



EDITORIAL

Significado de los factores de riesgo cardiovascular en personas de edad muy avanzada: evidencias, paradojas y objetivos



Significance of cardiovascular risk factors in persons of very advanced age: Evidence, paradoxes and objectives

Francesc Formiga^{a,*} y Juan José Baztán^b

^a Programa de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de morbilidad en los países industrializados. Además de un importante porcentaje de mortalidad son generadoras de deterioro funcional y/o cognitivo y, en consecuencia, de dependencia. Por ello es importante que los profesionales de la geriatría estén familiarizados con el manejo de los factores de riesgo vascular y que en el momento de interpretar los múltiples estudios tengan en cuenta algunos aspectos diferenciales¹.

El primero y aunque parezca evidente es consensuar de que grupo de edad estamos hablando. Los objetivos terapéuticos y como conseguirlos seguramente serán distintos en un paciente de 70 años respecto a otro de 85. Actualmente existe clara evidencia científica sobre los beneficios del tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en el anciano más joven². No obstante, la extrapolación de estos resultados y sus objetivos terapéuticos a la población de 80 y más años no es tan evidente debido a la mayor heterogeneidad de estos pacientes y la complejidad de su estado de salud. Suele ser un grupo de sujetos que presentan características fisiopatológicas y epidemiológicas diferenciales, y por ello se requerirán objetivos terapéuticos distintos³. Es por ello, que donde actualmente deberían centrarse los estudios de riesgo vascular es en este grupo de edad de mayores de 80 años.

Un segundo aspecto importante es el que en el momento en que el profesional quiere buscar evidencia científica, se suele ir a las guías de práctica clínica, que basándose especialmente en resultados de ensayos clínicos y metaanálisis dan sus niveles de evidencia. En los casos en los que no se dispone de esta información se recurre a los resultados de los estudios de cohortes y a la opinión de los expertos. En el grupo de edad de 80 o más años en la mayoría de ocasiones, las guías de práctica clínica recurren a estos segundos niveles de evidencia. Además son guías basadas en la enfermedad más que en el paciente, y por ello no se tienen en cuenta aspectos de comorbilidad e interacciones farmacológicas⁴. Así por ejemplo

en un estudio en el que se incorporaba las recomendaciones de las guías en un paciente bastante habitual, hipertenso, diabético, con artrosis y osteoporosis además de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, acaba tomando 12 principios farmacológicos (19 tomas) además de bifosfonatos semanales y broncodilatadores a demanda. Y solo en relación con los 2 factores de riesgo vascular existían 3 interacciones farmacológicas graves y 5 leves⁵.

Un tercer aspecto diferencial es que si en riesgo vascular en el momento de decidir las prevenciones primarias se utilizan las tablas de riesgo, estas, ni las americanas europeas o españolas pasan de los 75 años de edad. Además en este grupo de edad, seguramente los factores de riesgo clásicos perderán peso y se incorporan otros nuevos como la proteína-C reactiva o la homocisteína⁶, y seguro que también la velocidad de la marcha⁷ u otros marcadores de fragilidad.

Finalmente, y no menos importante, es el hecho de que en los factores de riesgo vascular, especialmente para la hipertensión y para el colesterol, en edades más tempranas de la vida estamos habituados al concepto de que a menores cifras mucho mejor. Y esto está en duda en el grupo de personas mayores de 80 años, donde parece clara la existencia de una paradoja de estos factores de riesgo^{8,9}. Se escapa a esta editorial la revisión del porqué ocurre este fenómeno de curvas en J o U para este grupo poblacional, pero se mezclarían teorías fisiopatológicas (se necesitaría una presión arterial elevada para superar la rigidez arterial y asegurar la perfusión en órganos diana) con conceptos más globales (los pacientes más vulnerables a los efectos adversos de la presión arterial o del colesterol probablemente murieron antes)¹⁰. Respecto a la diabetes eran ya conocidos los efectos nocivos de la hiperglucemia crónica y en la última década diversos estudios han confirmado que no son necesarios controles muy estrictos por el riesgo de las hipoglucemias.

Estos 4 aspectos son importantes en el momento de conocer estudios que nos comentan aspectos de riesgo vascular en el anciano. Así, por ejemplo, en un reciente artículo de metaanálisis¹¹ podemos leer que sí es útil la prevención primaria de la hipercolesterolemia en paciente «anciano», cuando unas guías recientes lo dejaban solo para valorar en individuos con otros factores de riesgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fformiga@bellvitgehospital.cat (F. Formiga).

añadido¹². Al leer con detenimiento dicho metaanálisis¹¹ podemos apreciar que la media de edad era de 73 años (DE 2,9), y que los estudios incluidos en el mismo eran de personas más jóvenes de 80 años, excepto las del estudio PROSPER que incluía personas hasta 82 años¹³.

Creemos, que la línea iniciada desde las diversas sociedades sobre el abordaje de la diabetes mellitus en el paciente anciano^{14–16} con la incorporación de una evaluación global del paciente (comorbilidades, esperanza de vida, función cognición, etc.) en el momento de decidir los objetivos de tratamiento y el cómo alcanzarlo es el camino a seguir, a la espera de que los pacientes mayores de 80 años también estén representados en los ensayos clínicos.

Bibliografía

- Formiga F, Rodríguez Mañas L. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica diaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:53–4.
- Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, et al., Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: Meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008;336:1121–3.
- Bulpitt CJ. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly. *Heart*. 2005;91:396–400.
- Hughes LD, McMurdo ME, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42:62–9.
- 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*. 2005;294:716–24.
- Beer C, Alfonso H, Flicker L, Norman PE, Hankey GJ, Almeida OP. Traditional risk factors for incident cardiovascular events have limited importance in later life compared with the health in men study cardiovascular risk score. *Stroke*. 2011;42:952–9.
- Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: The impact of frailty. *Arch Intern Med*. 2012;172:1162–8.
- Blom JW, de Ruijter W, Witteman JC, Assendelft WJ, Breteler MM, Hofman A, et al. Changing prediction of mortality by systolic blood pressure with increasing age: The Rotterdam study. *Age (Dordr)*. 2013;35:431–8.
- Tikhonoff V, Casiglia E, Mazza A, Scarpa R, Thijs L, Pessina AC, et al. Low-density lipoprotein cholesterol and mortality in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:2159–64.
- Abdelhafiz AH, Loo BE, Hensey N, Bailey C, Sinclair A. The U-shaped relationship of traditional cardiovascular risk factors and adverse outcomes in later life. *Aging Dis*. 2012;3:454–64.
- Savarese G, Gotto AM Jr, Paolillo S, D'Amore C, Losco T, Musella F, et al. Benefits of statins in elderly subjects without established cardiovascular disease: A meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:2090–9.
- Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Lloyd-Jones DM, Blum CB et al., 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;pii: S0735-1097(13)06028-2.
- Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Cobbe SM, Bollen EL, Buckley BM, et al. The design of a prospective study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER). PROSPER Study Group. PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. *Am J Cardiol*. 1999;84:1192–7.
- Gómez-Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:e1–134.
- Sinclair A, Morley JE, Rodríguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13:497–502.
- Sue Kirkman M, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al., Consensus Development Conference on Diabetes and Older Adults. Diabetes in older adults: A consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2342–56.