

A medida que incrementa la población octogenaria, nonagenaria y mayor, los médicos deberán enfrentarse a la decisión de realizarles o no pruebas de tamizaje. Debido a que pocos estudios clínicos de prevención y screening han enrolado pacientes de 70 ó más años, una respuesta basada en la evidencia es improbable en un futuro cercano. Mientras tanto las medidas seguirán basadas en las opiniones de los expertos, pero desafortunadamente las guías actuales reflejan las dudas que existen al respecto.

Tomar la decisión de tamizar o no, está basada en el balance entre el beneficio, el costo y los posibles daños: a medida que aumenta la prevalencia de una enfermedad las bondades de hacer el tamizado incrementan rápidamente, en relación a los daños. Es por esto que para optimizar los resultados debe aplicarse a los individuos con mayor probabilidad de padecer una patología dada. Basados en lo anterior, y ya que el riesgo de muchas enfermedades aumenta con la vejez, pruebas de tamizado en este grupo etéreo deberían producir mayores beneficios, si se compara con realizarlas en jóvenes. Sin embargo existen otras condiciones en la vejez que podrían disminuir las ventajas de hacer screening: primero el que ellos mueren de otras enfermedades antes de experimentar los beneficios (la mayoría de los estudios al comparar el grupo control con el de prueba, o sea al que se le hizo tamizaje, tiene la misma mortalidad, por lo menos en los cuatro años siguientes); segundo, el riesgo de morir de otras causas es tan grande que disminuir la probabilidad de una sola entidad empieza a ser insignificante.

Aquellos autores que están en contra del uso rutinario de screening en los viejos, refieren que mientras sus beneficios disminuyen en la medida que la edad avanza, los efectos nocivos aumentan, entre otras razones por las dificultades para conseguir las muestras. Por tanto ya que los aspectos negativos del screening son más rápidos que los beneficios, y teniendo en mente que los viejos dan mayor crédito al placer actual que al futuro beneficio, podrían derivar en menores ventajas para las pruebas de tamizaje. Finalmente debido a que el valor de las pruebas en el anciano es estable o incrementa, mientras que los bienes decrecen, el costo-beneficio del tamizaje en el anciano es relativamente pobre.

Las guías de recomendación para la detección, manejo y seguimiento de la hipercolesterolemia en adultos han sido establecidas en respuesta a grandes estudios de seguimiento mostrando que la disminución de los niveles reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con lo anterior si esos preceptos fueran aplicados a los ancianos, 80% de aquellos mayores de 70 años podrían ser candidatos a algún tipo de intervención y sin embargo también existen indicios que muestran que extrapolar los resultados de adultos de edad media a los viejos no es buena idea.

Datos epidemiológicos sugieren que el colesterol sérico elevado no está asociado con mortalidad cardiovascular en los viejos y que la relación de su nivel total con la mortalidad, tiene una curva en forma de J, con mayor mortalidad ocurriendo en pacientes con niveles bajos. En consecuencia, la reducción del colesterol puede no tener un efecto benéfico, y además ser nocivo. Otros plantean la teoría de daño, arguyendo que bajos niveles de colesterol en el anciano son el resultado, más que la causa de una enfermedad fatal.

El Estudio de Salud Cardiovascular (Cardiovascular Health Study) de tipo longitudinal, tuvo en cuenta cerca de 6000 ancianos y evaluó los factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular. Algunas de las conclusiones reportadas es que aun los ancianos sin eventos cardiovasculares previos tienen gran componente

subclínico de enfermedad vascular que puede ser modificable por control de factores de riesgo; segundo, algunos factores de riesgo cardiovascular tradicionales pierden validez en los viejos, pero otros como los niveles de glicemia y de presión sistólica tienen implicaciones pronósticas; nuevos factores de riesgo cardiovascular pueden tener mayores alcances en los ancianos, tales como activación hemostática, fibrinógeno, actividad de factor VIII y proteína C-reactiva. Queda pendiente por clarificar cuál combinación de los factores de riesgo tradicionales y los nuevos, tiene papel preponderante durante la vejez.

Aunque los niveles totales de colesterol en las personas de edad media se correlacionan bien con mortalidad a largo plazo, esta asociación permanece controvertida en los viejos. El estudio GIFA, en casi 7000 personas mayores de 65 años que fueron admitidas en diferentes centros hospitalarios evaluaba la relación entre el nivel de colesterol y la mortalidad y ellos observaron que estaban inversamente relacionadas y se encontró como el nivel bajo de colesterol era un predictor independiente de mortalidad a corto plazo. Otro estudio realizado en gemelos mayores de 82 años, tuvo los mismos resultados (532 individuos). Mayor mortalidad se vio con niveles altos de urea, uratos, tiroxina libre, homocisteína. En mujeres se relacionó además con bajos niveles de albúmina y de colesterol.

¿Cómo resolver entonces la duda respecto al screening en viejos? En ausencia de datos concluyentes se sugiere tomar la decisión en forma individual para cada paciente, comparando el costo beneficio: si los factores de riesgo son bajos y los controles previos han estado normales, no es necesario. De otro lado si el factor de riesgo es sustancial o dudoso debe sopesarse la expectativa de vida, no basados únicamente en edad cronológica, sino también fisiológica y en la funcionalidad.

Al hablar de pruebas de tamizaje, siempre se piensa en la importancia de la prevención de las enfermedades cardiovasculares dadas las implicaciones en la morbimortalidad general y en costos para los sistemas de salud. Sin embargo al hablar de la utilidad de realizar pruebas bioquímicas para evaluar el perfil lipídico aún persiste la controversia respecto a si los viejos se benefician de monitoreo permanente. En los estudios de prevención primaria son pocos los ancianos (mayores de 70 años), que han sido estudiados. De otro lado algunas investigaciones epidemiológicas han encontrado que el peligro de tener el colesterol alto está atenuado en los viejos-viejos, a pesar de que las personas ancianas tienen altos niveles de riesgo absoluto de eventos cardiovasculares, sugiriendo que la terapia antilipídica pudiera ser efectiva sin importar la edad, siempre y cuando la expectativa de vida sea suficiente para beneficiarse del tratamiento. Quienes son partidarios aconsejan que las estatinas deben darse para prevención primaria, aun en octogenarios, basados en que existe un gran margen de enfermedad y discapacidad en esta población que los medicamentos pueden disminuir. Según algunos estudios, por ejemplo el PROSPER, este tipo de fármacos es seguro y efectivo, principalmente en población de alto riesgo, como los que tienen altos niveles de proteína C-reactiva o bajos niveles de HDL.

En una revisión de la bibliografía existente (entre 1966 y 2000) se encuentra que sólo en 5 estudios se incluyeron ancianos. Lo que se puede extraer es que se necesita tratar la hiperlipidemia en el anciano para prevención secundaria de enfermedad coronaria, pero aún queda sin resolver la prevención primaria, el efecto sobre el género y los beneficios en los viejos-viejos. Un estudio llevado a cabo en Yale con ancianos sobrevivientes de eventos coronarios agudos, mostró que los niveles de colesterol total post infarto (altos o bajos) no se relacionaban con un incremento en la mortalidad, hasta 6 años después.

Desde la publicación del ATP III (2001) se han realizado 5 estudios clínicos mayores usando estatinas como terapia. Los cambios en el estilo de vida siguen siendo esenciales en el manejo. Sugieren en personas de alto riesgo mantener un LDL-C por debajo de 100 mg/dl, pero si el riesgo es mucho mayor, se deben mantener los niveles por debajo de 70. Ellos confirman que las personas ancianas se benefician de la terapia, pero no queda claro a qué rangos de edad se refieren y bajo qué condiciones.