

# ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



- Historia clínica orientada al problema
- Tipos de prevención
- Concepto de screening y recomendaciones para cribado de patologías frecuentes en Uruguay

CCGI 4°- ECOE Medicina Familiar y Comunitaria

- Lucía Conde -



# HCOP - Historia clínica orientada al problema:



- Funciona como un acceso rápido y exacto a los registros de los pacientes.
- Proporciona un registro continuo en el tiempo de la evolución de las patologías.
- Estima un patrón de consultas de la población.
- Permite un soporte para la medicina preventiva, la educación médica continua y la investigación.

## Características de la historia clínica tradicional

En la HC tradicional, los datos se agrupan de acuerdo con su fuente de recolección: notas de los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud, informes de radiografías, de laboratorio, etc. Si bien contiene la totalidad de los datos, su estructura ofrece algunas dificultades en relación con los criterios enunciados antes:

- No se registran problemas; algunos se obvian.
- Para encontrar la información que se pretende es necesario leer toda la HC.
- Los interconsultores hacen sugerencias inadecuadas o repiten estudios (a causa de lo anterior).
- Es complicado seguir la evolución de un problema.
- Resulta difícil realizar un estudio de eficacia, tanto individual como poblacional. La información no se encuentra sistematizada.
- Es difícil realizar el cuidado preventivo del paciente. Es poco útil para la educación y la investigación.
- Es difícil de informatizar.

La HCOP tiene cuatro grandes pilares:

1. Lista de problemas
2. Base de datos definida
3. Planes iniciales
4. Notas de evolución

## Cuadro 12-1. Listado de situaciones que pueden o no ser un problema

<i>Son problemas</i>	<i>No son problemas</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• un diagnóstico o enfermedad (artrosis de rodilla, melanoma)</li> <li>• una deficiencia, incapacidad o minusvalía (azoospermia, hipovitaminosis A)</li> <li>• un síntoma (cefalea, metrorragia) (posible hipertiroidismo)</li> <li>• un signo (soplo pleural, edema bipalpebral)</li> <li>• un dato de un estudio complementario anormal (hiperglucemia, sedimento patológico)</li> <li>• una alergia (eccema de contacto, alergia mayor al yodo)</li> <li>• un efecto adverso de un fármaco (rash con penicilina, fotosensibilidad con tetraciclinas)</li> <li>• un síndrome (insuficiencia cardíaca congestiva, colestasis intrahepática)</li> <li>• una intervención quirúrgica (colecistectomía, hernioplastia)</li> <li>• efectos de un traumatismo (fractura de tibia por accidente)</li> <li>• un factor de riesgo (tabaquismo, hipercolesterolemia)</li> <li>• una alteración familiar, social o laboral (divorcio maligno, pérdida del empleo)</li> <li>• un trastorno psicológico/familiar (personalidad narcisista, crisis familiar estructural)</li> <li>• el seguimiento de un paciente de riesgo (paciente HIV positivo, falta de adherencia al tratamiento)</li> <li>• una situación no patológica que puede determinar una acción (control de salud, embarazo, anticoncepción)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• un término vago (dolorimiento)</li> <li>• algo que descartar (descartar hepatitis)</li> <li>• una sospecha o diagnóstico probable</li> </ul>

### ✓ Concepto de problema:

Muchas de las consultas en medicina familiar terminan sin un diagnóstico médico claro establecido, las mismas características de la atención médica primaria llevan a este resultado, ya que se trata de una atención longitudinal, que se extiende a lo largo del tiempo, en la que importa más el seguimiento del paciente que el diagnóstico de la enfermedad en sí misma. Por ello, es más adecuado hablar de problemas que de diagnósticos.

Se define como problema a **todo aquello que requiere o pueda requerir una acción por parte del médico o agente de salud**. Problema es cualquier queja, observación o hecho que el paciente o médico perciben como una **desviación de la normalidad**, que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente.

→ Un problema no exige un nivel previo de diagnóstico sino que exige o puede exigir una actuación.

→ Es un problema una situación o estado que no requiere una acción inmediata del médico o del equipo de salud, pero cuya presencia modifica el manejo de otros problemas.

# 1. Lista de problemas:

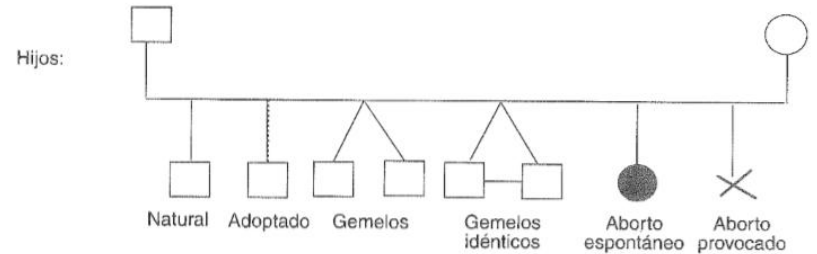
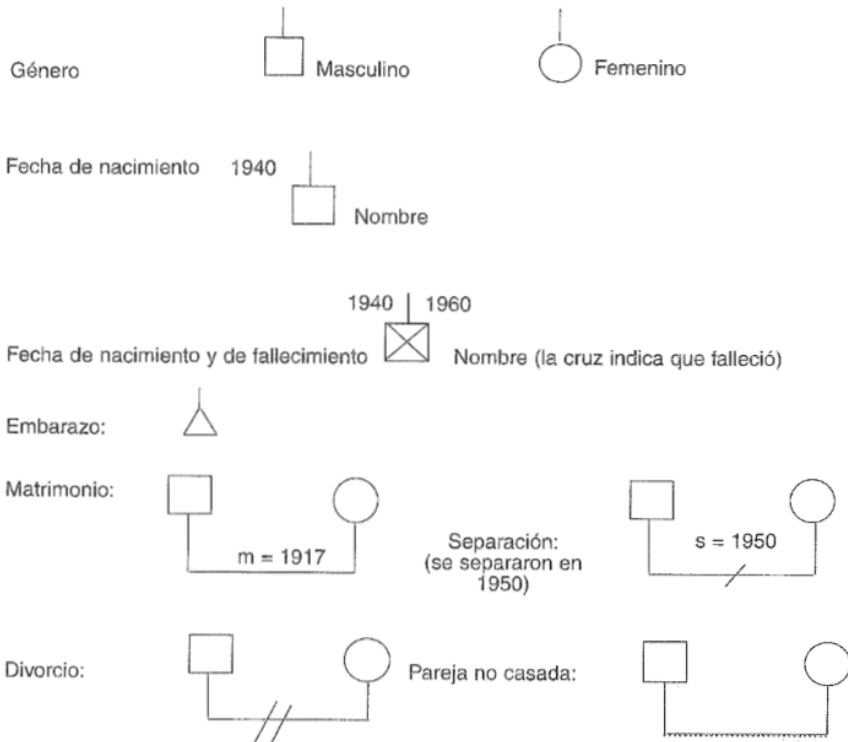


- Es la parte más importante de la HCOP.
- Primera página, índice de contenidos.
- Enumeración de los problemas más significativos de la vida del paciente y orienta sobre los factores que pueden afectar su manejo.
- Debe contener todos los problemas: es un registro dinámico que permite una evaluación rápida de la situación en un momento determinado. → Evaluación dinámica del perfil clínico del paciente.
  
- Problemas **agudos/ transitorios**: <6meses
  
- Problemas **crónicos/ permanentes**: >6meses
  - *Activos*: influyen activamente en la situación actual del paciente. HTA, DM, depresión, desempleo. Requieren acción inmediata.
  
  - *Inactivos*: no influyen activamente en la situación actual del paciente. No requieren acción inmediata para los propósitos de diagnóstico y tratamiento, pero es útil que se muestren en la lista porque el conocimiento de su existencia afecta el manejo de otros problemas. AP de adicciones, cáncer, alergias, etc.
  
- A cada problema crónico se le asigna un número con el que queda identificado para siempre en la lista de problemas crónicos, y su fecha de registro debe constar al lado de su nombre.
- Las categorías de activos e inactivos son dinámicas, un problema activo puede volverse inactivo y viceversa. Este cambio de estatus se registrar.

# 2. Base de datos definida



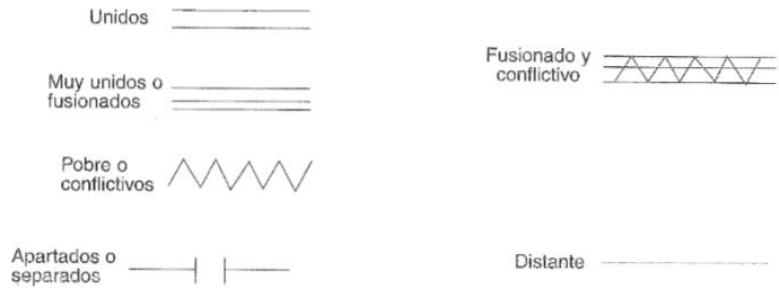
- Se completa en la primera o en las primeras consultas.
- Es una fotografía del estado del paciente cuando se inicia la HC.
- Constituye el primer escalón para el desarrollo de la lista de problemas.
- Recolección de información de los pacientes, de forma predeterminada y sistematizada con el objetivo de evitar la dispersión de la información.
- Información de rutina (Antecedentes) e información específica (MC, problemas, ex. Físico, PC, etc).
- Genograma o familiograma: contexto del paciente, evaluación dinámica y funcional de la familia.



El orden de nacimiento se establece de izquierda a derecha

Los convivientes se rodean de una línea llena

Las relaciones familiares también tienen sus símbolos correspondientes:



En el genograma también se pueden poner datos sobre enfermedades de los miembros de la familia. Por ejemplo, DBT (diabetes), ACV (accidente cerebrovascular).

## 3. Plan inicial:

- Para cada problema identificado en la primera consulta es necesario establecer un plan inicial de manejo.
- Cada plan está encabezado por el número correspondiente y el título del problema, y consta de las siguientes partes:
  - *Diagnóstico*: recolección de más información diagnóstica, interrogatorio del paciente o de familiares, exámenes complementarios, etc.
  - *Monitoreo*: recolección de datos para monitoreo de la clínica del paciente: información para ayudar a decidir si el trastorno mejora o empeora, en forma espontánea o como resultado del tratamiento. (Ej: DM y Hb glicosilada).
  - *Tratamiento*: Registro de los tratamientos que se administran para el problema en cuestión: medicación, cirugías, fisioterapia, etc.
  - *Educación*: descripción breve de la información dada a cada paciente acerca de su enfermedad, manejo y pronóstico ← necesario para su comprensión y adherencia al tratamiento.

## 4. Notas de evolución:

- Para cada problema: SOEP – breves y cada vez que el médico ve al paciente debe registrarlas.
  - **S (Subjetivo)**: registra los síntomas del paciente y cambios o falta de cambios esperados en la sintomatología.
  - **O (Objetivo)**: registra los signos del paciente y los resultados de los exámenes complementarios realizados para aclarar el problema.
  - **E (Evaluación)**: interpretación y reevaluación del problema en función de la evidencia registrada en las dos secciones previas.
  - **P (Plan)**: planes de seguimiento. Se estructuran como los planes iniciales, con sus 4 secciones.

# Tipos de prevención:

- **Prevención primaria:** se interviene sobre individuos sanos antes de que se produzca la enfermedad. **Obj:** evitar la enfermedad.
- **Prevención secundaria:** se interviene cuando el proceso patológico ha comenzado, pero antes de la aparición de los síntomas. Las condiciones mínimas son que el proceso puede detectarse en etapa presintomática y que el tto en esta fase modifique la historia natural de la enfermedad. **Obj:** Intervenir en la evolución natural de la enfermedad.
- **Prevención terciaria:** se interviene después del establecimiento de la enfermedad, pero antes de que aparezcan las complicaciones. **Obj:** Mejorar la calidad y esperanza de vida.
- **Prevención cuaternaria:** medidas adoptadas para evitar, apaciguar las consecuencias de las intervenciones médicas en el paciente. **Obj:** Evitar uso innecesario de intervenciones médicas.

TABLA 1

## Tipos de prevención según la concepción del médico (centrada en la enfermedad como ente normativo) o en el paciente (vivencia del enfermar)

VISIÓN DEL PACIENTE		Visión del médico		TIPOS DE PREVENCIÓN
		Enfermedad (dicotomía)		
		Ausente	Presente	
Enfermar (continuo)	Ausente	Prevención primaria (enfermar ausente, enfermedad ausente)	Prevención secundaria (enfermar ausente, enfermedad presente)	
	Presente	Prevención cuaternaria (enfermar presente, enfermedad ausente)	Prevención terciaria (enfermar presente, enfermedad presente)	

Los servicios preventivos para la detección temprana de la enfermedad han mostrado reducciones sustanciales de la morbilidad en niños y adultos, por lo que la provisión de estos cuidados a poblaciones definidas (por edad, sexo y riesgo) es un estándar ya aceptado en la atención primaria.

Si bien las inmunizaciones y las pruebas de rastreo siguen siendo intervenciones preventivas esenciales, el rol más promisorio de la prevención en la práctica médica es la modificación de los hábitos y los estilos de vida, ya que las causas más importantes de mortalidad son atribuibles, en gran medida, a conductas personales como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de uso de cinturón de seguridad y las prácticas sexuales inseguras. Excepto en el

La estrategia más efectiva para instrumentar la prevención se basa en aprovechar cualquier contacto con el paciente, aunque consulte por otra cosa, para efectivizarla (pesquisa de casos) en contraposición con el hoy casi abandonado rastreo o *screening* poblacional.



# Screening / Cribado / Tamizaje poblacional:



- “Examen de personas asintomáticas para distinguir las que probablemente estén enfermas y las que probablemente no lo estén” (Moss et al, 2006). Se trata de una actividad de prevención secundaria, es decir, que su objetivo es reducir la morbilidad o mortalidad prematura asociadas a la enfermedad, mejorar su pronóstico.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define, de manera más detallada, como “la **aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa**, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad” (Wald, 2001).
- “Un servicio de salud pública en el que los miembros de una población definida, que no necesariamente perciben tener un mayor riesgo, o estar afectados por una enfermedad o sus complicaciones, son invitados a someterse a preguntas o pruebas para **identificar a aquellos individuos con mayor probabilidad de obtener un beneficio que un perjuicio**, causado por las sucesivas pruebas o el tratamiento, para reducir el riesgo de la enfermedad o sus complicaciones” (NSC, 2009).
- La detección precoz mediante cribado se puede efectuar en el marco de programas definidos de cribado, o bien mediante una actividad oportunista.
  - El cribado oportunista es una actividad no sistemática que se suele realizar dentro de los servicios de salud a petición del interesado o aprovechando una consulta por otro motivo médico.
  - En el cribado dentro de programas organizados existe una estrategia, política o recomendación oficial que definen, como mínimo, la prueba diagnóstica, los intervalos, la población blanco, así como una estructura que garantice la calidad. El programa de cribado poblacional es aquel que se ofrece activamente a toda la población diana, de manera sistemática y dentro de un marco reglado de política sanitaria de salud pública, protocolizada y con una adecuada evaluación continua de la calidad y los resultados.

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es el tercer cáncer más frecuente en mujeres de todo en el mundo. Los países más afectados son aquellos que se encuentran en vías de desarrollo, que engloban al 85% de los cánceres de cuello uterino del mundo. En el año 2008 el número en el mundo alcanzaban 530.232 casos, con una estimación para el año 2015 de 610.079 casos. (1)

Específicamente en Uruguay la tasa de incidencia del CCU es de 13,85/100.000, con una mortalidad del 4,73/100.000 mujeres, según datos reportados por el Registro Nacional de Cáncer (RNC) del 2010 de acuerdo a tasas ajustadas por edad a la población mundial estándar

En nuestro país el cáncer de mama (CM) es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres (Estadísticas vitales MSP y Registro Nacional de Cáncer). En los últimos años se ha comprobado una disminución de la mortalidad por esta causa, tanto a nivel nacional como mundial, lo que podría estar vinculado a una mayor detección temprana, una mejora en los tratamientos y a la promoción de las Unidades de Mastología, en las que la discusión interdisciplinaria de los casos determina conductas clínicas eficientes y seguras para cada caso.

En Uruguay el CCR también es el tercer cáncer más frecuente en hombres y el segundo en mujeres, pero ocupa la segunda posición cuando se consideran ambos sexos, dando cuenta de más de 1800 casos nuevos anuales. Se registran en nuestro país más de 900 muertes anuales por CCR, siendo la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y la segunda en mujeres(2,3)(figuras 1 y 2). En el sexo femenino se registra un número ligeramente superior de

## Recomendación CCU:

El objetivo del cribado cervical es reducir el riesgo de cáncer de cuello uterino a través de la detección y tratamiento de las lesiones que tienen el potencial de convertirse en malignas.

- ✓ Se recomienda el inicio del tamizaje a los 21 años.
- ✓ Luego de los 69 años se recomienda interrumpir el tamizaje poblacional.
- ✓ Se recomienda la realización de la citología cervical como tamizaje poblacional c/3 años.
- ✓ Se recomienda la realización de la citología cervical anual, en las dos primeras tomas.

La evidencia de estudios observacionales y modelos epidemiológicos muestra que el cribado anual ofrece una protección mínima adicional contra el cáncer cervical en comparación con el cribado trianual.

Existen pruebas convincentes de que el cribado con citología cada 3 años reduce sustancialmente la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad.

De acuerdo a los registros de sensibilidad diagnóstica en el país y el tipo de programa de tamizaje el equipo elaborador de este guía recomienda la realización de las 2 primeras citologías en forma anual, y de ser normales continuar cada 3 años.

*Factores de riesgo que excluyen de la frecuencia cada 3 años y requieren mayor frecuencia de screening:*

## Casos especiales →

- I. Esto incluye a las mujeres que están inmunodeprimidas debido a que estas mujeres tienen una mayor probabilidad de infección por el VPH, lesiones precancerosas y cáncer invasor del cuello uterino.
- II. Otro grupo que debe someterse a una evaluación anual indefinidamente incluye a las mujeres que alguna vez en la biopsia confirmaron un alto grado de lesiones escamosas intraepiteliales (HSIL), adenocarcinoma in situ (AIS) o cáncer cervical invasivo. A pesar de someterse a tratamiento, estas mujeres tienen más del doble de riesgo de cáncer cervical invasivo en comparación con la población general de mujeres de 25 años o más. (40, 41) Si han sufrido histerectomía, estas mujeres deben hacerse citologías de cúpula cada año. (42)

**CBOQ**

Educamos Diferente

# Guía conductual para pacientes con PAP patológico:

colposcopia.

- ✓ Referir a colposcopia sin repetir la citología o realizar test de HPV, sólo se recomienda en situaciones donde hay una alta probabilidad de pérdida de la paciente durante el seguimiento

RESULTADO PAP	RECOMENDACIÓN
Insatisfactorio	Repetir PAP en tres meses.
ASC-US ( células escamosas atípicas de significado incierto)(*1)	<p><b>21-29 años</b> Repetir PAP c/6 meses por 1 año ( 2 PAP )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si ambos son negativos vuelve a tamizaje de rutina</li> <li>• Si cualquiera de los dos resultados es ASC-US o mayor lesión realizar colposcopia.</li> </ul> <p><b>Mayor o igual a 30 años:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se cuenta con test de HPV manejo como mujeres entre 21 y 29 años.</li> <li>• Si se cuenta con test de HPV y de acuerdo a su resultado:           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ HPV negativo: vuelve a tamizaje de rutina.</li> <li>✓ HPV positivo: colposcopia</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Menor 21 años (*2)</b> Repetir PAP c/12 meses por 2 años(2 PAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A los 12 meses, solo HSIL debe ser referida a colposcopia</li> <li>• A los 24 meses, si es negativo vuelve a tamizaje de rutina; si ASC-US o mayor lesión referir a</li> </ul>

ASC-H ( células escamosas atípicas, no se puede excluir H-SIL )

Realizar Colposcopia

L-SIL ( lesión escamosa intraepitelial de bajo grado )

**21-29años**  
Repetir PAP c/6 meses por 1 año ( 2 PAP )

- Si ambos resultados son negativos, vuelve a tamizaje rutinario
- Si cualquiera informa ASC-US o mayor lesión referir a colposcopia

**Mayor o igual a 30 años**

- Realizar Colposcopia

**Menor 21 años ( \*2)**

Repetir PAP c/12 meses por 2 años (2 PAP)

- A los 12 meses solo si resultado es H-SIL referir a colposcopia
- A los 24 meses si es negativo vuelve a tamizaje rutinario; si ASC-US o mayor lesión realizar colposcopia.

H-SIL (lesión escamosa intraepitelial de alto grado)

- Colposcopia con biopsia dirigida y/o muestra endocervical

AGC ( células glandulares atípicas)(\*3)  
AIS ( adenocarcinoma in situ)

- Colposcopia con muestra endocervical.

Carcinoma escamoso  
Adenocarcinoma

- Referir a especialista

**CBO**

Educamos Diferente

## Recomendación CCR:



- ✓ Estudio de sangre oculta en materia fecal.
- ✓ Estudios endoscópicos.
- ✓ Otros estudios: estudio de ADN fecal, colon por enema con doble contraste, colonoscopia virtual o colonografía por TAC, cápsula endoscópica de colon.

**Para la población de riesgo promedio, se recomienda el tamizaje entre los 50 años y los 74 años con el test inmunoquímico de sangre oculta en heces (ESOMFi) cada 2 años. Si el test resulta positivo debe estudiarse con Colonoscopia**

*Para los individuos que se han realizado colonoscopia de tamizaje dentro de los 10 años previos y la misma fue normal, la continuación del tamizaje con ESOMFi cada dos años constituye una alternativa a tomar en cuenta, sabiendo que si la colonoscopia fue completa (llegó hasta el ciego) y el colon estaba bien preparado no hay necesidad de hacer estudios de control por 10 años.*

Tomando en cuenta los grupos de edad incluidos en los estudios de tamizaje (21-31) que demostraron una reducción de la mortalidad por CCR y las recomendaciones de las guías seleccionadas (18-20), así como la incidencia y mortalidad por CCR de acuerdo a la edad y la expectativa de vida en nuestro país, se recomienda realizar el tamizaje a partir de los 50 y hasta los 74 años.

Dado el aumento de la incidencia de CCR con la edad y asumiendo que el beneficio relativo es similar a todas las edades, el beneficio absoluto del tamizaje tendría que ser mayor entre los de 60-74 años que en los más jóvenes (50-59 años). Esta consideración debe tomarse en cuenta si en función de los recursos disponibles es necesario priorizar un intervalo etario.

# Recomendación CM:



## RECOMENDACIÓN

1. No se recomienda tamizaje sistemático en el grupo de 40-49 años. Se recomienda discutir con la usuaria los beneficios y potenciales riesgos de realizar tamizaje mamográfico entre los 40 y 49 años ofreciéndole la realización del mismo si ella lo desea.
2. Se recomienda tamizaje mamográfico cada dos años entre los 50 y 69 años.
3. No se recomienda tamizaje mamográfico sistemático en el grupo de 70-74 años. Se sugiere discutir con la usuaria los beneficios y potenciales riesgos de realizar tamizaje mamográfico entre los 70 y 74 años ofreciéndole la realización del mismo si ella lo desea. Es recomendable que este se realice cada 2 años.
4. No se recomienda realizar tamizaje mamográfico cada dos años en mujeres menores de 40 años ni en mayores de 74 años.

En las guías analizadas surge que existe evidencia reportada que respalda la indicación de la mamografía como herramienta de diagnóstico temprano de la enfermedad.

Grupo etario	Recomendación
Mujeres < 39 años	No hay recomendación de tamizaje para este grupo.
Mujeres de 40 a 49 años	Consulta con su médico para eventual mamografía de despistaje
Mujeres de 50 a 69 años	Se recomienda mamografía cada 2 años
Mujeres de 70 a 74 años	Consulta con su médico para eventual mamografía de despistaje cada 2 años
Mujeres de 75 y mas	No hay recomendación de tamizaje para este grupo.