline alto
200 – 499 mg/dL	Alto
≥ 500 mg/dL	Muy alto

- o fibratos o ácido nicotínico
- o una vez que los triglicéridos estén por debajo de 500 mg/dL, evaluar cambios en la medicación buscando ahora alcanzar la meta de LDL.

Tratamiento del HDL bajo (< 40 mg/dL)

- Primero alcanzar la meta de LDL, luego:
- intensificar el descenso de peso y la actividad física
- si los triglicéridos siguen entre 200 y 499 mg/dL, buscar el objetivo de colesterol no-HDL.
- Si los triglicéridos se normalizan a < 200 mg/dL, pero el HDL sigue < 40 mg/dL (“HDL bajo aislado”), considerar el uso de ácido nicotínico o fibratos en pacientes de alto riesgo (portadores de enfermedad coronaria o sus equivalentes)

Población destinataria

Adultos mayores de 20 años, con factores de riesgo.

Objetivo específico

Reducir este factor de riesgo cardiovascular, con mayor prevalencia en la población.

METAS ESPECIFICAS:

1. Alentar a las personas a hacer cambios positivos en sus estilos de vida.
2. Identificar los enfermos su derivación al especialista, para tratamiento inmediato
3. Seguimiento y control según Guías de Prácticas Clínicas
4. Corregir otros factores de riesgo asociados (Obesidad, tabaquismo, sedentarismo, etc.)
5. Reducir los eventos o accidentes cardiovasculares

A partir de la implementación del programa, se mide el nivel de riesgo

Clasificación de los niveles de colesterol total, HDL y LDL	
LDL (Objetivo primario del tratamiento)	
< 100 mg/dL	Óptimo
100-129 mg/dL	Cerca o por encima del óptimo
130-159 mg/dL	Borderline alto
160-189 mg/dL	Alto
≥ 190 mg/dL	Muy alto
Colesterol Total	
< 200 mg/dL	Deseable
200-239 mg/dL	Borderline alto
≥ 240 mg/dL	Alto

HDL	
< 40 mg/dL	Bajo
≥ 60 mg/dL	Alto

Se indicó a los profesionales sobre la detección y registro de pacientes con riesgo para ingresar-

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO - INFECCIÓN POR HPV

Introducción

La infección por el virus del papiloma humano (HPV) es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y se relaciona en forma directa con el cáncer de cuello de útero (99.7% de los casos) y verrugas genitales.

La infección temprana por el HPV explicaría la incidencia temprana del diagnóstico de cáncer de cuello de útero aproximadamente a los 47 años, y es por ello la causa de muerte más temprana por cáncer en mujeres jóvenes.

La incidencia de la infección en la Argentina es de un 16,7% según estudios realizados, teniendo además la tasa más alta de infección (25,5%) por el HPV en mujeres menores de 25 años. Casi el 70% de las mujeres se infectará por el HPV en algún momento de sus vidas.

Debe tenerse presente, que a la infección por este virus se suman factores externos que facilitan la aparición y evolución de la enfermedad y dichos factores son: múltiples parejas sexuales, hábito de fumar, alcohol, consumo de drogas, anticonceptivos orales y mal nutrición, entre otros.

De acuerdo a un trabajo realizado por profesionales del Hospital de Clínicas de Buenos Aires: en la Argentina, el 17% de la población de entre 15 y 65 años está infectada por el papiloma virus humano (HPV) de alto riesgo.

Cáncer de Cuello Uterino

Introducción

El cáncer invasor del Cuello Uterino es uno de los problemas más trascendentes de la Salud Pública en la República Argentina. Sabemos que en los países industrializados, con una buena organización y participación se ha logrado disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino entre un 80 y 90%.

Sobrevivida a los 5 años:

Estadío I	Estadío II	Estadío III	Estadío IV
80%	55%	35%	10%

En la Argentina, según el registro de tumores de Concordia (Entre Ríos), el cáncer de cuello uterino es el segundo en frecuencia y la tasa bruta de incidencia del cáncer de cuello fue de 28 por cien mil mujeres en el período 1997/2000. De acuerdo a estas cifras, se estima un total de 4800 a 5400 casos nuevos por año.

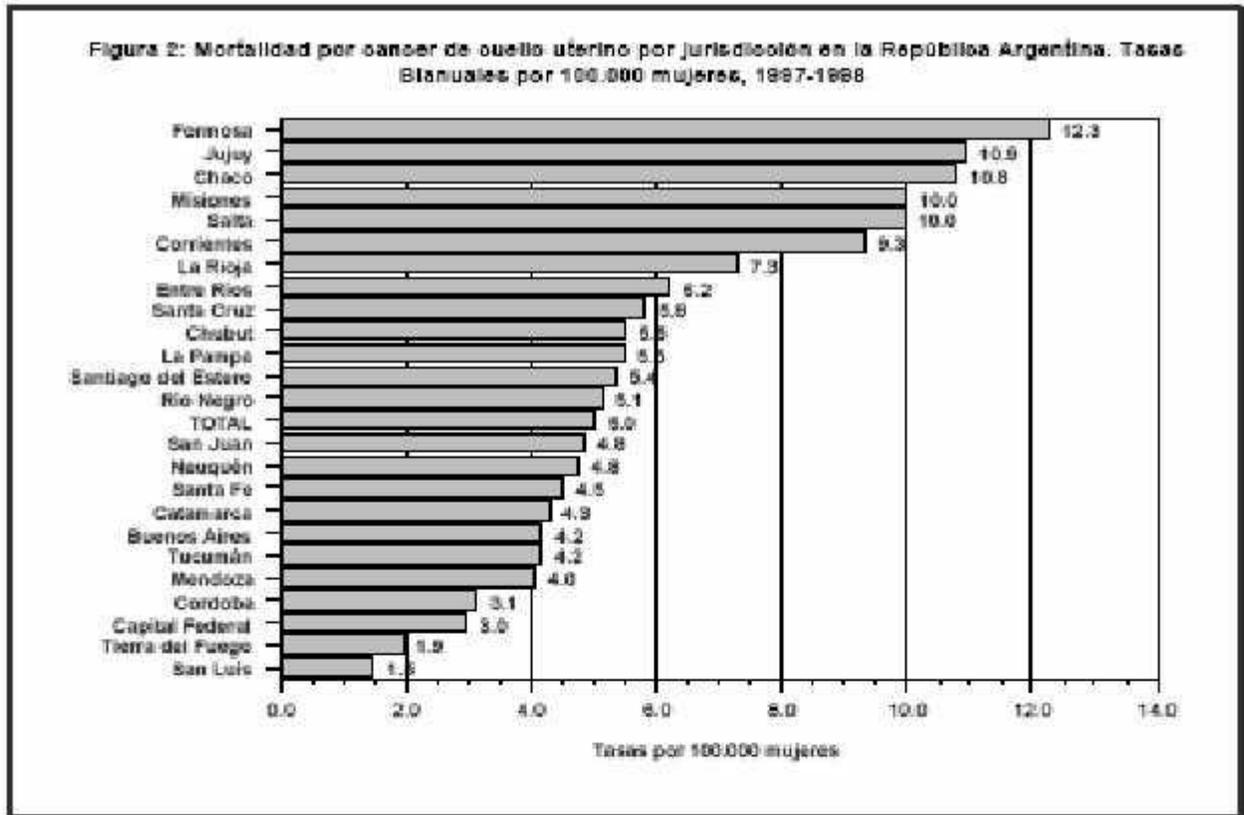
Mortalidad.

En nuestro país las provincias con las tasas más altas de mortalidad son Corrientes, Formosa, Chaco, Salta y Santa Cruz.

El cáncer de cuello de útero es la segunda causa de cáncer en mujeres, seguido por el de mama según datos del Ministerio de Salud de la Nación. La tasa de mortalidad ajustada por edad en el año 1999 fue de 9,2 por 100.000 mujeres (INER "Emilio Coni").

En nuestro país se calcula que mueren 11 mujeres por día por cáncer de cuello con un promedio aproximado de 4000 por año.

De las 24 jurisdicciones a nivel nacional, 11 se ubicaron por debajo del promedio nacional y 13 por encima de esta cifra, cuando se comparan las tasas bianuales por 100.000 mujeres.



Las provincias de Formosa, Jujuy, Chaco, Misiones, Salta y Corrientes, muestran la peor situación en el mapa del país con tasas superiores a 9 muertes por 100.000 mujeres. La provincia de Formosa tiene una tasa de mortalidad que es el doble del promedio nacional y similar a la de Chile.

El HPV no sólo está relacionado con el cáncer de cuello de útero, sino también con otros cánceres como se detalla a continuación:

HPV y Cáncer: Un Amplio Espectro¹

Cáncer	% Asociado a Ciertos Tipos de HPV
Cervical*, ¹	>99%
Vaginal ²	~50%
Vulvar ²	~50%
Peneano ²	~50%
Anal ²	~85%
Orofaringeo ^{2,3}	~20%

- Verrugas genitales.

Las verrugas genitales tienen una infectividad >75%. Cerca del 40% remiten espontáneamente. El tratamiento puede ser doloroso e intimidante. Existen terapias tópicas y quirúrgicas. Las tasas de recurrencia varía ampliamente. La recurrencia puede ser tan baja como un 5% (con el tratamiento láser), o tan alta como un 65% (con otros tratamientos).

Prevención Primaria

Las actividades de prevención primaria están relacionadas fundamentalmente con la información a la población de los factores de riesgo que están asociados al cáncer de cuello uterino, principalmente dicha información debe estar dirigida a las personas más expuestas. La naturaleza biológica de la enfermedad es evidente y su naturaleza social es incuestionable. El resultado es una distribución desigual de la enfermedad y de la muerte, entre los distintos conjuntos o formaciones sociales. La educación sexual es uno de los pilares de la prevención primaria.

Factores de riesgo

- Edad temprana de inicio en las relaciones sexuales.
- Gran número de compañeros sexuales.
- Compañero sexual con historia de promiscuidad.
- Multiparidad.
- Infección por HPV.
- Otras enfermedades de transmisión sexual (clamidia).
- Inmunodepresión, especialmente por HIV.
- Tabaquismo.
- Historia familiar de cáncer de cuello de útero.
- Bajo estatus socioeconómico.

Prevención Secundaria

La historia natural del cáncer de cuello muestra que es de lenta evolución. Esto permite el control de las lesiones preinvasivas a través de la Prevención Secundaria, que consiste en la detección temprana de la enfermedad, realizada mediante la citología cervical exfoliativa o prueba de Papanicolaou. Si esta técnica la aplicáramos a toda la población de riesgo, permitiría la reducción significativa de la mortalidad. En la actualidad está demostrada la asociación etiológica entre la infección por HPV de alto riesgo y el desarrollo del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, la infección por sí misma no es suficiente para el desarrollo neoplásico. Se han descrito diversos factores del huésped y del medio ambiente que modulan el potencial oncogénico viral. Entre ellos se destacan la acción hormonal, el compromiso inmune, las infecciones asociadas, el tabaquismo, las carencias nutricionales, etc.

Las variables más importantes a tener en cuenta al determinar grupos prioritarios en la detección del cáncer de cuello uterino son la EDAD y la ACTIVIDAD SEXUAL. Esto se apoya en que la causa principal de la enfermedad es un agente infeccioso que se encuentra fuertemente asociada con el comienzo de las relaciones sexuales a edad muy temprana y con la existencia de múltiples compañeros sexuales (tanto de la mujer como de su pareja)

Es importante que el contacto con la población a través de la estructura de salud se haga desde el primer nivel de atención, donde se debe efectuar la toma de la muestra citológica y continuar con el control de las mujeres.

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

El cáncer de cuello de útero representa uno de los pocos cánceres comunes en los cuales se ha identificado un agente causal específico. Esto facilita la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de alternativas de inmunización para evitar el contagio de HPV, el principal responsable del desarrollo de cáncer de cuello de útero.

El cáncer de cuello de útero es prevenible a través de programas de detección diseñados para diagnosticar y tratar lesiones que podrían progresar hacia un cáncer invasivo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) actualmente está trabajando en políticas para la introducción de programas de vacunación contra el HPV en América Latina y el Caribe.

La oportunidad para un control seguro del cáncer de cuello de útero ahora existe a través de una estrategia dual que comprende prevención primaria y secundaria, con el seguimiento y monitoreo presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

La erradicación de este cáncer prevenible es todavía un gran desafío; incluso en aquellos países desarrollados donde los programas de detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas redujeron el impacto de la enfermedad.

Costo-beneficio

Con la implementación del programa propuesto, se estima una importante disminución (50%) a los 5 años, del número de pacientes en estadios III y IV; y de los estadios I y II, por detección del HPV antes de la aparición de lesiones.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Introducción

Es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Considerando los dos sexos es el segundo en frecuencia después del cáncer de pulmón.

Su incidencia aumenta con el nivel económico: más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrollados. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama es de 1 de cada 8 mujeres.

En cuanto a la mortalidad fue causa de 411.000 muertes en todo el mundo en el año 2002, siendo la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (14% del total de muertes por tumores malignos). Si consideramos los dos sexos, sólo le superan los cánceres de pulmón, estómago y colorectales.

Factores de riesgo

Se han identificado una serie de factores que pueden desarrollar el riesgo de desarrollar un cáncer de mama a lo largo de la vida. Algunos factores son más importantes que otros y pueden variar con el tiempo. En el 50% de los casos no se observa ningún factor de riesgo, siendo la edad el más importante de todos ellos.

- Factores que no se pueden cambiar: sexo, edad, raza, hereditarios (factores genéticos y familiares), enfermedades benignas de la mama. Otros a tener en cuenta son: familiar cercano que padece cáncer de mama; haber tenido un cáncer en uno de los senos; y quienes no hayan tenido hijos o lo han tenido luego de los 30 años.
- Factores ambientales: la exposición a radiaciones ionizantes está relacionada con una mayor incidencia, siendo la edad de mayor susceptibilidad a las mismas entre los 10 y los 14 años. Las radiaciones más dañinas son por accidentes nucleares o las de tratamientos con radioterapia en el área de la mama.
- Factores que pueden cambiarse, relacionados con el estilo de vida: descendencia, factores hormonales exógenos, factores dietéticos y ejercicio físico.
- Factores inciertos, relacionados con el estilo de vida: tabaco, cafeína, polución ambiental, desodorantes antitranspirantes, implantes en las mamas (hacen más difícil estudiar el tejido mamario en una mamografía), ingesta prolongada de antiinflamatorios.

Prevención

El riesgo medio de padecer cáncer de mama puede reducirse cambiando los factores de riesgo modificables: llevar una vida saludable, con ejercicio físico regular, dieta equilibrada, evitando el alcohol y no fumando.

Para las mujeres con enfermedades mamarias premalignas se ha mostrado útil tratamiento con antiestrógenos para prevenir el desarrollo de cáncer de mama.

Es uno de los pocos cánceres que se pueden diagnosticar precozmente. No se recomienda la realización de autoexploración de las mamas como único método de diagnóstico precoz, debido a su baja fiabilidad.

Las posibilidades de curación de los cánceres de mama que se detectan en su etapa inicial (in situ) son prácticamente del 100%.

Una de las técnicas más aceptadas es la mamografía, que consiste en una radiografía de las mamas capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad, incluso hasta 2 años antes de que sean palpables y cuando aún no han invadido en profundidad ni se han diseminado a los ganglios ni a otros órganos. Permite detectar el 90% de los tumores.

Objetivos del Programa

El objetivo general del programa es obtener una reducción del 30% en la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres incluidas en el mismo.

A través de programa de cribado, se accede a tratamiento en fase precoz, permitiendo la conservación de la mama en más de la mitad de los casos, y a su vez, proporciona tasas de supervivencia elevada, de un 87% cuando no hay afectación ganglionar, y que cuando los ganglios están afectados, únicamente alcanza el 47%, dependiendo de múltiples factores clínicos y biológicos.

Objetivos específicos

- 1) Lograr que exista una continuidad de al menos un 75% del total de la población femenina incluida en el programa.
- 2) Asegurar un nivel de calidad adecuado en características técnicas de las mamografías, tasas de detección de cáncer, relación de biopsias malignas/benignas, tamaño y afectación ganglionar de las lesiones detectadas.

Población de estudio

El único criterio válido para indicar el estudio es la edad, en función de la incidencia del cáncer de mama y la sensibilidad del test diagnóstico (mamografía)

- 1) En la mujer joven, entre 20 y 35 años, se indica un autoexamen mensual (postmenstrual) y por el médico, cada vez que concurre a un control.
- 2) En la mujer entre 35 y 40 años, se debe realizar además una mamografía de base.
- 3) En la mujer entre los 40 y los 65 años, el control debe ser anual, médico y mamográfico.

Comienza con la exploración física, para detectar posibles cambios en la consistencia, presencia de nódulos, estado de la piel y del pezón, palpación de ganglios linfáticos en la axila, fosas supraclaviculares, etc. y luego se solicitan algunas de las siguientes pruebas diagnósticas:

1. Análisis de sangre y orina: es la realización de un hemograma, un estudio de función renal y un hepatograma. También puede determinarse en sangre la presencia de unas proteínas llamadas Marcadores Tumorales, que para el cáncer de mama son el antígeno carcino-embriionario (CEA) y el CA 15-3.

2. Pruebas de imagen: mamografía. Si se detecta una imagen sospechosa de malignidad, se solicitan más pruebas para conocer la naturaleza de la lesión, como otras exploraciones de imagen (ecografía, resonancia magnética nuclear). Los signos que se ven en ella y que pueden dar sospecha de malignidad son: calcificaciones, masas y quistes.

Otras pruebas son la ecografía (complementaria a la mamografía) que ayuda a diferenciar los nódulos líquidos (benignos) de los sólidos (que pueden ser malignos), el ductograma (introducción de medio de contraste en un ducto, a través del pezón, para observar la presencia o no de masas intraductales; y la Resonancia Magnética Nuclear.

3. Diagnóstico histológico: la biopsia es la única forma de diagnosticar un cáncer con certeza.

Costo-beneficio

Con la implementación del programa propuesto, se estima una importante disminución a los 5 años, del número de pacientes en estadios I, II, III y IV.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA DIABETES

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que representa un grave problema de salud pública en todo el mundo, puesto que genera un importante número de muertes y discapacidades e impone una alta carga económica a los individuos y a las sociedades.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica heterogénea y compleja, caracterizada por una elevación permanente de los niveles de glucemia, ya sea como consecuencia de una menor producción de insulina y/o acción de la misma, generando la incapacidad del organismo para metabolizar adecuadamente los nutrientes.

La Diabetes constituye una Pandemia mundial. Actualmente 35 millones de personas sufren Diabetes en la Región de América Latina y el Caribe y la OMS estima que para el 2025 esta cifra prácticamente se duplicará. Los expertos calculan que en el 2003 la diabetes estuvo vinculada con unas 300.000 defunciones en nuestra Región.

La diabetes mellitus comprende diferentes formas clínicas, tales como la diabetes tipo 1 o insulino dependiente, la diabetes tipo 2 o no insulino dependiente, y la diabetes mellitus gestacional.

La intolerancia a la glucosa constituye un estado prediabético y quienes la padecen forman parte de la población de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus.

La diabetes mellitus tipo 2 representa la forma más frecuente y su prevalencia aumenta a partir de la tercera década de la vida. En nuestro país se estima que afecta a aproximadamente el 6% de la población adulta (2.000.000 de personas), de las cuales el 50% desconocen su condición de diabéticos, y por lo tanto no reciben ningún tipo de tratamiento. Por otra parte, alrededor del 30% de las personas que conocen su enfermedad no hacen ningún tipo de tratamiento y el 66% de las que lo hacen tienen un grado de control metabólico pobre. En consecuencia, 2 de cada 3 personas con diabetes padecen complicaciones crónicas de la enfermedad.

Reviste un carácter familiar y algunos factores de riesgo, tales como la intolerancia a la glucosa, el sobrepeso y el sedentarismo son potencialmente reversibles modificando los estilos de vida de las personas. Diversos estudios muestran que la disminución del peso y el incremento de la actividad física regular se asocian significativamente con una disminución en la aparición de diabetes mellitus tipo 2. Por lo tanto, se concluye que la misma es plausible de prevención primaria.

La diabetes mellitus tipo 1 se asocia a determinados marcadores genéticos y a factores desencadenantes, tales como toxinas e infecciones. Su aparición clínica es más frecuente en la infancia, con un pico en la pubertad pero también puede aparecer en la edad adulta.

El tratamiento previene algunas de sus devastadoras consecuencias pero habitualmente no logra la normoglicemia o eliminar todas las consecuencias adversas. Habitualmente el diagnóstico se retrasa hasta la aparición de las complicaciones.

Las complicaciones agudas son de tipo metabólico y comprenden la cetoacidosis diabética, la hipoglucemia y el coma hiperosmolar. Las principales complicaciones crónicas son la nefropatía, la retinopatía, la neuropatía, y las enfermedades cardiovasculares y vascular periférica. El buen control de la glucemia se asocia a disminución de las lesiones microangiopáticas, no siendo tan claro el resultado en la enfermedad macroangiopática.

Sumado a los factores de riesgo ya citados previamente, la falta de acceso adecuado a servicios de salud de calidad, incluidos la prevención y los servicios de diagnóstico clínico, más las dificultades para obtener los medicamentos esenciales, constituyen elementos que aumentan la carga social de la enfermedad.

Costos y beneficios

Las pruebas a favor de la prevención y la intervención precoz, en función de la evaluación de los costos y los beneficios, es abrumadora. Bajo esta evidencia se encuentran los cambios en el régimen alimentario y los estilos de vida, los métodos de tamizaje para determinar el riesgo o la manifestación temprana de la enfermedad, el tratamiento precoz y las intervenciones farmacológicas.

El costo anual total asociado a la diabetes para los países de América Latina y el Caribe, según las estimaciones, sería de 65.216 millones de dólares (suma total de gastos directos e indirectos). Es necesario remarcar que la DM tiene un elevado costo social consecutivo a la aparición de sus complicaciones crónicas y a su frecuente asociación con otros factores de riesgo. En nuestro país, el estudio comparativo del costo anual de atención de las personas con DM sin complicaciones versus el de la atención de episodios de varias complicaciones, demostró que toda inversión destinada a mejorar la prevención y atención de las complicaciones tiene una elevada y conveniente relación costo/beneficio.

Prevenir la diabetes salva vidas, disminuye la morbilidad asociada a la misma y alivia la carga económica que representa para nuestros países. Esto se debe a que al ser el principal factor de riesgo de la enfermedad renal (IRC), la detección temprana y el tratamiento oportuno, así como la toma de hábitos de vida saludables, disminuyen la posibilidad de aparición de IRC terminal en un 50% de los pacientes en los siguientes 25 años, lo que genera una reducción del costo de la enfermedad que se ve reflejado en la disminución de costos en hemodiálisis y transplantes, que actualmente representa el 13% de los pacientes.

La segunda causa de lesión grave ocular, luego del glaucoma, es por desprendimiento retiniano de etiología diabética, estimándose que los programas de prevención disminuyen en más de un 50% los gastos generados por la misma.

La diabetes es el tercer factor de riesgo de la enfermedad coronaria, al asociarse con obesidad y sedentarismo, por lo que el solo hecho del cambio de hábitos, disminuye en aproximadamente un 60% las posibilidades de lesiones coronarias, atento que ésta trilogía es la principal causa de insuficiencia coronaria, lo que provoca una disminución de los días de internación por Infarto Agudo de Miocardio (IAM), ya que el 15% de los mismos guardan una directa relación con la diabetes.

La diabetes es además la primera causa de lesiones vasculares periféricas, produciendo un alto porcentaje de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores (48%), con las consiguientes discapacidades y jubilaciones prematuras.

Todo lo anterior produce una disminución de los días de internación por complicaciones de la diabetes por año, siendo actualmente responsable de la ocupación de alrededor del 8% de las camas de los hospitales públicos con estadías más prolongadas y costosas, que las ocupadas por personas sin DM.

Estructura del programa

1- Propósito

Disminuir la incidencia y la prevalencia de la Diabetes Mellitus no insulino dependiente en la población de la República Argentina, disminuir el subdiagnóstico y el tratamiento inadecuado, evitar las complicaciones derivadas de esta patología y disminuir la carga económica que representa para los individuos y la sociedad trabajando sobre los factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones.

2- Objetivo general

Realizar acciones en los tres primeros niveles de Prevención (Leavell y Clark) para disminuir la incidencia y la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la población de la República Argentina perteneciente al subsector de la seguridad social.

3- Objetivos específicos.

- Promocionar estilos de vida saludables combatiendo el sedentarismo y la alimentación inadecuada.
- Realizar Acciones de Protección específica para la Salud en relación con la Diabetes Mellitus identificando y combatiendo los factores de riesgo.
- Realizar un Diagnóstico Precoz y un Tratamiento Oportuno de las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 utilizando la determinación de la glucemia capilar como método de screening.

4- Metas.

Lograr en el plazo de un año la evaluación del 80% de la población mayor de 40 años correspondiente al subsector de la seguridad social, en cada uno de los 24 distritos del país.

5- Estrategia.

Las Obras Sociales serán las encargadas de bajar el programa a través de las diferentes regiones en que tienen dividido el país. Finalmente, desde esta instancia el programa ha de llegar a los médicos que integran el Primer Nivel de Atención y a la Comunidad.

6- Estrategias de evaluación.

Se creará una base estadística para el almacenamiento y procesamiento de los datos recogidos, a fin de evaluar los resultados de la campaña y establecer nuevas líneas de acción. Dicha información será enviada a la Superintendencia de Servicios de Salud, en forma semestral para corroborar por parte de esta Superintendencia, el cumplimiento del Programa, a través de su seguimiento y monitoreo.

7- Cronograma

PERIODO	PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN RIESGO BAJO PROGRAMA
1^{er} Trimestre	25 % del total de población en riesgo
2^{do} Trimestre	50 % del total de población en riesgo
3^{er} Trimestre	75 % del total de población en riesgo
4^{to} Trimestre	100 % del total de población en riesgo

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

Introducción

Pocos temas en el campo de la salud pública han tenido en los últimos años tanta incidencia como la epidemia de obesidad. Según estadísticas a nivel internacional, la obesidad es un problema que afecta al 30% de la población.

La obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente y fue calificada por la Organización Mundial de la Salud como epidemia.

La amplia penetración sociodemográfica de la obesidad en las poblaciones, junto a la extensión de la epidemia a países desarrollados y en vías de desarrollo, sugiere que los factores que la causan están íntimamente relacionados al desarrollo social y económico a través de determinados comportamientos relacionados tanto con la alimentación como con la actividad física.

La gravedad del problema sanitario producido por la obesidad hace necesario diseñar estrategias de prevención. Hasta ahora, las intervenciones se centraron fundamentalmente en la educación

sanitaria y sólo han obtenido modestos resultados. Una de las razones de este relativo fracaso es que los principales determinantes del cambio de hábitos en la alimentación y la actividad física no son educacionales sino ambientales, por lo que presentan un trasfondo socioeconómico y cultural que determina el diferente impacto de las intervenciones preventivas. El abordaje basado en la educación nutricional, aunque siempre es necesario, es insuficiente para hacer frente a esta epidemia. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una estrategia mundial en el año 2004, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad; y ha instado a los países a desarrollar sus propias estrategias, políticas y planes de acción nacionales.

El presente programa es una estrategia de salud pública que aborda el problema en forma multidisciplinaria, definiendo estrategias de acción necesarias para alcanzar los objetivos establecidos en el mismo y los indicadores para evaluar su cumplimiento.

Es necesaria la implantación efectiva y mantenida en el tiempo de esta estrategia en todos los Agentes del Seguro de Salud. Ello se debe acompañar de la monitorización de la frecuencia de la obesidad y sus determinantes en cada una de las poblaciones.

Este programa constituye un documento de apoyo para la toma de decisiones en el Sistema Nacional del Seguro de Salud y su objetivo principal es brindar pautas generales de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación.

Desde el punto de vista del Índice de Masa Corporal, el peso ideal se corresponde con un IMC de 22,6 para el hombre y de 21,1 para la mujer. Por encima de esta medida ideal, es necesario realizar definiciones conceptuales, para lo que se consideran los Criterios de Garrow, por su más amplia aceptación dentro de la comunidad médica internacional.

CRITERIOS DE GARROW PARA VALORACION DEL IMC

GRADO	IMC
Sobrepeso	Mayor de 25 en mujeres y de 27 en hombres
Clase I	Obesidad leve IMC mayor a 30
Clase II	Obesidad moderada IMC mayor a 35
Clase III	Obesidad mórbida IMC mayor a 40

Etiología

Si bien existen factores genéticos que intervienen en la aparición de la enfermedad, puede decirse que los determinantes mayores lo constituyen la cantidad y la calidad de la alimentación.

Es interesante destacar que la enfermedad afecta tanto a grupos sociales con alto nivel adquisitivo, como a grupos sociales socioeconómicamente desfavorecidos, muchos de ellos cercanos a la línea de pobreza, aunque las causas sean distintas entre uno y otro grupo, ya que el primero desarrolla la obesidad por poder acceder a los alimentos en cantidad, mientras que el segundo sólo puede acceder a alimentos de bajo costo y alto valor energético.

La obesidad deja de ser un factor de riesgo para convertirse en una enfermedad con importantes repercusiones sistémicas, como por ejemplo: aumento del factor de riesgo cardiovascular, factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus, ACV, hipertensión arterial, hiperlipemia y cáncer (próstata, colon y recto en el varón; y ovario, mama, cervix, endometrio y vesícula en la mujer).

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular (FRC), los antecedentes familiares, el sexo y la edad no son modificables; pero hay otros que sí lo son, como el tabaquismo y la obesidad.

Varios ensayos epidemiológicos han demostrado un íntimo vínculo entre la obesidad y las diversas dolencias cardiovasculares, en particular la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia. Por

lo tanto es de sumo interés su control, dado que la obesidad ha incrementado su incidencia notablemente en las últimas décadas, con características epidémicas.

El exceso de peso está estrechamente asociado con la insuficiencia cardíaca. El riesgo, que aumenta continuamente con niveles más elevados de peso corporal, es un 34% mayor para personas con sobrepeso y un 104% para individuos obesos.

Como conclusión, puede decirse que la calidad de la alimentación, la sobrealimentación y el sedentarismo representan el 99% de las causas de la obesidad.

Las principales patologías asociadas al sobrepeso y la obesidad son:

- Enfermedades endócrinas, (diabetes mellitus no insulina dependiente, la enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial).
- Trastornos hipotalámicos,
- Consumo de fármacos.
- Condiciones no fatales pero inhabilitantes: son las que generan disminución en las capacidades y funciones diarias, y son motivo de consulta médica
- Es importante destacar que los desórdenes de ansiedad y la depresión suelen asociarse con sobrepeso y obesidad.
- Consecuencias psicosociales: de alta frecuencia entre la población de pacientes obesos. Este efecto secundario tiene alta influencia en la calidad de vida y desenvolvimiento diario.
- Riesgo relativo de muerte: la mortalidad en la obesidad severa se halla incrementada 12 veces en relación a adultos magros.

Es por todo esto que es necesario insistir en un abordaje interdisciplinario de esta patología; tanto desde el punto de vista dietético-nutricional, como del metabólico y psicológico.

PASOS DEL PROGRAMA

Indicaciones diagnósticas-terapéuticas:

- Anamnesis: evaluar antecedentes familiares, consumo de medicamentos, consumo alimenticio para evaluación calórica. Consumo de alcohol. La evaluación de antecedentes personales es de gran importancia, sobre todo en cuanto a la edad de inicio del problema, intentos anteriores, evaluación de factores de riesgo cardiovascular, hábitos de ingesta y de gasto energético.
- Examen físico: evaluación de peso, talla, IMC, tensión arterial, examen tiroideo, perímetro cintura-cadera, y búsqueda de signos que orienten a una causa secundaria (caracteres sexuales secundarios, hirsutismo, estrías).
- Exámenes complementarios: glucemia, colesterol, LDL, HDL, ácido úrico y creatinina.

La prevención de la obesidad debe realizarse en la población general, ya que desde los modelos actuales, no es posible identificar verdaderos grupos de riesgo entre los niños y adolescentes y prever quiénes van a padecer obesidad en la adultez o quiénes, siendo obesos, mantendrán su condición en la vida adulta.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN-PRIMERA FASE.

- El tratamiento de la obesidad, cuando no es enfocado en forma multidisciplinaria, es altamente decepcionante, con magros resultados a largo plazo en la mayor parte de las publicaciones internacionales.
- Actualmente, la obesidad es considerada un severo estado patológico en general, y especialmente para la célula miocárdica; por ello, el paciente obeso no constituye un simple problema estético sino un verdadero conjunto de enfermedades, sin descuidar la gran carga psicológica que ejerce la presión social sobre este grupo poblacional.
- La primera fase del programa debe cumplimentar los siguientes ítems:
 - 1) El diagnóstico puede ser realizado por un médico del primer nivel de atención, con la consiguiente indicación de medidas higiénico-dietéticas.

2) Si el paciente no baja de peso, con una dieta adecuada, luego de 3 meses de seguimiento, se derivará a un médico especialista en nutrición, así como en pacientes con Obesidad mórbida (IMC mayor a 35 o IMC), para implementar recursos especializados, ya sea médicos o quirúrgicos.

La dieta constituye el pilar del tratamiento para todos los grupos de obesos. La dieta hipocalórica es lo recomendable, siendo las necesidades calóricas entre 30-35 kcal/peso y de 40-50 kcal/peso, según la actividad física del paciente. Se sugiere una dieta equilibrada hipocalórica y rica en fibras, sin bajar de las 800 kcal, distribuidas en 25% de proteínas, 50% de hidratos de carbono y 25% de grasas.

Erradicar el consumo de bebidas alcohólicas y/o gaseosas, reducción del consumo de sal y un consumo de agua de 2,5 litros por día como mínimo.

3) Ejercicio: a largo plazo, el ejercicio regular incrementa la probabilidad de mantenimiento de la pérdida de peso alcanzada. La indicación implica no menos de 30 minutos de ejercicio, al menos 3 a 5 veces por semana. Los ejercicios más recomendados son caminar a paso rápido, nadar o andar en bicicleta.

4) Talleres grupales: las terapias grupales de apoyo a los pacientes deben ser realizadas por instituciones y/o profesionales que demuestren experiencia en el tratamiento de este tipo de patología y estén inscriptos en un registro especial de modo tal de asegurar la idoneidad de los mismos.

La duración de esta fase del programa será de 6 meses.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN- SEGUNDA FASE

1) Tratamiento farmacológico de la obesidad.

Se han propuesto varios medicamentos para la reducción del peso:

a) los inhibidores de la absorción de grasas, que deben mucho de su eficacia a la presencia de sus efectos adversos (esteatorrea y diarrea)

b) anorexígenos no anfetamínicos, con efectos similares anfetamínicos que aumentan la tensión arterial, en un grupo que de por sí, ya es de riesgo cardiovascular elevado.

Distintos estudios que evaluaron la disminución de peso a un año, demuestran que no son más efectivos que las dietas. En todos los casos, la pérdida de peso no es superior a los 4-5 kg al año.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL (CCR)

Introducción

El cáncer colorectal es una enfermedad maligna, de lenta evolución, que afecta tanto a hombres como mujeres en la misma proporción, con mayor frecuencia a partir de los 55 años, y en la actualidad es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer de pulmón y se ubica antes del de mama y cuello uterino. Según datos oficiales mueren por día aproximadamente 15 pacientes con diagnóstico de cáncer colorectal (CCR) (año 2004: 5600 muertes por CCR).

Es una enfermedad de comienzo silencioso y de diagnóstico tardío que comienza en su gran mayoría con una screening de SOMF alteración mucosa que provoca una pérdida, imperceptible en forma directa, de sangre por el ano.

Una forma de sospechar la posibilidad de enfermedad colónica es descubriendo la presencia de sangre oculta en materia fecal (SOMF). Otra forma es la visualización directa (fibrocolonoscopia/rectosigmoideoscopia) o indirecta (Rx. Contrastada) de la lesión mucosa (pólipos, estenosis, úlceras, divertículos, etc.). El tacto rectal en ocasiones permite palpar la lesión. Estudios realizados en el Hospital B. Udaondo, de Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) con test inmunológicos, durante los años 2003-2004, arrojaron importantes datos estadísticos en una población significativa (1136 personas). El estudio permitió detectar 4 (cuatro) cáncer colorectal temprano. El 0,53% de la población estudiada (744 personas) padecía esta enfermedad (cáncer colorectal).

El Programa consiste en realizar un rastreo, pesquisaje o (sangre oculta en materia fecal) en una población significativa, sin diferencia de sexo ni restricciones de otra naturaleza, utilizando un método confiable (colorante cromogénico (tetrametilbencidina: TMB) y Peróxido) y de fácil realización, con el objeto de realizar el diagnóstico temprano del cáncer colorectal.

El cáncer colorectal es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental, afectando en igual número a hombres y mujeres. Existe una marcada tendencia a un aumento del número de casos en los últimos años, debido principalmente a 2 factores: mal hábito alimentario de la población, y a la disminución progresiva de los cánceres de mama y próstata, totalmente relacionados con las campañas de prevención y detección temprana.

Algunos datos estadísticos revelan la importancia de esta patología:

- ☒ Afecta hombres y mujeres en igual número.
 - ☒ La mayoría de los CCR son prevenibles con la detección temprana, más prevenibles que el cáncer de próstata o mama.
 - ☒ El cáncer colorectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, al igual que en el resto del mundo occidental.
 - ☒ Es la primera causa de muerte por cáncer en no fumadores.
 - ☒ Ocupa el tercer lugar en incidencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo, tanto en varones como mujeres.
 - ☒ En los países de la Unión Europea el CCR representa el 11% de las causas de muerte por cáncer en los hombres, y el 15% en mujeres.
 - ☒ El aumento en la aparición de CCR con respecto a la edad, es exponencial a partir de los 50 años.
 - ☒ La localización más frecuente del CCR, es el rectosigma: 68% de los casos (37% en recto, 31% en sigmoides).
 - ☒ La sobrevida varía notablemente en relación al estadio del CCR en el momento del diagnóstico (no así con su localización).
 - ☒ En Argentina el CCR es una enfermedad frecuente y con elevada morbimortalidad.
 - ☒ En la publicación Globocan 2000, la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) estimó que en la Argentina, en el año 2000 se produjeron alrededor de 10.300 casos de CCR, ubicándolo en el segundo lugar en incidencia, luego del cáncer de pulmón y delante del cáncer de mama.
 - ☒ En la publicación de estadísticas vitales del Ministerio de Salud publicada en diciembre de 2003, el número de muertes por CCR llegó a 5.700 personas en el año 2002.
 - ☒ Esta cifra nos permite calcular alrededor de 15 muertes por día por CCR en Argentina, sin diferencias de sexo.
 - ☒ Los avances producidos en las últimas décadas en el tratamiento quirúrgico y oncológico del CCR, han permitido mejorar la calidad de vida, aunque produjeron un escaso impacto en la sobrevida a 5 años, que se ubica entre el 50 y el 60%.
 - ☒ Esto se debe a que, habitualmente, al momento del diagnóstico, en enfermos sintomáticos, el CCR se encuentra en un estadio avanzado, localmente o a distancia, en más del 60% de los casos. Síntomas y signos de sospecha del cáncer colorectal.
 - ☒ Pérdida de sangre anal, mezclada o no con las heces. El riesgo es mayor en personas de más de 50 años.
 - ☒ Cambio del ritmo evacuatorio.
 - ☒ Anemia ferropénica.
 - ☒ Masa abdominal palpable (CCR avanzado)
 - ☒ Obstrucción abdominal (CCR avanzado)
 - ☒ Pérdida de peso (CCR avanzado)
- Conducta frente a la sospecha de cáncer colorectal

☒ Los individuos con sospecha de CCR deben ser evaluados sin demora con el propósito de hacer diagnóstico temprano de la enfermedad.

☒ El estadio en que se hace el diagnóstico del CCR, es el mayor determinante en su potencial efecto en cuanto a pronóstico.

☒ La conducta del profesional de atención primaria tiene vital importancia ante la sospecha de CCR.

Sobrevida a los 5 años según el estadio al momento del diagnóstico:

☒ Estadio I: 95-100%

☒ Estadio II: 70-85%

☒ Estadio III: 50-70%

☒ Estadio IV: 5-15%

Definiciones

Screening: Búsqueda de neoplasia en personas sin síntomas ni historia personal de CCR.

Vigilancia: Seguimiento de personas con adenomas o CCR previos, o bien Colitis Ulcerativa o Enfermedad de Crohn de larga data.

Diagnóstico: Evaluación de pacientes con síntomas o con test de screening positivos.

Screening del CCR: Métodos de detección

1) Test de sangre oculta en materia fecal (TSOMF).

2) Tacto rectal.

3) Endoscopia:

Rectosigmoideoscopia (RSC)

Colonoscopia total (CT)

Rx con enema baritada (RxCxE)

Colonoscopia virtual

El 50% de los cánceres colorectales se diagnostican en fase avanzada.

Cáncer de hígado y cáncer de páncreas son los tumores digestivos que más están aumentando en los últimos años, mientras que el cáncer de estómago ha disminuido.

Objetivos del Programa:

1. Realizar un screening (pesquisa) del cáncer SOMF basado en la detección de sangre oculta en materia fecal con test específico (método de colorante cromogénico (TMB) y peróxido).

2. Promover el diagnóstico precoz del CCR.

3. Realizar acciones efectivas de prevención primaria y secundaria de las principales condiciones prevalentes para reducir la morbilidad y mortalidad en poblaciones con alta densidad de población de riesgo y elevada mortalidad.

4. Contener y disminuir el gasto, tanto por parte de los agentes de seguro de salud como de los beneficiarios.

5. Establecer criterios para la evaluación de grados de remisión, cura y regresión de la enfermedad colónica.

Metodología

PESQUISA/SCREENENG/CRIBADO

La pesquisa del CCR, denominada prevención secundaria, debe realizarse tanto en las personas con riesgo incrementado como en la población general y tiene por objetivos:

1. Detección y tratamiento de lesiones pre-malignas con lo cual se logra disminuir la incidencia del CCR.

2. Detección pre-sintomática (detección precoz) del CCR con lo cual se mejoran los índices de curación.

La historia natural del CCR nos muestra que más del 90% de los cánceres colorectales están precedidos por lesiones pre-malignas (adenomas) y su progresión resulta un proceso en etapas, con alteraciones en genes supresores y oncogenes desarrollado lentamente durante varios años. Los adenomas colorectales tienen una probabilidad de desarrollarse a través de toda la vida del 20% y el pico de incidencia se produce entre los 55 y los 65 años de edad, mientras el CCR tiene un riesgo del 6% y su máxima incidencia se produce entre los 65 años y los 75 años.

De acuerdo con los estudios disponibles se estima que el tiempo de evolución de la secuencia adenoma-carcinoma para adenomas de menos de 1 cm. de diámetro, es de 10 a 15 años, y para aquellos de más de 1 cm., se calcula en aproximadamente 5 años.

Aproximadamente el 75% de los cánceres colorectales son esporádicos, es decir se desarrollan en personas que no presentan factores de riesgo (grupo de riesgo bajo o promedio) y de éstos el 90% se presenta en mayores de 50 años.

En la pesquisa del CCR se deben cumplir varios pasos:

Estratificar a la población según el grupo de riesgo:

A-Grupo de riesgo promedio (70-80% del total):

Este grupo se divide en:

a) Personas que deben iniciar pesquisa a los 50 años:

1) Toda la población a partir de los 50 años, asintomática y sin factores de riesgo: Determinadas por padrón de beneficiarios.

2) Personas que tengan un familiar de 2º ó 3º grado con CCR: Pacientes con Historia previa.

b) Personas que deben iniciar pesquisa a los 40 años:

1) Personas que tengan un familiar de 1º grado mayor de 60 años con pólipo adenomatoso o cáncer Colorectal

2) Personas que tengan dos familiares de 2º grado con PA o CCR.

B- Grupo de riesgo moderado (20-30% del total):

Este grupo comprende a personas con determinados antecedentes familiares o personales de PA o CCR, y está integrado por pacientes con:

- Antecedentes de CCR o PA en un familiar de 1er. grado menor de 60 años o en 2 familiares de primer grado de cualquier edad.

- Antecedentes personales de uno o dos pólipos adenomatosos tubulares mayores de 1 cm.

- Antecedentes personales de un adenoma grande (mayor de 1cm.), componente vellosos (mayor de 25%), displasia, ó 3-4 adenomas de cualquier tamaño (descartar poliposis).

- Antecedentes personales de 5 ó más adenomas ó 3 de más de 1 cm. de diámetro.

- Antecedentes personales de CCR resecado previamente con intento curativo.

C-Grupo de riesgo alto (10-15% del total):

Comprende a personas con antecedentes de

1) Poliposis adenomatosa familiar.

2) Cáncer colorectal hereditario no asociado a poliposis.

3) Enfermedad inflamatoria intestinal.

Este programa de prevención está dirigido al grupo A-a)-1): Toda la población a partir de los 50 años, asintomática y sin factores de riesgo.

TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (TSOMF)

DETECCION DE SANGRE OCULTA EN HECES (DSOH)

La sensibilidad de este método depende del protocolo.

El cribado con el método de colorante cromogénico (TMB) y peróxido, da una positividad del 100% frente a la presencia de Hemoglobina en heces.

El test de sangre oculta en materia fecal es de comienzo el más aconsejable en su realización por costo/beneficio y alto índice de eficacia: Dado que el test del guayaco no es específico para sangre

humana y que ambos, el del guayaco y el inmunológico requieren manipulación por parte del paciente de materia fecal, lo que deriva en un porcentaje de individuos que rechazan la realización del examen, es que proponemos el uso de un nuevo test, en el que se utiliza papel tisú biodegradable.

Tiempo estimado (Cronograma)

Se establece un cronograma de tareas en hoja adjunta. La implementación del screening depende del N° de pacientes a estudiar.

Prevenir el cáncer de colon y/o realizar un diagnóstico precoz mejora la sobrevivencia de las personas, mejora la calidad de vida de los individuos y disminuye costos en salud.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) afecta a cerca de 1000 millones de personas en el mundo entero, con cifras que aumentan en función del envejecimiento global de la población, sobre todo en áreas urbanas. Según múltiples estudios, la prevalencia de HTA se incrementará todavía más si no se actúa de modo efectivo con medidas preventivas. Datos del Estudio Framingham correspondientes a 2005 sugieren que los individuos normotensos de 55 años tienen un 90% de riesgo a lo largo de su vida de desarrollar HTA.

Las cifras de la OMS arrojan que cerca de 7 millones de muertes anuales se relacionan en forma directa con la HTA. La relación entre esta enfermedad y el riesgo cardiovascular es continuo, consistente e independiente de otros factores de riesgo vascular (FRV): a mayor presión arterial (PA), mayor riesgo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, stroke (isquémico y hemorrágico) e insuficiencia renal crónica.

En numerosos estudios clínicos, el tratamiento antihipertensivo se asocia con reducción del riesgo de stroke (35–40%), infarto de miocardio (20–25%) e insuficiencia cardíaca (mayor del 50%). Se estima que en los pacientes con HTA estadio 1 y FRVs asociados, una reducción sostenida de la PA sistólica en 12 mmHg a lo largo de 10 años evita una muerte por cada 11 pacientes tratados.

Como contrapartida, los reportes de la OMS indican que un tratamiento subóptimo de la HTA es responsable del 62% de los eventos de stroke y de la mitad de los casos de cardiopatía isquémica.

Clasificación de la Hipertensión Arterial.

La clasificación de la PA en pacientes mayores de 18 años se basa en el promedio de los valores de 2 o más lecturas de PA técnicamente correctas, con el paciente sentado, en 2 o más visitas al consultorio.

En 2004, se introdujo la categoría de "prehipertensión" (130–139 / 80–89 mmHg), padeciendo estos enfermos el doble de riesgo de desarrollar HTA que los pacientes con valores menores. El objetivo de esta novedad ha sido reconocer la necesidad de incrementar la educación e información del público general y de los profesionales de la salud para reducir los valores de PA. Esta categoría de "prehipertensión" se corresponde a la "PA normal alta" de la Sociedad Europea de Hipertensión, recomendándose para los pacientes medidas similares.

Tabla 1.– Clasificación de HTA					
Categoría	TA sistólica (mmHg)	TA diastólica (mmHg)	Cambios en estilo de vida	Tratamiento farmacológico	
Normal	< 120	y < 80	Alentarlos	No indicado	No indicado
Prehipertensión	120 – 139	ó 80–89	Sí	No indicado	Según indicación específica
HTA estadio 1	140 – 159	ó 90–99	Sí	Monoterapia	
HTA estadio 2	≥ 160	≥ 100	Sí	Terapia combinada	

El monitoreo ambulatorio de la T.A. (MAPA)

El MAPA brinda información sobre el comportamiento de la PA durante la actividad diaria y el sueño. Si bien existen controversias acerca de sus indicaciones puntuales en los distintos consensos, la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial recomienda su empleo con grado de recomendación variable con fines diagnósticos en:

- PA limítrofe (“prehipertensión”)
- sospecha de “hipertensión por guardapolvo blanco” en ausencia de daño de órgano blanco
- PA muy variable
- hipertensión arterial episódica o con síntomas
- evaluación de PA nocturna
- sospecha de disfunción autonómica
- presunción de resistencia de fármacos

Los valores del MAPA suelen ser menores que los registros de consultorio y parecen correlacionar mejor con el daño de órganos blanco que dichos valores.

Es de destacar que habitualmente los valores de PA descienden 10–20% durante el sueño; en aquellos individuos donde ese fenómeno no ocurre tienen aumentado el riesgo de eventos cardiovasculares.

Los valores considerados normales para el método son:

- promedio de 24 hs \leq 130 / 80 mmHg
- promedio diurno \leq 135 / 85 mmHg
- promedio nocturno \leq 120 / 75 mmHg

Screening de HTA

Según la United States Preventive Services Task Force, se recomienda en forma definitiva el control sistemático de la PA en las visitas a consultorio para todos los pacientes mayores de 18 años (recomendación grado A)

Evaluación del paciente

La evaluación de los pacientes con HTA documentada tiene 3 objetivos:

- evaluar el estilo de vida e identificar otros FRVs o trastornos concomitantes que afecten el pronóstico o el tratamiento del paciente
- identificar causas de HTA secundaria
- evaluar la presencia o ausencia de daño de órganos blanco y enfermedad cardiovascular

Hipertensión arterial	Tabaquismo	Obesidad (IMC > 30 kg / m ²)
Sedentarismo	Dislipemia	Diabetes
Microalbuminuria	Edad (varones > 55, mujeres > 65)	Historia familiar de enfermedad vascular a edad temprana

Síndromes de apnea e hipopnea del sueño	Relacionada a fármacos o drogas	Nefropatía crónica
Aldosteronismo primario	Estados de hipercortisolismo	Feocromocitoma
Enfermedad renovascular	Coartación aórtica	Enfermedad tiroidea o paratiroidea

Retinopatía	Enfermedad arterial periférica
Nefropatía crónica	Enfermedad cerebrovascular (TIA, stroke)
Cardíaco (HVI, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca)	

Esta información se obtiene a partir de un interrogatorio detallado y del examen físico:

- medición adecuada de la PA en ambos brazos
- fondo de ojos
- cálculo del índice de masa corporal
- búsqueda de soplos (carotídeo, abdominal o femoral)
- palpación tiroidea
- auscultación cardioráscica
- palpación abdominolumbar en búsqueda de nefromegalia o latido abdominal
- examen de pulsos y edemas de miembros inferiores
- examen neurológico en búsqueda de secuelas

Los métodos complementarios recomendados antes del inicio del tratamiento incluyen:

- electrocardiograma
- orina completa
- glucemia
- hematocrito
- ionograma sérico y calcemia
- creatininemia (o el correspondiente clearance)
- lípidos (con 9 a 12 hs de ayuno): colesterol total, HDL y triglicéridos (calcular LDL)
- opcionalmente: albuminuria. Otros tests no son necesarios, en primera instancia, salvo que no se obtenga adecuado control de la presión arterial.

Tratamiento

Objetivo

El objetivo del tratamiento antihipertensivo, desde el punto de vista de la salud pública, es la reducción de la morbimortalidad de causa cardiovascular y renal. El objetivo primario del tratamiento será el control de la PA sistólica (la mayoría de los pacientes alcanza el objetivo de tratamiento de la PA diastólica recién cuando la sistólica ha sido controlada).

Alcanzar valores de PA < 140/90 mmHg se asocia con menor cantidad de complicaciones cardiovasculares. Debemos recordar que los pacientes con nefropatía o diabetes tienen como objetivo cifras menores a 130/80 mmHg.

Tratamiento no farmacológico

La adopción de un estilo de vida saludable por parte de toda la población es fundamental para prevenir el desarrollo de HTA. Por su parte, es esencial en el tratamiento de los pacientes con HTA. Si las intervenciones propuestas se combinan, la eficacia es mayor.

Las modificaciones más exitosas son:

- reducción del peso corporal en pacientes obesos o con sobrepeso
- dieta con bajo contenido en sodio y alto contenido en potasio y calcio
- actividad física
- moderación del consumo alcohólico

Modificación	Recomendación	Reducción en la PA sistólica
Reducción del peso	IMC entre 18.5–24.9 kg / m²	5–20 mmHg cada 10 kg
Plan dietario	Dieta rica en frutas y verduras Lácteos descremados Hasta 2.5 g/día de ClNa	2 a 14 mmHg
Actividad física	Actividad regular (se recomiendan 30 minutos diarios de caminata)	4 a 9 mmHg
Moderación del consumo etílico	No más de 30 ml diarios de etanol	2 a 4 mmHg

Tratamiento farmacológico

Se cuenta con excelente evidencia clínica que documenta que la reducción de la PA con distintos tipos de fármacos reduce todas las complicaciones de la HTA.

Los diuréticos tiazídicos constituyen la base del tratamiento antihipertensivo en la mayoría de los ensayos clínicos con contadas excepciones. Son drogas económicas, útiles a la hora de combinar fármacos y reducen adecuadamente la HTA, pese a lo cual su uso continúa siendo menor al recomendado. En consecuencia, las tiazidas deberían utilizarse como tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes con HTA, ya sea solas o en combinación con otras clases de fármacos. Por otra parte, existen indicaciones específicas para el uso de otros agentes antihipertensivos como tratamiento inicial (tabla 7). Si un fármaco está contraindicado o no es bien tolerado, debería optarse por otra clase de drogas que reduzca los eventos cardiovasculares.

	Diuréticos	Beta bloqueantes	Inhibidores de la ECA	Bloqueantes del receptor de angiotensina	Bloqueantes de los canales de calcio	Antagonistas de la aldosterona
Insuficiencia cardíaca	Sí	Sí	Sí	Sí		Sí
Post-IAM		Sí	Sí			Sí
Alto riesgo de enfermedad coronaria	Sí	Sí	Sí		Sí	
Diabetes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Nefropatía			Sí	Sí		
Prevención de recurrencia de stroke	Sí		Sí			

Situaciones especiales

- La cardiopatía isquémica es el daño de órgano blanco más frecuente asociado a HTA. En pacientes con angor crónico estable e HTA, la droga de elección es un beta-bloqueante o, alternativamente, un bloqueante de canales de calcio de larga acción. En pacientes con síndromes coronarios agudos, la HTA será tratada de inicio con beta-bloqueantes o un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). A posteriori de un IAM, los IECAs, beta-bloqueantes y antialdosterónicos han demostrado ser beneficiosos. No deben olvidarse el control adecuado de los lípidos y el uso de AAS.
- La insuficiencia cardíaca, tanto sistólica como diastólica, es en general consecuencia de la hipertensión arterial y de la cardiopatía isquémica. El control de la HTA y de los niveles de colesterol son los objetivos primarios de tratamiento en estos pacientes. En los pacientes con disfunción del VI asintomática, los IECAs y los beta-bloqueantes son las drogas recomendadas. En los pacientes sintomáticos o con cardiopatía terminal, los IECAs, beta-bloqueantes, bloqueantes del receptor de angiotensina y antialdosterónicos se recomiendan junto a los diuréticos del asa. Es prudente recordar que hasta un 50% de los pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca tienen función sistólica del VI conservada.
- En el contexto de la diabetes, la combinación de dos o más drogas suele ser necesaria para alcanzar el objetivo de PA < 130/80 mmHg. No debe olvidarse que el riesgo de desarrollo de diabetes en los pacientes hipertensos es 5 veces mayor que en la población general. Los regímenes con IECAs o bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) resultan exitosos en los pacientes con nefropatía y microalbuminuria; incluso los BRAs han demostrado reducir la macroalbuminuria. Asimismo, tanto las tiazidas como los beta-bloqueantes, IECAs, BRAs y

bloqueantes de los canales de calcio han demostrado reducir la incidencia de eventos cardiovasculares y de stroke en esta población.

- En aquellos pacientes con nefropatía crónica (clearance $< 60 \text{ mL} / \text{min} / 1.73 \text{ m}^2$ de superficie corporal, o albuminuria $> 300 \text{ mg/día}$), los objetivos del tratamiento serán disminuir la progresión de la nefropatía y la prevención de la enfermedad cardiovascular. Estos pacientes deben tratar su HTA de modo agresivo, muchas veces con 3 ó más drogas con un objetivo de $< 130/80 \text{ mmHg}$. Tanto los IECAs como los BRAs han demostrado su eficacia en pacientes diabéticos y no diabéticos. Un incremento de la creatinemia de hasta el 35% en relación al basal es aceptable y no es motivo para suspender el tratamiento, salvo que se acompañe de hiperkalemia. Cuando el deterioro de la función renal es severo (clearance $< 30 \text{ mL} / \text{min} / 1.73 \text{ m}^2$ de superficie corporal, o una creatinina $> 2.5 \text{ mg/dL}$), suelen requerirse diuréticos de asa.
- Enfermedad cerebrovascular: los riesgos y beneficios de reducir agudamente la PA en el contexto de un stroke todavía es motivo de debate; se recomienda mantener cifras intermedias (alrededor de $160/100 \text{ mmHg}$) hasta que la condición se estabilice. La incidencia de stroke recurrente se reduce al combinar un IECA y una tiazida. Asimismo, el control estricto de la HTA disminuye la incidencia de deterioro cognitivo de origen vascular.
- La enfermedad arterial periférica tiene un riesgo equivalente a la cardiopatía isquémica; cualquier clase de antihipertensivo puede ser utilizado, tratando agresivamente los demás FRVs presentes y sin olvidar el uso de AAS.
- Embarazo: las pacientes hipertensas que comienzan un embarazo deben ser cuidadosamente controladas por los riesgos aumentados para la madre y el feto. Para seguridad fetal, se prefiere el uso de metildopa, beta-bloqueantes y vasodilatadores. Los IECAs y los BRAs son teratogénicos y deberían evitarse en mujeres con la posibilidad de quedar embarazadas. La preeclampsia (HTA de novo, albuminuria, edemas y en ocasiones coagulopatía) puede desarrollarse después de la 20ma. semana de gestación, y en algunas pacientes llevará a la eclampsia, la cual es una emergencia que requerirá finalización del embarazo y tratamiento parenteral antihipertensivo y anticonvulsivante. Para mayor información, se recomienda remitirse a la guía correspondiente.

Hipertensión refractaria.

La HTA refractaria es la imposibilidad de alcanzar el objetivo de PA propuesto en pacientes que están recibiendo dosis plenas de un régimen adecuado con 3 drogas que incluya un diurético. Tras haber descartado causas de HTA secundaria, debe explorarse detalladamente la causa por la cual el paciente no alcanza los objetivos de tratamiento y considerar la consulta con un especialista en HTA.

Tabla 8.– Causas de HTA refractaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Medición incorrecta de la PA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de volumen <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta excesiva de sodio - Sobrecarga de volumen por nefropatía - Tratamiento diurético inapropiado
<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones asociadas <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Excesiva ingesta de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • HTA secundaria no identificada
<ul style="list-style-type: none"> • Inducida por drogas o fármacos <ul style="list-style-type: none"> - DAINES, incluyendo COX2 - Cocaína y anfetaminas <ul style="list-style-type: none"> - Descongestivos - Anorexígenos - Hormonas: anticonceptivos, corticoides - Inmunoterapia: ciclosporina, tacrolimus <ul style="list-style-type: none"> - Eritropoyetina - Medicamentos no convencionales (hierbas, medicinas alternativas, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Otras causas <ul style="list-style-type: none"> - No adherencia al tratamiento - Dosis inadecuadas - Combinaciones inadecuadas

Población destinataria del programa

Adultos mayores de 20 años, focalizados en aquellos con factores de riesgo.

La evaluación de los pacientes con HTA documentada tiene 3 objetivos:

- Evaluar el estilo de vida e identificar otros FRVs o trastornos concomitantes que afecten el pronóstico o el tratamiento del paciente.
- Identificar causas de HTA secundaria.
- Evaluar la presencia o ausencia de daño de órganos y enfermedad cardiovascular.

Objetivo específico

Reducir el factor de riesgo cardiovascular, con mayor prevalencia en la población.

Metas específicas

1. Alentar a las personas a hacer cambios positivos en sus estilos de vida.
2. Identificar los enfermos con factores de riesgo para su inclusión en el programa.
3. Seguimiento y control.
4. Reducir los eventos o accidentes cardiovasculares.

A partir de la implementación del programa, se incluye a los pacientes según corresponda, en los programas de prevención primaria o secundaria.

Prevención primaria: dirigido a personas que NO tienen antecedentes o evidencias de Enfermedad Cardiovascular, pero que, por ser portadores de Factores de Riesgo, están más expuestos a padecer eventos cardiovasculares.

Se incluyen individuos de alto riesgo en un programa de prácticas preventivas, orientado a pacientes mayores de 35 años.

Consiste en la medición de factores de riesgo, mediante:

- Examen médico.
- Laboratorio específico.
- Control de peso con registro del IMC.

Prevención secundaria: Para quienes tienen antecedentes de Enfermedad Cardiovascular, con el fin de disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes centrales y periféricos. No sólo en la detección y corrección de la hipertensión, sino además, de otros factores de riesgo (tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, etc.).

La prestación se dirige a:

- Controles clínicos periódicos y bioquímicos seriados.
- Electrocardiograma basal y de esfuerzo.
- Control de peso y del IMC.
- Tratamiento farmacológico.
- Indicación de ejercicios físicos programados.
- Talleres educativos y de apoyo.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ANTITABACO

Introducción

La adicción al tabaco es una epidemia global que está devastando los países y regiones que menos pueden afrontar sus consecuencias (discapacidad, enfermedad, baja productividad y muerte).

Ante esta gravedad, la industria del tabaco continúa priorizando sus ganancias a la vida, su desarrollo económico al desarrollo sustentable. Para evitar la expansión del tabaco es necesario regular su venta y permitir que las personas accedan a información verídica y certera acerca de sus ingredientes, tóxicos y efectos sobre la salud del cigarrillo en todas sus formas. Está probado que el consumo de estos productos es en muchos casos, mortal y adictivo.

El día mundial contra el tabaco, celebrado el 31 de mayo de 2006, destacó el potencial daño del tabaco en todas sus formas (cigarrillos orgánicos, tabaco de mascar, pipas, cigarros, productos híbridos con elementos de encendido a base de carbón vegetal o de cartuchos de aluminio para la nicotina, cigarrillos suaves o light).

En su Informe 2006: "El tabaco: mortífero en todas sus formas", pone énfasis en disponer de información precisa sobre los ingredientes, las toxinas que liberan y los efectos para la salud de todos los productos del tabaco; y señala que en general, la única fuente de información de la que disponen los consumidores es aquella que la propia industria proporciona voluntariamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera clave monitorear a las empresas del tabaco para el éxito de las políticas tendientes al control de este producto. En un estudio reciente, demuestra la relevancia del control del tabaco en el desarrollo de cada uno de los ocho objetivos descriptos por las Naciones Unidas, que son: 1) Erradicar la extrema pobreza y el hambre, 2) Alcanzar una educación primaria universal, 3) Promover la igualdad de géneros y otorgar poder a la mujer, 4) Reducir la mortalidad infantil, 5) Incrementar la salud de las madres, 6) Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades, 7) Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente, 8) Desarrollar una colaboración global para el desarrollo.

Finalmente, la dependencia del tabaco es una enfermedad en sí misma, descrita en la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Como enfermedad crónica que supone periódicas recaídas, la adicción a la nicotina requiere un tratamiento adecuado. La adicción no es generada sólo por la nicotina contenida en el tabaco, sino también por otros productos químicos que contribuyen a sus efectos adictivos. Los productos nuevos de tabaco han sido diseñados para regular la velocidad y la cantidad de liberación de nicotina, que contribuyen al riesgo de generar adicción y sostenerla. El potencial de adicción se incrementa también con la velocidad de liberación de la nicotina, que aumenta lo que las empresas tabacaleras llaman golpe de nicotina. Los productos de tabaco tienen por objeto potenciar la velocidad de administración y administrar mayores cantidades de la forma química más potente de la nicotina, a saber, la nicotina base libre o no ionizada. La existencia de productos químicos para aumentar el pH resta acidez al tabaco y al humo, liberando así nicotina.

Para hacer frente a esta realidad, debe desarrollarse un tratamiento integral del tabaquismo, desde los ámbitos legislativos (aumento de impuestos al tabaco y restricción máxima de la publicidad), la promoción de ambientes libres de humo, y finalmente, la cobertura de los servicios de tratamiento integral de esta epidemia.

Debe quedar claro que una de las medidas más eficaces para reducir el consumo del tabaco son las políticas que reducen la demanda de los productos derivados del tabaco. Ellas son:

1. Aumento de impuestos al tabaco.
2. Prohibición de la publicidad y el patrocinio del tabaco.
3. Implementar campañas en los medios de comunicación de la acción deletérea del uso del tabaco.
4. Restringir el consumo de tabaco en los lugares públicos y de trabajo.
5. Asistir a los fumadores que quieran dejar la adicción.

Epidemiología

Se estima que actualmente existen en el mundo 1300 millones de fumadores. El número de víctimas mortales que se cobra el consumo de tabaco es ahora de cinco millones al año; de proseguir la pauta actual de consumo, esta mortalidad podrá llegar a duplicarse, pudiendo alcanzar los diez millones para el año 2020.

La mayor carga de mortalidad y enfermedad está desviándose rápidamente hacia los países en vías de desarrollo. Aproximadamente la mitad de fumadores de cigarrillos que mantienen su dependencia mueren prematuramente debido al consumo del tabaco. Esto significa que alrededor de 650 millones de personas (la mitad de los fumadores actuales) morirán a causa de una enfermedad relacionada con el tabaco si siguen fumando.

El estudio de la OMS citado expresa que el consumo del tabaco representa la segunda causa de muerte en el mundo y el cuarto factor de riesgo más común; y revela que en los países pobres, mucha gente pobre gasta más en cigarrillos que en salud o educación.

Pronostica además que el número de mujeres fumadoras se incrementará de 218 millones (en 2000) a 259 millones en 2025.

Representa la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo.

Si bien el control del tabaco es necesario en todos los países, la creciente carga que el tabaco impone en los países en vías de desarrollo hace necesaria una urgente intervención. De hecho, los países económicamente emergentes están experimentando los mayores incrementos de consumo de tabaco, y consecuentemente, los mayores incrementos de mortalidad y morbilidad. Son los pobres, y entre ellos, los más pobres quienes tienden a fumar más.

Del total de fumadores que hay en el mundo, el 84% (es decir 1090 millones de personas) viven en países con economías en vías de desarrollo y de transición. Y de esta manera, mientras que muchos países desarrollados comenzaron a desacelerar e incluso a invertir la oleada de consumo de tabaco y morbilidad, la mortalidad pronosticada en países en vías de desarrollo aumenta.

Estadísticas en Argentina

La situación en Argentina revela que el consumo se eleva al 34% en la población adulta (8 millones de personas), con mayor prevalencia entre los varones; el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años. Esto significa que el país tiene una alta tasa de consumo general superando a Brasil, Bolivia y Uruguay. Además, presenta una de las más altas tasas de consumo de tabaco en mujeres en el mundo.

La tasa de mortalidad es de 40.000 muertes por año debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco (algo más de 100 fumadores por día).

Una encuesta nacional realizada en 2005 revela que el 56% de los fumadores quiere dejar de fumar.

En cuanto al tabaquismo pasivo, Argentina tiene los niveles más altos de América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno (67% en los hogares y 90% en otros ámbitos).

En cuanto a los costos que el tabaquismo genera en el sistema de salud, Argentina gasta aproximadamente 4500 millones de pesos anuales en el tratamiento de patologías tabaco-dependientes. Esto representa el 15,5% del gasto total en salud no compensado por las recaudaciones obtenidas por el conjunto de impuestos al tabaco que asciende a 2500 millones de pesos por año. O sea que se gastan cerca de 12 millones de pesos por día para atender a personas con enfermedades relacionadas con el tabaco.

Efectos del tabaco en la morbilidad y mortalidad

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo. A su vez, la lista de afecciones causadas por el consumo de tabaco ha aumentado. Actualmente se sabe que el tabaco contribuye a enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades. Entre éstas, es importante destacar el cáncer de útero, cuatro veces mayor que en las mujeres no fumadoras, la principal causa de muerte entre los cánceres femeninos en todo el mundo.

Existen pruebas científicas que vinculan el consumo del tabaco a un incremento del riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis.

Estas enfermedades se unen a las ya conocidas enfermedades relacionadas en forma directa con el tabaco que incluyen:

- Los cánceres de pulmón (el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en la población fumadora es de 5 a 20 veces mayor que en sujetos no fumadores). De hecho, hoy sabemos que el tabaco produce el 90% de todos los cánceres de pulmón. Además, presentan mayor prevalencia en fumadores, los cánceres de vesícula, esófago, laringe, boca, colon y garganta;
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que comprende 2 grandes grupos de enfermedad pulmonar: la bronquitis crónica y el enfisema. El desarrollo de EPOC aumenta con la edad, existiendo también una estrecha relación con el tabaquismo, de modo que los fumadores tienen una más alta prevalencia, mortalidad y pérdida de la función pulmonar, dependiente de la cantidad fumada.
- Enfermedades cardiovasculares: constituyen la primera causa de muerte, siendo la enfermedad coronaria la más frecuente. No hay una magnitud de consumo de tabaco que no plantee riesgos. El riesgo de infarto de miocardio y la mortalidad cardiovascular están aumentados en sujetos que fuman apenas 1 a 4 cigarrillos por día.
- De hecho, hoy sabemos que el tabaco produce el 90% de todos los cánceres de pulmón.
- Los riesgos para la salud del sistema reproductivo de las mujeres fumadoras se evidencian en: infertilidad primaria y secundaria, complicaciones durante el embarazo, abortos, partos prematuros, bajo peso al nacer, muerte súbita del lactante.
- Los niños nacidos de madres fumadoras pesan una media de 200 gramos menos que aquellos nacidos de madres comparables no fumadoras.
- Sin embargo, aquellos que consumen tabaco no son los únicos expuestos a sus efectos negativos. Millones de personas, incluida la mitad de los niños del mundo, están expuestos al humo ambiental del tabaco, conocido asimismo como tabaquismo pasivo. Existen estudios científicos que asocian el tabaquismo pasivo a un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, asma y otras dolencias respiratorias en los adultos, infecciones de oído y muerte súbita del lactante en los niños.

Programas y tratamientos para dejar de fumar

Los programas comunitarios para dejar de fumar, que comprenden estrategias múltiples de intervención, obtienen resultados interesantes al tratarse de programas que alcanzan a un gran número de población.

Debe tenerse claro que el tabaco genera una dependencia entre moderada y severa en la mayor parte de los casos comparable a otras sustancias como cocaína o heroína.

Hasta no hace mucho tiempo, el consumo de tabaco era considerado solamente un "hábito", donde la "voluntad" era factor suficiente para librarse del mismo. Actualmente, se considera al tabaquismo como una adicción similar a otras drogas.

Su consumo obedece a un mecanismo complejo donde se mezclan fenómenos de comportamiento (sociales, hábitos individuales) y también fenómenos relacionados con una dependencia física y psíquica ligada a la acción de la nicotina sobre el Sistema Nervioso Central. La clasificación y los criterios diagnósticos de los Trastornos relacionados con nicotina han sido descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Programa de Prevención

Prevención primaria.

Debe atender los 3 componentes del problema: el agente (tabaco), el huésped (consumidor) y el entorno. Algunas de las estrategias a aplicar consisten en la disminución de la demanda de tabaco, están orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y se llevan a cabo sobre las propias personas mediante la información general de la sustancia consumida.

("educación para la salud"). El objetivo es disminuir la incorporación de nuevos fumadores, y por lo tanto, disminuir su incidencia.

Otro factor importante a tener en cuenta es la promulgación y la aplicación de medidas legislativas coercitivas, mediante la limitación de la accesibilidad física y económica de los jóvenes al tabaco, así como las restricciones legales al consumo y la prohibición total de la publicidad tanto directa como indirecta y subliminal.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha lanzado, dentro del marco del Plan Nacional de Control de Tabaco, no sólo el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Libres de Humo de Tabaco, sino también otras iniciativas que constituyen líneas de intervención encaminadas a la prevención primaria, la protección del fumador pasivo y la cesación del hábito. Esta actividad es coordinada por el Ministerio, pero depende también de las estrategias provinciales, acordadas en el Plan Federal de Salud.

Prevención secundaria

Pretende establecer el diagnóstico precoz y la inmediata interrupción de la progresión y/o su cese temprano; está destinada a las personas que están en contacto con el tabaco, los fumadores ocasionales o los activos diarios, pero que todavía no han desarrollado una enfermedad asociada. Se lleva a cabo mediante los llamados "cribados" (screenings), y dentro de éstos con la búsqueda activa de casos en la población con mayor número de factores de riesgo. El objetivo es evitar el inicio y la persistencia de la abstinencia; colaborar en el cese del consumo una vez iniciado. Con ello se pretende disminuir la prevalencia de consumo de tabaco.

Prevención terciaria

Su objetivo es frenar la evolución natural del consumo del tabaco y disminuir la morbimortalidad derivada de ésta. Consiste en el tratamiento de la enfermedad, e incluye la desintoxicación y el abordaje de los trastornos asociados con el tabaco: tratamiento de la dependencia física y psíquica a través de la terapia psicológica y farmacológica. La responsabilidad de este nivel preventivo debe ser compartida entre el primer nivel de atención sanitaria (atención primaria) y el segundo nivel (especialista).

En cuanto a los objetivos para el cumplimiento de esta etapa, la misma debe planificarse, desde distintos tipos de intervenciones:

1) Intervención psico-social: comienza con una anamnesis sobre el consumo de tabaco, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar. Incluye una amplia variedad de intervenciones que van desde modalidades de autoayuda hasta líneas telefónicas proactivas e implementación de tratamientos psicoterapéuticos individuales y grupales. Desde el punto de vista psicoterapéutico se focaliza la terapia en que el adicto conozca las características de su enfermedad, la reconozca, adquiera pautas saludables de conducta frente a ella e implemente estrategias para sobrellevar la abstinencia.

Se emplea fundamentalmente el marco teórico cognitivo-conductual para favorecer cambios de conducta con respecto al consumo y disminuir lo máximo posible el número de recaídas durante el primer período de tratamiento. Como instrumento de la terapia se utilizan estrategias sustitutivas para neutralizar el acto de fumar ante ciertos disparadores o situaciones gatillo.

Se informa al paciente sobre los síntomas de abstinencia que pueden aparecer como irritabilidad, insomnio, disminución en la atención y concentración y mareos. Estos síntomas aparecen durante el primer mes de la supresión del tabaco, disminuyendo gradual y paulatinamente.

2) Intervención farmacológica: existen varios estudios que demuestran la eficacia y costo-efectividad del tratamiento farmacológico que, duplica el éxito obtenido, debido al control de los síntomas de abstinencia, complementariamente con el uso de la psicoterapia descripta.

Las directrices actuales en el tratamiento de la dependencia nicotínica establecen que el tratamiento farmacológico debe ser ofertado a todo paciente fumador que quiera hacer un serio intento de abandono, exceptuando los casos en que existan contraindicaciones.

Respetadas las contraindicaciones médicas que impiden prescribir un tratamiento farmacológico (embarazo y lactancia), la terapia farmacológica se prescribe desde un primer momento del tratamiento integral contra la adicción al tabaco, en forma complementaria al tratamiento psicoterapéutico.

ANEXO III – EVALUACION DE RESULTADOS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISLIPEMIAS

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constate en la Historia Clínica.

2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.

3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal.).

4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal.).

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones
INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA
AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del programa	1er AÑO	2do AÑO	3er AÑO	4to AÑO	5to Año
HC EVALUADAS						
Nº de Pacientes con nivel de triglicéridos < 150 mg/dL						
Nº de Pacientes con niveles de colesterol total < 200 mg/dL						
Nº de Pacientes con niveles de LDL < 100 mg/dL						
Nº de Pacientes con niveles de HDL > 60 mg/dL						

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO - INFECCIÓN POR HPV
Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención
A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.
3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal.).
4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal.).

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones
 INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA
 AÑO 2008

Nº de pacientes	Al inicio del programa	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de CU en Estadio I						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de CU en Estadio II						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de CU en Estadio III						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de CU en Estadio IV						

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.
3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).
4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal.)

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del programa	1er Año	2do Año	3er Año	4to Año	5to Año
HC EVALUADAS						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de Mama en Estadio I						
Nº diagnóstico de Ca de Mama en Estadio II						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de Mama en Estadio III						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Ca de Mama en Estadio IV						

PROGRAMA DE PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DE LA DIABETES

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.

2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.

3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).

4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal).

INDICADOR	Al inicio del programa	1^{er} trimestre	2^{er} trimestre	3^{er} trimestre	4^{er} trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del Programa	Al 1er año	Al 2do año	Al 3er año	Al 4to año	Al 5to año
Nº de pacientes con diagnóstico de IRC						
Nº de pacientes en hemodiálisis						
Nº de pacientes con trasplante de riñón						
Nº de pacientes con diagnóstico de Oftalmopatía diabética						
Nº de pacientes con diagnóstico de enfermedad coronaria						
Nº de pacientes con diagnóstico de lesiones vasculares periféricas						

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención.

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.
3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).
4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal.).

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del programa	1er Año	2do Año	3er Año	4to Año	5to Año
Nº de Pacientes con diagnóstico de sobrepeso						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Obesidad Clase I						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Obesidad Clase II						
Nº de Pacientes con diagnóstico de Obesidad Clase III						

INDICADOR	1er Año	2do Año	3er Año	4to Año	5to Año
% de disminución del peso promedio de población bajo programa					

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL (CCR)

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.
3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).
4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal).
- 5.

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del programa	1er Año	2do Año	3er Año	4to Año	5to Año
HC EVALUADAS						
Nº de Pacientes con diagnóstico de CCR EN Estadio I						
Nº de Pacientes con diagnóstico de CCR EN Estadio II						
Nº de Pacientes con diagnóstico de CCR EN Estadio III						
Nº de Pacientes con diagnóstico de CCR EN Estadio IV						

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constata en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.

3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).

4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal).

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del programa	1er Año	2do Año	3er Año	4to Año	5to Año
Pacientes con diagnóstico de HTA						
Pacientes con diagnóstico de cardiopatía esquémica						
Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca						
Pacientes con diagnóstico de diabetes						
Pacientes con diagnóstico de nefropatía crónica						

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO ANTITABACO

Evaluación de resultados a nivel del proceso de atención

A través del monitoreo mensual realizado durante el proceso de atención, en relación al grado de cumplimiento de las recomendaciones, se evalúan los siguientes indicadores de efectividad:

1. Indicador de desempeño: se desarrolla un indicador de incumplimiento, que es la proporción de pacientes elegibles para aplicar la recomendación en los cuales la misma NO fue efectuada, según se constate en la Historia Clínica.
2. Porcentaje de efectividad promedio: es el promedio de cumplimiento de las recomendaciones en la muestra.
3. Estándar de cumplimiento apropiado: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado aceptable (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 75 de la medición basal).
4. Estándar de cumplimiento excelente: proporción de pacientes que superan un nivel de recomendaciones cumplidas considerado excelente (por encima del porcentaje de cumplimiento correspondiente al percentilo 90 de la medición basal).

INDICADOR	Al inicio del programa	1er trimestre	2er trimestre	3er trimestre	4er trimestre
HC EVALUADAS					
% de Tratamiento según programa INAPROPIADO					
% de EFFECTIVIDAD_PROMEDIO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar APROPIADO					
% de Pacientes con Cumplimiento Estándar EXCELENCIA					

Resultados del Monitoreo del Nivel de Cumplimiento de Recomendaciones

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLINICA

AÑO 2008

INDICADOR	Al inicio del Programa	Al 1er año	Al 2do año	Al 3er año	Al 4to año	Al 5to año
Cantidad de fumadores en tratamiento						
Nº total de pacientes con diagnóstico de Ca de pulmón						
Nº total de pacientes con diagnóstico de EPOC						
Nº total de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Coronaria						

INDICADOR	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año
Cesación del hábito en pacientes incluidos en el Programa					

ANEXO IV

CODOSOC	DENOMINACION	DISTRIBUCION	CUIT
119302	OS PERS. RURAL Y ESTIBADORES	\$ 2.000.000	30-54.733.941-6
126205	OS EMPL.COMERCIO Y ACT.CIVILES	\$ 5.000.000	30-55.027.355-8
105408	OS PERS.CONSTRUCCION	\$ 4.000.000	30-61.445.509-4
108803	OS PERS.ACT.GASTRONOMICA	\$ 1.300.000	30-53.133.865-7
001102	OS ACTIVIDAD DOCENTE	\$ 1.500.000	30-54.668.618-9
125707	OS PERSONAL CIVIL DE LA NACION	\$ 500.000	30-68.303.222-7
119500	OS PERSONAL SANIDAD	\$ 500.000	30-67.923.210-6
112103	OS PERS.IND.METALURGICA	\$ 1.000.000	30-58.520.776-0
121705	OS PERS.ACT.DEL TURF	\$ 1.000.000	30-67.911.343-3
101208	OS PERS.IND.ALIMENTACION	\$ 1.000.000	30-64.399.773-4
111209	OS PERS.MAESTRANZA	\$ 500.000	30-59.861.582-5
105804	OS CHOFERES DE CAMIONES	\$ 4.000.000	30-67.788.309-6
106005	OS ENTID.DEPORTIVAS Y CIVILES	\$ 1.000.000	30-68.833.954-1
116006	OS PERS.IND.DEL PLASTICO	\$ 500.000	30-57.176.628-7
111902	OS MECANICOS TRANSP.AUTOMOTOR	\$ 1.000.000	30-59.041.263-1
122609	OS PERS.ACT.VITIVINICOLA	\$ 1.000.000	33-53.157.685-9
115300	OS PETRÓLEROS	\$ 1.000.000	30-66.187.671-5
121002	OS PERS.IND.TEXTIL	\$ 500.000	30-58.919.114-1
126007	OS FED.GR.PERS.CARNE Y DERIVAD	\$ 500.000	30-51.948.791-4
119906	OS SERENOS DE BUQUES	\$ 600.000	30-60.726.243-4
116105	OS CAPATACES Y ESTIBADOR.PORT.	\$ 700.000	30-67.789.609-0
110701	OS PERS.LUZ Y FUERZA REP.ARG.	\$ 500.000	30-66.322.124-4
110503	OS PERS.IND.LECHERA	\$ 500.000	30-58.419.478-9
123701	OS PEONES TAXIS CAP. FEDERAL	\$ 1.000.000	30-64.250.751-2
122005	OS PERS.IND.DEL VESTIDO Y AF.	\$ 500.000	30-62.703.806-9
104108	OS CERAMISTAS	\$ 1.000.000	30-50.338.850-9
103600	OS PERS.AUX.CASAS PARTICULARES	\$ 800.000	30-57.962.881-9
118705	OS PERS.IND.QUIMICAS Y PETROQ.	\$ 300.000	30-65.339.202-4
111308	OS MAQUIN.TEATRO Y TELEVISION	\$ 500.000	30-66.191.841-8
103105	OS PERS.IND.CALZADO	\$ 500.000	30-67.599.545-8
125905	OS ARBITROS DEPORTIVOS	\$ 600.000	30-68.644.556-1
111704	OS ENCARG.APUNT.MARITIMOS	\$ 700.000	30-59.045.555-1
125509	OS FEDE. ARG. TRAB.UNIVER.NAC.	\$ 500.000	30-68.333.676-5
103709	OS PERS.IND.DEL CAUCHO	\$ 300.000	30-63.088.212-1
120900	OS PERS.DE TELEVISION	\$ 1.200.000	30-51.674.836-5
114703	OS PERS.PELUQ. Y PEINADORES	\$ 500.000	30-68.990.781-0
120801	OS TRAB. DE LAS COMUNICACIONES	\$ 1.000.000	30-66.318.527-2
107107	OS PERS.ESPECTACULO PUBLICO	\$ 700.000	30-59.545.109-0
106807	OS PERS.ENSEÑANZA PRIVADA	\$ 600.000	30-55.247.412-7
125301	OS FED.FEDERACION NAC.OB.SANIT	\$ 700.000	30-88.244.512-9
124506	OS TRABAJADORES DE IND DEL GAS	\$ 1.200.000	30-65.813.764-2
118606	OS PERS. DE PUBLICIDAD	\$ 500.000	30-64.204.642-8
127604	OS PERSONAL DE OBRAS Y S. SANIT.	\$ 1.000.000	30-68.264.255-2
105705	OS PERS.IND.CHACINADO Y AFINES	\$ 500.000	30-60.073.691-0