

UNIDAD 4.

SALUD DEL ADULTO

Autores

Prof. Titular Gabriel Acevedo

Prof. Asist. Med. Lisandro Utz

Prof. Asist. Med. Carlos Altamirano Guerrero.

Prof. Asist. Med. Carlos Octavio Acuña Cotroneo.

Prof. Asist. Med. Norma Magdalena Beltrán.

Objetivos de la unidad:

- Comprender el concepto y los criterios actuales acerca de la salud del adulto
- Identificar los problemas prevalentes en este momento del ciclo vital
- Reconocer los principios básicos de los programas prevención y el control de los problemas prevalentes y la evidencia científica existente sobre los mismos.

Contenidos de la Unidad:

Problemas de salud en la edad adulta. Bases científicas de la promoción de la salud en la edad adulta. Intervenciones preventivas escalonadas durante la vida adulta. Examen periódico de salud en el adulto. Programa de Inmunizaciones en el Adulto. Análisis de evidencias de las principales medidas prevención en el adulto.

INTRODUCCION:

La edad adulta es un largo puente entre la infancia y la vejez que no debe ser soslayado por ninguna política de salud.

Se acepta, generalmente, que el periodo de la adolescencia es el de los 10 a los 19 años, concepto útil para fines de salud pública en cuanto comprende la pubertad y el –creemos- nebuloso límite de la mayoría de edad; de modo que es aceptable considerar el comienzo de la edad adulta a partir de los 20 años. Existen, empero, diversas convenciones en atención a la utilización e interpretación de características económicas, biológicas y sociales que consideran la edad adulta en función de la vida económica productiva y biológicamente reproductiva; así, otro criterio establece el límite de edad inferior de la adultez en los 15 años. En cuanto al límite superior, si bien por convención se fijaba en 59 años, actualmente se está estableciendo en 64 años. Naturalmente estas categorías resultan algo arbitrarias, pero son necesarias para realizar comparaciones de datos estadísticos, médicos y económicos, en la medida en que los grupos sean uniformes y universalmente aceptados. Por tal motivo, adoptaremos en éste capítulo como grupo etéreo, a los fines de abordar la problemática de salud en el adulto, el de 20 a 64 años.

Empero, cualquiera sea el criterio que se adopte, la salud de la población adulta es de vital importancia, ya que comprende a la mayoría de las personas del sector activo de la sociedad que son, por otra parte, responsables de la manutención de sus familiares dependientes en su infancia o en su senectud. Mientras mejor sea la salud de la población adulta, mayores serán sus posibilidades para desempeñar su rol vital, y mejor será la salud general de la población. Esto es muy cierto, especialmente en lo que se refiere a las mujeres, cuya salud afecta críticamente la de sus hijos y la de las futuras generaciones.

PROBLEMAS PREVALENTES DE SALUD EN LA EDAD ADULTA

Más de 15 millones de adultos mueren anualmente por causas en su mayoría prevenibles; entre tales muertes, de 2 a 3 millones son por TBC y unas 585.000 mujeres jóvenes fallecen por causas relacionadas con la maternidad.

Existe evidentemente una especie de brecha en lo que se refiere a la salud del adulto.

Pocos países tienen una política coherente en éste aspecto; con planes sólidamente estructurados en particular en lo que atañe a las enfermedades no transmisibles y los accidentes; además, en estos últimos años el mundo muestra dificultades para luchar contra el VIH y las adicciones, cuyo incremento se ha tornado alarmante.

Casi todos los países tienen explícitas políticas y acciones adecuadas en salud infantil, y algo se ha hecho acerca de la salud materna. Este enfoque ha puesto la prioridad en las diarreas infantiles, las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas en general, la desnutrición y los problemas perinatales. Además, algunos gobiernos se están ocupando de los problemas inherentes al tamaño de la familia y, por ende, de las altas tasas de natalidad en la mayor parte del mundo y también por la reducción de la mortalidad infantil en los últimos treinta años, aún en países menos desarrollados.

El hecho inocultable es que se van incorporando cada vez más seres humanos al grupo de adultos, que tendrán una influencia social y política tanto mayor en demanda de atención preventiva y curativa. Hasta ahora, el adulto ha requerido atención médica casi puramente curativa, y los gobiernos de los países menos evolucionados no han puesto énfasis en la prevención.

La realidad actual es que en materia de medicina preventiva de los adultos, se realizan esfuerzos casi exclusivamente en los países industrializados, ayudados por un buen nivel de educación, obras de saneamiento y una infraestructura pública y privada adecuada a las necesidades. Pero es evidente que el costo-efectividad debe mejorarse sobre todo en el ancho segmento de pobreza del planeta y precisamente entre la gente de menores recursos y bajo nivel educativo.

La conciencia del control del control del adulto aparentemente sano es muy escasa, salvo los controles de las embarazadas, que en rigor de verdad han sido esclarecidas a través de los Programas de Salud Materna e Infantil. Incluso los medios de mejor nivel socioeconómico, entre los adultos raramente se hacen controles periódicos, salvo la detección temprana de los cánceres de útero y de mama mediante los procedimientos usuales.

Como se ha señalado, insistimos en que el papel del adulto dentro del núcleo familiar y social es de extraordinaria importancia, por cuanto forma parte de la masa activa de la sociedad, el sector más productivo y de mayor peso dentro de la economía de las naciones. Los adultos con enfermedad aguda o crónica o los discapacitados, no solo dejan de producir para sí, para sus familias y para el conjunto de la trama social, sino que a más del infortunio de la pérdida de la salud del propio individuo éste se transforma en un factor que sobrecarga las responsabilidades de los demás. Esta dependencia es llamativamente mayor en los países menos desarrollados.

La salud del adulto tiene riesgos que difieren de los del niño. Por lo que expusimos ante, se colige que, ante todo, tiene responsabilidades laborales y sociales que lo exponen significativamente a las agresiones físicas y psicológicas del medio en el que desarrolla su vida. Su salud se ve afectada por más enfermedades no transmisibles, psicopatologías y accidentes de tránsito, lesiones o muertes violentas, además del uso indebido de sustancias nocivas (drogas ilícitas, alcohol y tabaco).

Mortalidad y Morbilidad de Adultos

Es importante conocer cuáles son las principales causas de morbimortalidad del adulto a la hora de realizar una atención integral del mismo. Esto nos permitirá poder direccionar nuestras prácticas e intervenciones de acuerdo a una visión epidemiológica en salud.

Sabemos que en los últimos años las enfermedades infectocontagiosas han dejado de ser la principal causa de morbimortalidad para ocupar su lugar las enfermedades no transmisibles (ENT). Sin duda somos testigos de una "transición epidemiológica".

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a las ENT (enf cardiovasculares, tumores y lesiones) está en aumento. Hay estimaciones, de los organismos internacionales que indican que en el año 2010 aproximadamente el 62,4% de las muertes en el mundo se debían a las ENT. Se ha proyectado para el 2020, que las ENT explicaran el 75% de todas las muertes. (ver figura 1)

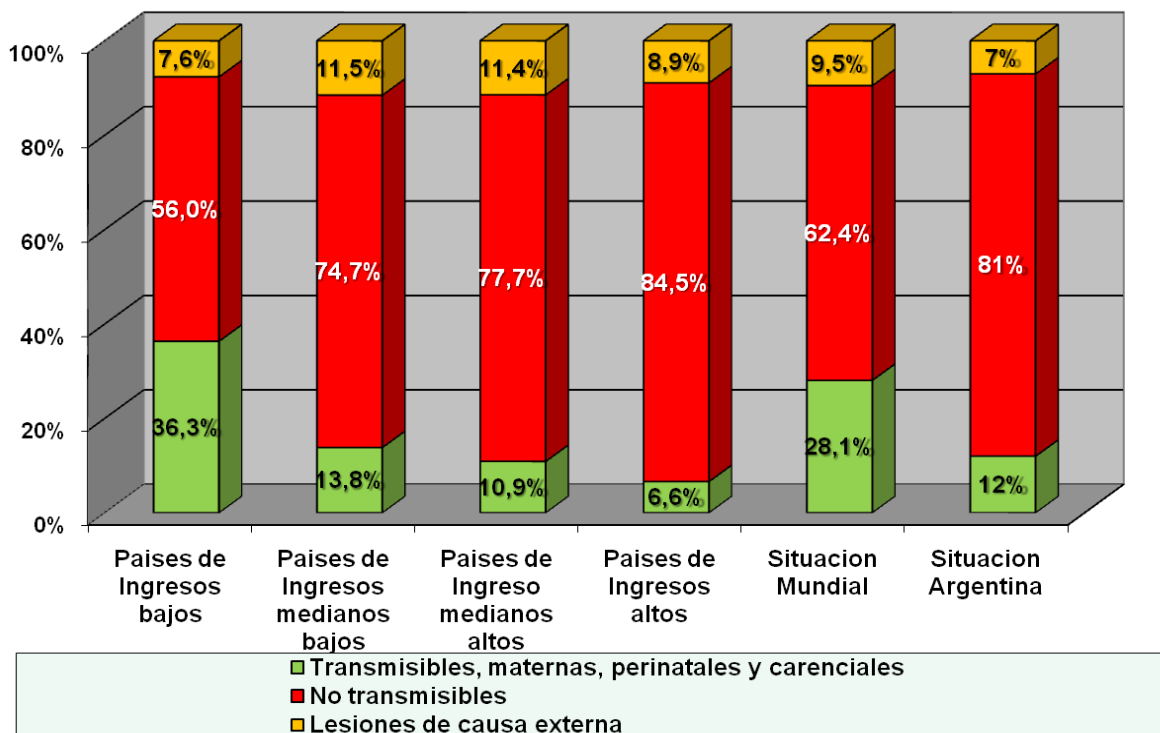


Figura 1. Distribución de la mortalidad según nivel de ingresos medio de los países., año 2010.
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

En nuestro país, tal como puede verse en la figura 1, en el año 2010 las defunciones por ENT explicaban el 81% de las muertes.

No obstante, debe considerarse que las principales causas de mortalidad varían según la edad durante la etapa de la adultez.

Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), hasta los 44 años el grupo de causas de muertes predominante son las Causas externas (Accidentes de tránsito, otros accidentes, suicidios, etc.), seguidas en orden de frecuencia por los Tumores, en tanto que entre los 45 y 64 años la causa más frecuente son los Tumores, y las enfermedades cardiovasculares en segundo término.

Los principales factores de riesgo para las ENT y las lesiones por causas externas se asocian a hábitos y conductas, tales como el consumo de tabaco y alcohol, la escasa actividad física, y la alimentación no saludable, entre los más relevantes, factores de riesgo que son analizados en sus implicancias epidemiológicas en la Unidad 8 de este manual.

BASES CIENTÍFICAS DE LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA EDAD ADULTA

Dentro de los problemas por los que a diario el médico es consultado, aproximadamente un 20% corresponde al Examen Periódico de Salud (EPS).

Diversos programas de Educación para la Salud implementados por organismos estatales y privados y divulgados por distintos medios, así como la acción del médico hacia el paciente y la comunidad en consejos de promoción y prevención de la salud, han llevado a un mejor conocimiento en la comunidad de algunas patologías e incentivado la necesidad de satisfacer interrogantes y conocer cuál es su estado de salud y qué probabilidades tiene de padecer determinadas enfermedades.

La posibilidad de algunas personas de acceder a la atención médica y al “chequeo”, también ha facilitado la realización de ésta consulta.

La falta de una formación adecuada en el pregrado, el poco tiempo que se le dedica a la consulta, algunas connotaciones médico legales y la ansiedad del paciente para que se le realicen “todo tipo de estudios” (muchos de los cuales no han demostrado tener un rédito importante en el EPS), confluyen para que a veces el médico “confunda” el EPS con la búsqueda de enfermedades y actuando intuitivamente utilice prácticas diagnósticas en exceso, que a veces solo sirven para calmar la inquietudes del paciente.

Es aquí donde el médico con una anamnesis y un examen físico adecuados, con una buena relación médico paciente, y utilizando aquellas prácticas que han demostrado ser útiles para elaborar un diagnóstico y una estrategia, para seguir en consejería, detección de factores de riesgo e inmunizaciones puede darle al paciente la tranquilidad que necesita con respecto a su salud.

No se pone en duda que todo lo que la ciencia y la tecnología nos ofrece son de significativa importancia para el diagnóstico de diversas enfermedades, utilizadas siempre con criterio clínico; pero no es éste el objetivo del EPS que es la “prevención”, es decir, “evitar que algo ocurra”, y aquellas prácticas que se solicitan, deben ser las que, por su grado de evidencia, han demostrado utilidad para el objetivo citado, dejando de lado el facilismo de la oferta tecnológica y teniendo como base dos ecuaciones fundamentales, que son: costo-beneficio y riesgo beneficio.

La prevención primaria es la que marca el rumbo, aunque también se desarrollan acciones de prevención secundaria y terciaria.

En 1922, la Asociación Médica Americana propone el Examen Físico Anual para personas sanas. A partir de allí, numerosas publicaciones abordan éste tema.

Todas las especialidades clínicas están involucradas en el EPS especialmente médicos clínicos, generalistas, de familia, de cabecera, es decir, los más comprometidos en la atención integral del paciente y la Atención Primaria de la Salud (APS), considerando el examen del paciente y sus antecedentes epidemiológicos como los pilares fundamentales para el EPS.

De ésta manera, el médico puede elaborar un diagnóstico de situación, ejercer acciones de consejería, asesoramiento e inmunizaciones destinadas no solo al paciente sino a extenderlas a la familia y a la comunidad.

Algunas barreras dificultan a veces el EPS; las mismas están ligadas a factores profesionales ya mencionados, así como a una falta de reconocimiento de la práctica tanto del médico como del paciente, referido esto a los cambios de conductas y estilos de vida que a veces surgen en la consejería.

Para que las acciones de prevención sean consideradas efectivas se deberán tener en cuenta algunas pautas relacionadas al problema con que nos enfrentamos:

- Debe ser un problema de salud importante tanto en su prevalencia como incidencia sobre la calidad y cantidad de vida.
- Deberá tener una respuesta efectiva para los casos identificados.
- Deberán existir recursos diagnósticos y tratamientos disponibles y accesibles.

- El problema deberá tener un periodo latente (sin manifestaciones clínicas) reconocible y lo suficientemente prolongado para que permita actuar y reducir la morbimortalidad.
- Deberá tener una historia natural conocida.
- Los exámenes complementarios sugeridos para el diagnóstico deberán ser de exactitud aceptable.
- El rastreo deberá ser aceptable tanto en la relación costo-beneficio como en riesgo-beneficio.

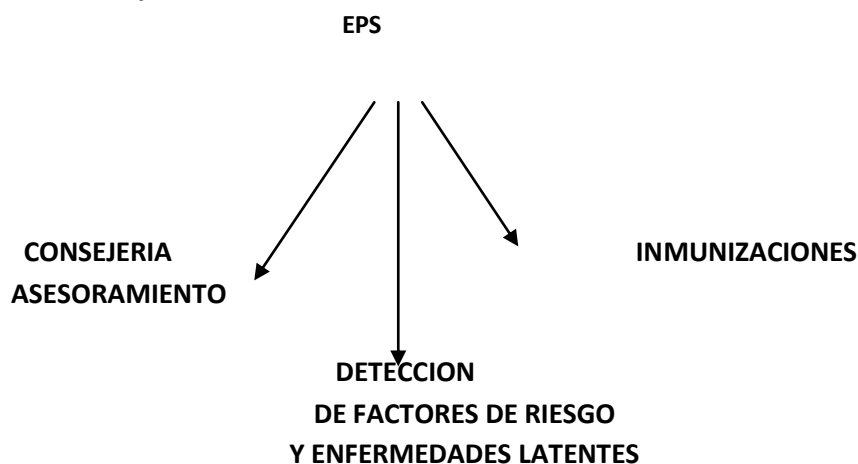
Esto nos permite decir que quien realiza EPS. Deberá tener firmes conocimientos clínicos, epidemiológicos y de morbi-mortalidad, para poder ejercer acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, considerando características como grupo etario, sexo, condición socio-económica, herencia, hábitos y estilos de vida, conducta, ocupación, medio ambiente, etc.

Si tenemos en cuenta que el 80% de las consultas son por patologías agudas o crónicas, se deberían aprovechar todas las ocasiones para realizar indicaciones de prevención y educación para la salud, dirigidas principalmente a problemas de salud prevenibles: accidentes, enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), VIH, adicciones (tabaquismo, alcoholismo), trastornos de conducta alimenticia, violencia y todas las enfermedades inmunoprevenibles.

Las neurosis y psicosis en el adulto, constituyen un proceso que con frecuencia se inicia en la infancia y que emerge de manera importante en esa edad. Conviene insistir en que la promoción de condiciones favorables en la familia, mediante información y educación, constituye un factor de prevención de los padecimientos mentales. Otro aspecto importante es la detección oportuna de cualquier manifestación anormal; su tratamiento inmediato previene su progresión.

El médico debe involucrar no solo al paciente, sino también a familiares en la toma de decisiones, con una amplia información sobre el problema a prevenir, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y dirigidas a lograr una mejor calidad de vida, prolongando una sana.

El EPS se compone, como ya se indicó, de acciones bien definidas:



Las recomendaciones de la Canadian Task Force (CTF) y la US Preventive Service Task Force (USPSTF) representan actualmente la mejor evidencia disponible sobre las PP que deberían ofrecerse o abandonarse. Esto se debe a que utilizan una rigurosa valoración científica de la literatura para formular sus recomendaciones.

Ya el primer reporte de la CTF en 1979 recomendó que el “chequeo” anual único sea reemplazado por un grupo de prácticas preventivas (PP) específicas según edad, sexo y factores de riesgo. En personas asintomáticos en apariencia sanas, en lugar de un interrogatorio general, un examen físico de pies a cabeza (“completo”), e innumerables estudios complementarios deberían realizarse un conjunto

limitado de PP con evidencias de mejoría de la morbimortalidad específica por enfermedad. Los niveles de cumplimiento con las recomendaciones son en general pobres, aún cuando el grado de acuerdo con las mismas sea alto.

De los datos aportados por la Historia Clínica, surgirán el o los problemas a prevenir y la toma de decisiones en cuanto a estudios a solicitar donde deben primar aspectos clínicos-epidemiológicos.

Debe evitarse lo que llamamos “estudios de rutina con baterías de test”, dirigidos a la búsqueda de enfermedades; y utilizar prácticas que ayuden a confirmar condiciones y cambios metabólicos y estructurales, en el periodo asintomático o latente, es decir antes que la patología se manifieste.

Se podrá hacer por rastreos poblacionales-screening (rastreos)-o bien por estudios solicitados a cada paciente, siendo necesario evaluar para cada práctica las evidencias que recomiendan o no su realización así como su grado de eficacia, efectividad, eficiencia, sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo o negativo.

En el diagnóstico del problema planteado, diversas Organizaciones Internacionales elaboran programas y protocolos para sistematizar el EPS, entre ellas American College of Physicians, la US Preventive Service Task Force, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) con la elaboración del PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), que consideran a las prácticas a utilizar por su grado de evidencia, clasificándolas en grupos o categorías.

Recomendaciones

Para tal fin se deberá tener en cuenta ciertas condiciones de evidencias:

(basado en recomendaciones de United States Preventive Services Task Force, 2007)

A: Se recomienda **fuertemente** el uso rutinario de esta práctica preventiva. Se encontró **buena evidencia** de que esta práctica mejora en forma importante la salud y se concluye que los beneficios superan los riesgos.

B: Se recomienda el uso rutinario de esta práctica preventiva. Se encontró al menos **evidencia razonable** de que la práctica mejora en forma importante la salud y concluye que los beneficios superan los riesgos.

C: **No se realiza una recomendación a favor o en contra** de la práctica preventiva. Se encontró al menos evidencia razonable de que la práctica puede mejorar la salud pero se concluye que el balance entre riesgo y beneficio es muy cercano para justificar una recomendación general.

D: **Se recomienda NO realizar esta práctica** en forma rutinaria a individuos asintomáticos. Se encontró al menos evidencia razonable de que la práctica no es efectiva o que los riesgos superan el beneficio.

I: La evidencia es **insuficiente para recomendar a favor o en contra** del uso rutinario de la práctica preventiva. La evidencia que la práctica es efectiva no se dispone, es de pobre calidad o conflictiva y el balance entre beneficios y riesgos no ha sido determinado.

USTED DEBE REALIZAR las prácticas con recomendación A y B
PUUEDE REALIZAR SEGÚN SU CRITERIO las prácticas con recomendación C e I
NO DEBE REALIZAR las practicas con recomendación D

EXAMEN PERIODICO DE SALUD –EPS–

El EPS implica acciones dirigidas a la prevención de enfermedades, eliminación de factores de riesgo modificables, inmunizaciones y promoción de la salud.

Consta básicamente de tres etapas: indagación mediante un **cuestionario**, aplicación de **medidas preventivas**, y **educación para la salud**.

1. CUESTIONARIO.

Es imprescindible la obtención de los siguientes datos:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

- TBC
- Diabetes
- HTA
- Asma Bronquial
- Cirugías
- Alergias
- Cardiopatías
- Neoplasias
- Traumatismos
- Transfusiones
- Otras

ANTECEDENTES FAMILIARES

- TBC
- Diabetes
- Asma Bronquial
- Neoplasias
- Cardiopatías
- ACV
- Psicopatías
- HTA
- Otras

2. PRACTICAS PREVENTIVAS.

Diferentes organizaciones a nivel mundial realizan, permanentemente, revisiones científicas sobre la evidencia disponible de una amplia gama de prácticas preventivas para el desarrollo de recomendaciones precisas, actualizadas y pertinentes dirigidas a los médicos de atención primaria y los sistemas de salud.

Es fundamental tener en cuenta que el grado de recomendación de las prácticas preventivas es de carácter transitorio y que se actualizan y revisan críticamente en forma periódica a partir de las nuevas evidencias científicas que van trascendiendo.

A continuación se presentarán las prácticas preventivas clasificadas según su grado de recomendación a partir de la evidencia científica disponible en la actualidad:

A. MEDIDAS PREVENTIVAS RECOMENDADAS

B. MEDIDAS PREVENTIVAS NO RECOMENDADAS

C. MEDIDAS PREVENTIVAS QUE PRESENTA EVIDENCIA POBRE O CONFLICTIVA

A. MEDIDAS PREVENTIVAS RECOMENDADAS.

- **TOMA DE TENSION ARTERIAL:** Se plantea la detección oportuna. Se recomienda tomar la tensión arterial, al menos, una vez hasta los 14 años de edad; cada 4 o 5 años desde los 14 hasta los 40 años de edad, y cada 2 años a partir de los 40 años, sin límite superior de edad (PAPPS). Realizar la toma cada 2 años si TA <130/85 y anual si la TAS 130-139 y/o TAD 85-89 (VII JNC). La toma de TA arterial es evidencia grado A para la USPSTF.

- **RASTREO DE DISLIPEMIA:** Solicitar Colesterol Total y HDL en hombres > 35 años y en mujeres > 45 años con intervalo de 5 años. Si hay otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se recomienda comenzar a partir de los 20 años tanto en hombres como mujeres. No hay edad para finalizar los controles, algunos grupos (PAPPS) recomiendan realizarlo hasta los 75 años.

- **RASTREO DE DIABETES:** La USPSTF recomienda realizar el examen de laboratorio (glucemia en ayunas) para la diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial sostenida (ya sea tratada o no) superior a 135/80 mm Hg. (Recomendación B).

- **RASTREO DE OBESIDAD:** Se recomienda determinar el IMC en la 1er visita y luego repetir c/ 4 años ó medir el peso y talla a juicio clínico en adolescentes y adultos según las distintas asociaciones. Clasifica como obesos a aquellos con IMC > 30 y sobrepeso entre 25 - 30 (PAPPS). Recomendación B para la USPSTF.

- **HABITO TABAQUICO:** Interrogar con una periodicidad de mínima de 2 años. Se considera fumador a toda persona que fuma como mínimo un cigarrillo al día durante el último mes. Aconsejar y asesorar sobre el abandono del hábito según nivel de motivación (PAPPS). La consejería e intervenciones para la cesación del hábito tabáquico es recomendación A para la USPSTF.

- **ABUSO DE ALCOHOL:** Investigar el consumo cada 2 años en >14 años sin límite de edad. Se considera como bebedor de riesgo a la ingesta periódica > 5 U/día en el hombre y 3 U/día en la mujer. Equivalentes a 1 unidad: 100ml de vino, 200ml de cerveza y 25ml de whisky (PAPPS). La USPSTF recomienda rastrear el uso indebido de alcohol y proporcionar intervenciones de asesoramiento para reducir el abuso (recomendación B)

- **AUSCULTACION CARDIACA:** En adultos al menos una vez. Luego de los 60 años c/ 3 años por riesgo de Estenosis Aórtica (USPSTF).

- **DETECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:** La USPSTF recomienda realizar una única ecografía abdominal para la detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA) en hombres de 65 a 75 años que alguna vez hayan fumado.

- **DETECCION DE CANCER DE CUELLO UTERINO:** Realizar el papanicolaou a los 21 años o luego de 3 años del comienzo de las relaciones sexuales con periodicidad de 1-3 años (según perfil de riesgo). Hasta los 65 años si los previos fueron negativos o no posee factores de riesgo para desarrollar cáncer de cervix (Recomendación Grado A para la USPSTF).

- **DETECCION DE CANCER DE MAMA:** Mamografía cada 2 años desde los 50 hasta los 70 años (evidencia moderada, recomendación débil a favor de realizar el estudio). En mujeres entre los 70 y 74 años la

evidencia es baja con una recomendación débil a favor (PAPPS). Existe en la actualidad una importante **controversia** con respecto a esta práctica preventiva y varias organizaciones están revisando su grado de recomendación ya que el cribado con mamografía reduce la mortalidad por cáncer de mama, pero también conlleva riesgos. Una revisión sistemática Cochrane actualizada en el año 2011 estima una reducción de la mortalidad del 15% y un riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento del 30%. Ello significa que de cada 2.000 mujeres invitadas al cribado durante 10 años, 1 prolongará su vida y 10 mujeres sanas (de no haberse realizado el cribado no se hubieran diagnosticado) serán tratadas innecesariamente. Se estima que más de 200 mujeres experimentarán estrés psicológico a consecuencia de un resultado falsamente positivo.

- **DETECCION DE CANCER COLORECTAL:** Realizar el cribado a pacientes a partir de los 50 y hasta los 75 años con SOMF anual o con Rectosigmoidoscopia flexible c/ 5 años o con una Colonoscopia c/10 años (PAPPS, Recomendación grado A para la USPSTF). En personas entre los 76 y 85 años la recomendación es C (se considerará la situación individual del paciente)

- **PREVENCION CANCER DE PIEL:** La USPSTF recomienda realizar consejería a niños, adolescentes y adultos jóvenes que tienen piel clara sobre minimizar la exposición a la radiación ultravioleta para reducir el riesgo de cáncer de piel. Recomendación B.

- **PREVENCION DE ETS:** En personas con conductas sexuales de riesgo se recomienda rastreo de VIH, sífilis y Hepatitis B y C. Consejería sobre prácticas seguras y salud reproductiva.

- **DETECCION DE VIOLENCIA DE GÉNERO:** Recomendación grado B para la USPSTF.

- **CONSEJOS SOBRE NUTRICIÓN Y EJERCICIO FÍSICO SALUDABLES:** Recomendación grado B para la USPSTF.

- **PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA:** visita periódica al odontólogo, cepillado, fluoración.

- **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS:** gas, electricidad, sustancias tóxicas, fósforos, medicamentos, armas de fuego; evitar que queden al alcance de los niños, rotular los envases en forma clara, uso de barandas en balcones y escaleras.

- **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES VIALES:** uso del cinturón de seguridad, asientos de seguridad para el bebé, circular con niños en asientos traseros del automóvil. Uso de cascos para motociclistas y ciclistas. No conducir con sueño o después de ingerir bebidas alcohólicas, respetar las señales de tránsito vehicular y de peatones.

- **INMUNIZACION**

Doble Adultos: (DTa) Cada 10 años en aquellos con esquema completo previo.

Rubeola: Aplicar 1 dosis a mujeres en edad fértil que no hayan recibido previamente 2 dosis de triple o doble viral.

Antigripal: En Pacientes mayores de 65 años o de riesgo (asmáticos, EPOC, cardiopatas, diabéticos, inmunocomprometidos, etc).

Antineumococcica: Se recomienda cada 5 años en mayores de 65 años y en pacientes con riesgo aumentado de padecer complicaciones (EPOC; cardiopatas; diabéticos; post trasplante, esplenectomizados etc.).

Hepatitis B: En grupos de riesgo (trabajadores de la salud, conductas sexuales de riesgo, antecedentes de enf de transmisión sexual, pareja sexual de portadores crónicos de HbsAg, adictos EV, HIV (+), pacientes en hemodialisis, etc) vacunar con 3 dosis.

Hepatitis A: Se recomienda a personas que no hayan padecido la enfermedad y trabajen con preescolares (guarderías), en personal militar, a aquellos en contacto con sistemas cloacales y de alimentación (comedores), viajeros a zonas endémicas, pacientes con hepatopatías crónicas, HIV (+), conductas sexuales de riesgo. (Dos dosis).

Triple bacteriana acelular: en personal de salud que atiende menores de 1 año, 1 dosis.

B. MEDIDAS PREVENTIVAS NO RECOMENDADAS

Se mencionarán algunas de las prácticas preventivas que actualmente presentan evidencia en contra de su realización en la población adulta asintomática:

- ENSEÑANZA DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA A LAS PACIENTES

- RASTREO DE CÁNCER DE OVARIO, PÁNCREAS, TESTÍCULO Y ENDOMETRIO

- **RASTREO DE CÁNCER DE PRÓSTATA:** Los resultados muestran que el cribado con PSA (antígeno prostático específico) detecta más cánceres de próstata y en estadios más precoces, pero no tiene impacto sobre la mortalidad por cáncer de próstata. Por el contrario, los riesgos asociados al cribado son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que muchas de las personas en las que se ha detectado una elevación del PSA no hubieran desarrollado ni síntomas ni complicaciones en relación con este cáncer a lo largo de su vida. Por lo tanto no se recomienda el rastreo a los adultos asintomáticos a menos que la persona que está siendo atendida entienda los riesgos y beneficios de la práctica y tome la decisión personal de realizarlo. Se necesitan mejores métodos diagnósticos y mejores opciones terapéuticas para poder recomendar este rastreo a la población general.

- RASTREO DE ESTENOSIS CAROTÍDEA

- ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) DE RUTINA EN PACIENTES CON BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR

- Solicitud de rutina en adultos asintomáticos del **Citológico, Eritrosedimentación, Uremia, Glucemia, Orina completa (CEUGO)** por ser una práctica preventiva de poca utilidad y aumentar la probabilidad de encontrarnos ante estudios con resultado falsos positivos e inespecíficos.

C. MEDIDAS PREVENTIVAS QUE PRESENTA EVIDENCIA POBRE O CONFLICTIVA

Se mencionarán algunas de las prácticas preventivas que actualmente presentan evidencia pobre o conflictiva para su realización en la población adulta asintomática. La controversia actual sobre el rastreo de cáncer de mama se menciona anteriormente en el punto A.

- **CÁNCER DE PULMÓN:** La radiografía de tórax y/o la citología de esputo no deben recomendarse como pruebas de cribado del cáncer de pulmón. El ECA National Lung Screening Trial (53.000 fumadores y ex fumadores de 55 a 74 años), que ha comparado la Tomografía Computada (TC) espiral de baja dosis y la radiografía, ha demostrado que el grupo TC se había beneficiado con una reducción del 20% de la mortalidad por cáncer de pulmón y un 7% la mortalidad global. Otros estudios en marcha son el Dutch Belgian Randomized Lung Cancer Screening Trial (NELSON), el Helical CT de Estados Unidos y el DLCST de

Dinamarca. Sin embargo, a pesar de los optimistas resultados en cuanto a la disminución de la mortalidad, los potenciales daños de este cribado en términos de sobrediagnóstico y sobretratamiento son considerables. Una revisión sistemática muestra que por cada 1.000 personas cribadas se detectan 9 cánceres de pulmón de células no pequeñas en estadio I, 253 nódulos falsos positivos y 4 toracotomías por lesiones que fueron benignas. Actualmente, ninguna sociedad científica recomienda el cribado sistemático de cáncer de pulmón en individuos asintomáticos. Solo los expertos del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Lung Cancer Screening Panel recomiendan este cribado en los individuos con riesgo elevado (individuos de 55-74 años, fumadores de más de 30 paquetes/año, ex fumadores de menos de 15 años o fumadores de 20 paquetes/año más una historia de exposición profesional de riesgo). Todas las sociedades científicas señalan que la prevención primaria (consejo claro y personalizado para dejar de fumar) es la estrategia más efectiva para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón. (PAPPS)

DETECCION DE DIABETES EN PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio entre los beneficios y los daños de detección de la diabetes tipo 2 en adultos asintomáticos con presión arterial de 135/80 mm Hg o más baja. (Grado de evidencia I)

3. EDUCACION PARA LA SALUD

Del Equipo de Salud

Es importante lograr la incorporación de todo el equipo de salud, ya que seguramente serán sus miembros quienes brindarán pautas educacionales a los pacientes. Es indudable que el mayor esfuerzo del programa debe estar dirigido a éste punto, ya que son, los equipos los que intentarán lograr los cambios de hábitos en la población.

Hacia la Comunidad

Se debe informar a la población sobre la necesidad de éstos controles, aún siendo asintomático, a los fines de la detección precóz de la enfermedad.

a.- CHARLAS DEBATES: en el Centro de Salud o locales cercanos. Se debe hacer incapié sobre el valor de la prevención y que éste programa va dirigido al paciente que no posee síntomas.

b.- AFICHES: Deben ser claros y simples sobre dos puntos:

“PREVENCION” – “ASINTOMATICO”

Se colocan en Centros de Salud, Escuelas Públicas, etc.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham Resnik Lipkin-La Salud del Adulto. (Medicina y Salud Pública de Vicente Enrique Mazzáfero y colaboradores) Universidad de Buenos Aires. Edición 1999. www.eudeba.com.ar
- Dr. Rafael Alvarez A.-Salud Pública y Medicina Preventiva (2ª Edición)
- Dr. César Alberto Jáuregui R.- Dra. Paulina Suarez Ch.-Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (Enfoque en Salud Familiar).
- Roberto J. Madoery y Ramón A. Nieves-Manual del Médico Generalista. Parte I, Marzo de 2000 Córdoba R.A
- Municipalidad de Córdoba. Secretaría de Salud-Programa de Control del Adulto Asintomático. D.A.P.S.-Córdoba. R.A.

- Recomendaciones Programa de Actividades Preventivas y de promoción de la Salud PAPPS Edición 2003/2005 SEMFyG. Sociedad Española de Medicina Familiar y General. Barcelona. España.
- The Guide to Clinical Preventive Services. 2007. US Preventive Service Task Force. Agency for Healthcare Research Quality.
- Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. American Academy of Family Physicians. Revisión 6.3, march 2007. www.aafp.org
- Guía para el Control Periódico de Salud. Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación . Programas preventivos. Febrero de 2005.
- Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2011; CD001877.