



Estamos asistiendo al envejecimiento del envejecimiento. El grupo de los muy mayores, por encima de los 80 años, es el que más crece en el mundo desarrollado y específicamente en nuestro país, en este contexto las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de fallecimiento y de discapacidad con un importante carga económica y sufrimiento para el propio paciente y sus familiares, ante esta compleja situación surge la interesante pregunta de ¿qué hacer ante los factores de riesgo vascular en este grupo de edad? sobre la que se basa el artículo de hoy.

Paradójicamente son escasas las investigaciones científicas de que disponemos que sean específicas para este grupo de edad y que sirvan como un respaldo de la toma de decisiones que cada día tenemos que tomar los médicos responsables del cuidado y atención a nuestros mayores en diferentes niveles asistenciales.

Las enfermedades cardiovasculares determinan más del 45% de todos los fallecimientos en personas mayores de 65 años.

La mayor carga de morbilidad coronaria y cerebro vascular se produce en individuos de edad avanzada, por lo que se precisan de nuevos estudios que analicen la relación riesgo/beneficio de los tratamientos intensivos a corto-medio plazo en este grupo cada vez mayor de la población, que tenga en cuenta especialmente las características y necesidades del paciente.

Las escalas de riesgo disponibles en la actualidad no son aplicables en adultos mayores y están centradas en el riesgo de muerte cardiovascular sin aportar información imprescindible para la capacidad pronóstica al analizar población mayor como pueden ser deterioro cognitivo o demencia, capacidad funcional y en general nivel de calidad de vida.

Los mayores constituyen un grupo muy heterogéneo de pacientes, con diferentes grados de comorbilidad, de capacidad funcional y cognitiva al margen de la edad cronológica, donde no todo vale igual para todos.

Existe una clara evidencia científica basada en estudios de intervención sobre los beneficios del tratamiento activo de los factores de riesgo vascular en el mayor «más joven», entre los 65 y 75 años.

En los mayores por encima de los 80 años estos criterios no son tan evidentes debido a la mayor heterogeneidad de la población y la complejidad de su estado de salud y cada caso precisa de un análisis específico. Los cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento normal o fisiológico y la frecuente presencia de polimed-

La opinión del experto. *«Los mayores presentan particularidades clínicas que nos obligan a centrarnos más en la persona que en la enfermedad, por lo que precisan una toma individualizada de decisiones en su tratamiento».* René de Lamar

Mayores y factores de riesgo vascular



DATOS PRÁCTICOS

- El uso de medicamentos en este grupo de la población debe estar basada en un adecuado análisis sobre la relación riesgo-beneficio de cada caso.
- La toma de decisiones terapéuticas en pacientes muy mayores debe ser un proceso individualizado, basado en un adecuado juicio clínico y en una valoración geriátrica integral actualizada.
- Resulta primordial la fluidez de comunicación entre los diferentes especialistas relacionados en el manejo del enfermo con el objetivo de ajustar al máximo el tratamiento lo que será muy beneficioso para el paciente.
- Según recientes estudios epidemiológicos España será uno de los países de Europa con mayor incremento de la población mayor de 80 años.
- Las enfermedades cerebrovasculares son causa de deterioro funcional, cognitivo y generadoras de dependencia.
- La calidad de los indicadores de alimentación constituye un predictor útil de longevidad, la nutrición es uno de los ejes principales en la prevención cardiovascular.
- La velocidad de la marcha puede ser una medida sencilla para identificar a mayores en mayor riesgo de resultados adversos relacionados con la hipertensión arterial.
- La modificación en el estilo de vida es esencial en el tratamiento de la hipertensión arterial en el mayor y más vale tarde que nunca.
- El objetivo prioritario debe ser mantener la expectativa de vida libre de discapacidad, con la máxima capacidad funcional y cognitiva, tratando de asegurar la mejor calidad de vida posible a pesar de los años.

cación incrementan sin lugar a dudas el riesgo de efectos adversos medicamentosos en la población mayor:

Un ejemplo claro es el de los mayores de 80 años con diabetes donde el objetivo prioritario debe ser el mantenimiento de la funcionalidad y calidad de vida, recomendándose unos objetivos de control glucémico más laxos, donde se trata de mantener la hemoglobina glucosilada por debajo de 8,5%, remarcándose la importancia de evitar

tanto las hipoglucemias como las hiperglucemias sintomáticas. La prevalencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60 años, la prevalencia en España en mayores es de aproximadamente 68% en hombres y 72% en mujeres.

En los mayores la hipertensión tiene unas características fisiopatológicas diferenciales y existen peculiaridades clínicas, el mecanismo básico que origina el progresivo aumento de la presión arterial con la

«Más del 45% de las muertes de mayores de 65 años, por enfermedades cardiovasculares»

«La hipertensión tiene diferentes características fisiopatológicas en los mayores»

«La respuesta positiva al ejercicio físico ha sido ampliamente evidenciada»

edad es la pérdida de la elasticidad y distensibilidad de las arterias grandes y medianas, el aumento de la rigidez arterial y la consiguiente elevación de la velocidad de onda de pulso generan un incremento de la velocidad de la presión arterial sistólica o máxima y de la resistencia vascular periférica.

El daño endotelial que ocurre con el envejecimiento altera la secreción de factores relajantes y antiagregantes plaquetarios favoreciendo la vasoconstricción y el incremento de la resistencia vascular periférica.

Más de la dos terceras partes de las personas muy mayores presentarán hipertensión sistólica aislada. Se ha determinado que por cada 10 mmhg de aumento de la presión de pulso se incrementaba un 11% el riesgo de ictus.

A medida que aumenta la edad, aumenta la carga de placas arterioescleróticas, lo que justifica que este grupo de edad tenga más elevadas incidencias y prevalencias de enfermedades cardiovasculares.

En relación al colesterol total tanto los niveles muy altos como los niveles muy bajos se asocian a mayor mortalidad global.

A la hora de establecer un plan terapéutico, siempre debe realizarse un proceso de decisiones compartidas, teniendo en cuenta las preferencias, valores y necesidades del paciente. Una interesante reflexión es que la esperanza de vida al nacer en España es de 79,2 años para los hombres y 85 para las mujeres, lo que representa un incremento de 8,2 años desde 1975.

Para los que han llegado a 80 años la esperanza de vida es de aproximadamente 8,4 para los hombres y de 10 años para las mujeres.

Con respecto a los que llegan a 90 años, que cada vez son más y en mejores condiciones es de 4,4 y de 4,7 para hombres y mujeres respectivamente. Esta expectativa de vida debe tenerse presente a la hora de establecer los objetivos terapéuticos, dado que los beneficios asociados al control lipídico y la presión arterial requieren un periodo de varios años.

La promoción de actividad física y del ejercicio regular en edades avanzadas tiene como objetivo primordial mantener la independencia y la mejor capacidad funcional el mayor tiempo posible, los mayores deben mantenerse tan activos físicamente como sus capacidades les permitan.

La respuesta positiva al ejercicio físico ha sido ampliamente evidenciada.

René de Lamar es doctor especialista en Geriatría y Gerontología, asesor médico de CANARIAS7.