

Estrategias de promoción y prevención en el anciano

Enrique Vega García

INTRODUCCIÓN

La salud pública y la clínica debieron adaptar su cuerpo de conocimientos a la prolongación de la vida y al envejecimiento poblacional con una velocidad más rápida de la esperada, que, junto a otros determinantes sociales y económicos, así como la tecnología, la sociedad multigeneracional o la transición epidemiológica, han creado escenarios complejos que demandan una nueva visión de la salud/enfermedad y de nuevas formas para intervenir sobre ellas.

Solo recientemente se han comenzado a considerar la longevidad y el envejecimiento como un triunfo, aunque también se ha hecho claro que el mismo, a menos que esta expansión se acompañe de mejores estándares de salud y calidad de vida, puede transformarse en un reto muy pesado para la sociedad contemporánea. Estrategias efectivas durante el curso de la vida, desde los momentos más tempranos hasta los más avanzados, y que hagan la vida más larga pero también más saludable, activa y productiva deben ser el objetivo.

CONTEXTO DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD PÚBLICA CONTEMPORÁNEA

En la década de los ochenta del siglo xx, la promoción comenzó a ser realmente una protagonista en política de salud. Bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1986 se proyectó en Ottawa una nueva estrategia «[...] para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medioambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana [...]». Esta evolución positiva del concepto convirtió a la promoción de la salud en una herramienta poderosa en manos de la sociedad, de modo que sobrepasaba al sector sanitario. En ella, el concepto de salud entendida como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, acentúa la importancia de los recursos sociales y personales, y le da la misma importancia que a las condiciones físicas.

La promoción de la salud en su desarrollo conceptual se ha dimensionado para permitir a los estados y a las sociedades contemporáneas entender mejor la salud de las poblaciones y encontrar fórmulas para modificarla positivamente. Actualmente es claro el papel de los determinantes sociales,

del desarrollo o del entorno, o el de herramientas como la alfabetización en salud, la participación comunitaria o la política pública en la generación de la salud. Esta manera de enfocar la salud es un entorno muy favorable para entender las necesidades de las poblaciones mayores, y aquellos que trabajen en la gerontología y la geriatría deberán apropiarse de estos conceptos e instrumentos.

No solo ha evolucionado la promoción. La prevención moderna ha necesitado transformarse para atender estos nuevos contextos y, en su propio desarrollo, ha generado una interesante unidad de contrarios, que al solucionarla debe impulsarla a nuevos escalones de desarrollo. Pongamos algunos ejemplos:

- **Prevención: acción social o centrada en los individuos.** Implica, de una parte, la aceptación de la generación social de salud y de sus determinantes, y, por otra, un mayor entendimiento de la expresión individual de factores genómicos o moleculares cuya traducción clínica puede llevar a una acción modelada de acuerdo a las necesidades y particularidades del individuo. Así, la prevención debe asumir lo mejor de la medicina social, pero sus acciones cada vez se centrarán más en la persona. Deberá buscar el impacto de acciones sociales en un contexto creciente de alfabetismo, donde actores externos al sistema sanitario cada vez más eficaces generan mercadeo social, pero también podrá intervenir mucho antes de que los procesos fisiopatológicos comiencen en el individuo, usando, sobre bases científicas y éticas, los aportes de la medicina genómica y/o molecular.
- **Prevención: acto médico/sanitario o herramienta individuo/comunitaria.** La indicación de una acción preventiva ha sido y es todavía subestimada por el médico y por el paciente; se ha pensado que sería importante convertirlo en un acto médico formal y que se recetara al paciente «hacer ejercicio» con el mismo convencimiento que se indica un medicamento. Sin embargo, hemos aprendido que no es suficiente una indicación formal ante la complejidad y la duración del manejo de problemas crónicos de salud. Se necesita una participación en la que el paciente tome protagonismo. No obstante, para ello el paciente debe tener claro qué implica la indicación, así como voluntad y motivación para insertarla en su vida, además de recursos para generar y sostener el cambio. Desafortunadamente, es infrecuente encontrar estas respuestas en el personal sanitario. Esto hace cada vez más difícil considerar la prevención como un acto médico exclusivo, un programa o un servicio de salud. Los profesionales de la salud dedican cada vez menos tiempo efectivo a las acciones de prevención y, como respuesta,

cada vez existen más evidencias de la capacidad de complementar las acciones sanitarias con procesos de soporte comunitario o de autocuidado. Herramientas cuidadosamente diseñadas y validadas están mejorando la capacidad de gestionar de forma eficiente la cotidianidad de la salud y sus problemas. Transferir tecnología para diseñar estrategias preventivas individuales o colectivas puede parecer muy difícil en las personas mayores, pero se está consiguiendo, e infinidad de nuevas herramientas y figuras (consejeros, *coach*, promotores) están enseñando y dando soporte a las personas mayores y validando la importancia de hacer de la prevención un tema compartido.

- **Prevención de enfermedades: ¿qué es enfermedad?** En los escenarios epidemiológicos actuales predominan procesos patológicos en los que se hacen mucho más comunes la etiología múltiple y la mayor complejidad fisiopatológica. A pesar de ello, se insiste en «empaquetar» las patologías en un concepto «clásico» de enfermedad, en etiquetarlas bajo un nombre y en tratar de desarrollar protocolos que estandaricen las intervenciones. Esto es cada vez menos realista, porque bajo denominaciones como «enfermedad de Alzheimer» o «diabetes» se reúne un incontable número de causas probables, mecanismos fisiopatológicos, síntomas y complicaciones. Además, es cada vez más claro, a nivel tanto poblacional como individual, cómo los determinantes actúan no solo en la producción de factores de riesgo y procesos mórbidos, sino también en la diversidad de expresión de esos procesos y cómo se hace necesario adecuar las intervenciones en salud a estas diferentes necesidades.
- **Prevención: intervenciones más caras, resultados ambiguos.** Los que deciden en política y economía se acostumbraron a oír que la prevención es más barata y a escuchar expresiones como «erradicar enfermedades» o «hacer desaparecer brotes mediante la prevención». Desafortunadamente, ambas cosas son poco realistas en la actualidad. A pesar de que estos objetivos siguen asociados a las enfermedades infecciosas, hoy en día aparecen nuevos escenarios en los que las acciones de prevención de las enfermedades crónicas y de los riesgos, al menos en un inicio, van a tener como resultado un incremento de la prevalencia de tales problemas. Aunque las intervenciones impidan o disminuyan la mortalidad y las complicaciones precoces, no erradican la enfermedad y hacen que aumente la prevalencia de muchas de ellas. Habrá que estar preparados, entonces, para explicar por qué la prevención no erradica o por qué no es barata y, aún más, para exponer a los que toman las decisiones que las inversiones que hacen van a aumentar el número de hipertensos y de diabéticos, los cuales no van a morir y que, a pesar de la prevención a largo plazo, van a empeorar, por lo que requerirán otro tipo de soporte sanitario. Esto será parte del reto, porque no podremos renunciar a prevenir; no obstante, de hacerlo, la sostenibilidad de los sistemas de salud será económicamente muy compleja.
- **Prevenir temprano: ¿cuándo es tarde para prevenir?** Las acciones preventivas siempre han estado relacionadas con grupos de edad específicos. Sin embargo, con la prolongación de la vida y la evidencia científica acumulada, se

demuestra que las acciones y los resultados buscados no pueden limitarse a una etapa de la vida, pues los límites son cada vez más difusos y poco precisos. Solo una prevención con un abordaje de curso de vida puede brindar la respuesta necesaria. No obstante, los propios límites que imponen la práctica clínica o la salud poblacional dificultan su implementación. Todavía es muy difícil pensar que un pediatra o un especialista en adolescencia recomiende medidas para la prevención de la osteoporosis, o que un especialista en medicina interna o cardiología pida a su paciente que cuide la salud de sus rodillas, si realiza actividad física para darle salud al corazón. La ciencia ha generado información potente del impacto tardío de los problemas del desarrollo temprano. Deberá argumentarse mejor cuán eficaces pueden ser las intervenciones preventivas en momentos críticos del curso de la vida, y se habrá de reconocer que deberán ser conservadas en el tiempo y que ninguna intervención, por temprana que sea, garantiza resultados de por vida. La geriatría ha ido demostrando que acciones bien definidas y demostradas darán resultado aun en edades avanzadas.

La salud pública tendrá que analizar con valentía el hecho de que en el planeta actualmente conviven generaciones que no nacieron ni crecieron saludables, y que incluso maduraron sin serlo, pero que tienen por delante aún 20 o 30 años de vida, generaciones en las que las acciones de prevención no son solo éticamente indiscutibles, sino que acumulan mucha evidencia de eficacia.

NIVELES DE PREVENCIÓN Y SU TRADUCCIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

La prevención en salud, vista como las «[...] medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad —tales como la reducción de factores de riesgo— sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida» (OMS, 1998), no queda ajena a ese proceso.

Las acciones preventivas en el contexto de la salud de las personas mayores no pueden aislarse. La prevención actual está matizada por nuevas necesidades, nuevos objetivos y metas, que van más allá de una especialidad médica o de la atención a un grupo poblacional específico. Aunque no medie una notable necesidad de variaciones conceptuales, estos factores aportan nuevos elementos que marcarán un nuevo escalón en su desarrollo y formarán parte del paradigma de una nueva salud pública. La geriatría y su cuerpo de conocimientos están conceptualmente muy preparados para entender y quizás para liderar muchos de estos procesos.

La mayoría de los textos clásicos y de las organizaciones de salud gustan de clasificar las acciones preventivas en niveles:

- **Prevención primaria:** es aquella que se dirige a evitar o reducir el efecto de factores que pueden producir un problema de salud. Se busca actuar en el período prepatogénico del problema y el resultado esperado es disminuir la incidencia de enfermedades o accidentes. En EE. UU. y en otros países, se dan patrones genéticos asociados a riesgo de enfermedades y, en estos casos, la intervención puede anteceder con mucho a la aparición de factores de riesgo

clínico. Sin embargo, aún persiste un gran debate ético y de eficacia respecto a este tema.

- **Prevención secundaria:** es la agrupación de acciones dirigidas a detectar e intervenir, lo más precozmente posible, en las enfermedades para evitar o posponer su desarrollo. Se actúa en el período patogénico subclínico.
- **Prevención terciaria:** se define como las intervenciones de rehabilitación y soporte dirigidas a disminuir al máximo el impacto de la enfermedad y otros problemas de salud, para evitar complicaciones y discapacidad, y maximizar así la calidad de vida del paciente.

En los últimos tiempos se han reconocido nuevos niveles:

- **Prevención primordial:** es la que evita el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad.
- **Prevención cuaternaria:** conjunto de actividades dedicadas a atenuar o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

Todas las acciones de prevención en las personas mayores pueden limitarse a uno de estos tipos, pero la realidad es que resulta un ejercicio intelectual difícil, y quizás poco práctico, tratar de encasillar las acciones en estos niveles. La alta prevalencia de enfermedad subclínica, la pluripatología, la causalidad múltiple de las enfermedades y de los problemas geriátricos, además de un curso de vida largo con una historia clínica a veces prolija, hacen que las acciones preventivas tengan una estructura compleja y que tengan impacto en diferentes niveles.

Es por ello por lo que a veces se proponen formas más prácticas de clasificar las acciones preventivas. Para los efectos de un texto de esta naturaleza, las clasificaremos en tres categorías de actividades y en cada una de ellas revisaremos sus particularidades en cuanto a la salud de las poblaciones e individuos adultos mayores:

- **Promoción de salud:** recoge las acciones destinadas a producir cambios en los estilos de vida para sostener y mejorar la salud de los individuos. Sus acciones están destinadas a las poblaciones y los individuos, incrementando su información y educación alrededor de estos temas de salud y bienestar.
- **Protección de la salud:** también comúnmente, resume las acciones de prevención primaria orientadas a producir cambios en los ambientes físicos y sociales, y que limiten el acceso de los individuos a los factores de riesgo, mediante esfuerzos regulatorios o legales.
- **Servicios preventivos:** son las acciones de prevención que se desarrollan en los ambientes clínicos y resumen las acciones del personal sanitario sobre los individuos. Esto incluye el consejo, los cribados de salud, las inmunizaciones y la quimioprofilaxis.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR

Los que trabajamos en el área del envejecimiento somos conscientes tanto de que la promoción de salud en esta área es incipiente como de lo lejos que estamos de nuestros objetivos. Sin embargo, no podemos negar resultados y avances importantes en la última década en política pública internacional y

regional, así como a escala nacional de muchos países. Estos avances no solo se han producido en temas de reconocimiento, sino que también han conseguido introducir algunos cambios sustanciales en el manejo del envejecimiento y del bienestar.

La salud no ha quedado fuera de este proceso; todo lo contrario: se ha reconocido como una prioridad absoluta en este grupo poblacional. La II Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid, en su plan de acción internacional, reconoce: «Las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida son el pilar del envejecimiento con salud. Una perspectiva que tenga en cuenta la vida entera supone reconocer que las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades, y proporcionar atención médica, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades». En este mismo documento, más adelante se reconoce lo siguiente: «Para mantener y mejorar la salud hace falta algo más que medidas encaminadas específicamente a influir en la salud de los individuos. Los factores ambientales, económicos y sociales, como el entorno físico, la geografía, la educación, la ocupación, los ingresos, la condición social, el apoyo social, la cultura y el género, influyen notablemente en la salud»; en ello coincide con las bases modernas de la promoción de la salud.

En 1999, la OMS introdujo el concepto de envejecimiento activo, que define como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». El concepto promueve «un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital» y reconoce «que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida».

El envejecimiento activo como concepto se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Deja claro que las personas desarrollan su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y, de esa forma, logran participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Sin embargo, corresponsabiliza a la sociedad de la provisión de protección, seguridad y cuidados adecuados cuando aquellas necesitan asistencia.

Es indudable que el concepto fue innovador e integral y se convirtió en referencia obligada en el diseño de estrategias de salud para las poblaciones mayores. Su integralidad está basada en la participación de los sujetos, tanto en el propio proceso como en la búsqueda como objetivo de la participación, la funcionalidad y la autonomía. Reconoce la interrelación y la interdependencia de factores culturales, asociados al sexo, a la genética, a los servicios sociales y de salud, que hacen posible el diseño de estrategias individuales y colectivas. El enfoque de ciclo de vida le da una connotación especial, porque reconoce la continuidad de los procesos de desarrollo y de envejecimiento, así como el impacto que tiene

en la vejez el proceso de salud y enfermedad desde el inicio de la vida misma. El concepto es claro cuando expresa que las «opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida» y, por ello, también en la vejez, aun a edades extremas. El envejecimiento activo como estrategia de promoción busca la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen. De él debe esperarse que cuanto más temprano empiece mejor, sin obviar que nunca es tarde para empezar.

En realidad, cuando hablamos de «activo» hacemos referencia a lograr la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. En el concepto esto está situado en un escalón superior, ya que no se refiere únicamente a la capacidad para estar físicamente apto o estar saludable, sino que demuestra que la capacidad es solo un escalón que debe garantizar la oportunidad de las personas mayores a realizarse como individuos y como grupo social.

La promoción de estilos de vida saludables durante el envejecimiento y la vejez han ganado en importancia en la cultura de salud de las poblaciones, aunque todavía no alcanzan los mínimos deseados por las autoridades sanitarias. Todos ellos tienen en común:

- Un efecto transversal importante en numerosas causas de morbilidad, fragilidad, discapacidad y mortalidad.
- Un cúmulo de evidencias importantes que demuestran que su modificación logra efectos concretos y mesurables.
- La búsqueda de una modificación importante en cualquier etapa del ciclo de vida con evidencias de que su efecto puede mantenerse a edades avanzadas de la misma.
- Por último, el reconocimiento de que, a pesar de las evidencias, no se logran todavía los niveles de transformación deseados sobre los estilos de vida.

A continuación mencionaremos algunos de estos estilos de vida.

Actividad física

Está demostrado que la actividad física moderada y sistemática puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de enfermedades crónicas en mayores tanto sanos como enfermos. Se ha insistido, incluso, en que el impacto de la actividad física en personas mayores es mucho más evidente que en otras más jóvenes, porque las primeras están más expuestas a desarrollar problemas asociados a la inactividad. Los beneficios que podrían obtenerse de un ejercicio físico razonable tienen considerablemente mayor importancia que los potenciales efectos adversos. No solo es eficaz, sino que también ha demostrado ser eficiente, como señaló un informe de los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) de EE. UU. en 1999. Las inversiones de 1 dólar para promover la actividad física moderada proporcionan ahorros de 3,2 dólares en gastos médicos. A pesar de los años y las evidencias, todavía no se logran los niveles deseados de actividad física. Existen barreras que impiden el adecuado desarrollo de programas de actividad física de las personas mayores. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) las ha clasificado como:

- **Impedimentos estructurales:** asociados a falta de políticas y programas, así como de presión social o comunitaria en

la promoción de la actividad física. Ausencia de un enfoque integral hacia la promoción de la salud en las personas adultas mayores.

- **Impedimentos de investigación e información:** aunque es poca la investigación sobre la actividad física en los adultos mayores en los países en vías de desarrollo, es importante todavía la ausencia de traducción de la evidencia científica actual en pautas para la práctica local. Aún resultan escasas la comercialización y la comunicación social sobre la actividad física y el envejecimiento.
- **Impedimentos en la atención primaria de salud y sistemas médicos:** los médicos raramente prescriben actividad física a mayores, no reciben educación sobre cómo hacerlo y refieren no tener tiempo para ello en las consultas médicas. Algunos estudios afirman que solo el 50% de los médicos de atención primaria preguntan por la actividad física. El 30% de las personas mayores sedentarias reciben como consejo mejorar su actividad física, a pesar de que el 85% de ellos refieren que tomarían ese consejo si se lo diera su médico.
- **Impedimentos comunitarios:** se refiere a la falta de ámbitos seguros y de establecimientos para la actividad física. Además, existe una carencia de personas capacitadas para promover, dirigir y apoyar la actividad física.
- **Impedimentos de los individuos:** existe temor a lesionarse o a agravar alguna enfermedad crónica. Se observa una falta de apoyo familiar y comunitario, de asesoría y de intervenciones nutricionales apropiadas, y además son muchas las barreras culturales asociadas al sexo.

Mejorar los indicadores de práctica de actividad física para todas las edades, pero especialmente en las personas mayores, debería ser una meta estratégica para los sistemas de salud.

Estado nutricional

Probablemente sea el estilo de vida que peor evolución ha tenido en décadas. Incluso las actuales generaciones de adultos mayores han sufrido ambos extremos de la mala nutrición: por un lado, mala nutrición por defecto en edades tempranas de la vida, y, por otro, sobrepeso y obesidad en la madurez y la vejez.

En las personas de edad avanzada, la nutrición incorrecta puede estar causada por el acceso limitado a los alimentos, las penurias socioeconómicas, la falta de conocimientos e información sobre nutrición, la incorrecta elección de los alimentos (p. ej., comidas ricas en grasas), las enfermedades y el uso de medicamentos, la pérdida de los dientes, el aislamiento social y las discapacidades cognitivas o físicas que inhiban la propia capacidad para comprar alimentos y prepararlos, las situaciones de emergencia y la falta de actividad física. El consumo excesivo de energía aumenta el riesgo de sufrir obesidad, enfermedades crónicas y discapacidades a medida que las personas envejecen.

Existe una relación muy intrínseca entre actividad física y nutrición. La mayoría de los expertos reconocen la necesidad de integrar las estrategias de promoción en ambos aspectos, muy especialmente en el caso de las personas mayores. Está claro que los dos temas enfrentan similares tipos de barreras e impedimentos para producir los cambios necesarios.

Tabaquismo

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante, también en ancianos. Es la causa de muerte prematura evitable más relevante en muchos países. Al menos el 20% de todas las muertes que se producen en el mundo están relacionadas con el tabaquismo, y los individuos que mueren por causas asociadas al mismo pierden, como promedio, 15 años de esperanza de vida.

Fumar no solo aumenta el riesgo de enfermedades como el cáncer de pulmón, sino que también se asocia a importantes pérdidas de la capacidad funcional. Por ejemplo, el tabaquismo acelera la tasa de reducción de la densidad ósea, de la fuerza muscular y de la función respiratoria. Además, tiene efectos que son acumulativos y de larga duración. El riesgo de contraer al menos una de las enfermedades asociadas al hábito de fumar aumenta con la duración y la cantidad de la exposición al humo del tabaco. El riesgo de accidente cerebrovascular se reduce después de 2 años de abstenerse de fumar cigarrillos y pasados 5 años llega a ser igual que para las personas que nunca han fumado.

Los fumadores adultos mayores enfrentan mayores riesgos que los adultos jóvenes, al tener un mayor tiempo de exposición, un mayor deterioro funcional y enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Según el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), el 70% de los hombres en Latinoamérica y el Caribe fumaron alguna vez, y el 25% todavía lo hacían en el momento del estudio. Por otra parte, algunos estudios demuestran que las personas mayores son pesimistas sobre su capacidad para abandonar el hábito tabáquico, por lo que su tendencia a dejar de fumar es menor, aunque cuando lo hacen tienen más éxito.

La combinación de estrategias colectivas e individuales, de salud pública, económicas y sociales probablemente haya contribuido al éxito en algunos países, como en EE. UU. Allí existe una tendencia constante a la disminución, que va del 41 al 10% en la actualidad.

¿Cómo se logra la promoción actual? Ya hemos señalado cómo la promoción de salud excede con mucho al sector sanitario y cómo los cambios de estilos de vida necesitan cada vez más intervenciones individuales (que atañan al sujeto) y comunitarias. También se ha comenzado a tener mejores evidencias y argumentos científicos que validen el efecto de estos cambios y que evalúen no solo la efectividad, sino también la eficiencia de dichas intervenciones. Especialmente en personas mayores se acumulan muchos resultados y evidencias que pueden ser utilizados por aquellos que decidan promover experiencias en esta área.

PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LAS POBLACIONES MAYORES

En el momento en que se escribe este capítulo, el debate sobre el nivel de participación de los estados, gobiernos o sistemas legislativos en la mejora de la salud de las poblaciones, la promoción de estilos de vida o control de riesgos está en pleno apogeo. Como se indicó, la protección de la salud resume las

acciones, generalmente de prevención primaria, que buscan cambios en los ambientes físicos y sociales para limitar el acceso de los individuos a los factores de riesgo mediante esfuerzos regulatorios o legales. Algunos de estos han sido muy exitosos, aunque otros no tanto. Sus éxitos no dependen solamente de la regulación en sí misma, sino también de los métodos, de su comercialización o de los efectos que introducen los *lobbies* de interés.

Por supuesto, no es objetivo en este texto profundizar sobre este tema, pero está claro que tiene un efecto importante sobre la protección en la salud de las personas mayores. Creo que el principal debate —y quizás sea uno de los resultados que comienzan a obtenerse— se centra en llevar la salud de las personas mayores a una base de derechos. Esta garantía deberá trabajarse con respecto tanto a un acceso universal a la salud y a servicios adaptados a las necesidades de este grupo como a las definiciones que el marco político del envejecimiento activo introdujo en la política pública.

Pueden mencionarse muchos ejemplos de acciones de protección de la salud que atañen a las personas mayores. Es indudable que muchas de ellas no fueron específicamente diseñadas y aprobadas para este grupo, pero los adultos de edad avanzada se han beneficiado de forma importante de las mismas. Regulaciones, por ejemplo, que atañen a las personas con discapacidad son altamente beneficiosas para este grupo que acumula los mayores indicadores de prevalencia en este ámbito. Se hacen grandes esfuerzos en áreas como el abuso y el maltrato, un problema mayor de salud en este grupo, con particularidades importantes y en el que la participación social y gubernamental para proteger a las víctimas del problema es imperativa.

La protección necesita llevar los temas de salud a la política pública para poder convertirlos en asuntos de legislación y de intervención de los gobiernos en el ámbito central o local. Uno de los ejemplos más positivos en los últimos años, en el que se ha logrado poner conceptos técnicos a disposición de estas estructuras de política pública, es la Iniciativa de la OMS sobre las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Por supuesto, el objetivo central de esta iniciativa es promover el debate y la negociación social, de modo que genere cambios en las actitudes de las comunidades y sociedades respecto al tema, pero es indudable que en muchas de las experiencias se han producido avances en el sentido de que los órganos legislativos y ejecutivos tomen medidas en ámbitos relacionados con el ambiente, el transporte o la accesibilidad que permitan que sea una realidad «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

SERVICIOS PREVENTIVOS PARA PERSONAS MAYORES

En este apartado se exponen las acciones preventivas que deberían emprender los servicios de salud, de forma general, especialmente en atención primaria.

Es importante que se considere que, si bien no es imposible que los geriatras puedan ser proveedores de estos servicios, su situación dentro de las organizaciones de salud está, en general, en áreas mucho más especializadas. Si bien está claro que se puede hacer una acción de prevención aun en los ámbitos tecnológicamente más complejos, es en la atención primaria de salud donde se desarrolla por excelencia este trabajo.

El médico de familia o general, el personal de enfermería o los equipos básicos de salud son responsables del contacto primario con el paciente, así como, normalmente, de proveer estos servicios. Tendrán que atender a personas de todos los grupos de edad y contarán con un tiempo, unas condiciones y unos recursos limitados, por lo que, en cualquier propuesta de organización de estos servicios preventivos, deberán priorizarse las acciones con un fuerte respaldo científico en cuanto a su efectividad, eficiencia y eficacia.

Las medidas de prevención reflejan más claramente que otras acciones sanitarias las brechas asociadas a la inequidad y a otros determinantes de la salud, incluida la falta de garantía de derechos fundamentales, como el de la salud. No es un tema que solo afecte a los países menos desarrollados. Incluso en los de más alto desarrollo, las poblaciones en desventaja, especialmente las de adultos mayores, reflejan problemas de acceso y seguimiento de estos servicios. Las organizaciones sanitarias deben tener en cuenta estas limitaciones para encontrar respuestas a este problema.

Actualmente, gracias a diversos resultados científicos, se sabe mucho acerca del impacto que las medidas específicas de prevención pueden tener en las personas mayores. Es verdad que los propios datos van modelando nuevas maneras y oportunidades o removiendo algunas acciones que demuestran no ser tan útiles como se pensaba. Existe suficiente información para que, según la situación de salud de las poblaciones a las que atienden, las autoridades y los grupos de trabajo que emiten recomendaciones sobre prevención hagan propuestas específicas para las personas mayores. En este capítulo se intenta resumir los aspectos más consensuados sobre el tema.

Se distinguen los siguientes componentes de los servicios preventivos:

- Examen periódico de salud.
- Asesoramiento en estilos de vida.
- Inmunizaciones.

Examen periódico de salud

A pesar de que existe mucho debate en contra y a favor de las evaluaciones periódicas de salud en individuos supuestamente sanos, la mayoría de los autores consideran adecuada la evaluación periódica de salud de las personas mayores de 65 años, al menos una vez al año.

Como se recoge en otras partes de este texto, si bien el riesgo de mala salud y discapacidad se incrementa con la edad, ni una ni otra son consecuencias normales del envejecimiento. Se ha demostrado que una parte muy importante del deterioro funcional en la vejez se relaciona con factores de riesgo modificables, como la malnutrición, la inactividad o el tabaquismo.

Es difícil obtener datos de forma espontánea de las personas mayores, porque asocian los síntomas o el deterioro de la

función al envejecimiento y no a las enfermedades. Los profesionales de la salud sin preparación en medicina del envejecimiento tampoco preguntan, revisan, priorizan o intervienen en estos problemas. Es por ello por lo que adquiere un valor trascendental la revisión sistematizada de estas personas, en busca de factores de riesgo, enfermedades y problemas geriátricos en los que se pueda intervenir precozmente.

La evaluación periódica de las personas mayores deberá ser especial en su diseño, así como en el análisis de sus resultados y, claro está, en la forma en que se generan intervenciones posteriores. Sus componentes más importantes son la evaluación clínica y el cribado tanto de las enfermedades crónicas como de las condiciones geriátricas.

Evaluación clínica

La evaluación clínica requiere un tiempo y una estructura apropiados, por lo que frecuentemente se diseñan formatos o fichas específicas adaptadas a las recomendaciones de las autoridades de prevención en los diferentes países o regiones. Algunos elementos sobre los que existe consenso y que deben ser incluidos en esta evaluación son los siguientes:

- **Autopercepción de salud:** la mayoría de los autores recomiendan incluirla al considerar que tiene una relación sólida con el estado objetivo del individuo y con el pronóstico de acontecimientos adversos, como la muerte y la dependencia. Al paciente se le debe pedir que incluya la apreciación no solo de su estado físico, sino también del mental. Generalmente se usa la pregunta «¿Cómo considera su salud hoy?» y las posibles respuestas son «Buena», «Muy buena», «Moderada», «Mala» o «Muy mala».
- **Uso de medicamentos:** una revisión detallada de los mismos, incluidos los productos nutricionales y los naturales, es muy importante. Comprobar si existen indicaciones por más de un médico, polifarmacia, automedicación, reacciones adversas a medicamentos o abandono terapéutico es fundamental.
- **Cribado del dolor:** toda persona adulta mayor debe tener un cribado del dolor persistente y ponderar su impacto en la función. El dolor ha de ser valorado cuantitativa y cualitativamente, así como documentado en la historia clínica. Puede usarse la escala visual analógica y/o, en pacientes con deterioro cognitivo, escalas conductuales del dolor.
- **Evaluación del estado nutricional:** la revisión sistematizada del mismo incluye un interrogatorio exhaustivo, para lo que se usan escalas e instrumentos validados, así como la antropometría, que cada vez considera más mediciones funcionales, como la fuerza prensora, entre otras.
- **Examen físico:** incluye elementos especiales en la persona mayor, descritos en otras partes de este texto, y también la búsqueda específica de elementos asociados al resto de la evaluación. Sin embargo, al tratarse de un examen periódico, se ha de hacer hincapié en la búsqueda de elementos de riesgo, como soplos carotídeos, pulsos periféricos, hipotensión ortostática o seudohipertensión. Deberá tener en cuenta la evaluación oral, el estado de los dientes y las encías, la presencia o ausencia de infecciones, y la búsqueda de carcinoma en fase precoz. En el paciente mayor es básico

el examen de los pies. El estado podológico es primordial en la funcionalidad y la vida de relación del individuo, por lo que debe ser periódicamente revisado por el médico o por personal de salud calificado.

- **Revisión del apoyo familiar y social:** implica buscar riesgos, problemas y necesidades de apoyo y, a la vez, evaluar los recursos personales, familiares y comunitarios para enfrentar estos problemas y necesidades.

Cribado de enfermedades crónicas no transmisibles

La mayoría de las autoridades en temas de prevención han hecho recomendaciones en temas de detección y manejo preventivo de las enfermedades crónicas más frecuentes y en sus riesgos. En las directrices no siempre existe un consenso entre dichas autoridades, y solo desde hace relativamente poco tiempo en algunas de ellas se aprueban recomendaciones específicas para las personas adultas mayores. En este apartado solo trataremos los aspectos más concretos y consensuados en relación con la prevención de las enfermedades crónicas más comunes:

- **Hipertensión:** todavía no se cuenta con una evidencia clara para recomendar un intervalo de cribado óptimo. En general, se propone que se evalúe una vez cada 2 años cuando la presión arterial sea menor de 120/80 mmHg. Si la presión arterial sistólica está elevada, se deberá reevaluar según los niveles de la misma: si es de 140-159 mmHg, en 6 meses; si es de 160-179 mmHg, en 2 meses, y si es igual o superior a 180 mmHg, en 1 mes. Aunque los criterios para el diagnóstico de hipertensión arterial son los mismos que los aplicados en el caso del adulto joven, especialmente la hipertensión sistólica en personas mayores de 50 años es un factor de riesgo importante de enfermedad cardiovascular, por lo que debe intervenir.
- **Aneurisma de aorta abdominal:** se recomienda su cribado al menos una vez en hombres fumadores o con antecedente de tabaquismo entre 65 y 75 años; en mujeres no se recomienda.
- **Diabetes mellitus:** el intervalo de cribado óptimo es desconocido. La American Diabetes Association, a través de una opinión de expertos, recomienda uno de 3 años. Una glucemia en ayunas y un test de tolerancia oral a la glucosa son apropiados como método de cribado, pero una prueba positiva debe ser confirmada por segunda vez. Se puede realizar el diagnóstico cuando los niveles de hemoglobina glucosilada son de más del 6,5% en dos ocasiones diferentes (nivel de evidencia C). Deberá priorizarse el cribado en pacientes con una presión arterial sostenida mayor de 135/80 mmHg (nivel de evidencia A) o en aquellos con hipertensión o hiperlipidemia (nivel de evidencia B).
- **Hipercolesterolemia:** puede ser apropiado el cribado en mayores de 60 años en quienes nunca se ha evaluado. No existen recomendaciones sobre el intervalo de tiempo recomendado para el cribado o sobre la edad para detener el mismo.
- **Cáncer de mama:** la mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan realizar una mamografía y un examen clínico anual a todas las mujeres a partir de los 40 años y cada 2 años entre los 50 y los 74 años. La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la mamografía en mayores de 75 años. Existe un debate importante en torno a la falta de eficacia del autoexamen de mamas, pero, ante la imposibilidad de solicitar una mamografía, puede ser de utilidad en mujeres mayores.
- **Cáncer cervical:** se aceptan intervalos de cribado con prueba de Papanicolaou cada 2-3 años; en cuanto a la detención del mismo, los criterios son la existencia de histerectomía total y mujeres mayores de 70 años con tres resultados normales consecutivos o ningún resultado anómalo en los últimos 10 años.
- **Cáncer de próstata:** el cribado incluye tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA), y ha generado un gran debate entre las autoridades en los últimos años, porque no existe suficiente evidencia para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado del PSA y del examen digital rectal para reducir el riesgo de desarrollar cáncer de próstata. En general, se piensa que el PSA no ofrece beneficios en hombres con una expectativa de vida de menos de 10 años o en los mayores de 70 años. Se recomienda que los hombres dialoguen con sus médicos para tomar una decisión informada a partir de los 50 años. Los que opten por hacer las pruebas y tengan un PSA por debajo de 2,5 ng/ml puede que solo necesiten someterse a las pruebas cada 2 años. Algunos hombres pueden hacérselas con una periodicidad anual si sus niveles de PSA son mayores.
- **Cáncer de colon:** la mayoría de las recomendaciones aprueban la colonoscopia cada 10 años después de los 50 años de edad y, como pruebas alternativas, el análisis inmunoquímico fecal anual, la sigmoidoscopia flexible cada 5-10 años y la colonografía por tomografía computarizada cada 5 años. Existen recomendaciones específicas para pacientes con alto riesgo. Debe replantearse en personas con expectativa de vida inferior a 10 años, en mayores de 80 años y en adultos mayores con muchas comorbilidades y una esperanza de vida limitada, especialmente si sus exámenes anteriores arrojaban resultados negativos.
- **Enfermedad tiroidea:** la evidencia es insuficiente para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado, aunque algunos autores lo consideran clínicamente prudente en pacientes mayores, especialmente en mujeres.
- **Osteoporosis:** se propone el cribado en mujeres de 65 años o más al menos una vez, pero la evidencia disponible es insuficiente para recomendar la repetición del mismo en aquellas con densidad ósea normal, así como para determinar el intervalo en que debería hacerse. No existe evidencia suficiente para evaluar la relación riesgo-beneficio de su realización en hombres.

Cribado de condiciones geriátricas

Uno de los aspectos más importantes de la valoración geriátrica es su utilización como parte del cribado de salud, con el objetivo de encontrar condiciones o problemas geriátricos que no han sido detectados, de modo que pueda intervenir en ellos para posibilitar su modificación y evitar complicaciones en su desarrollo. Por supuesto, debe haber una relación ponderada

entre el nivel y la profundidad de la evaluación y el objetivo perseguido en ella. Como señalamos anteriormente, el cribado de salud puede ser realizado en los distintos niveles de atención, de diferentes maneras y por diversos actores. Su escenario por excelencia es la atención primaria de salud, cuyos profesionales cuentan con recursos y tiempo limitados para el desarrollo de este tipo de evaluación, que compite con las acciones dirigidas a otros grupos poblacionales. Es por ello por lo que, si queremos lograr un cribado efectivo de condiciones geriátricas, los métodos, las herramientas y los objetivos deben estar bien diseñados y encaminados a detectar de forma muy concreta, clara y sencilla los problemas en los que la intervención sea más efectiva. Ha de tenerse en cuenta que el tiempo que llevan, en conjunto, la evaluación clínica, el cribado de enfermedades crónicas y el de condiciones geriátricas excede con mucho el planificado en escenarios de primer nivel para estas actividades.

Existe un sinnúmero de herramientas diseñadas para el cribado de condiciones geriátricas, la mayoría de las cuales son válidas, y algunas han sido revalidadas en diferentes lenguas, contextos y grupos poblacionales. Pueden definirse dos grandes grupos:

1. Las **herramientas generales o transversales** hacen un cribado rápido de varias condiciones geriátricas que son de elección en servicios de primer contacto y exámenes periódicos de salud. Estas son más sencillas, tienen una alta sensibilidad pero menor especificidad —aunque esta se incrementa con la comparación longitudinal— y detectan un deterioro que en la evaluación anterior no existía. Los aspectos que, en su mayoría, componen estas herramientas de cribado general son elementos de salud física, mental y social o socioeconómica, y se evalúan bajo un concepto de función. Algunos de los más frecuentes son la visión, la audición, el equilibrio, la marcha, la fragilidad, las caídas, la continencia, la memoria, el estado de ánimo, el sueño, el abuso y/o el maltrato, las redes sociales, la situación económica y el estado funcional.
2. En el segundo grupo están las **herramientas específicas**, diseñadas y validadas para el cribado de condiciones geriátricas determinadas, como el Minimental State Examination de Folstein para las demencias o la escala de Yesavage para la depresión. Son muy usadas para el cribado en servicios más calificados, en consultas o en servicios de geriatría. Son instrumentos de mejor especificidad, pero, aunque son sencillos de realizar, la suma de varios de ellos conllevaría un tiempo prolongado que no sería eficiente en servicios preventivos de la atención primaria.

Es bueno recordar que las actividades de cribado se pueden aplicar progresivamente, a través de herramientas de más sencillas a más complejas, que persigan, en primer lugar, la detección de problemas y, a partir de ello y adecuándose a la organización sanitaria específica, lograr seleccionar, ubicar y profundizar el estudio y el manejo de los problemas y los riesgos encontrados.

Asesoramiento en estilos de vida

El asesoramiento, o consejo, es una herramienta útil en el trabajo preventivo en todas las edades y muy en especial en

el caso de las personas mayores. Como se ha mencionado, a pesar de que la mayoría de las autoridades en prevención lo consideran muy valioso, su uso no está extendido y no cuenta con un respaldo coherente en lo que se refiere a tiempo y recursos financieros. Por otra parte, se debate mucho sobre si son los médicos u otros profesionales de la salud los que deben desarrollarlo, para lo que requerirían entender su prioridad y recibir la formación necesaria para ello, o si las organizaciones de servicios deberían calificar a personal dedicado a dar este soporte a los individuos en riesgo, vinculándolo a otras estrategias y programas comunitarios, como los de autocuidado de ayuda por pares.

El consejo, especialmente el asociado al manejo de las enfermedades crónicas, no puede limitarse a explicaciones técnicas en lenguaje complejo o a recomendaciones poco exactas para el manejo terapéutico o de cambios en los estilos de vida. En el caso de los mayores, las transformaciones buscadas, que necesitan sostenibilidad en el tiempo y ante diferentes condiciones y alternativas de vida, implican cambios en un modo de vida de larga duración que es considerado exitoso por algunas personas, si se tiene en cuenta la longevidad de tales individuos. No obstante, cada vez se acumulan más datos sobre la flexibilidad de las personas mayores para generar el cambio necesario para mejorar su salud, y sobre cómo muchos de estos servicios y programas, bien organizados y acompañados de otras estrategias, son cada vez más efectivos, incluso en los contextos más difíciles.

El consejo puede ser muy beneficioso en:

- **Actividad física:** la actividad física regular ha demostrado retrasar sustancialmente el inicio de las limitaciones funcionales y de la pérdida de independencia. Además, mejora la calidad del sueño, la masa muscular y el apetito, así como reduce los síntomas de depresión y el uso de medicamentos. Deben explicarse su uso y sus contraindicaciones en función de las características del paciente, además de cómo protegerse de los efectos adversos que también pueden existir. Incluso los pacientes con condiciones de riesgo pueden ejercitarse de forma segura, en niveles bajos, una vez que la evaluación y el tratamiento apropiado se han iniciado, y bajo estrecha supervisión. En general, se recomiendan tres tipos de ejercicio físico: el ejercicio aeróbico, los ejercicios de fortalecimiento, y los de equilibrio y flexibilidad.
- **Nutrición:** no solo ha sido considerada como un determinante de longevidad, sino también como un factor fundamental para la prevención y el manejo de muchos de los problemas de salud de este grupo poblacional. Sin embargo, generar los cambios es difícil, por lo arraigado de los hábitos y por su asociación a aspectos tanto culturales como económicos, sociales, psicológicos e, incluso, físicos, como la salud oral. El papel de los profesionales de la nutrición, que deben recibir formación en temas de gerontología la participación de otros actores familiares y/o comunitarios y la existencia de unos objetivos bien definidos y unas metas claras, asociadas a la enfermedad o a factores de riesgo, así como a otros aspectos de la salud y del bienestar del individuo, como su edad y especialmente su esperanza de vida, serán básicos en la indicación y el asesoramiento. Por ejemplo, el abandono

absoluto del consumo de sal puede ser útil en el control de la presión arterial de una persona de 75 años, pero, si se asocia a una pérdida de apetito, a mala nutrición y a sarcopenia, el resultado de la salud del sujeto será mucho peor, por lo que deberán estudiarse otras alternativas.

- **Cese del hábito tabáquico y del consumo de otras drogas ilícitas:** ya se mencionó cómo, a pesar de los avances en este tema, todavía es muy activo y prevalente entre las personas mayores. Está claro que, pese a los logros de la promoción y protección de la salud, el trabajo individual y en pequeños grupos sigue siendo básico para dar el soporte adecuado al abandono del consumo de estas sustancias y a los efectos secundarios del mismo.
- **Alcohol:** su consumo suele ser poco estudiado entre las personas de edad. Se detecta poco la adicción y se trabaja menos en el consejo. Si se tienen 65 años o menos, se recomienda no beber más de dos bebidas alcohólicas al día y, si se es mayor de 65 años, no tomar más de una bebida al día.
- **Accidentes:** su prevalencia es alta en personas mayores, pero se reporta poco y se subestima en las estadísticas de salud. Muchos de los accidentes se producen en el hogar. Los accidentes de tráfico no son infrecuentes, aunque en varios estudios se ha considerado que se sobrestiman en frecuencia o en gravedad. El consejo del personal sanitario es muy importante, sobre todo cuando es oportuna la retirada del carné de conducir por disminución de las capacidades físicas, mentales y funcionales del paciente.
- **Medioambiente:** los consejos en esta área, muy relacionados con los accidentes y su prevención, alcanzan su máximo nivel, buscando un ambiente saludable y amigable con las personas mayores. Está muy vinculado con el envejecimiento activo, mediante la garantía no solo de la salud, sino también de la protección y, por tanto, de la participación del individuo en la sociedad. En muchos casos es el entorno, y no las capacidades del individuo, el que crea las barreras que limitan el desempeño del mismo y la posibilidad de envejecer en la comunidad y sus hogares. El consejo de cómo adecuar el hogar a las necesidades que impone la vejez, pero sobre todo a las enfermedades y a la discapacidad, es prioritario. En muchos casos deberán buscarse alternativas multisectoriales y multidisciplinarias para obtener respuestas adecuadas, y la participación de la familia y de otros factores de la comunidad puede ser muy deseable. La iniciativa de comunidades y ciudades amigables con los mayores ha sido una práctica exitosa para alentar la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de contribuir a que la persona adulta mayor participe en igualdad de condiciones a medida que envejece (OMS, 2007).
- **Salud sexual:** es un tema usualmente escabroso que evitan el personal sanitario y los individuos mayores. Las causas son prejuicios, mitos, barreras culturales e incluso religiosas, después de vivir la mayor parte de su vida en sociedades en las que la sexualidad era entendida de otra manera. Por otra parte, también ha cambiado el contexto: el estado de salud en la vejez es mejor en la actualidad, se cuenta con nuevos medicamentos y la libertad social es mayor. Gracias

a ello, cada vez más personas de edad mantienen actividad sexual hasta etapas tardías, por lo que crear oportunidades para hablar del tema, fomentar la actividad y favorecer que se desenvuelva de forma sana y segura debe ser cada vez más frecuente en los servicios preventivos para personas mayores.

- **Uso de medicamentos preventivos:** no existe ningún caso en que se recomiende el uso de medicamentos como estrategia de prevención primaria en adultos mayores por encima de los 75 años. Así, por ejemplo, el empleo de ácido acetilsalicílico en la prevención primaria de enfermedad cardiovascular no ha demostrado reducir la mortalidad, asociándose además a un mayor riesgo de sangrados. Sin embargo, sí ha demostrado beneficios en prevención secundaria e, incluso, actualmente en ella se consideran las terapias combinadas (ácido acetilsalicílico y clopidogrel). No se han encontrado beneficios del uso de estatinas en prevención primaria en mayores de 75 años sin factores de riesgo cardiovascular (diabetes o consumo de fármacos cardiovasculares), aunque es necesario identificar qué subgrupo de mayores es el que podría beneficiarse de estos tratamientos. Actualmente se recomienda que la prevención primaria con estatinas en esta población se base en una evaluación pormenorizada de riesgos y beneficios, así como en una discusión con el paciente.

Inmunizaciones

A pesar de que en torno a ellas existe debate, está claro que los adultos mayores envejecen cada vez más protegidos por programas de vacunación que van siendo adquiridos a edades más tempranas. La gran mayoría de ellos mantienen su inmunidad en la vejez y no necesitan nuevas dosis. Sin embargo, en otros casos, las inmunizaciones en las personas adultas mayores han demostrado ser muy efectivas y se ha demostrado una disminución importante en la incidencia de enfermedades y muertes. Un tercer grupo de vacunas todavía no ha demostrado ser tan efectivo, y las recomendaciones de ellas por parte de la mayoría de las instituciones y sociedades científicas en esta población no son claras (p. ej., herpes zóster). La mayoría de las vacunas empleadas en mayores son menos inmunogénicas que en los más jóvenes, pero a pesar de ello son muy eficaces para reducir la morbimortalidad al actuar sobre poblaciones más expuestas, con mayor riesgo de eventos adversos tras las infecciones y con un sistema inmune caracterizado por la inmunosenescencia.

Las recomendaciones más claras de las autoridades en temas preventivos coinciden en:

- **Vacuna contra la gripe:** se recomienda una dosis una vez al año en todos los mayores de 65 años. Se aplica durante toda la temporada de la gripe. Se señala su importancia especial en personas que viven internadas en instituciones de cuidados a largo plazo, así como en el personal sanitario que trabaja en ellas.
- **Vacuna contra el neumococo:** se recomienda la administración en una sola dosis de la vacuna trecevalente.
- **Vacuna contra el toxoide tetánico y diftérico:** se ha de revisar y administrar una dosis si hay una herida contaminada

y si la última dosis se recibió hace 10 años (o hace 5 años si la herida es grave).

CONCLUSIONES

Es mucha la evidencia acumulada del éxito de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en las personas mayores. No obstante, es preciso generar el suficiente interés y una necesaria adecuación de los procesos para que estos resultados se generalicen en las organizaciones de salud. Los avances que se logren para atender las necesidades de las personas mayores conseguirán mejorar la promoción y la prevención en la población general.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bezin J, Moore N, Mansiaux Y, et al. Real-Life Benefits of Statins for Cardiovascular Prevention in Elderly Subjects: A Population-Based Cohort Study. *Am J Med.* 2019 Jan 18; pii: S0002-9343(19)30062-2. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.12.032. [Epub ahead of print].
- Centers for Disease Control and Prevention. Administration on Aging, Agency for Healthcare Research and Quality, and Centers for Medicare and Medicaid Services. *Enhancing Use of Clinical Preventive Services among Older Adults.* Washington, DC: AARP; 2011.
- Kotwal AA, Schonberg MA. Cancer Screening in the Elderly: A Review of Breast, Colorectal, Lung, and Prostate Cancer Screening. *Cancer J* 2017;23:246-53.
- Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, et al. Reconsidering the approach to prevention recommendations for older adults. *Ann Intern Med* 2010;153:809-14.
- Mahmoud AN1, Gad MM, Elgendy AY. Efficacy and safety of aspirin for primary prevention of cardiovascular events: a meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2019;40:607617.
- MMWR CDC. Use of selected clinical preventive Services among adults — United States, 2007-2010. *MMWR* 2012; 61(Suppl.;15 June).
- Mortensen, Falk, Mortensen MB, Falk E. Primary Prevention With Statins in the Elderly. *J Am Coll Cardiol* 2018 Jan 2;71(1):85-94.
- Satcher D. The prevention challenge and opportunity. *Health Aff* 2006;25(4):1009-11.
- Starfield B, Hyde J, Gervas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-3.
- U.S. Preventive Services Task Force Focus on Older Adults. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/tfolderfocus.htm>.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018 May 8;319(18):1901-1913.
- Vega E. Nuevos paradigmas de la prevención. En: Marín PP, Rodríguez Mañas L, eds. *Prevención en Geriatría.* Santiago de Chile: Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) y Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS); 2012. p. 29-34.
- Weinberger B. Vaccines for the elderly: current use and future challenges. *Immun Ageing* 2018;15:3.