

Actualizaciones para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Acciones Preventivas en el Adulto Mayor

Dra. María Sofía Cuba Fuentes(*), Dr. Miguel Suárez Bustamante(**)

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

Los adultos mayores deben:

- Recibir inmunizaciones con tra el neumococo e influenza, según decisión médica.
- Recibir consejerías para evitar el tabaquismo, mejorar la dieta y reducir el riesgo de caídas.
- Debe realizarse rutinariamente el despistaje con mamografía para detectar tumores de mama, con examen de sangre oculta en heces para el cáncer colo-rectal, y con un examen Pap para el cáncer de cuello uterino. El despistaje de cáncer de próstata requiere de una decisión médica cuidadosa.

Introducción

La población del Perú y del mundo está envejeciendo. Así, los mayores de 60 años constituyeron, el año 2005, el 5,2% de la población peruana (aproximadamente 1.453.000 habitantes), y los mayores de 80 años es el grupo de mas rápido crecimiento. Por lo tanto, las políticas de salud deben tender a promover y mejorar la funcionalidad de las personas adultas mayores, así como prevenir o retrasar la progresión de enfermedades y mejorar el status de salud en este grupo poblacional.

Desde 1980, dos organismos expertos en cuidado preventivo de la salud: la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care, publican revisiones basadas en evidencia científica, para la toma de decisiones en salud preventiva. Estas recomendaciones se enfocan en intervenciones que lleven a un mejoramiento en el estado de salud (reducir morbilidad y mortalidad).

Estos organismos suelen recomendar tres tipos de procedimientos para la prevención de

los principales problemas de salud: inmunizaciones, consejería y despistajes o screening.

Para ser recomendadas, las inmunizaciones deben tener eficacia biológica comprobada, y reducir la incidencia y/o complicaciones del problema de salud que se busca prevenir.

Por su lado, para recomendar intervenciones de consejería, debe haber evidencia de que el cambio en el comportamiento promovido reduce el riesgo para el problema de salud abordado por la consejería, y que ésta es efectiva en conseguir un cambio en el comportamiento.

Los despistajes, también conocidos como *screening* por su denominación inglesa, se recomiendan únicamente cuando son capaces de detectar la condición o el factor de riesgo precozmente, y sin una tasa excesiva de falsos positivos y falsos negativos. Adicionalmente, la intervención temprana para el problema detectado por el despistaje debe tener resultados superiores a esperar que naturalmente aparezcan manifestaciones o síntomas de la enfermedad.

(*) Médica Familiar. Médico asistente de la Clínica Médica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (**) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFI-PERU.



Problemas de Salud Prevenibles

Si bien los lugares en el listado de los problemas de salud puede variar de una realidad a otra, los problemas prevenibles son prácticamente los mismos tanto para países desarrollados como para países en desarrollo:

- Infecciones Respiratorias
- Cáncer
- Enfermedad Cardiovascular
- Accidentes Cerebrovasculares (ACV)
- Accidentes y Caídas
- Diabetes Mellitus

Estos son los problemas sobre los cuales se centra la presente actualización. A continuación se revisarán en detalle las principales prácticas preventivas recomendadas por los dos organismos previamente citados, la US Preventive Task Force (USPTF) y la Canadian Task Force on Preventive Care, basados en la evidencia más actualizada disponible.

Immunizaciones

Vacuna contra la influenza

En realidades como U.S., la neumonía por influenza es la 5ta causa de muerte en ancianos. Se desconoce este dato en países en desarrollo.

Un metanálisis concluyó que la vacuna contra la influenza, efectivamente reduce la incidencia de neumonía y la mortalidad por infección respiratoria(1), así como las hospitalizaciones por condiciones respiratorias y la insuficiencia cardiaca, con una reducción de riesgo relativo de 1,3 (2).

La recomendación es que dicha vacuna sea administrada en los meses de otoño, anualmente a todos los adultos mayores a partir de los 65 años.

Vacuna contra el neumococo

En países en desarrollo, el neumococo es cau-

sante del 30% de las neumonías adquiridas en la comunidad que requieren hospitalización.

Diversos ensayos aleatorizados han demostrado la efectividad de la vacuna contra el neumococo, reduciendo significativamente el riesgo de contraer neumonía en la vejez(3).

Se recomienda administrar esta vacuna una vez a partir de los 65 años, especialmente en personas de riesgo como los pacientes con diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Las vacunas contra la influenza y el neumococo pueden usarse en simultaneo, aplicándose al mismo tiempo, pero en diferentes brazos.

Vacuna contra el tétanos y la difteria

La mayoría de adultos mayores no han sido protegidos en la niñez o juventud contra el tétanos y la difteria. Al igual que en los otros grupos de edad se recomienda una dosis cada 10 años si ha tenido vacunación previa, y si nunca se ha vacunado, debe iniciarse el esquema igual al de otros adultos.

Consejería

Tabaquismo

El tabaquismo es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en adultos mayores. Un estudio encontró que la esperanza de vida era 7 años mayor entre quienes dejaban de fumar a una edad media, en relación a quienes continuaban fumando (4). Otro análisis encontró que, incluso entre personas que dejaban de fumar a los 60 años, el riesgo acumulativo de cáncer de pulmón a los 75 años, experimentaba una reducción de 10% en relación a quienes continuaban fumando (5).

Se recomienda que, si la persona ha fumado en los últimos 3 meses, se le ofrezca consejería sobre cese de tabaquismo y, se le proporcione asistencia complementaria, si es aceptada, debe recomendarse el uso de parches de nicotina o goma de mascar, los cuales han

demostrado ser más efectivos que el placebo para ayudar a reducir la dependencia al tabaquismo (6).

Actividad física

La actividad física tiene efectos antihipertensivos, cronotrópico negativo, vasodilatador, diurético, anorexígeno, reductor de peso, hipoglicemiante, hipolipemiante, tranquilizante, antidepresivo, previene las fracturas de cadera, las caídas y la osteoporosis.

Se recomienda evaluar y realizar consejería sobre actividad física en todo contacto con los adultos mayores. Sin embargo la USPTF no encuentra evidencia de que la consejería mejore efectivamente la actividad física, recomendando buscar otras estrategias para incrementar la actividad física en adultos mayores.

Dieta

Si bien la USPSTF recomienda dar consejería a los adultos mayores para reducir la ingesta de grasas, ello se debe a su rol aterogénico o en la prevención del cáncer de colon, y no necesariamente a la cantidad de calorías proporcionadas, ya que, se ha encontrado que después de los 60 años se reduce la asociación entre IMC elevado y mortalidad, prácticamente no existiendo correlación luego de los 74 años (7).

Se recomienda incrementar la ingesta de frutas y granos que contengan fibra, evaluar la necesidad de suplementación con Ca y Vit D. Por otro lado, dar suplementos vitamínicos a todos los adultos mayores, no ha demostrado ser una medida efectiva en la mejora del estado nutricional.

Prevención de caídas

Este tópico ha sido abordado en la actualización presentada en el Nro. 1 de RAMPA. Se debe hacer una evaluación anual de caídas, y si es necesario una intervención multifactorial orientada a prevenir este problema.

Enfermedades de transmisión sexual

Producto de la viudez o la separación, así como de conflictos emocionales propios de la edad, los adultos mayores varones pueden retomar o incrementar su vida sexual con parejas diferentes a la habitualmente monogámica, o recurriendo a trabajadoras sexuales,

Al igual que en los jóvenes, los adultos mayores sexualmente activos deben recibir consejería sobre comportamientos sexuales de riesgo y uso de condones.

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Dislipidemia

En general existe poca evidencia sobre el beneficio del despistaje y tratamiento para las dislipidemias en adultos mayores. La ATP III recomienda el despistaje con lipidograma (HDL, LDL, colesterol total y triglicéridos) desde los 20 años sin poner límite superior, por lo que estarían incluidos los adultos mayores. La USPSTF y el Colegio Médico Americano (ACP), no se pronuncian a favor o en contra del despistaje con lipidograma entre los 65 y 74 años, ambos grupos no lo recomiendan en mayores de 75 años. La Academia Americana de Medicina Familiar (AAFP) recomienda el despistaje sólo hasta los 65 años.

Hipertensión

Existe beneficio en controlar tanto la presión diastólica como la sistólica entre los adultos mayores. Un estudio clásico demostró que provocar una caída en 5 y 10 mm Hg reducen la incidencia de ACV en 34% y 56%, respectivamente, así como la enfermedad arterial coronaria en 21% y 37%, respectivamente (8). En adultos mayores con comorbilidades, se debe tener en cuenta las



complicaciones del tratamiento antihipertensivo como la hipotensión ortostática.

El intervalo óptimo para el despistaje de hipertensión no ha sido determinado, pero algunos organismos recomiendan que debe realizarse 1 a 2 veces por año.

Despistaje del cáncer

Cáncer de Mama

En muchas realidades, incluyendo las zonas urbanas del Perú, el cáncer de mama es la primera causa de cáncer invasivo en mujeres, siendo más frecuente en adultos mayores que en personas jóvenes. Así, el riesgo acumulado de tener cáncer de mama en las primeras cuatro décadas de la vida es de 0,43, y de los 60 a los 79 años es de 6,9% (9). Ello implica que 45% de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres mayores de 65 años, con incidencia que continúa creciendo hasta los 80 años.

La mamografía reduce en un 30 a 40% la mortalidad por cáncer de mama, con la ventaja de que para los adultos mayores, el rendimiento en cantidad de biopsias por cada diagnóstico es mayor que el presentado en las otras edades -46 casos por cada 100 biopsias- (10).

Se recomienda realizar una mamografía cada dos a tres años entre los 50 y 70 años a todas las mujeres. Existe debate sobre la mejor acción preventiva en mayores de 70 años. Se podría continuar realizando la mamografía si la expectativa de vida es superior a 10 años, considerando que las mujeres ancianas con más de 3 comorbilidades tienen 20 veces más posibilidad de morir por otra causa que por cáncer de mama en los 3 años siguientes.

En general no existe evidencia confiable acerca del valor del auto examen de mamas, sin embargo, si esta práctica tiene alguna utilidad complementando las mamografías, ésta es sólo para el grupo de menores de 50 años, y no para las mujeres adultas mayores.

Cáncer Colo-rectal

El cáncer colo-rectal es la tercera causa de cáncer tanto en hombres como en mujeres. Este cáncer también es dependiente de la edad, teniendo un riesgo acumulado de 0,06% en las primeras 4 décadas de la vida, mientras que para el grupo de 60 a 79 años es de 3,1% en mujeres y 4.1% en varones (9). A mediados de la década de los 90, tres ensayos clínicos randomizados demostraron la disminución de mortalidad con el test de sangre oculta en heces en 25%, aunque con una alta tasa de falsos positivos de 85% (11).

Existe evidencia sobre la utilidad de la sigmoidoscopia como método de despistaje para detectar los cánceres accesibles al sigmoidoscopio, y de colonoscopias para neoplasias colónicas avanzadas en personas asintomáticas. Sin embargo, la evidencia disponible sólo proviene de estudios observacionales, y aun no hay ensayos clínicos randomizados que confirmen su efectividad.

Basados en esta evidencia, algunos expertos recomiendan que en personas mayores de 50 años se practique un examen de sangre oculta en heces anual y una sigmoidoscopia cada 5 años.

Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de áreas menos favorecidas de países en vías de desarrollo. No obstante, la mortalidad por este tipo de cáncer está siendo notablemente disminuida como consecuencia de la masificación del despistaje con el examen de Papanicolau (Pap). En Estados Unidos, por ejemplo, la mortalidad por cáncer cervical disminuyó de una tasa de 14,2 por 100.000 mujeres por año en 1973 a 7,8 por 100.000 mujeres por año en 1994 (12)

Para las mujeres adultas mayores, la USPSTF recomienda cesar el despistaje con exámenes Pap a los 65 años -si la persona a evaluar no tiene exámenes Pap previos, se pueden realizar tres exámenes anuales antes de descontinuar-, especialmente en las que han tenido una histerectomía por causas no malignas. Sin embargo un estudio mostró que

incluso en personas mayores de 65 años, el despistaje cada tres años puede disminuir la mortalidad por cáncer cervical en 74%, a un costo de US \$2,25 por año de vida salvada (13), por lo que la decisión final debe ser conjunta entre el médico y su paciente.

Cáncer de Próstata

Como se ha mostrado en varios ejemplos previos de cáncer, el cáncer de próstata –la segunda causa de muerte por cáncer en adultos mayores varones, sólo superada por el cáncer de estómago- es también dependiente de la edad, de modo que el riesgo acumulado para las primeras cuatro décadas de la vida es de 0,01%, mientras que en el grupo de 60 a 79 años es de 14,8% (9). Si bien las estadísticas muestran que, desde las últimas décadas del siglo pasado, esta patología ha mostrado un notable incremento en su incidencia, parece ser que este incremento es un artefacto producto de la mayor detección secundaria (13). Así, se postula, basados en estudios de biopsia, que hasta el 30% de los varones tienen células cancerígenas en la próstata, las que debido a su evolución lenta y poco agresiva, en más de las dos terceras partes de los casos, nunca llegaban a ser diagnosticados o tratados, muriendo sus portadores de causas diferentes al cáncer de próstata (14). Con la llegada del antígeno prostático específico (APE), muchos de estos casos potencialmente no fatales, han sido identificados y no existe una respuesta clara de si deben ser tratados o no. Se estima que si se realiza el despistaje a toda la población mayor de 50 años, el 28% de los hombres estudiados tendrían necesidad de una biopsia –con el consiguiente riesgo de sepsis-, lo que en muchos casos sería innecesario.

Por todo ello, la USPTF, el ACP y la AAFP, no recomiendan el despistaje con APE ya que no mejora la expectativa de vida. Por su lado, la Sociedad Americana de Cáncer y la Sociedad de Urología, recomiendan el despistaje con APE anual desde los 50 años, hasta tener una expectativa de vida menor a 10 años.

Hasta disponer de evidencia más concluyente, por ejemplo proveniente de ensayos aleatorizados, la opción de realizar el despistaje con APE constituye una decisión conjunta entre el médico y el paciente, luego de dar consejería sobre los riesgos y beneficios de la prueba. No

se debe realizar despistaje con APE en pacientes muy ancianos o frágiles.

La USPSTF, el ACP y la AAFP no recomiendan el despistaje con radiografía de tórax o citología de esputo (15). Últimamente viene surgiendo

Cáncer de Pulmón

la recomendación de realizar despistaje con tomografía en personas de riesgo, pero su real utilidad aún es muy controvertida. La prevención del cáncer de pulmón, aun se enfoca en dejar el tabaquismo.

El 85 a 90% de casos de este tipo de cáncer se produce en zonas expuestas al sol. La USPTF no se pronuncia ni a favor ni en contra

Cáncer de Piel

del despistaje. Recomiendan estar alerta a la aparición de lesiones y revisión por especialista en personas en riesgo de melanoma maligno (15).

Muchos adultos mayores tienen alteraciones visuales no reconocidas, tales como degeneración macular, cataratas, entre otras.

Alteraciones Sensoriales

La USPTF recomienda despistaje con la cartilla de Snellen, y referencia al oftalmólogo si se encuentra alteración (15). Existe evidencia insuficiente para realizar fondo de ojo de rutina.

La alteración auditiva, también es prevalente en adulto mayor. La USPSTF recomienda preguntar sobre alteración en audición y de encontrarse, realizar otoscopia y test audiométrico (15).



Conclusiones

Aun en adultos mayores, las intervenciones preventivas pueden reducir la incidencia de enfermedades y evitar la discapacidad. Sin embargo elegir intervenciones apropiadas en el grupo de los mayores de 60 años, implica tener en cuenta consideraciones como la expectativa de vida y plantear objetivos claros en el cuidado de la salud.

Bibliografía

- (1) Gross PA, et.al. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta.analysis and review of literature. *Ann Intern Med.* 123:518-27. 1995.
- (2) Nichol KL, et.al. The efficacy and cost-effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N.Eng..J.Med.* 331:778-84. 1994.
- (3) Koivula I, et.al. Clinical efficacy of pneumococcal vaccine in the elderly: a randomized, single-blind, population-based trial. *Am. J. Med.* 103:281-90. 1997.
- (4) Pelkonen M, et.al. Pulmonary function, smoking cessation and 30 year mortality in middle aged Finnish men. *Thorax.* 55: 729-30. 2000.
- (5) Peto R, et.al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 321:323-329. 2000.

(6) Silagy, M, et.al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DB.* 2000(3):CD000146. 2000.

(7) Stevens J, et.al. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N. Engl. J. Med.* 338:1-7. 1998.

(8) MacMahon S, et.al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease: prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 335:765-74.1990.

(9) Editorial Staff. *Cancer Statistics, 1999.* *CA Cancer J Clin.* 49:8-31. 1999.

(10) Kerlikowske K, et.al. Positive predictive value of screening mammography by age and family history of breast cancer. *JAMA.* 270:2444-50. 1993.

(11) Mandel JS, et.al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N. Engl J Med.* 328:1365-71. 1993.

(12) Nanda K, et.al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann. Intern Med.* 132:810-19. 2000.

(13) Potosky AL, et.al. The role of increasing detection in the rising incidence of prostate cancer *JAMA.* 273:548-52.1995.

(14) Coley CM, et.al. Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests. *Ann Intern Med.* 126:394-406. 1997.

(15) AHCPR. Agency for health care policy and research - US Office of disease prevention and health promotion. *Clinician's handbook of preventive services.* Washington, AHCPR, 2d. edit. 1998.

Recibido para publicación el 12 de Setiembre del 2006.
Aprobado con correcciones el 29 de Octubre del 2006.

Correspondencia para el autor: Correo electrónico:
sofiacuba@hotmail.com