

MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN EL PACIENTE ANCIANO.

Dr J.Herrera. HUCA.Oviedo

LOGROÑO, octubre 2009

El envejecimiento es un proceso progresivo y universal caracterizado funcionalmente por el retraso, la dificultad y en ocasiones la imposibilidad de adaptarse a situaciones adversas biológicas, psíquicas, sociales o medioambientales motivadas por el paso del tiempo. Por lo tanto el envejecimiento desemboca en una situación de fragilidad que viene definida como el síndrome de fragilidad descrito como reducción de la capacidad de reserva de los sistemas fisiológicos lo que conduce a una situación cercana al umbral del fracaso clínicamente sintomático. Por lo tanto la persona frágil tiene Alto riesgo de padecer enfermedad, incapacidad y muerte ante mínimas agresiones externas.

El paciente anciano es ante todo un paciente frágil al que deberemos de enfrentarnos siempre después de una valoración geriátrica integral (historia, valoración funcional, mental, medioambiental y social...) Su causa de muerte más frecuente continua siendo la cardiovascular (SEA 2007).

Hoy día en España y para más de 40 millones de habitantes el 7% de la población tiene más de 65 años y el 4% supera los 80 años de edad. La esperanza de vida activa después de los 65 años es de 12 años para las mujeres y de 10 años para los hombres. Para después del 2010, los mayores de 65 años superaran el 17% del total y los mayores de 80 años superaran el 5%, para una población de casi los 43 millones. En la Rioja, el 20% tiene mas de 65 años y casi el 13 % tiene menos de 14 años, lo que significa un vuelco en su población en los últimos 20 años. Son por lo tanto el segmento de población de mayor crecimiento en la sociedad industrial. Como características muestran además múltiples co-morbilidades y polifarmacia, un alto grado de dependencia y fragilidad y son el origen de cuantiosos gastos socio-sanitarios.

Entendiendo como factor de riesgo toda característica biológica, de conducta o hábito que aumenta la probabilidad de padecer o morir de una enfermedad vascular a quienes la presentan, la hipertensión, especialmente la sistólica, el tabaquismo, el sedentarismo (obesidad) la diabetes, la dislipémia y la baja función renal amen de la edad que no es modificable, serían los factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes en los ancianos.

Hasta hace muy poco la participación de los ancianos en los grandes ensayos clínicos era más bien escasa. Las evidencias actuales nos muestran que el comportamiento de los factores de riesgo en los ancianos no es idéntico al de los adultos. Con mucho el más importante en los ancianos es la hipertensión y especialmente la hipertensión sistólica aislada.

La dislipemia, hasta hoy día, no es tan importante en los ancianos. Pero eso no quiere decir que no es importante el tratamiento con estatinas ya que sabemos que estas poseen otras acciones (sobre la placa, sobre la disfunción endotelial, sobre la misma hipertensión....) que serían más importantes en este sector de la población.

Otros factores de riesgo que tienen mayor capacidad predictiva de daño cardiovascular en los mayores, serían la menopausia, la anemia, la disfunción endotelial, la inflamación (PCR, interleukinas), el fibrinógeno, la homocisteína y la lipoproteína α. La mayoría de ellos marcadores bioquímicos con una capacidad predictiva mayor en los mayores de 65 años.

Sin embargo los factores de riesgo cardiovascular con mayor capacidad predictiva en los mayores de 65 años no vienen recogidos en las Guías habituales y al uso tales como la velocidad de desplazamiento, sedentarismo, soporte familiar, posesión de vehículo, dificultad de aseo personal, deterioro cognitivo, la presencia y grado de comorbilidad, caídas e inestabilidad... Todos ellos poseen una mayor capacidad predictiva de daño o enfermedad vascular.

La estimación del riesgo la podemos llevar a cabo según las guías actuales para adultos de las Scdad Europea y Española de HTA. Hemos de tener en cuenta que no existe ningún paciente mayor de 65 años que tenga menos de cuatro factores de riesgo vascular (edad, sexo, disfunción endotelial y rigidez arterial) desde el comienzo y que además tendremos una estimación relativo y del absoluto que es el mayor entre los ancianos.

Los objetivos prioritarios en el tratamiento en los ancianos son el prevenir si es posible el evento vascular, mantener las expectativas de vida libre de discapacidad (calidad de vida) y en su defecto maximización de la función.

La presión arterial aumenta con la edad, la diastólica tiende a bajar después de los 50-60 años y la sistólica tiende a estabilizarse después de los 80 años. En ambos sexos y en todas las razas. El riesgo de desarrollar hipertensión crece de tal manera en ambos sexos a partir de los 65 años, que 20 años después más del 90 % desarrollaría hipertensión.

La prevalencia de HTA en los ancianos según el Framingham con más de 30 años de seguimiento, sería más del 65% en los hombres y del 80% en las mujeres. Mas del 70% de esas hipertensiones serían sistólicas aisladas. Son cifras similares a las españolas (Guillen 1996 y Benegas 2006)

Conforme suben las cifras de presión arterial con la edad se incrementan también el número de episodios vasculares de todo tipo. Menos conocido es que también se incrementa el número de pacientes cuya presión nocturna es igual e incluso superior a la diurna. Este hecho incrementa sustancialmente el riesgo cardiovascular de estos pacientes. La monitorización ambulatoria nos permitirá conocerlos para así tomar las medidas adecuadas (Robles 2006)

El metaanálisis de Staessen (Lancet 200) en el que se incluyeron todos los ensayos con un porcentaje significativo ancianos mostraban reducción del riesgo de eventos con mucho superiores al 25% entre los pacientes tratados. Solamente el porcentaje de disminución del riesgo de la mortalidad total no superaba el 15%. Sin duda porque entre los pacientes ancianos con ser importante la hipertensión, la co-morbilidad juega también su papel.

Recientemente hemos podido saber que no hay edad límite para el tratamiento de la HTA, ya que estudio Hyvet nos ha mostrado que en pacientes con edades superiores a los 80 años se alcanzan reducciones del riesgo vascular entre el 20-40% en eventos fatales y no-fatales e incluso de más del 60% en fallo cardiaco (Aronow 2008) La fibrilación auricular permanente es frecuente después de los 75 años (17%) y salvo resultados posteriores solo estaría indicado tratar con ASA aquellos pacientes con bajo riesgo vascular y pocas co-morbilidades. Ante un episodio de TIA valorar muy seriamente la anticoagulación salvo que se encuentre contraindicada, ante el riesgo más que evidente de desarrollar un evento mayor a corto plazo (Jhonston. 2000).

Tan importante es el control de la presión en estos pacientes que el solo hecho de bajarla 10 mm de Hg, reduce el riesgo de desarrollar un evento vascular en más de un 40%. No debemos olvidar que 10 años antes de comenzar a desarrollar deterioro cognitivo esos pacientes presentaban hipertensión arterial. Pocos ensayos han mostrado que el correcto tratamiento de la hipertensión mejoraba el deterioro cognitivo medido por el MMS (Syst-Eur). El tratamiento consistiría en medidas no farmacológicas a instaurar en todos los pacientes y el tratamiento farmacológico (calcioantagonistas, bloqueantes del SRA, tiazidas a dosis bajas, alfa bloqueantes y por último BB en los casos indicados) a instaurar con dosis bajas, diferentes combinaciones para facilitar la cumplimentación y frecuentes titulaciones. Máximas precauciones para evitar la intolerancia o la aparición de efectos secundarios.

Si escasos son los ensayos de hipertensión con pacientes ancianos menos aún son los de hipolipemiantes. Solo en el Care se supera el 30% de pacientes con más de 65 años y en el Prosper, ambos con pravastatina, la edad mínima de entrada eran los 70 años. En ambos

el uso de estatinas reduce significativamente los eventos cardiacos y el ictus pero no tiene influencia alguna sobre el deterioro cognitivo. El poder predictivo del descenso del colesterol no es tan evidente como en la población adulta. Se piensa hoy día que la acción beneficiosa de las estatinas en los ancianos tiene más que ver con sus acciones no hipolipídicas (antiproliferativa, antiinflamatoria, estabilizadora de la placa, mejora de la disfunción endotelial) que reductoras del colesterol y del LDL-colesterol.

El deterioro de la Función renal se incrementa con la edad. Es muy importante conocer el aclaramiento de nuestros pacientes por las implicaciones que ello tiene a la hora de prescribir medicamentos. Tenemos suficientes evidencias de que la morbi-mortalidad cardiovascular se incrementa con la insuficiencia renal. Cada tres años la probabilidad de un evento vascular se incrementaría entre 0.3-0.5% para los pacientes con GFR menores de 50 ml/min.

Como colofón final podemos decir:

- los factores de RCV no son superponibles ni tienen el mismo poder predictivo en todas las edades.
- no hay hipertensos ancianos con menos de cuatro factores de RCV de comienzo cuando usamos los mismos criterios recogidos en las guías para adultos jóvenes.
- a los clásicos de morbimortalidad para adultos jóvenes hay que añadir los específicos para mayores.
- algunos de los marcadores de morbimortalidad en los mayores tienen mayor poder predictivo de daño vascular que los clásicos para los adultos jóvenes.
- Antes de establecer estrategias terapéuticas a medio y largo plazo en mayores es necesario explorar los predictores de morbimortalidad para este segmento etario.

.....Y todavía queda mucho por hacer.

Muchas gracias por vuestra atención.