La Reunión Anual de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología acoge la presentación del primer documento de consenso sobre el control de los factores de riesgo en pacientes muy ancianos.

La Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), cuya reunión anual se celebrará mañana en Barcelona, acogerá la presentación del primer documento de consenso para el tratamiento de los factores de riesgo en la población octogenaria o de más edad. Según los últimos datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España hay 8.442.886 personas mayores de 65 años (18% de la población) y el 5,7% de toda la población supera ya los 80 años.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte entre la población de mayor edad, siendo las responsables del 45% de todos los fallecimientos entre las personas con más de 65 años. Estas patologías representan una importante causa de discapacidad y de carga económica en este grupo de pacientes, ya que las enfermedades cardiovasculares causan deterioro funcional y cognitivo, y, por tanto, generan una mayor dependencia del anciano.

“Aun así, no están pautadas las decisiones sobre cómo tratar los factores de riesgo cardiovascular en este grupo de población, ya que las escalas de riesgo actuales se centran en medir el riesgo de muerte cardiovascular y no otros factores pronósticos tan importantes en este grupo de edad como son la incapacidad funcional o la demencia”, destaca el Dr. Manuel Martínez–Sellés, presidente de la Sección de Cardiología Geriátrica de la SEC y jefe de la Sección de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón. “La toma de decisiones terapéuticas en pacientes muy ancianos debe ser un proceso individualizado basado en un adecuado juicio clínico y en una valoración geriátrica integral”, subraya.

Este primer documento de consenso cuenta con el aval de las cuatro sociedades médicas implicadas en el manejo de estos pacientes, como la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), y tiene como objetivo proporcionar las directrices sobre el correcto tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en la población octogenaria, para poder facilitar, así, la toma de decisiones en la práctica clínica diaria en torno a aspectos como la modificación del estilo de vida, el tratamiento de la hipertensión, la dislipemia o la anticoagulación.

“Nuestro objetivo es mantener las óptimas expectativas de vida para el anciano, logrando preservar al máximo su capacidad funcional y cognitiva, y asegurarle la mejor calidad de vida posible”, señala el Dr. Martínez- Sellés, quien pone un ejemplo especificando que, “a la hora de decidir la indicación de fármacos para la prevención cardiovascular será importante tener en cuenta la relación riesgo-beneficio y la posibilidad de que el paciente presente complicaciones al tratamiento, como hipotensión ortostática, insuficiencia renal o alteraciones musculares”.

Resumen de recomendaciones

El documento agrupa a los octogenarios en dos grupos. En el primer grupo se hallan aquellos ancianos cuya expectativa de vida es de más de tres años y que presentan escasa comorbilidad y buena capacidad funcional, y carecen de trastorno cognitivo importante. En el segundo grupo, se hallan ancianos mayores cuya esperanza de vida es de menos de tres años, que sufren alguna comorbilidad grave (fallo de algún órgano avanzado), demencia moderada-grave y/o un deterioro funcional importante.

Según indica el escrito, los pacientes del primer grupo pueden someterse sin riesgo a la modificación del estilo de vida (que incluye la eliminación del consumo de tabaco y recomendaciones individualizadas sobre dieta y ejercicio físico), ya que ello les permitirá mejorar su estado de salud general; no obstante, deberá valorarse su indicación en el subgrupo de pacientes ancianos más críticos, según la valoración del impacto que estos cambios puedan implicar sobre el paciente.

El tratamiento de la hipertensión también será distinto y deberá ceñirse al riesgo de cada tipo de paciente. Así, los octogenarios con buen estado de salud tendrán como objetivo general de presión arterial el índice ≤150/90mmHg, salvo aquellos pacientes con intolerancia a los medicamentos antihipertensivos y los octogenarios del segundo grupo, cuyos niveles serán de 160/90mmHg. El tratamiento farmacológico sólo estará indicado para aquellos pacientes que no logren alcanzar el objetivo mediante la modificación de los hábitos de vida (dieta sin sal, ejercicio y pérdida de peso) y siempre y cuando éste sea bien tolerado para el paciente (sin efectos adversos) y vigilando, siempre, para evitar descensos en la PA de <120mmHg de presión sistólica y de <80mmHg de presión diastólica.

En cuanto al control de la dislipidemia (alteración del metabolismo de los lípidos), los niveles

óptimos de lipoproteínas de baja densidad (LDL o “colesterol malo”) en prevención primaria serian de <130 mg/dl y en prevención secundaria de <100 mg/dl (<70 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo). En referencia al tratamiento mediante estatinas, estas estarían indicadas en prevención secundaria si la tolerancia es buena, y en prevención primaria solo en pacientes de muy alto riesgo (diabetes o más de dos factores de riesgo), siempre y cuando la tolerancia sea buena y no se haya logrado alcanzar los niveles óptimos mediante la modificación de los hábitos de vida (dieta y ejercicio). Cabe destacar que la prescripción de estatinas está totalmente desaconsejada en el segundo grupo de pacientes octogenarios que presentan criterios agravantes (comorbilidad grave, demencia o deterioro funcional).

Antiagregación plaquetaria

Por último, y respecto a la antiagregación plaquetaria mediante ácido acetilsalicílico (AAS), esta está indicada en dosis bajas (75-100mg) para todos los casos de prevención secundaria, siempre que el riesgo hemorrágico no sea elevado, y en prevención primaria solo en sujetos de muy alto riesgo (diabetes, múltiples factores de riesgo o enfermedad vascular subclínica). La doble terapia de antiagregación (AAS más clopidogrel) estaría indicada durante el primer año para aquellos octogenarios con síndrome coronario agudo (SCA) y/o intervención coronaria percutánea (stent). Se desaconseja la indicación de antiagregantes en aquellos pacientes octogenarios que poseen un peor perfil de riego, es decir, a todos aquellos que cumplan con los criterios inclusivos del segundo grupo, anteriormente citados.

“La ventaja de haber hecho el documento es que ahora, tanto a nivel de atención primaria como en pacientes que están hospitalizados, existen unas pautas muy claras de cómo hay que tratar a los octogenarios que presentan hipertensión, dislipidemia, etc.; en definitiva, creo que va a suponer una gran mejora de la salud cardiovascular de los octogenarios en España”; concluye el Dr. Manuel Martínez- Sellés.

Fuente: JANO.es (18/09/2014)