

REVISIÓN DE LIBROS

WORLD HEALTH REPORT. 1998

Reporte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, publicado por la misma institución. En inglés.

A continuación se presenta la traducción de la última parte del capítulo 3 del libro.

EL DESAFÍO DE GÉNERO

Las mujeres forman la mayoría de la población más vieja en virtualmente todos los países. En al menos, 67 países en desarrollo, el aumento proyectado en el número de mujeres mayores de 65 años entre 1997 y 2025 excede el 150 %. Durante el mismo período el número de mujeres ancianas en Asia (actualmente 107 000 000) proyecta remontarse a 208 000 000, y en África de 13 000 000 a 33 000 000.

Las mujeres tienen diferentes circunstancias, retos y aspectos de salud que los hombres a esta edad. Las ancianas es más probable que enviuden, vivan solas o vivan en la pobreza; esto es sobre todo, porque globalmente la mujer vive más que el hombre, un promedio de 8 años más en los países desarrollados y tienden a casarse con hombres más viejos que ellas. Sin embargo, algunos de los años adicionales de las mujeres se cuentan por años de completa dependencia.

En EE.UU., esto significa que mientras sólo 1 entre 7 hombres, que alcanza la edad de 65 años, puede esperar a pasar 1 año o más en un sanatorio antes de morir, 1 mujer de 3 a los 65 años, tiene la misma perspectiva.

Para las mujeres en los países en desarrollo el que sobrevive la etapa temprana del período de vida alcanzará la edad adulta, la expectativa de vida se aproximará a la de las mujeres en los países desarrollados.

Con mucho, el principal factor explicativo de esta tendencia es la reducida mortalidad materna debido a la disminución de la fertilidad y la mejoría de la atención prenatal. La esperanza de vida a la edad de 65 muestra mucha más similaridad entre países desarrollados y en desarrollo que alrededor de 19 y 15 años, respectivamente.

La brecha se estrechará según disminuya la mortalidad no sólo en edades jóvenes sino también en las edades posteriores.

La principal tendencia en envejecimiento en países desarrollados es el incremento en los más ancianos, esto es, los de 85 años y más. La gran mayoría de este grupo de edad son mujeres y esta tendencia continuará en el futuro previsible.

Como la mujer vive más que el hombre, la calidad de su mayor vida se vuelve de importancia central. La calidad de vida medida en términos de capacidad de la mujer anciana para mantener el bienestar físico, social y mental sin padecer diferentes grados de enfermedad y discapacidad es de tanta importancia como incrementar la esperanza de vida y los años de vida libres de discapacidad.

Las principales causas prevenibles de mortalidad tienen efecto sobre períodos prolongados de tiempo.

Las estrategias de prevención primaria serán más efectivas cuando se inicien lo más temprano posible. La enfermedad coronaria del corazón, embolia y cáncer del pulmón, son las condiciones a las que se requiere dirigir la prevención primaria, mientras que las estrategias de prevención secundaria son aplicables a otros cánceres.

Tomar acción para mejorar la salud de la mujer anciana es imperativo si ellas pueden lograr una aceptable calidad de vida en su prolongada edad y si todas las sociedades están evitando las consecuencias que de otra manera sucederán.

La salud de la anciana por tanto, recibe atención especial en las secciones siguientes. Sin embargo, en el mismo hecho que es un asunto especial se ilustra otra realidad: para esta etapa de la vida de la mujer muchos de sus contemporáneos hombres han muerto. Las razones por las cuales los hombres mueren más temprano que las mujeres es también un asunto que necesita futuras investigaciones.

EL DESAFÍO PARA LA SALUD

El envejecimiento es un proceso dinámico normal. No es una enfermedad. Mientras que el envejecimiento es inevitable e irreversible, las condiciones de incapacidad crónica que a menudo lo acompañan pueden prevenirse o dilatarse, no sólo por intervenciones médicas sino por intervenciones sociales, económicas y ambientales más efectivas.

Si las personas viejas se mantienen mayor tiempo en buena salud, libres de discapacidad y productivas, mejor será su calidad de vida y mayor su contribución a la sociedad y quizás menor será el costo de proporcionarles servicios de salud y sociales.

De igual forma, si la salud de la población trabajadora puede mantenerse mayor tiempo sin discapacidad, será más productiva y más capaz para apoyar los viejos dependientes.

Esto también beneficiará la población trabajadora según envejece. La esperanza de vida saludable está influida por un número relativamente pequeño de condiciones crónicas discapacitantes que se hacen más frecuentes con el incremento de la edad.

Ellas incluyen las enfermedades circulatorias, embolia (*stroke*), cáncer, trastornos musculoesqueléticos como artritis y osteoporosis, desórdenes neurológicos y mentales como demencia y depresión, enfermedades degenerativas como pérdida de la visión y audición, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El principal desafío para la salud debe ser prevenir, posponer o tratar estas condiciones. Es un desafío mejor enfrentado, por una asociación de individuos y proveedores de atención médica. La gran variación en las tasas de enfermedades crónicas en el mundo muestran que muchas pueden en realidad prevenirse o al menos demorarse. Por ejemplo, las tasas específicas por edad de enfermedad cardiovascular se han reducido a la mitad en Japón y EE.UU. en los últimos 30 años.

El cáncer y la enfermedad cardíaca se relacionan más con los grupos etarios de 70 a 75 años que con cualquier otro, pero detrás de los 75 años existe otra población "los viejos más viejos" (*oldest old*) que han sobrevivido esta riesgosa fase de la vida. Ellos ahora se han vuelto más propensos al deterioro de la audición, visión, movilidad y función mental. La siguiente sección se refiere a las principales condiciones crónicas mencionadas antes, con especial referencia a su significación en las mujeres.

ENFERMEDADES CIRCULATORIAS

El número creciente de personas viejas en todas las sociedades y el mayor peso de la enfermedad cardiovascular (CVD) en los ancianos, hacen urgente que para este grupo se tomen recomendaciones adecuadas de políticas de salud.

Más del 80 % de las muertes por CVD ocurren en personas mayores de 65 años. La CVD es mundialmente, la principal causa de muerte y discapacidad en las personas mayores de 65 años, pero hay un gran potencial para tratarlas.

La alta prevalencia de factores de riesgo de CVD en personas viejas, particularmente alta presión sanguínea y colesterol sérico elevado sugieren la necesidad de tratamiento generalizado.

El manejo de elevaciones moderadas de la presión sanguínea puede lograrse con medidas no farmacológicas incluyendo la reducción de sal y el consumo excesivo de alcohol y la actividad física. La hipertensión moderada y severa puede tratarse con diuréticos y beta-bloqueadores. Los niveles elevados de colesterol sérico son frecuentes en personas mayores y es un factor de riesgo para la enfermedad cardíaca coronaria (CHD) tanto en hombres como en mujeres y su interrelación se mantiene en las edades más viejas. Como en las personas jóvenes la terapéutica con medicamentos debería considerarse sólo después que se hayan hecho serios intentos de modificar la dieta.

Los ensayos de intervención han mostrado que reducciones de la presión sanguínea de 6 mm de Hg reducen el riesgo de embolia en 40 % y de ataque cardíaco en 15 %, y que 10 % de reducción en la concentración sanguínea de colesterol reducirá el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria en 30 %.

Los cambios dietéticos parecen afectar los niveles de factores de riesgo a través de la vida y pueden tener aún más impacto en personas ancianas. Reducciones relativamente modestas en grasas saturadas y consumo de sal, las que reducirá la presión sanguínea y las concentraciones de colesterol podrían tener un efecto sustancial en reducir la magnitud de la enfermedad cardiovascular.

Incrementar el consumo de frutas y vegetales en 1 ó 2 comidas diarias podría cortar el riesgo cardiovascular 30 %.

Fumar cigarrillos es el factor de riesgo modificable más importante para CVD en jóvenes y también en ancianos.

Por fortuna, es menos prevalente por lo general, en personas viejas que en los jóvenes. La dramática disminución en fumar cigarrillos en algunos países saludables muestra que los fumadores pueden ser persuadidos a lograrlo. Por ejemplo, en EE.UU. fumar disminuyó en los hombres de más de 65 años de 28 % a mediados de 1960 al 15 % en 1990. Sin embargo, en las mujeres del mismo grupo etario había un incremento del 10 al 12 %.

La reducción en las tasas de *stroke* y CHD a partir de dejar de fumar se incrementa según se esté mayor tiempo sin fumar, pero se obtienen algunos beneficios inmediatamente. Por ejemplo, el riesgo de embolia disminuye después de 2 años de abstinencia y se vuelve el mismo de los que nunca han fumado después de 5 años. En los países desarrollados ha habido una disminución consistente en la mortalidad por embolia en los últimos 40 años con una aceleración de esta disminución a mediados de 1970. La caída de las muertes por embolia ha sido mayor que la de las muertes por CHD.

Por ejemplo, en Canadá, Japón, Suiza y EE.UU. la mortalidad por embolia (*stroke*) ha disminuido en más de 50 % en hombres y mujeres entre 65 y 74 años desde 1970. Aunque las razones no están totalmente comprendidas, la limitada evidencia disponible sugiere que la disminución en casos fatales puede estar relacionada con una disminución de la severidad de la afección, con el cambio a un evento agudo más ligero, es probable que como resultado de los esfuerzos de prevención.

La mejoría de la atención en la fase aguda puede también haber contribuido. Como el incremento de la edad se considera el principal factor de riesgo para la embolia y enfermedades circulatorias por lo general, el peso de estas enfermedades se volverá mayor según mayores proporciones de la población en los países en desarrollo alcancen edades más viejas.

La enfermedad coronaria y el *stroke* son las principales causas de muerte y discapacidad en la mujer anciana. La opinión común de que éstos son problemas de salud del hombre ha

tendido a oscurecer su significación para la salud de las mujeres ancianas y es necesario señalar su importancia a través de enfoques más precisos.

Éstas suman cerca del 60 % de todas las muertes de mujeres adultas en un típico país desarrollado y son también la principal causa de muerte entre mujeres de más de 50 años en países en desarrollo.

En la mayoría de los países desarrollados para los que está disponible la información de las tendencias, la declinación en las tasas de muerte por enfermedad cardíaca y *stroke* ha sido mayor para las mujeres que para los hombres, pero la enfermedad cardiovascular continuará siendo el principal problema de salud de la mujer anciana. La mejoría en las tasas de defunción ha sido mucho menor en muchos países en desarrollo.

Las mujeres son por lo general 10 años mayores que los hombres cuando los síntomas de enfermedad cardíaca aparecen por primera vez y pueden ser más de 20 años más viejas antes que ocurra un ataque cardíaco. En EE.UU. el 50 % de las mujeres con más de 75 años con enfermedad cardíaca coronaria (CHD) está discapacitado por su enfermedad. Ésta probablemente se volverá epidémica en mujeres ancianas a menos que se tomen acciones preventivas durante sus vidas, aunque los estudios muestran que las mujeres no cuentan con frecuencia la enfermedad cardíaca entre los problemas de salud que consideran más importantes.

El impacto de las tasas de disminución de fumar entre las mujeres se está haciendo ahora más evidente. Las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con fumar se han estabilizado en los hombres, mientras que se están incrementando en las mujeres ancianas.

Fumar cigarrillos en las mujeres no se ha diseminado ampliamente en países en desarrollo y aún es tiempo para tomar una acción global para proteger a la mujer anciana de las enfermedades producidas por el uso del tabaco.

CÁNCER

La eliminación gradual de otras enfermedades fatales, combinada con el incremento de la esperanza de vida significa que el riesgo del desarrollo individual del cáncer durante la vida se está incrementando rápidamente. Muchos cánceres surgen a una avanzada edad y el riesgo se incrementa en espiral con la edad. El peso del cáncer es por tanto mucho más importante en las poblaciones que tienen una larga esperanza de vida, en relación con otros grupos de enfermedades.

Cómo se mostró en el WHR. 1997, el promedio de edad al morir por 6 de las formas más comunes de cáncer varía entre 61 y 69 años para una muestra de 6 países. En Francia y EE.UU. el cáncer de mama como promedio, priva a la mujer de 10 años de esperanza de vida, mientras que el cáncer de próstata reduce el promedio de esperanza de vida en los hombres en 1 año.

Como resultado de los avances médicos 1/3 de todos los cánceres son prevenibles y otro 1/3 si se diagnostican suficientemente temprano son curables. Para la restante 1/3 parte de la atención paliativa apropiada puede ofrecer mejoras sustanciales en la calidad de vida de los pacientes.

Los 5 principales cánceres que matan mundialmente son también los 5 más comunes en términos de incidencia. Juntos suman cerca del 50 % de todos los casos y defunciones por cáncer.

Entre los hombres, las 8 principales localizaciones mortales de cáncer son: pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago, boca-faringe, próstata y linfoma. En las mujeres: mama, estómago, colon-recto, cuello, pulmón, ovario, esófago e hígado. El principal cáncer mortal en las mujeres en países en desarrollo es el de mama, seguido por el cáncer de estómago. En los países desarrollados el cáncer de mama también se ubica primero seguido por cáncer colo-rectal.

Un análisis de los factores de riesgo envueltos en el desarrollo de los principales cánceres muestra que unos pocos factores principales dominan - tabaco, dieta, alcohol, infecciones y hormonas. Todos son susceptibles de acciones preventivas. El largo período de latencia para muchos cánceres determina la importancia de la detección precoz.

En términos de prevención el *screening* del cáncer cervical ha contribuido a una marcada disminución de esta enfermedad en muchos países.

Para combatir el cáncer de mama ahora se propone generalmente la mamografía en mujeres de más de 50 años en aquellos países donde la enfermedad tiene una alta incidencia. El cáncer de próstata, más frecuente en hombres mayores de 70 años también permite la detección precoz, aunque el valor del *screening* se discute.

El cáncer del pulmón es el más frecuente de todos los cánceres y más del 90 % es atribuido al hábito de fumar. Los niveles de morbilidad y mortalidad entre las mujeres ancianas debido al cáncer del pulmón son ahora similares en países desarrollados y en desarrollo, y probablemente se incrementen en el mundo dado el número creciente de mujeres que fuman.

El cáncer del pulmón en las mujeres tiene un incremento de 4 veces en los últimos 30 años, en muchos países desarrollados, y ha sobrepasado el cáncer de mama como la causa principal de cáncer en las mujeres de EE.UU., donde primero se incrementó el hábito de fumar para este sexo. Este patrón se está repitiendo en muchos países en desarrollo donde entre el 1/3 de las mujeres ha comenzado a fumar. En muchos países de América Latina más de 2/3 de las mujeres jóvenes fuman, los niveles son considerablemente más bajos en muchos países de África y Asia.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Esta categoría incluye bronquitis crónica y enfisema, las que son especialmente prevalentes en grupos de mayor edad.

Aunque estas condiciones son más frecuentes en los hombres, su prevalencia en las mujeres se incrementa debido a que el hábito de fumar es el principal factor de riesgo y fumar se encuentra en alza entre las mujeres.

El costo directo de la atención por EPOC que requiere frecuentemente hospitalización es alto. Muchas defunciones debidas a EPOC ocurren después de los 65 años de edad.

CONDICIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

Estas condiciones reducen la movilidad y agilidad, y así tienen un mayor impacto en la atención individual. Para los hombres y mujeres ancianas, el ejercicio es una actividad preventiva importante contra las principales condiciones musculoesqueléticas. Aún pocas mujeres ancianas se ejercitan regularmente en los países desarrollados. La falta de ejercicio y la nutrición no apropiada ha permitido un incremento en la proporción de mujeres que están sobre peso u obesas. En contraste, en los países en desarrollo es la excesiva demanda física sobre las mujeres a través de la vida lo que hace que muchas vean afectadas de forma adversa su fuerza y su movilidad. Tener que enfrentar cargas pesadas conlleva daño en las articulaciones. Además, las deficiencias nutricionales reducen la fuerza física de las mujeres en esta edad. En los países desarrollados la subnutrición es un problema entre las mujeres más viejas.

La osteoporosis y las fracturas asociadas son la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad, y causa de enormes gastos médicos mundialmente.

Los factores óseos son la principal complicación y dado que ellos no son frecuentes en personas ancianas, la influencia del incremento en la esperanza de vida en el número y distribución regional de las fracturas de cadera será dramática. Se estima mundialmente, que el número de fracturas de cadera podría incrementarse de 1 700 000 en 1990 a alrededor de 6 300 000 en 2050. Las mujeres representan el 80 % de los que han tenido una fractura de cadera, su riesgo de toda la vida para las fracturas osteoporóticas es al menos de 30 % y es probable que sea cerca del 40 %. En los hombres el riesgo es 13 %.

Las mujeres son más propensas porque sus huesos pierden aceleradamente después de la menopausia. Los factores de estilo de vida están también asociados con la osteoporosis (dieta, actividad física, fumar) abriendo una perspectiva para la prevención primaria. El objetivo primero es prevenir fracturas, esto se puede lograr incrementando la masa ósea en la edad madura, previniendo subsecuentes pérdidas óseas restableciendo el nivel óseo. Las modificaciones en el estilo de vida, en particular el incremento de la ingestión del calcio y la actividad física, pudieran ser de gran importancia.

DEMENCIA

El envejecimiento de la población global inevitablemente resultará en un incremento significativo del número de casos de demencia, de los cuales la incurable enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente. El riesgo de desarrollar demencia se incrementa en

espiral con la edad en personas mayores de 60 años. La enfermedad de Alzheimer es un desorden cerebral caracterizado por la aparición gradual y declinación progresiva del conocimiento. El curso promedio de la enfermedad es de cerca de 1 década con una variación de 3 a 20 años, desde el diagnóstico a la muerte. Según la enfermedad avanza, la pérdida de memoria va en incremento, seguido de los cambios en ánimo y conducta. Las posibilidades para la prevención son muy limitadas debido a los principales determinantes: edad, genes e historia familiar, que no pueden ser modificados, y aún más no se ha encontrado un tratamiento efectivo. Sin embargo, los progresos recientes en el conocimiento del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer y los trastornos relacionados, han beneficiado a muchos pacientes. Un diagnóstico precoz y preciso evita el uso de recursos médicos costosos y permite a los pacientes y miembros de la familia tiempo para preparar futuros retos médicos, financieros y otros.

Mientras ninguna terapia actual pueda rescatar la progresiva declinación cognitiva, varios agentes farmacológicos y técnicas psicosociales se han mostrado para proporcionar mejoría para la depresión, sicosis y agitación a menudo asociadas con la demencia.

La atención de la demencia generalmente está basada en la atención a largo plazo, con preferencia en la casa con el apoyo de un equipo de salud de base comunitaria. Vivir con y cuidar una persona con demencia puede ser muy gravoso y los que la cuidan están en alto riesgo de volverse exhaustos. Las necesidades de estos "cuidadores" deben tenerse en mente cuando se planifican servicios para personas con demencia. Las mujeres es más probable que la sufran que los hombres debido a su mayor longevidad. Muchos de los que atienden personas con demencia son mujeres ancianas, tanto esposas como hijos adultos.

CEGUERA Y DESÓRDENES VISUALES

Éstas son las principales causas de incapacidad en personas ancianas especialmente en países en desarrollo donde hay pocos recursos para la prevención y tratamiento. En la actualidad 25 000 000 de ancianos están ciegos, el número se espera que se duplique para el 2020.

18 de febrero de 1999.

LAS CONSECUENCIAS DE LOS DESASTRES PARA LA SALUD PÚBLICA

Erick Noji, MD, MPH.

Jefe de Sección de Evaluación y Epidemiología en Desastres. Centro Nacional de Salud Ambiental. Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. Editado por Oxford University Press, 1997. En inglés, 468 pp.

Ilustrado con ejemplos de las más recientes investigaciones en este campo, este libro reúne las informaciones más útiles y pertinentes acerca del impacto de los desastres en la salud pública.

Está dividido en 4 secciones relacionadas con temas generales, sucesos geográficos, problemas meteorológicos y desastres ocasionados por las personas.

La discusión comienza con un escrutinio comprensible de los conceptos y el papel de la organización de la vigilancia y la epidemiología, se destacan los aspectos generales de la salud ambiental, el control de las enfermedades transmisibles, la relación efectiva de los medios y el impacto psicológico de los desastres. Otros capítulos están basados en una variedad de experiencias y publicaciones, extraídas tanto de países en desarrollo como industrializados, en los cuales se abarcan diversos tipos de riesgos naturales y tecnológicos; estableciendo su historia, origen, naturaleza, observación y control.

Un nuevo término EMERGENCIAS COMPLEJAS, se ha acuñado para describir los desastres que afectan grandes poblaciones civiles y generalmente incluyen una combinación de guerra o lucha civil, carencia de alimentos, y desplazamientos de la población.

Debido al profundo impacto sobre la salud pública, resultante de estas crisis, el texto incluye un capítulo especial sobre emergencias complejas, donde se enfatiza sobre los desplazamientos de la población y la situación de los refugiados.

A lo largo del libro se hace un enfoque sobre el nivel de conocimientos epidemiológicos acerca de cada aspecto del desastre. La exposición, enfermedad y vigilancia de los eventos de salud que son resaltadas debido a la importancia de la información objetiva para la epidemiología de los desastres y una toma efectiva de decisión. Además, los colaboradores ponen atención particular, en las medidas de prevención y medidas de control, y suministran recomendaciones prácticas en áreas en que los trabajadores de salud pública necesitan la información más útil.

El texto aboga por reforzar el conocimiento epidemiológico como la base para una mayor comprensión y control de los desastres.

Un tratamiento técnicamente comprensivo y práctico del tema *Las consecuencias de los desastres para la salud pública*, constituye una herramienta invaluable para los epidemiólogos, especialistas en ayuda en el manejo de los desastres, médicos y otros profesionales de la salud que tratan a las víctimas de los desastres.