



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
ONCOLÓGICAS EN EL ADULTO
MAYOR DESDE LA ATENCIÓN
PRIMARIA: UNA REVISIÓN DE
ALCANCE DESDE EL ENFOQUE DE
CUIDADO INTEGRAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD

MARIA ELENA BAEZ MENDOZA
JULIO FRANCISCO MARCIAL CARRANZA
MARIA CECILIA TELLO SUAREZ

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR

DRA. ZOILA OLGA DE LOS MILAGROS ROMERO ALBINO

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DRA. MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

PRESIDENTE

MG. PAVEL JAIME CONTRERAS CARMONA

VOCAL

MG. JENNY MARIBEL RICSE OSORIO

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

A nuestras familias, por su amor, paciencia y apoyo
incondicional en este proceso.

AGRADECIMIENTOS.

A nuestros docentes y asesora, por sus aportes
académicos que hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

A los profesionales de la Atención Primaria de Salud,
por su compromiso diario y por ser fuente
de inspiración en la construcción de un modelo
de atención integral y humanizado.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Trabajo de investigación Autofinanciado



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	BAEZ MENDOZA MARIA ELENA
2.	MARCIAL CARRANZA JULIO FRANCISCO
3.	TELLO SUAREZ MARIA CECILIA

Pertenecientes al programa de la **MAESTRÍA EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, autores del trabajo titulado: **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN EL ADULTO MAYOR DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REVISIÓN DE ALCANCE DESDE EL ENFOQUE DE CUIDADO INTEGRAL**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRO EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD** bajo la modalidad de **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ROMERO ALBINO ZOILA OLGA DE LOS MILAGROS	FASPA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3034823242**; fecha de entrega: **17-09-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de septiembre de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 40673000
ORCID: 0000-0003-2519-2945

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS.....	4
A.	Objetivo principal	4
B.	Objetivos secundarios	4
III.	DESARROLLO DEL ESTUDIO	5
A.	Métodos	5
1.	Diseño del estudio	5
2.	Pregunta de investigación y criterios de elegibilidad.....	5
3.	Estrategia de búsqueda	6
4.	Selección de estudios	6
5.	Extracción de datos	7
6.	Síntesis de la evidencia	7
7.	Evaluación de la evidencia.....	8
B.	Resultados	10
a.	Selección de estudios	10
b.	Características de los estudios.....	10
c.	Intervenciones de prevención identificadas	16
d.	Síntesis de hallazgos	19
e.	Fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora de las intervenciones desde un enfoque de cuidado integral	19
C.	Discusión	21
IV.	CONCLUSIONES.....	28
V.	RECOMENDACIONES.....	29
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VII.	ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades oncológicas constituyen una causa predominante de carga de enfermedad en la población adulta mayor, grupo en el que se concentra una elevada proporción de casos y defunciones. El incremento de la esperanza de vida ha intensificado este problema, generando la necesidad de fortalecer respuestas desde los sistemas sanitarios. En este marco, la atención primaria de salud (APS) es un nivel importante para la prevención y detección precoz del cáncer.

Objetivo: Describir y orientar la evidencia disponible sobre intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer dirigidas a adultas mayores en la APS.

Metodología: Revisión de alcance basada en los lineamientos del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR. La búsqueda se efectuó en PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO y LILACS, incorporando además literatura gris. Se consideraron estudios en inglés y español entre enero 2019 a septiembre 2025, centrados en adultos de 60 años a más con intervenciones preventivas en la APS.

Resultados: Se identificaron diversas intervenciones, principalmente orientadas al tamizaje, incluyendo intervenciones educativas, tecnológicas, organizacionales y comunitarias, como recordatorios, seguimiento activo y herramientas digitales. El cáncer colorrectal fue el más estudiado, mientras que se observó menor desarrollo de estrategias de prevención primaria, así como menor cantidad de intervenciones en cáncer de próstata y cuello uterino. También se evidenciaron limitaciones en la adaptación a las características del adulto mayor.

Conclusiones: Las intervenciones preventivas oncológicas en la APS para adultos mayores muestran una amplia variabilidad y se centran en el tamizaje. Persisten desafíos en su adecuación a este grupo y en la generación de evidencia en áreas menos exploradas.

Palabras clave: Neoplasias; Tamizaje; Prevención; Adulto mayor; Atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: Oncological diseases represent a major contributor to the burden of illness among older adults, a group in which a high proportion of cancer cases and deaths is concentrated. The increase in life expectancy has intensified this issue, highlighting the need to strengthen healthcare system responses. In this context, primary health care (PHC) plays a key role in cancer prevention and early detection.

Objective: To describe and map the available evidence on primary and secondary cancer prevention interventions targeting older adults in PHC.

Methodology: A scoping review based on the guidelines of Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR guidelines. The search was conducted in PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, and LILACS, complemented by grey literature. Studies published between January 2019 to September 2025 in English and Spanish were included, focusing on adults aged 60 years and older and on preventive or screening interventions implemented in PHC.

Results: Various interventions were identified, primarily focused on screening, including educational, technological, organizational, and community-based interventions, such as reminders, active follow-up, and digital tools. Colorectal cancer was the most studied, while fewer primary prevention strategies were developed, and there were fewer interventions for prostate and cervical cancer. Limitations were also evident in adapting these strategies to the characteristics of older adults.

Conclusions: Cancer prevention interventions in primary care for older adults vary widely and focus on screening. Challenges remain in tailoring these interventions for this population and in generating evidence in less-explored areas.

Keywords: Neoplasms; Screening; Prevention; Aged; Primary Health Care.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, según el reporte de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) del 2024, los adultos mayores representan el 14,16% de la población (1). Se estima que para el año 2030, una de cada seis personas pertenecerá a este grupo etario, lo que evidencia el incremento del ritmo de envejecimiento poblacional global (2). En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estimó para el 2026 una población adulta mayor del 14.6% (3). Este fenómeno se asocia con un incremento de la población en situación de vulnerabilidad frente a enfermedades crónicas, entre las cuales el cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (4). En América Latina y el Caribe, aproximadamente el 50% de los nuevos casos de cáncer se presenta en adultos mayores, cifra que podría incrementarse notablemente para el año 2040 si no se fortalecen estrategias de prevención y promoción de salud pertinentes (5). En el contexto peruano, según estimaciones del INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas), del año 2000 al 2024 se reportaron 87 318 nuevos cánceres en este grupo poblacional, lo que corresponde al 32,5% de nuevos casos de cáncer (6).

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye una estrategia para la organización de los sistemas sanitarios orientada a garantizar un acceso equitativo, continuo e integral a los servicios, dando prioridad a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la participación comunitaria (7). Desde la Declaración de Alma-Ata, reafirmada por la de Astaná, la APS es reconocida como eje para fortalecer los sistemas de salud con el objetivo de la cobertura sanitaria universal (8,9). Bajo este enfoque, Starfield describe como atributos

esenciales de la APS, la accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación, los cuales son referentes para orientar el análisis de las estrategias de prevención (10,11).

En este contexto de creciente carga oncológica en la población adulta mayor, el primer nivel de atención constituye el nivel estratégico fundamental para la implementación de las acciones de la APS como son las intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer. Desde este ámbito asistencial se pueden desarrollar programas poblacionales y estrategias comunitarias para la detección precoz y la reducción de factores de riesgo de neoplasias frecuentes, como el cáncer de mama, colon, próstata y cuello uterino (12).

No obstante, la implementación de intervenciones de prevención y tamizaje oncológico en adultos mayores desde la APS presenta importantes desafíos. Estas estrategias deben considerar las particularidades propias del envejecimiento, como la alta prevalencia de multimorbilidad y fragilidad en este grupo etario, las cuales pueden limitar la aplicabilidad de recomendaciones estandarizadas (13,14). Asimismo, aspectos como la funcionalidad y expectativa de vida resultan determinantes en la implementación no individualizada de estas estrategias y pueden favorecer tanto el sobreuso como el infrauso del tamizaje (15), con posibles consecuencias desfavorables para la salud de esta población (16).

Teóricamente, las intervenciones sanitarias pueden clasificarse según el nivel de prevención. En el caso de la prevención primaria, estas incluyen estrategias orientadas a la promoción de salud y la reducción de factores de riesgo, como intervenciones educativas, fomento de estilos de vida saludables y acciones

comunitarias (17). Por su parte, la prevención secundaria comprende intervenciones dirigidas a la detección precoz de la enfermedad, principalmente a través de programas de tamizaje que suelen complementarse con estrategias destinadas a mejorar su implementación (17).

A pesar del reconocimiento del rol estratégico de la APS en la prevención oncológica, y de la existencia de literatura que aborda de manera parcial la prevención del cáncer en adultos mayores, la evidencia disponible sobre las intervenciones de prevención primaria y secundaria implementadas en este nivel asistencial permanece fragmentada y escasamente sistematizada. La mayoría de las investigaciones se centran en tipos específicos de cáncer o en estrategias aisladas, sin integrar una visión amplia dirigidas a personas adultas mayores desde la APS y bajo un enfoque de cuidado integral (18,19). En consecuencia, persiste un vacío de conocimiento respecto a la caracterización de estas intervenciones, sus principales fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora, así como los aspectos que favorecen o dificultan su implementación en este grupo poblacional.

Por consiguiente, esta revisión de alcance busca mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer dirigidas a adultos mayores desde la APS, sintetizando características y contribuyendo a una mejor comprensión del estado actual del conocimiento. Esto permitirá identificar áreas insuficientemente estudiadas y aportar información útil para futuros estudios, fortalecer la práctica clínica y apoyar la planificación de estrategias preventivas desde la APS.

Así, bajo el marco Población- Concepto - Contexto (PCC), esta revisión se orientó a responder la pregunta de investigación: ¿Qué intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer (mama, colon, próstata y cuello uterino), dirigidas a personas adultas mayores (≥ 60 años) se implementaron desde la APS?

II. OBJETIVOS

A. Objetivo principal

- Analizar y mapear las intervenciones de prevención primaria y secundaria de enfermedades oncológicas dirigidas a personas adultas mayores implementadas desde la Atención Primaria de Salud, desde un enfoque de cuidado integral.

B. Objetivos secundarios

- Describir las intervenciones de prevención primaria y secundaria de enfermedades oncológicas existentes para personas adultas mayores en la Atención Primaria de Salud.
- Identificar las fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora de las intervenciones de prevención en la APS desde un enfoque de cuidado integral.

III. DESARROLLO DEL ESTUDIO

A. Métodos

1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión de alcance siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI) y reportada conforme a la guía PRISMA-ScR. Este enfoque resulta adecuado para explorar y organizar la evidencia disponible en temas amplios o poco explorados, facilitando la identificación de sus principales características y vacíos (20). Asimismo, la metodología del JBI se basa en la síntesis rigurosa de la evidencia existente, con el propósito de aportar información relevante para las decisiones en el ámbito sanitario, considerando la aplicabilidad y pertinencia de las intervenciones en distintos contextos (21).

2. Pregunta de investigación y criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se definieron mediante el marco Población-Concepto-Contexto (PCC), incluyendo estudios sobre personas adultas mayores (≥ 60 años) e intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer implementadas en la APS. Se incluyeron estudios observacionales, revisiones, reportes de programas y documentos normativos publicados entre enero del 2019 a septiembre del 2025 en español o inglés, excluyéndose aquellos centrados en prevención terciaria, tratamiento oncológico o sin metodología claramente descrita.

3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO y LILACS, complementándose con literatura gris proveniente de repositorios institucionales y organismos internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y EsSalud, además de búsqueda manual por referencias. Para ello, se emplearon descriptores controlados MeSH y DeCS combinados con términos libres y operadores booleanos, adaptando las estrategias de búsqueda a cada base de datos. Los términos utilizados incluyeron conceptos relacionados con prevención y tamizaje oncológico (“Cancer Screening”, “Early Detection of Cancer”, “cancer prevention”), población adulta mayor (“Older Adults”, “Aged”, “Elderly”) y atención primaria de salud (“Primary Health Care”, “Integrated Health Care”). En las bases regionales y literatura gris se utilizaron además términos equivalentes en español, tales como “prevención de cáncer”, “tamizaje oncológico”, “adultos mayores” y “atención primaria de salud” (Ver Anexo 1). Se incluyeron estudios publicados entre enero del 2019 y septiembre del 2025.

4. Selección de estudios

Los registros identificados fueron exportados al gestor bibliográfico Zotero, para la eliminación de duplicados. Posteriormente, la selección de estudios se realizó en dos fases: un primer cribado por título y resumen, seguido de la evaluación a texto completo según los criterios PCC establecidos. La selección fue realizada de manera independiente por dos investigadores revisores, mientras que un tercer investigador revisor verificó el proceso, resolviendo discrepancias mediante

consenso, con el fin de garantizar la consistencia en la aplicación de los criterios de elegibilidad.

5. Extracción de datos

Para la extracción de datos se diseñó una matriz estructurada que incluyó variables relacionadas con características metodológicas, población, tipo de cáncer, estrategias preventivas y principales hallazgos. Antes de su aplicación definitiva, la ficha fue sometida a una muestra piloto de diez estudios seleccionados, lo que permitió verificar la claridad de las variables, para garantizar la estandarización del proceso de extracción. Posteriormente, la información fue registrada de forma sistemática para su análisis y síntesis. .

6. Síntesis de la evidencia

Los datos extraídos fueron organizados y sintetizados de forma descriptiva, agrupando los estudios según sus características generales, el tipo de cáncer abordado, el nivel de prevención (primaria o secundaria), las estrategias implementadas desde la APS y los principales hallazgos relacionados con el enfoque de cuidado integral. Además, la síntesis narrativa permitió la identificación de patrones, fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora de las intervenciones reportadas en la literatura.

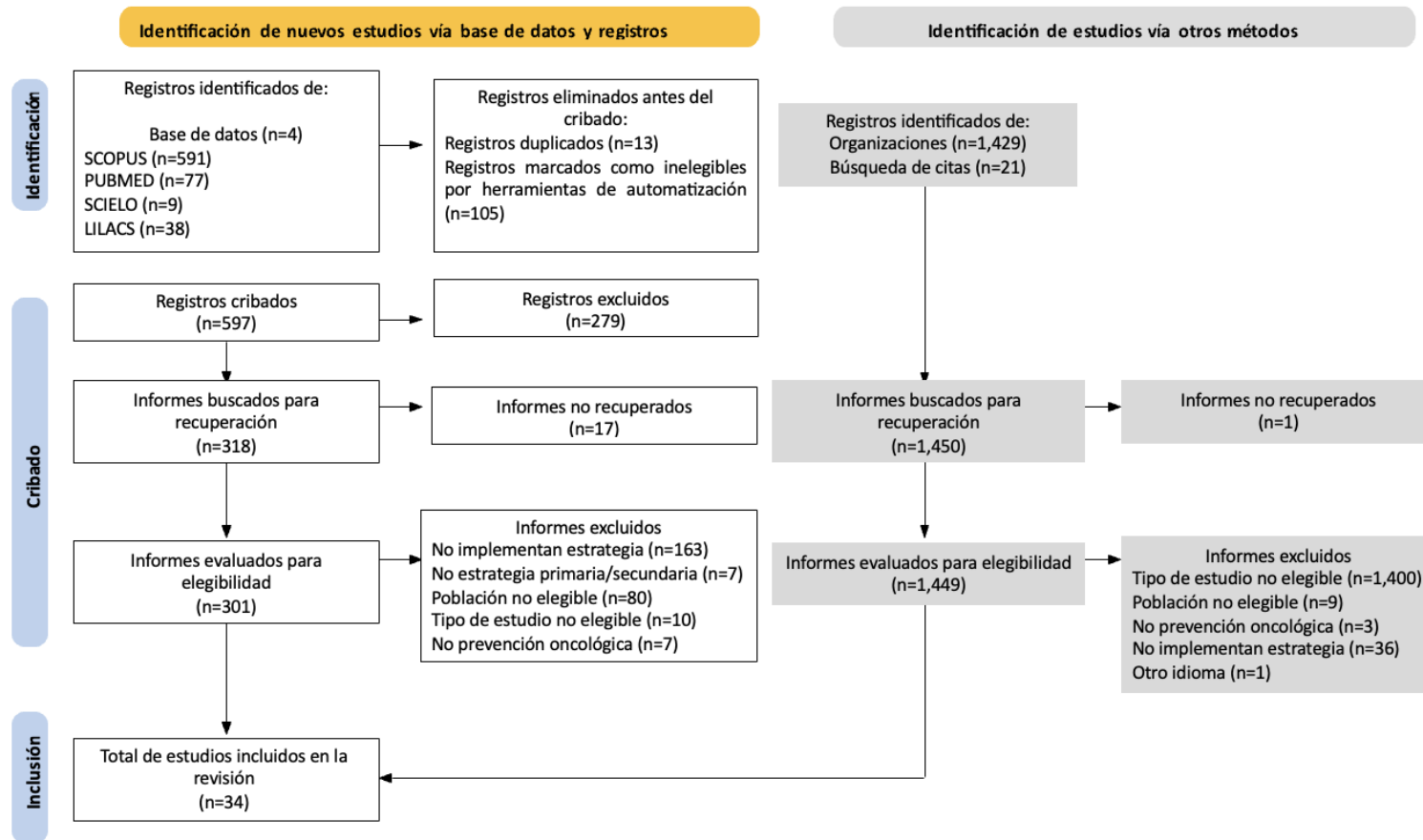
El concepto de cuidado integral no se utilizó como criterio específico de búsqueda, sino como un marco conceptual para la interpretación de los hallazgos. En la presentación y síntesis de los resultados, las intervenciones identificadas fueron analizadas considerando los atributos esenciales de la APS propuestos por

Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación), lo que permitió identificar sus fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora.

7. Evaluación de la evidencia

De acuerdo con la metodología propuesta por el JBI para revisiones de alcance, no se realizó una evaluación crítica de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, dado que el objetivo de este tipo de revisiones es identificar, caracterizar y mapear la evidencia disponible, más que evaluar la efectividad de las intervenciones. Por ello, las revisiones sistemáticas incluidas fueron consideradas como fuente adicional de evidencia, sin efectuar una valoración formal de su calidad metodológica.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA-ScR*.



*PRISMA-ScR: Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews

B. Resultados

a. Selección de estudios

La estrategia de búsqueda identificó un total de registros en las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de duplicados y la aplicación de criterios de elegibilidad, se incluyeron 34 estudios en la síntesis final. El proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios se presenta en el diagrama de flujo PRISMA-ScR (Figura 1).

b. Características de los estudios

Los 34 estudios incluidos en esta revisión fueron publicados entre enero 2019 a septiembre 2025. Se desarrollaron principalmente en Estados Unidos (17 estudios), Reino Unido (8 estudios) y España (2 estudios). En su mayoría, se abordaron diferentes intervenciones de prevención secundaria del cáncer implementadas desde la APS.

En cuanto al tipo de cáncer abordado, los estudios se enfocaron principalmente en cáncer colorrectal (21 estudios), seguidos de intervenciones relacionadas en cáncer de mama (6 estudios) , próstata (5 estudios) y cuello uterino (4). Los diseños metodológicos fueron mayormente estudios descriptivos y observacionales de cohorte.

Las principales características se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor / Año	País	Diseño	Población	Cáncer	Intervención
Halm EA et al. 2024 (22)	Estados Unidos	Estudio observacional de cohorte retrospectivo	50-74 años	Colorrectal	- Recordatorios electrónicos - Envío de correspondencia preventiva - Envío por correo de FIT
Podmore C et al. 2019 (23)	Estados Unidos	Estudio observacional de cohorte	50-75 años	Colorrectal	- Envío por correo de pruebas FIT - Recordatorios automatizados - Llamadas telefónicas - Mensajes electrónicos -Realización de cribado en consultas médicas
Bravo RL et al. 2019 (24)	Estados Unidos	Estudio observacional descriptivo (evaluación de programa)	≥50 años	Colorrectal	- Vinculación entre organizaciones comunitarias y centros de APS - Incrementar concientización y acceso
Sepucha KR et al. 2024 (25)	Estados Unidos	Análisis secundario de ensayo clínico aleatorizado por conglomerados multicéntrico.	76-85 años	Colorrectal	- Toma de decisiones compartidas médico-paciente
Mehta SJ et al. 2024 (26)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado	40-74 años Subanálisis grupo >60 años	Mama	- Recordatorios - Mensajes conductuales - Estrategias organizacionales
Saini SD et al. 2023 (27)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado controlado no	70-75 años	Colorrectal	- Intervención multicomponente: material educativo, educación al médico, modificaciones al sistema de gestión

		enmascarado con dos grupos paralelos y aleatorizado por conglomerados			
Carlsson SV et al. 2024 (28)	Estados Unidos	Estudio piloto prospectivo de intervención	>45 años Subanálisis grupo >75 años	Próstata	- Toma de decisiones compartidas médico-paciente - Recordatorios automatizados PSA
Rowe TA et al. 2023 (29)	Estados Unidos	Estudio piloto no aleatorizado de implementación de intervención	≥ 65 años	Próstata	- Alertas en historias clínicas electrónicas ante órdenes de laboratorio/ tratamiento potencialmente innecesarias
Davis MM et al. 2023 (30)	Estados Unidos	Estudio piloto de 1 solo brazo con diseño mixto convergente-paralelo (cuantitativo y cualitativo)	50-75 años Subanálisis grupo >65	Colorrectal	- Envío por correo de pruebas FIT - Recordatorios automatizados - Llamadas telefónicas
Roy S et al. 2021 (31)	Estados Unidos	Revisión sistemática	50-74 años	Colorrectal	- Intervención multicomponente: educación preventiva, apoyo personalizado para cribado, recordatorio
Lewis-Thames MW et al. 2021 (32)	Estados Unidos	Estudio observacional transversal retrospectivo	≥45 años Subanálisis grupo >65 años	Próstata	- Cribado comunitario de PSA
Shah A et al. 2021 (33)	Estados Unidos	Estudio cuantitativo comparativo pre-post intervención	40-75 años Subanálisis grupo >60 años	Próstata	- Herramienta de apoyo en la historia clínica electrónica: recordatorios y mensajes para médicos con valor de PSA para cribado según riesgo
Parente DJ.	Estados	Estudio observacional	≥ 18 años	Mama	- Encuesta de historia familiar para evaluación de asesoría genética

2020 (34)	Unidos	descriptivo	Subanálisis grupo >60 años	(Relacionado con BRCA 1/2)	
Goldshore MA et al. 2020 (35)	Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado controlado pragmático de tres brazos	50-75 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Atención médica habitual - Invitación a cribado por correo - Contacto para prueba FIT por correo
Ozanne E et al. 2019 (36)	Estados Unidos	Ensayo clínico controlado aleatorizado	40-74 años Subanálisis en >65 años	Mama	- Herramienta digital que evalúa riesgo y educación sobre cáncer de mama previo a consulta
Melvin CL et al. 2019 (37)	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado prospectivo de 2 grupos	50 -74 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Material educativo - Pruebas FIT enviadas a domicilio
Selby K et al. 2019 (38)	Estados Unidos	Estudio multicéntrico cualitativo y cuantitativo	50-76 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Metas de seguimiento en 30 días en FIT (+) - Contacto telefónico para programar colonoscopías - Seguimiento por gastroenterología
Atwal GK et al. 2024 (39)	Reino Unido	Estudio observacional de cohorte	64-81 años	Colorrectal	- Prueba FIT como herramienta de triaje adicional al juicio clínico y factores sociodemográficos para ver su impacto en la devolución de FIT y en la detección de cáncer
Digby J et al. 2025 (40)	Reino Unido	Estudio observacional retrospectivo unicéntrico.	≥ 18 años Subanálisis grupo >71 años	Colorrectal	- Combinar uso de hemoglobina fecal cuantitativa con edad del paciente y anemia ferropénica para mejorar predicción de riesgo y derivación a colonoscopia
Digby J et al. 2024 (41)	Reino Unido	Estudio observacional (cohorte retrospectiva de pacientes sintomáticos)	≥ 18 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Combinar uso de hemoglobina fecal cuantitativa con edad del paciente y anemia ferropénica para mejorar predicción de riesgo y derivación a colonoscopia

Oberije CJG et al. 2025 (42)	Reino Unido	Estudio retrospectivo observacional	≥ 18 años Subanálisis grupo >60 años	Mama	- Implementar inteligencia artificial como segundo lector independiente en las mamografías durante programa de tamizaje
Bailey JA et al. 2023 (36)	Reino Unido	Estudio retrospectivo observacional	< 65 años ≥ 65 años	Colorrectal	- Prueba FIT para casos sospechosos de CCR - Analizar impacto de factores sociodemográficos en devolución de kits FIT y detección de CCR
Cama R et al. 2023 (43)	Reino Unido	Estudio observacional retrospectivo	55-77 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Evaluar precisión de prueba FIT en grupos de síntomas de bajo y alto riesgo - Evaluar efectividad de red de seguridad en APS
Cooper JA et al. 2020 (44)	Reino Unido	Estudio retrospectivo observacional con análisis de cohorte	60-74 años	Colorrectal	- Analizar uso de registros electrónicos y datos clínicos para decisiones en cribado de CCR
Kaushal A et al. 2019 (45)	Reino Unido	Estudio de implementación de intervención	≥ 70 años	Mama	- Intervención con material educativo preventivo durante citas de vacunación contra la influenza
Ibáñez R et al. 2023 (46)	España	Ensayo clínico aleatorizado controlado	30-65 años Subanálisis grupo >60 años	Cervical	- Instrucción presencial en la autotoma de muestras vaginales
Luque Mellado FJ et al. 2019 (47)	España	Estudio de intervención cuasiexperimental	50-69 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Llamadas telefónicas - Carta personalizada a no respondedores iniciales
Pedersen BT et al. 2024 (48)	Dinamarca	Estudio observacional descriptivo	23-64 años Subanálisis grupo	Cervical	- Cribado cervical en 3 tipos: oportunista, regular, autotoma

			>60 años		
Fredsøe J et al. 2020 (49)	Dinamarca	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados	18-80 años Subanálisis grupo >60 años	Próstata	- Prueba genética para estimar riesgo de cáncer de próstata
Desponds C et al. 2024 (50)	Suiza	Estudio piloto de viabilidad	50-69 años Subanálisis grupo >60 años	Colorrectal	- Entrevista telefónica - Capacitación del personal sanitario - Orientación al paciente - Prueba FIT
Purnomo HD et al. 2023 (51)	Indonesia	Estudio transversal multicéntrico	> 45 años Subanálisis grupo > 60 años	Colorrectal	- Tamizaje prueba de sangre oculta en heces - Invitación comunitaria - Resultado positivo referidos a colonoscopia
Selmouni F et al. 2022 (52)	Marruecos	Estudio piloto de viabilidad	50-75 años Subanálisis grupo > 60 años	Colorrectal	- Prueba FIT - Resultado positivo referidos a colonoscopia
Fokom Domgue J et al. 2020 (53)	Camerún	Estudio piloto de viabilidad	30-65 años Subanálisis grupo >60 años	Cervical	- Educación preventiva del cáncer de cuello uterino - Instrucción en autotoma y transporte de muestra
Puschel K et al. 2024 (54)	Chile	Estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo	Adultos Subanálisis grupo ≥ 65 años	Colorrectal, mama y cervical	- Programas de tamizaje - Consejería preventiva

* FIT: pruebas fecales inmunoquímicas; APS: Atención de Primaria Salud; PSA: antígeno prostático; CCR: cáncer colorrectal.

c. Intervenciones de prevención identificadas

Las intervenciones identificadas se organizaron según el tipo de cáncer estudiado, incluyendo cáncer colorrectal, mama, próstata y cérvico uterino. Asimismo, fueron clasificadas según su naturaleza operativa en categorías funcionales, incluyendo intervenciones de tamizaje, conductuales, del sistema de salud, educación, innovación tecnológica, toma de decisiones compartida e intervenciones multicomponente. Dado que varios estudios incluyeron más de una intervención, estos fueron incluidos en todas las categorías correspondientes, permitiendo que el mismo estudio pueda contribuir a más de una categoría (Ver Figura 2).

Figura 2. Mapa de la distribución de intervenciones de prevención del cáncer en el adulto mayor según tipo de neoplasia en la APS.

Intervención	Colorrectal	Mama	Próstata	Cervical	Mixto	
Tamizaje	13	0	1	3	1	11
Conductual	6	2	1	0	0	10
Sistema de salud	4	1	2	0	0	8
Educación	2	0	0	2	1	6
Innovación tecnológica	0	3	1	0	0	4
Decisión compartida	1	0	1	0	0	2
Multicomponente	3	0	0	0	0	0

Número de intervenciones

*La intensidad del color representa el número de estudios identificados.

Prevención del cáncer colorrectal

En relación con el cáncer colorrectal, las intervenciones de prevención identificadas se orientaron principalmente a la promoción del tamizaje y la mejora de la adherencia a las pruebas de detección precoz. Estas incluyeron programas de cribado organizados (23)(26), el uso de recordatorios electrónicos (22)(23),

llamadas telefónicas (23)(30)(38)(50), envío de cartas anuales de servicios preventivos (47) y la oferta de pruebas durante las consultas de la APS (23), así como el envío domiciliario de kits de prueba inmunoquímica fecal (FIT) para facilitar el acceso (22)(23)(37). Asimismo, algunas intervenciones incorporaron el uso del FIT y de marcadores clínicos, como la hemoglobina fecal cuantitativa, la edad y la anemia ferropénica (41)(40), con el fin de optimizar la estratificación de riesgo y la derivación a colonoscopia. De manera complementaria, se identificaron estrategias educativas y de consejería preventiva, incluyendo la entrega de material informativo (37) y la toma de decisiones compartidas entre médico y paciente (25), especialmente en poblaciones con necesidades complejas (pacientes con múltiples necesidades socioeconómicas o psicosomáticas). También se observaron intervenciones multicomponente que integraron educación al paciente, capacitación de profesionales y cambios en los sistemas de gestión, junto con estrategias de navegación de pacientes y fortalecimiento del seguimiento (27)(31). Finalmente, se describió la articulación con organizaciones comunitarias como mecanismo para mejorar la concientización, el acceso y la continuidad del cuidado (24).

Prevención del cáncer de mama

En relación con el cáncer de mama, las intervenciones de prevención identificadas se orientaron principalmente a la promoción del tamizaje mediante programas de cribado y acciones dirigidas a mejorar su aceptación en la población adulta mayor. Estas incluyeron intervenciones de consejería preventiva, estrategias conductuales (26) y la provisión de material educativo, orientadas a favorecer la participación en mamografías, incluyendo su implementación en contextos oportunos como

campañas de vacunación contra la influenza (45). Asimismo, se incorporaron, herramientas innovadoras, como el uso de modelos de inteligencia artificial (IA) como segundo lector independiente en la interpretación de mamografías durante programas de tamizaje (42). En el ámbito de la estratificación de riesgo, se identificaron estrategias basadas en la recopilación de antecedentes familiares mediante encuestas (34) y el uso de herramientas digitales que combinan evaluación de riesgo y educación en salud previa consulta (36).

Prevención del cáncer de próstata

En cuanto al cáncer de próstata, las intervenciones de prevención identificadas se centraron principalmente en el apoyo a toma de decisiones en torno al cribado con antígeno prostático específico (PSA) y en la promoción de un uso adecuado de esta prueba en la población adulta mayor. Estas incluyeron herramientas de apoyo clínico orientadas a la toma de decisiones compartidas entre médico y paciente (28), así como sistemas integrados en la historia clínica electrónica, como recordatorios y alertas, destinados tanto a fomentar un cribado acorde al riesgo como a reducir la realización de pruebas o intervenciones innecesarias (29)(33). Asimismo, se identificaron iniciativas de cribado comunitario que incorporaron la recopilación de información sociodemográfica y de salud (32). De manera complementaria, se describió el uso de pruebas genéticas como herramienta para la estimación del riesgo de cáncer de próstata en el ámbito de la APS (49).

Prevención del cáncer de cuello uterino

En relación con el cáncer cervicouterino, las intervenciones de prevención identificadas se orientaron principalmente a la promoción del tamizaje y a la

educación en salud en la población adulta mayor. Estas incluyeron programas de cribado implementados en diferentes modalidades, como el tamizaje oportunista, regular y mediante autotoma (48). Asimismo, se desarrollaron intervenciones de consejería preventiva y educación sobre medidas de prevención, junto con estrategias específicas dirigidas a facilitar la autotoma de muestras, incluyendo la instrucción en la técnica y en el transporte adecuado de las muestras al laboratorio (46)(53).

d. Síntesis de hallazgos

Los estudios incluidos muestran que las intervenciones de prevención del cáncer dirigidas a adultos mayores en la APS se enfocan predominantemente en prevención secundaria, particularmente en programas de tamizaje. Estas se orientan, en su mayoría, a mejorar el acceso y la adherencia mediante el uso de recordatorios, intervenciones educativas y la simplificación de procesos de cribado. Asimismo, se observa el uso de herramientas clínicas y tecnológicas, así como la implementación de intervenciones organizacionales y multicomponentes. En menor proporción, se observaron estrategias de prevención primaria enfocadas en la promoción de salud y la reducción de factores de riesgo. En general, se identificó variabilidad en la implementación de las estrategias según el tipo de cáncer, la organización de los programas y el contexto sanitario.

e. Fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora de las intervenciones desde un enfoque de cuidado integral

Las intervenciones identificadas presentan diversas fortalezas que favorecen la prevención del cáncer en adultos mayores desde la APS. Entre ellas destacan la existencia de programas estructurados de tamizaje, el empleo de estrategias

sustentadas en evidencia, la incorporación de intervenciones educativas, recordatorios electrónicos, herramientas tecnológicas, navegación de pacientes y modelos multicomponente que fortalecen la coordinación del cuidado y promueven una mayor participación de la población en las actividades preventivas.

El análisis de las intervenciones desde el enfoque de cuidado integral, considerando los atributos esenciales de la APS propuestos por Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación), permitió identificar ciertas limitaciones. La principal corresponde a la escasa adaptación de las estrategias a las características propias de los adultos mayores, particularmente en aspectos relacionados con la multimorbilidad, la funcionalidad, la fragilidad y la expectativa de vida. Asimismo, se observaron limitaciones en la continuidad del cuidado, variabilidad en la cobertura de los programas, diferencias en la implementación de las intervenciones entre sistemas de salud y una limitada evaluación del impacto clínico.

Finalmente, se identifican oportunidades de mejora orientadas a fortalecer las estrategias de prevención oncológica mediante un enfoque de cuidado integral, promoviendo intervenciones más individualizadas, la incorporación sistemática de la toma de decisiones compartida, el fortalecimiento de la coordinación entre los equipos de la APS y otros niveles asistenciales, así como una mayor articulación con recursos comunitarios y el desarrollo de investigaciones que evalúen el impacto de estas estrategias específicamente en los adultos mayores.

C. Discusión

Los hallazgos de esta revisión de alcance sugieren que las intervenciones de prevención oncológica primaria dirigidas a adultos mayores desde la APS fueron menos frecuentes y se centraron en estrategia de promoción de salud, educación sanitaria y reducción de factores de riesgo. Esto podría explicarse por la mayor complejidad de implementar intervenciones cuyos beneficios suelen observarse a largo plazo y por la dificultad para evaluar los cambios conductuales sostenidos en esta población.

En contraste, predominó la evidencia relacionada con intervenciones de prevención secundaria, con énfasis en el tamizaje y detección precoz del cáncer. Esto podría explicarse porque estas actividades pueden ser aplicadas tanto de manera masiva en programas específicos de cribado como oportunas o bien con una búsqueda activa de casos durante la consulta, considerándose la APS un nivel preciso para esto (55). Además, destaca la amplia disponibilidad de evidencia que respalda su implementación, reflejada en las recomendaciones de organismos como United States Preventive Task Force (56) y por la realización de programas de cribado en los sistemas de salud en los distintos países que permiten obtener procesos y resultados comparables.

La implementación de estas intervenciones, especialmente las orientadas a la prevención secundaria, enfrenta importantes desafíos debido a la heterogeneidad clínica y funcional de esta población, lo que influye directamente en su aplicabilidad en el contexto de la APS. En particular, el estado de fragilidad, multimorbilidad y variabilidad cognitiva y funcional pueden limitar la

participación en estrategias preventivas, particularmente aquellas centradas en tamizaje (57)((58). Esto sugiere que la aplicación de estrategias estandarizadas puede no ser adecuadas (o insuficientes) para cubrir las necesidades de este grupo poblacional, fortaleciendo la idea de una valoración geriátrica integral para la toma de decisiones. Además, la escasa consideración de las percepciones, expectativas, y preferencias (58) de esta población en las intervenciones preventivas puede restringir la capacidad de los servicios sanitarios para adaptar sus acciones a las necesidades reales de los usuarios. Esta situación podría afectar la efectividad en la APS y dificultar la continuidad del cuidado.

Las intervenciones identificadas en esta revisión son consistentes con lo reportado en la literatura, donde se ha descrito su efectividad para mejorar la participación y adherencia a programas de prevención oncológica en la APS. En el caso del cáncer de mama, estudios como los de Schoenborn et al. (59) y Coll et al. (12), destacan el rol de las intervenciones educativas y de comunicación en la toma de decisiones, así como en la mejora del conocimiento y la aceptación del tamizaje en mujeres mayores. Asimismo, en concordancia con los hallazgos de esta revisión, Chen et al. resaltan el potencial de herramientas basadas en inteligencia artificial como apoyo a los procesos de cribado (60). En relación con el cáncer colorrectal, la evidencia respalda el uso de estrategias multicomponente, tales como el envío domiciliario de kits de pruebas FIT, complementadas con recordatorios digitales y seguimiento telefónico, las cuales han demostrado incrementar significativamente la participación en los programas de detección (61,62). Del mismo modo, en el cáncer de próstata, se han descrito intervenciones educativas (63) y herramientas tecnológicas orientadas a mejorar el nivel de

conocimiento, las percepciones y el apoyo a la toma de decisiones en el cribado (64). Por su parte, en el cáncer de cuello uterino, estrategias como la educación sobre la autotoma de muestras, el transporte de estas y el envío de kits han mostrado ser alternativas factibles y bien aceptadas para ampliar la cobertura del tamizaje en esta población (65,66).

Con el fin de contextualizar los hallazgos de esta revisión, se consideraron recomendaciones provenientes de guías clínicas internacionales y nacionales relevantes (United States Preventive Services Task Force [USPSTF]; Canadian Task Force on Preventive Health Care [CTFPHC]; National Health Service [NHS]; Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud [PAPPS] y Ministerio de Salud del Perú [MINSA]), seleccionadas por su reconocimiento, aplicabilidad en la APS y disponibilidad de lineamientos sobre cribado poblacional. La comparación de estas guías con las estrategias identificadas evidencia ciertas disparidades en las edades de inicio y finalización de los programas de tamizaje. No obstante, existe un alto grado de concordancia en las pruebas recomendadas, basados principalmente en pruebas no invasivas y de relativo bajo costo, lo que resulta consistente con las intervenciones descritas en los estudios incluidos (Ver Tabla 2). Estas diferencias pueden atribuirse a variaciones en la carga de enfermedad, la disponibilidad de recursos y la organización del sistema de salud en cada contexto, factores que condicionan su implementación en la APS y su alcance en la población de adultos mayores. Asimismo, se evidencian enfoques más conservadores en algunas recomendaciones, como sucede con el cáncer de próstata y en grupos de mayor

edad, lo que refleja una incertidumbre entre el balance riesgo-beneficio en estas poblaciones.

En el contexto peruano, el rol del MINSA como ente rector encargado de establecer lineamientos de cribado poblacional, se complementa con el de EsSalud, a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) (67), el cual evalúa las tecnologías sanitarias empleadas en estos programas y elabora guías de práctica clínica. En conjunto, ambas instituciones contribuyen a la estandarización de la atención médica en el Perú, favoreciendo una toma de decisiones más adecuada en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los problemas de salud.

Tabla 2. Comparación de las recomendaciones de cribado poblacional de cáncer de colon, mama, próstata y cuello uterino entre guías de Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, España y Perú

Cáncer	USPSTF	CTFPHC	NHS	PAPPS	MINSA
Colorrectal	45-75 años: SOH/FIT anual; ADN fecal cada 1-3 años; colonoscopia cada 10 años; sigmoidoscopia cada 5 años.	50-74 años: FIT/SOH cada 2 años o sigmoidoscopia cada 10 años.	50-74 años: FIT cada 2 años (64).	50-74 años: SOH/FIT anual o bienal. Alternativa: sigmoidoscopia o colonoscopia (69).	45-75 años: SOH/FIT anual o bienal; colonoscopia o sigmoidoscopia. > 75 años: no recomendado.
	76-85 años: individualizar (51).	≥75 años: no recomendado (68)			> 80 años: individualizar según cribado previo y expectativa de vida > 10 años (70).
Mama	40-74 años: mamografía cada 2 años (71).	50-74 años: mamografía cada 2-3 años (72).	50-70 años: mamografía cada 3 años (73).	50-74 años: mamografía cada 2 años (69).	40-69: asintomáticas bajo riesgo: examen clínico cada 2 años. 50-69: mamografía cada 2 años. Alto riesgo: RM + mamografía (74).
Próstata	55-69 años: PSA individualizado.	No está recomendado cribado con PSA a ninguna edad (76).	No existe programa de cribado poblacional (PSA bajo decisión individual) (77).	< 55 años: no cribado. 55 y 69: PSA según riesgo y preferencias.	50-75 años: PSA. >75 no recomendado. Individualizar según cribado previo y expectativa de vida > 10 años (78).
	> 70 años: no recomendado (75)			>70 años: no recomendado (69).	
Cervical	30-65: citología cada 3 años o prueba VPH cada 5 años o test combinado cada 5 años.	30-69 años: citología cada 3 años	50-64 años: prueba VPH cada 5 años (81).	35-65: prueba VPH cada 5 años o citología cada 3 años.	50-64: PAP cada 3 años. Suspender tras 2 resultados negativos (82).
	> 65 años: suspender si cribado adecuado (79)	≥70 años: suspender si cribado adecuado; de lo contrario continuar hasta 3 resultados negativos (80).		>65 años: suspender si cribado adecuado (69).	

*USPSTF: United States Preventive Services Task Force; CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care; NHS: National Health Service (Inglaterra); PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud; MINSA: Ministerio de Salud (Perú); IETS: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (EsSalud-Perú); SOH: Sangre oculta en heces; FIT: prueba inmunoquímica fecal; ADN fecal: prueba de ADN en heces; TC: tomografía computarizada; PSA: antígeno prostático específico; VPH: virus del papiloma humano; RM: resonancia magnética; PAP: prueba de Papanicolaou.

En la literatura estudiada, se identificaron importantes vacíos sobre las intervenciones de prevención oncológica implementadas en adultos mayores en la APS. Uno de los principales hallazgos fue la poca adaptación de estrategias estandarizadas a la población estudiada, lo que sugiere una persistencia de enfoques generalizados que no consideran plenamente las características específicas de los adultos mayores y, por ende, podrían afectar la efectividad de las intervenciones. Por otro lado, se identificó una menor disponibilidad de estrategias dirigidas a ciertos tipos de cáncer, como el de próstata y el de cuello uterino, así como una concentración geográfica de la evidencia en determinadas regiones, lo que podría reflejar una producción científica desigual.

Entre las fortalezas de esta revisión de alcance se encuentra la aplicación de la metodología JBI y la alineación a la guía PRISMA- ScR, lo que garantiza un proceso sistemático, estructurado y reproducible. Además, se realizó una búsqueda en múltiples bases de datos y se incluyó literatura gris, lo que permitió una búsqueda amplia y exhaustiva reduciendo el riesgo de publicación, junto con un proceso de selección riguroso. No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones, como la restricción a estudios publicados en inglés y español y la delimitación de búsqueda en los últimos cinco años. Además, la heterogeneidad de los estudios incluidos puede dificultar la comparación y síntesis de hallazgos.

El fortalecimiento de la prevención oncológica en la APS en el Perú constituye un elemento clave para mejorar la respuesta del sistema de salud frente al envejecimiento poblacional. En este sentido, resulta fundamental promover la

capacitación continua de los profesionales de salud, de manera que se fomente la educación del paciente sobre la importancia de los controles preventivos y la identificación de factores de riesgo, incluyendo comorbilidades y antecedentes familiares. Esto permitirá optimizar la indicación de las pruebas de tamizaje y favorecer un uso apropiado de estas intervenciones según el riesgo individual. En este contexto, adquiere especial relevancia la prevención cuaternaria, entendida como el conjunto de acciones orientadas a evitar intervenciones médicas innecesarias o de bajo valor (83). En los adultos mayores, ello implica que la indicación de tamizaje no debe basarse únicamente en la edad cronológica, sino también considerar la fragilidad, funcionalidad, multimorbilidad, expectativa de vida y preferencias de la persona, favoreciendo la toma de decisiones compartidas y evitando el sobrecribado y el sobrediagnóstico (84). Asimismo, es necesario incorporar enfoques individualizados en la toma de decisiones preventivas, considerando características clínicas y funcionales; así como fortalecer la capacidad resolutoria de los centros de la APS mediante la disponibilidad de pruebas diagnósticas básicas y la adecuada articulación de los sistemas de referencia y contrarreferencia. De igual manera, la implementación de estrategias de seguimiento activo, como recordatorios o contacto telefónico, junto con la adaptación de las intervenciones a las necesidades de las personas adultas mayores, incluyendo visitas domiciliarias e integración en campañas comunitarias, podría mejorar la adherencia y ampliar el acceso a los servicios preventivos en este grupo etario.

Sin embargo, estos desafíos también reflejan limitaciones en el cumplimiento de los atributos esenciales de la APS descritos por Starfield, reflejados en

desigualdades en el acceso al tamizaje, una limitada longitudinalidad del cuidado y una insuficiente articulación entre niveles de atención (85). En este contexto, el fortalecimiento de la prevención oncológica requiere una respuesta sistemática basada en la gestión del sistema sanitario, que asegure la articulación entre niveles de gobierno y la participación efectiva de la ciudadanía en la toma de decisiones. Este proceso debe sustentarse en un financiamiento público orientado a resultados, que garantice la coherencia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones, junto con la priorización del envejecimiento saludable en la agenda sanitaria nacional, dada su relevancia en la carga de enfermedad oncológica.

IV. CONCLUSIONES

En conclusión, esta revisión de alcance permitió mapear y analizar las intervenciones de prevención primaria y secundaria del cáncer en la APS dirigidas a personas adultas mayores. Los hallazgos muestran un predominio de intervenciones en prevención secundaria orientadas a la detección precoz y el fortalecimiento de la participación en programas de tamizaje, complementadas con componentes educativos, tecnológicos, organizacionales y comunitarios.

Asimismo, se identificaron fortalezas relacionadas con la existencia de programas estructurados de tamizaje, el empleo de intervenciones basadas en evidencia y la incorporación de acciones de educación para la salud. No obstante, persisten limitaciones asociadas a la heterogeneidad en la implementación de las estrategias, la variabilidad en la cobertura de los programas y la escasa adaptación de las intervenciones a las características propias de las personas adultas mayores,

particularmente en lo referente a comorbilidades, funcionalidad y expectativa de vida.

Finalmente, los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención oncológica desde la APS mediante un enfoque de cuidado integral, centrado en la persona, que favorezca la toma de decisiones individualizadas y la adecuación de las intervenciones a las necesidades del adulto mayor.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda que en futuras investigaciones se amplíe el rango temporal de los estudios incluidos, así como los idiomas considerados, con el fin de obtener una visión más completa de las estrategias de prevención oncológica en la APS. Asimismo, se destaca la necesidad de desarrollar intervenciones en tipos de cánceres menos abordados, como el de próstata y cuello uterino. De igual manera, se sugiere evaluar el impacto a largo plazo de estas estrategias, para poder analizar los resultados clínicos observados y fortalecer la evidencia disponible. Finalmente, resulta fundamental que las próximas intervenciones sean diseñadas considerando las características y necesidades propias de las personas adultas mayores.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of Results. 2024.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2025.
3. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). Situación de la población Adulta Mayor. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI); marzo de 2026. Report no.: 01.
4. Webb T, Verduzco-Aguirre HC, Rao AR, Ramaswamy A, Noronha V. Addressing the Needs of Older Adults With Cancer in Low- and Middle-Income Settings. Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Annu Meet. abril de 2022;42:1-10.
5. Kayona R, Clarke M, Murray V, Chan E, Abrahams J, O'Sullivan T. WHO Guidance on Research Methods for Health Emergency and Disaster Risk Management. Prehospital Disaster Med. mayo de 2023;38(S1):s25-s25.
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Estadísticas de cáncer en el Perú [Internet]. Lima: INEN; 2024.
7. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for Primary Health Care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva; 2018.
8. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2018.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Alma-Ata* [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1978.
10. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2001.
11. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peru. enero de 2013;30(1):42-7.
12. Coll PP, Korc-Grodzicki B, Ristau BT, Shahrokni A, Koshy A, Filippova OT, et al. Cancer Prevention and Screening for Older Adults: Part 2. Interventions to prevent and screen for breast, prostate, cervical, ovarian and endometrial cancer. J Am Geriatr Soc. noviembre de 2020;68(11):2684-91.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. marzo de 2001;56(3):M146-156.
14. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 10 de agosto de 2005;294(6):716-24.
15. Gerend MA, Bradbury R, Harman JS, Rust G. Characteristics Associated with Low-Value Cancer Screening Among Office-Based Physician Visits by Older Adults in the USA. J Gen Intern Med. agosto de 2022;37(10):2475-81.

16. Walter LC, Lindquist K, Nugent S, Schult T, Lee SJ, Casadei MA, et al. Impact of age and comorbidity on colorectal cancer screening among older veterans. *Ann Intern Med.* 7 de abril de 2009;150(7):465-73.
17. Piessens V, Rodriguez Benito L, Öztora S, Martins C, Brodersen JB. Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine - a EUROPREV position paper to spark debate on prevention. *Eur J Gen Pract.* 31(1):2531880.
18. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc.* septiembre de 2015;13(3):141-6.
19. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 19 de noviembre de 2018;18(1):143.
20. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth.* octubre de 2020;18(10):2119.
21. Santos WM dos, Secoli SR, Püschel VA de A. El enfoque del Joanna Briggs Institute para revisiones sistemáticas. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e3074.
22. Halm EA, Nair RG, Hu E, Wang L, Lykken JM, Ortiz C, et al. Improving Colorectal Cancer Screening in a Regional Safety-Net Health System over a 10-Year Period: Lessons for Population Health. *J Gen Intern Med.* mayo de 2024;39(6):978-84.
23. Podmore C, Selby K, Jensen CD, Zhao WK, Weiss NS, Levin TR, et al. Colorectal Cancer Screening After Sequential Outreach Components in a Demographically Diverse Cohort. *JAMA Netw Open.* 1 de abril de 2024;7(4):e245295.
24. Bravo RL, Kietzman KG, Toy P, Duru OK, Wallace SP. Linking primary care and community organizations to increase colorectal cancer screening rates: the HAPPI project. *Salud Publica Mex.* 2019;61(4):427-35.
25. Sepucha KR, Chang Y, Valentine KD, Atlas SJ, Han PKJ, Leavitt LJ, et al. Shared Decision-Making in Colorectal Cancer Screening for Older Adults: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 1 de agosto de 2024;7(8):e2429645.
26. Mehta SJ, Rhodes C, Linn KA, Reitz C, McDonald C, Okorie E, et al. Behavioral Interventions to Improve Breast Cancer Screening Outreach: Two Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med.* 1 de julio de 2024;184(7):761-8.
27. Saini SD, Lewis CL, Kerr EA, Zikmund-Fisher BJ, Hawley ST, Forman JH, et al. Personalized Multilevel Intervention for Improving Appropriate Use of Colorectal Cancer Screening in Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 de diciembre de 2023;183(12):1334-42.
28. Carlsson SV, Preston MA, Vickers A, Malhotra D, Ehdaie B, Healey MJ, et al. A Provider-Facing Decision Support Tool for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Pilot Study. *Appl Clin Inform.* marzo de 2024;15(2):274-81.
29. Rowe TA, Brown T, Lee JY, Linder JA, Meeker D, Doctor JN, et al. Development and pilot testing of EHR-nudges to reduce overuse in older primary care patients. *Arch Gerontol Geriatr.* enero de 2023;104:104794.

30. Davis MM, Coury J, Larson JH, Gunn R, Towey EG, Ketelhut A, et al. Improving colorectal cancer screening in rural primary care: Preliminary effectiveness and implementation of a collaborative mailed fecal immunochemical test pilot. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc.* enero de 2023;39(1):279-90.
31. Roy S, Dickey S, Wang HL, Washington A, Polo R, Gwede CK, et al. Systematic Review of Interventions to Increase Stool Blood Colorectal Cancer Screening in African Americans. *J Community Health.* febrero de 2021;46(1):232-44.
32. Lewis-Thames MW, Khan S, Hicks V, Drake BF. Predictors of annual prostate-specific antigen (PSA) screening among black men: results from an urban community-based prostate cancer screening program. *J Mens Health.* septiembre de 2021;17(4):78-83.
33. Shah A, Polascik TJ, George DJ, Anderson J, Hyslop T, Ellis AM, et al. Implementation and Impact of a Risk-Stratified Prostate Cancer Screening Algorithm as a Clinical Decision Support Tool in a Primary Care Network. *J Gen Intern Med.* enero de 2021;36(1):92-9.
34. Parente DJ. BRCA-Related Cancer Genetic Counseling is Indicated in Many Women Seeking Primary Care. *J Am Board Fam Med JABFM.* 2020;33(6):885-93.
35. Goldshore MA, Mehta SJ, Fletcher W, Tzanis G, Doubeni CA, Paulson EC. An RCT of Fecal Immunochemical Test Colorectal Cancer Screening in Veterans Without Recent Primary Care. *Am J Prev Med.* julio de 2020;59(1):41-8.
36. Ozanne E, Karliner LS, Tice JA, Haas JS, Livaudais-Toman J, Pasick RJ, et al. An Intervention Tool to Increase Patient-Physician Discussion of Lifestyle Risk Factors for Breast Cancer. *J Womens Health.* noviembre de 2019;28(11):1468-75.
37. Melvin CL, Vines AI, Deal AM, Pierce HO, Carpenter WR, Godley PA. Implementing a small media intervention to increase colorectal cancer screening in primary care clinics. *Transl Behav Med.* 16 de julio de 2019;9(4):605-16.
38. Selby K, Jensen CD, Zhao WK, Lee JK, Slam A, Schottinger JE, et al. Strategies to Improve Follow-up After Positive Fecal Immunochemical Tests in a Community-Based Setting: A Mixed-Methods Study. *Clin Transl Gastroenterol.* febrero de 2019;10(2):e00010.
39. Atwal GK, Digby J, Nobes J, Strachan J, Mowat C. The impact of primary-care led, faecal immunochemical test-based, triage of new-onset colorectal symptoms on time to diagnosis of colorectal cancer-An observational study. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* agosto de 2024;26(8):1544-50.
40. Digby J, Nobes J, Strachan JA, McCann R, Hall C, Fraser CG, et al. Combining faecal haemoglobin, iron deficiency anaemia status and age can improve colorectal cancer risk prediction in patients attending primary care with bowel symptoms: a retrospective observational study. *Gut.* 7 de agosto de 2025;74(9):1430-6.
41. Digby J, Fraser CG, Clark G, Mowat C, Strachan JA, Steele RJC. Do risk scores improve use of faecal immunochemical testing for haemoglobin in

symptomatic patients in primary care? *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* abril de 2024;26(4):675-83.

42. Oberije CJG, Currie R, Leaver A, Redman A, Teh W, Sharma N, et al. Assessing artificial intelligence in breast screening with stratified results on 306 839 mammograms across geographic regions, age, breast density and ethnicity: A Retrospective Investigation Evaluating Screening (ARIES) study. *BMJ Health Care Inform.* 14 de mayo de 2025;32(1):e101318.

43. Cama R, Kapoor N, Sawyer P, Patel B, Landy J. Evaluation of 13,466 Fecal Immunochemical Tests in Patients Attending Primary Care for High- and Low-Risk Gastrointestinal Symptoms of Colorectal Cancer. *Dig Dis Sci.* mayo de 2023;68(5):2023-9.

44. Cooper JA, Ryan R, Parsons N, Stinton C, Marshall T, Taylor-Phillips S. The use of electronic healthcare records for colorectal cancer screening referral decisions and risk prediction model development. *BMC Gastroenterol.* 25 de marzo de 2020;20(1):78.

45. Kaushal A, McCormick K, Warburton F, Burton C, Ramirez AJ, Forbes LJ. Promoting breast cancer awareness in older women during the seasonal flu vaccination campaign. *Br J Nurs.* 10 de enero de 2019;28(1):43-9.

46. Ibáñez R, Roura E, Acera A, Andújar M, Pavón MÁ, Bruni L, et al. HPV self-sampling among cervical cancer screening users in Spain: A randomized clinical trial of on-site training to increase the acceptability. *Prev Med.* agosto de 2023;173:107571.

47. Luque Mellado FJ, Paino Pardo L, Condomines Feliu I, Tora-Rocamora I, Cuadras Rofastes M, Romero Díaz E, et al. Impacto de una intervención de Atención Primaria en el programa de detección precoz de cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol.* 1 de junio de 2019;42(6):351-61.

48. Pedersen BT, Pedersen H, Serizawa R, Sonne SB, Andreassen EK, Bonde J. Cervical cancer screening activity in the Capital Region of Denmark before, during and after the COVID-19 pandemic. *Prev Med.* marzo de 2024;180:107888.

49. Fredsøe J, Koetsenruyter J, Vedsted P, Kirkegaard P, Væth M, Edwards A, et al. The effect of assessing genetic risk of prostate cancer on the use of PSA tests in primary care: A cluster randomized controlled trial. *PLoS Med.* febrero de 2020;17(2):e1003033.

50. Desponds C, Ducros C, Rochat C, Galassini L, Bodenmann P, Grazioli VS, et al. Improving uptake of colorectal cancer screening by complex patients at an academic primary care practice: a feasibility study. *BMJ Open Qual.* 28 de agosto de 2024;13(3):e002844.

51. Purnomo HD, Permatadewi CO, Prasetyo A, Indiarso D, Hutami HT, Puspasari D, et al. Colorectal cancer screening in Semarang, Indonesia: A multicenter primary health care based study. *PloS One.* 2023;18(1):e0279570.

52. Selmouni F, Amrani L, Sauvaget C, Bakkar M, El Khannoussi B, Souadka A, et al. Delivering colorectal cancer screening integrated with primary health care services in Morocco: Lessons learned from a demonstration project. *Cancer.* 15 de marzo de 2022;128(6):1219-29.

53. Fokom Domgue J, Futuh B, Ngalla C, Kakute P, Manjuh F, Manga S, et al. Feasibility of a community-based cervical cancer screening with «test and treat» strategy using self-sample for an HPV test: Experience from rural Cameroon, Africa. *Int J Cancer.* 1 de julio de 2020;147(1):128-38.

54. Puschel K, Rioseco A, Soto M, Paz S, Martinez J, Soto G, et al. Implementation of cancer prevention practices in primary care: results of a cohort study in Chile 2018-2022. *Public Health*. noviembre de 2024;236:168-74.
55. Heath L, Stevens R, Nicholson BD, Wherton J, Gao M, Callan C, et al. Strategies to improve the implementation of preventive care in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 27 de septiembre de 2024;22(1):412.
56. US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 18 de mayo de 2021;325(19):1965-77.
57. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020.
58. Saraiva Aguiar R, Salmazo da Silva H, Saraiva Aguiar R, Salmazo da Silva H. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enferm Glob*. 2022;21(65):545-89.
59. Schoenborn NL, Gollust SE, Nagler RH, Pollack CE, Boyd CM, Xue QL, et al. Effect of Messaging on Support for Breast Cancer Screening Cessation Among Older US Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 19 de agosto de 2024;7(8):e2428700.
60. Chen J, Pan T, Zhu Z, Liu L, Zhao N, Feng X, et al. A deep learning-based multimodal medical imaging model for breast cancer screening. *Sci Rep*. 26 de abril de 2025;15(1):14696.
61. Castañeda SF, Bharti B, Rojas M, Mercado S, Bearse AM, Camacho J, et al. Outreach and Inreach Strategies for Colorectal Cancer Screening Among Latinos at a Federally Qualified Health Center: A Randomized Controlled Trial, 2015–2018. *Am J Public Health*. abril de 2020;110(4):587-94.
62. Vives N, Travier N, Farre A, Binefa G, Vidal C, Pérez Lacasta MJ, et al. Effectiveness and Acceptability of Targeted Text Message Reminders in Colorectal Cancer Screening: Randomized Controlled Trial (M-TICS Study). *JMIR Public Health Surveill*. 31 de julio de 2024;10:e57959.
63. Khalil MIM, Ashour A, Shaala RS, Allam RM, Abdelaziz TM, Mousa EFS. Effect of health belief model-based educational intervention on prostate cancer prevention; knowledge, practices, and intentions. *BMC Cancer*. 4 de marzo de 2024;24(1):289.
64. Hamm CA, Baumgärtner GL, Biessmann F, Beetz NL, Hartenstein A, Savic LJ, et al. Interactive Explainable Deep Learning Model Informs Prostate Cancer Diagnosis at MRI. *Radiology*. mayo de 2023;307(4):e222276.
65. Ernstson A, Asciutto KC, Stuesson J, Norén J, Forslund O, Borgfeldt C. Detection of HPV mRNA in Self-collected Vaginal Samples Among Women at 69-70 Years of Age. *Anticancer Res*. 1 de enero de 2019;39(1):381-6.
66. Auvinen E, Nieminen P, Pellinen J, Dillner J, Tarkkanen J, Virtanen A. Human papillomavirus self-sampling with mRNA testing benefits routine screening. *Int J Cancer*. 1 de diciembre de 2022;151(11):1989-96.
67. Instituto de Evaluación en Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Guías de Práctica Clínica [Internet]. 2025.
68. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *Can Med Assoc J*. 15 de marzo de 2016;188(5):340.

69. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 1 de noviembre de 2024;56.
70. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer Colorrectal en el Primer Nivel de Atención: Guía en Versión Extensa. 2024.
71. US Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 11 de junio de 2024;331(22):1918-30.
72. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Breast Cancer Update [Internet]. 2023.
73. NHS. nhs.uk [Internet]. 2025. Who breast screening is for.
74. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención Guía en Versión Extensa. 2024.
75. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 8 de mayo de 2018;319(18):1901-13.
76. Bell N, Gorber SC, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. Can Med Assoc J. 4 de noviembre de 2014;186(16):1225.
77. National Health Service. PSA test [Internet]. 2024.
78. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención: Guía en Versión Extensa. 2025.
79. US Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 21 de agosto de 2018;320(7):674-86.
80. Recommendations on screening for cervical cancer. Can Med Assoc J. 8 de enero de 2013;185(1):35.
81. National Health Service. *Cervical screening* [Internet]. 2023.
82. Instituto Nacional de Salud (Perú). Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino en el Primer Nivel de Atención: Guía en Versión Extensa. 2025.
83. Rojas Armadillo M de L, de la Yncera Hernández N de la C, Martínez Ramírez B, Rivero López CA, Peña Torres EF, Torres Soto NY. Prevención cuaternaria. Intervenciones médicas innecesarias en atención primaria: un estudio cualitativo con médicos familiares. Aten Primaria Práctica. 1 de abril de 2022;4(2):100137.
84. Adami HO, Kalager M, Valdimarsdottir U, Bretthauer M, Ioannidis JPA. Time to abandon early detection cancer screening. Eur J Clin Invest. marzo de 2019;49(3):e13062.
85. Sánchez-Amat M, Padilla Bernáldez J, Gavilán Moral E. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? [Internet]. Actualización en Medicina de Familia; 2021.

VII. ANEXOS

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

PubMed/ MEDLINE	
Cadena de búsqueda	(“Cancer Screening” [MeSH] OR “Early Detection of Cancer” [MeSH] OR “cancer prevention” OR “oncology prevention”) AND (“Older Adults”[MeSH] OR “Aged”[MeSH] OR “Elderly” OR “Adultos mayores”) AND (“Primary Health Care”[MeSH] OR “Integrated Health Care” OR “Atención primaria de salud”)
Operadores	AND / OR
Tipo de estudio permitido	Estudios observacionales, revisiones de alcance o sistemáticas, guías técnicas, reportes de programas
Filtros / Limites	Excluye casos clínicos individuales y estudios sin metodología clara
Idiomas	Inglés y español
Período	2019-2025
Edad	≥60 años
Gestión de duplicados	Zotero
Fecha de búsqueda	Setiembre 2025
Resultados preliminares	77 registros

Scopus	
Cadena de búsqueda	TITLE-ABS-KEY(“cancer prevention” OR “cancer screening” OR “early detection of cancer”) AND TITLE-ABS-KEY(“older adults” OR “aged” OR “elderly” OR “adultos mayores”) AND TITLE-ABS-KEY(“primary

	health care” OR “integrated health care” OR “atención primaria de salud”)
Operadores	AND / OR
Tipo de estudio permitido	Estudios observacionales, revisiones, guías técnicas, reportes
Filtros / Limites	Excluye casos clínicos individuales
Idiomas	Inglés y español
Período	2019-2025
Edad	≥60 años
Gestión de duplicados	Zotero
Fecha de búsqueda	Setiembre 2025
Resultados preliminares	591 registros

SciELO	
Cadena de búsqueda	(“prevención de cáncer” OR “tamizaje de cáncer” OR “detección temprana de cáncer”) AND (“adultos mayores” OR “personas mayores” OR “aged” OR “elderly”) AND (“atención primaria de salud” OR “APS” OR “primary health care”)
Operadores	AND / OR
Tipo de estudio permitido	Estudios observacionales, revisiones, guías técnicas, reportes
Filtros / Limites	Excluye casos clínicos individuales
Idiomas	Inglés y español
Período	2019-2025
Edad	≥60 años
Gestión de duplicados	Zotero
Fecha de búsqueda	Setiembre 2025
Resultados preliminares	9 registros

LILACS	
Cadena de búsqueda	("prevención de cáncer" OR "tamizaje oncológico" OR "detección temprana de cáncer") AND ("adulto mayor" OR "persona mayor" OR "aged" OR "elderly") AND ("atención primaria de salud" OR "APS" OR "primary health care")
Operadores	AND / OR
Tipo de estudio permitido	Estudios observacionales, revisiones, guías técnicas, reportes
Filtros / Limites	Excluye casos clínicos individuales
Idiomas	Inglés y español
Período	2019-2025
Edad	≥60 años
Gestión de duplicados	Zotero
Fecha de búsqueda	Setiembre 2025
Resultados preliminares	38 registros

Literatura gris (MINSA, OMS, OPS)	
Cadena de búsqueda	Palabras clave: "prevención de cáncer", "tamizaje oncológico", "adultos mayores", "atención primaria de salud"
Operadores	AND / OR
Tipo de estudio permitido	Documentos oficiales, guías, reportes de programa
Filtros / Limites	Se documenta metodología y relevancia
Idiomas	Inglés y español
Período	2019-2025
Edad	≥60 años
Gestión de duplicados	Registro manual y Zotero
Fecha de búsqueda	1/09/2025

Resultados preliminares	1429 registros
--------------------------------	----------------

Snowballing	
Cadena de búsqueda	Revisión de referencias de estudios incluidos
Operadores	N/A
Tipo de estudio permitido	Estudios relevantes identificados en referencias
Filtros / Limites	Se aplican mismos criterios de inclusión/exclusión
Idiomas	N/A
Período	N/A
Edad	N/A
Gestión de duplicados	Registro manual y Zotero
Fecha de búsqueda	Setiembre 2025
Resultados preliminares	21 registros

Notas: Los registros se importarán al gestor bibliográfico y se eliminarán duplicados antes de la selección. La tabla asegura total transparencia y replicabilidad, cumpliendo con los estándares de PRISMA-ScR. La fecha de búsqueda indica el momento en que se realizó la estrategia.