

## Prevención Cardiovascular en el Adulto Mayor

Dr. Sergio Castañeda Cerezo<sup>1</sup>

### Resumen

La población mundial >60 años es el grupo etario de más rápido crecimiento, la cual vivirá mayoritariamente en países menos desarrollados, como Guatemala. Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte de este grupo a nivel mundial y en nuestro país. La estrategia preventiva es el mejor camino para luchar con éxito contra el impacto de las ECV. Son importantes, los cambios en el estilo de vida, actividad física regular, dieta mediterránea, medidas de prevención de la cardiopatía coronaria y del accidente Cerebrovascular, además del control de los factores de riesgo cardiovascular de manera especial Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, así como utilización de aspirina y estatinas. Se debería implementar más ampliamente la Prevención cardiovascular en el adulto mayor, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de este segmento creciente de población. (*Revista de Medicina Interna de Guatemala Vol.17, supl 1, 2013, pag:s12-s17*)

**Palabras Clave:** Factores de Riesgo Cardiovascular. Adulto Mayor. Prevención Primaria.

### Abstract

World population >60 years old, it is the group with fastest growing, which will live mostly in developing countries like Guatemala. Cardiovascular Disease (CVD) is the leading cause of death among this group worldwide as our country. The preventive strategy is the best way to successfully combat the impact of CVD. There are important things to do, like, changes in lifestyle, regular physical activity, Mediterranean diet, prevention of coronary heart disease and stroke, as well, as control of cardiovascular risk factors, especially Hypertension and Diabetes Mellitus and use of aspirin and statins. Should be implemented more widely the cardiovascular prevention in the elderly, in order to help improve the quality of life for this growing segment of the population. (*Revista de Medicina Interna de Guatemala Vol.17, supl 1, 2013, pag:s12-s17*)

**Keywords:** Cardiovascular Risk Factors. Elderly. Primary Prevention.

Para comprender el envejecimiento de nuestra población, tenemos que hacer primero algunas consideraciones sobre el mismo.

El envejecimiento de la población constituye una de las grandes transformaciones de nuestra época, por lo tanto el aumento cuantitativo del grupo de edad de sesenta años y más debe ser considerado sólo como un dato más de la evolución de las sociedades.

Existen dos dimensiones del envejecimiento:

1. **Envejecimiento de la población:** es el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años en el total de la población:
  - a. Más personas de edad avanzada que en épocas anteriores.
  - b. Extensión del número de años que vive una persona.
2. **Envejecimiento individual:**
  - a. proceso de cambios fisiológicos y biológicos con consecuencias socioculturales

Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto

al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje.

Este fenómeno es un hecho evidente, en la actualidad hay 6,000 millones de personas en el planeta, a partir del año 2025 seremos de 8,000 a 10,000 millones y con el aumento de la esperanza de vida media , 66 años en la actualidad, y que se espera que para el año 2050 que sea de de 77 años , estaremos calculando que para el año 2000 la población de adultos mayores será de 600 millones y a partir del 2050 será de 2,000 millones (con un rápido crecimiento de la población de mayores de 85 años ).<sup>(1)</sup>

En los países del centro de Europa se alcanzan ya índices de un 17%. En España dicho porcentaje fue del 16,8% en el año 1999 y alcanzó el 17,8% en el año 2010. España es uno de los países europeos que ha envejecido más rápidamente a lo largo del siglo XX. En el año 1900 había en España 967,754 personas mayores de 65 años, incrementándose dicha cifra hasta los 6,740,000 en el año 1999, y se estima que llegará a los 12 millones de personas en el año 2050, lo que supondrá aproximadamente el 30% de la población total.<sup>(2)</sup>

En América Latina hay un proceso de envejecimiento, que es diferente a cada país. Es un proceso generalizado en todos los países de América Latina. Todos los países de la región avanzan hacia el envejecimiento de sus sociedades. Es un proceso heterogéneo, que tiene que ver con:

1.- Medicina Interna, Gerontología Sanitaria Aplicada, Gerencia en salud para adultos mayores

*el sexo, la edad, la zona de residencia y el origen étnico.*

En Guatemala se calculó que al final de siglo pasado, la población de ancianos fue de 672 mil y para el 2025 se calcula en un millón 660 mil (7.4 % de la población).<sup>(3)</sup>

La esperanza de vida se ha elevado paralelamente, situándose hoy al filo de los 80 años para el sexo femenino, originándose un verdadero "envejecimiento del envejecimiento", incrementándose así cada vez más la proporción del grupo de edad más avanzada con respecto al conjunto de la población envejecida.<sup>(2)</sup>

Existe la falsa idea de que el envejecimiento demográfico de un país conlleva únicamente aspectos negativos. Por ello, con frecuencia se ve a los ancianos como personas tristes, enfermas y con discapacidad. Esta falsa concepción que proviene de las generaciones del pasado está lejos de la realidad actual. La gran mayoría de los sexagenarios de los países desarrollados gozan de buen estado de salud y constituyen una generación que por primera vez en la historia llega a la vejez en mejores condiciones sanitarias y socioeconómicas que las generaciones anteriores. Muchos de estos llamados ancianos, que en lo sucesivo llamaremos adultos mayores, siguen cuidando y ayudando a sus familiares y constituyen un grupo de ciudadanos activos y entusiastas. Reflejado ello en una buena correlación entre el grado de riqueza de un país y su envejecimiento demográfico.<sup>(2)</sup>

Pero por otro lado, también hay importantes desigualdades dentro de un mismo país, como ejemplo de ello tenemos que en Estados Unidos, las poblaciones socioeconómicas más desfavorecidas tienen una esperanza de vida en aproximadamente 20 años menos.<sup>(3)</sup>

Sin embargo en algunos de los países de América Latina y especialmente en Guatemala, las condiciones de los adultos mayores no se encuentran dentro de estos parámetros y tenemos que las condiciones de este grupo son: *la población de 60 años y más, es cada vez mayor, la mayoría vive en situación de pobreza y de pobreza extrema, enfrentan poco o nulo acceso a servicios básicos y a protección de los sistemas de seguridad social, sufre la marginación familiar y/o social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional.*<sup>(4)</sup>

Por otro lado, analizando los aspectos en los que se involucra la geriatría como rama de la Medicina, es también absolutamente cierto que en la vejez existe un aumento de la incidencia y prevalencia de

enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo. Dichas enfermedades con frecuencia tienden, en su evolución, hacia situaciones de incapacidad. Se estima que al menos 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, 6% padece severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y hasta un 10% o más presenta incapacidad moderada; dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años.<sup>(5)</sup> La consecuencia inevitable de estos hechos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada, llegando a una verdadera "Geriatrización de la Medicina", sumado a ello tenemos que en Guatemala, los programas de Medicina Interna "La Medicina de los Adultos" como la reconoce el Colegio Americano de Médicos, no tiene programas de Geriatría, que nos lleva a puntualizar lo siguiente:

- ✓ *Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo (concepto de co-morbilidad).*
- ✓ *Mayor tendencia a la cronicidad de las enfermedades.*
- ✓ *Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.*
- ✓ *Mayor utilización de la Atención Primaria de Salud.*
- ✓ *Mayor consumo de fármacos.*
- ✓ *Mayor ocupación de camas hospitalarias.*
- ✓ *Mayor necesidad de cuidados continuados.*
- ✓ *Mayor utilización de recursos sociales*

Conforme van pasando los años, va a ir aumentando la prevalencia de enfermedades y discapacidades.

Sin embargo, por otro lado, muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15% - 40% de los adultos >70 años carecen de enfermedades demostrables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad.<sup>(6)</sup>

La población mayor de 65 años no es una población homogénea. Es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar.

Destacándose como características del envejecimiento, las siguientes:

- ✓ Es universal (afecta a todos los organismos vivos)
- ✓ Es intrínseco (independiente de factores ambientales)
- ✓ Es heterogéneo (cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento)
- ✓ Es deletéreo supresor (conduce a una reducción de la competencia funcional)
- ✓ Es irreversible <sup>(7)</sup>

Por lo que en la práctica clínica, tenemos distintos perfiles de ancianos. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen estar mal definidos y con frecuencia son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada; además en muchos casos su definición exacta, varía según la fuente bibliográfica y el país de origen. Por lo que definir el perfil de los adultos Mayores y las enfermedades que padecen y cómo prevenirlas se vuelve prioritario.

Además, es muy importante el conocimiento de las enfermedades del Adulto Mayor, pero sobre todo, por la carga que implican a los sistemas de salud y el daño que producen en las personas debemos de conocer cómo prevenirlas.

#### **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN EL ADULTO MAYOR:**

Las enfermedades cardiovasculares matan a más personas cada año que cualesquiera otras enfermedades. En 2004, 7,2 millones de personas murieron de enfermedad coronaria y 5,7 millones de ataque apoplético u otra forma de enfermedad Cerebrovascular.

Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios.

En los países de altos ingresos, más de las dos terceras partes de la población vive más de 70 años y la principal causa de muerte son las enfermedades crónicas: enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, diabetes o demencia. La infección pulmonar sigue siendo la única causa principal de defunción por infecciones.

En los países de medianos ingresos, casi la mitad de la población vive hasta los 70 años, y las enfermedades crónicas son las más mortíferas, al igual que en los países de altos ingresos. A diferencia de éstos, sin embargo, la tuberculosis y los accidentes de

tráfico se cuentan también entre las causas principales de defunción.

En los países de bajos ingresos, menos de una cuarta parte de la población llega a los 70 años, y más de una tercera parte de todos los fallecimientos se produce entre los menores de 14 años. Las enfermedades infecciosas como las infecciones pulmonares, las enfermedades diarreicas, el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, son las que se cobran más vidas en esos países. Las complicaciones del embarazo y el parto juntas siguen siendo una de las principales causas de defunción, ya que acaban con la vida de madres y lactantes.

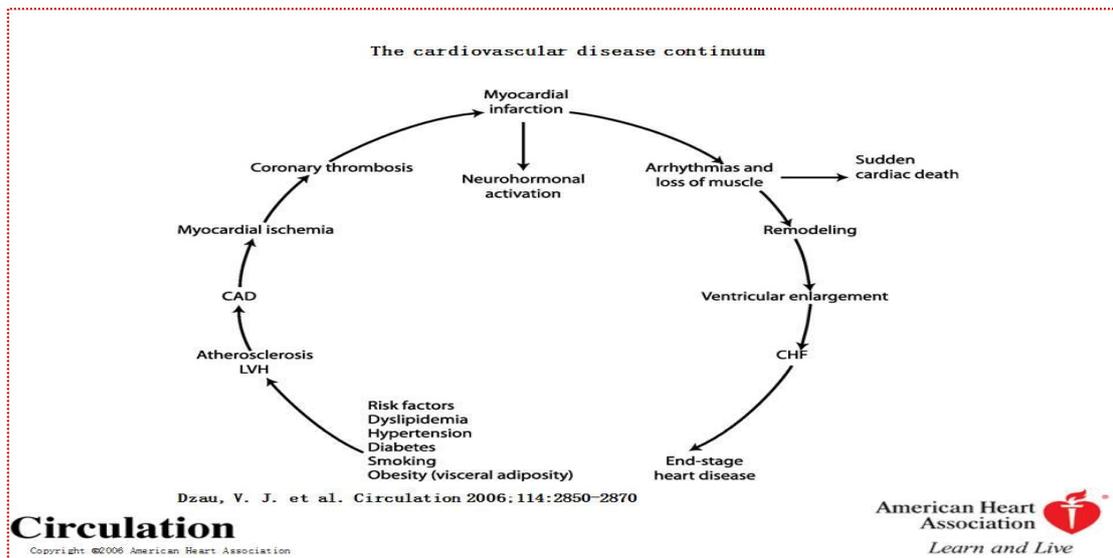
Las causas principales de mortalidad entre los adultos mayores de 60 años son, en primer lugar la Cardiopatía isquémica, responsable de más de 5 millones de defunciones y en segundo lugar, la Enfermedad cerebro-vascular, responsables de más de 4 millones de defunciones.

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por Cardiopatías y ACV y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. <sup>(8)</sup>

En Guatemala la primera causa de consulta, no definida por años, pero atendida en los servicios de Cardiología es el SCA (Síndrome coronario agudo), es la segunda causa de consulta por enfermedad cardíaca en Guatemala, precedida por la HTA. <sup>(9)</sup> Además el SCA es la cuarta causa de consulta en departamento de urgencias del Hospital General San Juan de Dios. <sup>(10)</sup>

#### **FUNDAMENTOS DE UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA CARDIOVASCULAR:**

Existen numerosos y sólidos argumentos que justifican la vía de la estrategia preventiva para luchar con éxito contra el impacto de las ECV, entre estos tenemos, que la genética juega un papel menos relevante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y que por lo tanto los FRCV no modificables no deben de ser la estrategia más importante, sino la mayor influencia la tenemos en los FRCV modificables, que son la base fundamental de la aterosclerosis, que se constituye en el pilar fundamental de la ECV y la causa de la alta morbi-mortalidad que se está viviendo en nuestros países, por lo tanto la modificación de los estilos de vida se vuelve una estrategia fundamental en la prevención de la ECV. <sup>(11)</sup> Para entender mejor lo anteriormente descrito, debemos de analizar la grafica No.1.



**MEDIDAS ESTRATÉGICAS PREVENTIVAS EN EL ADULTO MAYOR:**

Se pueden distinguir tres estrategias de prevención de la Enfermedad Cardiovascular (ECV): poblacional, primaria de alto riesgo y prevención secundaria.

**Las Estrategias poblacionales** deben de ir dirigidas a un envejecimiento saludable y debemos de entender el envejecimiento como un *continuum* que se inicia desde la etapa pre-concepcional, de donde los hábitos de vida saludable de la madre y luego del producto son la base fundamental del desarrollo posterior del individuo. Como una consecuencia de lo anterior es muy importante que el profesional de la salud tenga un adecuado entrenamiento para poder dar la mejor orientación de sus pacientes.

**En prevención cardiovascular primaria y secundaria,** debemos de implementar estrategias dirigidas a:

1. Cambios en los hábitos de vida, las enfermedades del adulto mayor están más influenciadas por los hábitos de vida que por la genética, de modo que mantener una buena dieta es fundamental. <sup>(12)</sup>
2. Actividad física, no queda ninguna duda de los beneficios del ejercicio en el envejecimiento saludable. <sup>(13)</sup>
3. Dieta mediterránea, la cual ha conseguido reducir la ECV como demostró "El ensayo multicéntrico PREDIMED, realizado en España que incluyó casi 7.500 personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular"<sup>(14)</sup> o su equivalente, La Pirámide Nutricional Latinoamericana, que es la adaptación de la Dieta del

Mediterráneo a lo que comemos desde México a la Tierra del Fuego. <sup>(15)</sup>

4. Prevención secundaria de cardiopatía coronaria, el control de los FRCV como tabaquismo activo, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidad y sedentarismo, parecen ser tan efectivas como en pacientes más jóvenes. <sup>(17)</sup>
5. Prevención de ACV, los pacientes mayores son más susceptibles a ACV, especialmente los grupos muy mayores (>80 años) y el factor de riesgo más importante es la HTA por lo que el control de la misma ha demostrado ser efectivo. <sup>(17-20)</sup> incluso en los muy mayores como fue demostrado en el estudio HYVET. <sup>(21-23)</sup>
6. Aspirina, se puede extrapolar los beneficios de la aspirina en prevención secundaria en los adultos mayores derivado del estudio en personas más jóvenes, sin embargo muy pocos ensayos de prevención primaria o secundaria que hayan abordado la relación riesgo-beneficio de la Aspirina en el adulto mayor. <sup>(24)</sup>
7. Estatinas, existe suficiente evidencia del tratamiento secundario con estatinas en el adulto mayor. <sup>(25-27)</sup>
8. Control de la HTA, se ha encontrado que una presión arterial sistólica (PAS) baja parece estar asociada con una mayor mortalidad en personas de 85 años o más, independientemente del estado de salud de paciente y estudios desde hace dos décadas por autores como Glynn y Cruickshank, quienes han sostenido el

concepto de "cuanto más bajo peor" y estudios como INVEST (International Verapamil Trandolapril Study) y ONTARGET parecen confirmar esta hipótesis. <sup>(28)</sup> Hay indicios de una correlación en forma de U entre la PAS y la mortalidad, de modo que la PAS óptima para este grupo de edad, parece estar por encima de los 140 mmHg. <sup>(29)</sup>

9. Vitaminas, la evidencia indica que funcionan igual que placebo. <sup>(30)</sup>

## CONCLUSIONES:

- 1) En América Latina hay un proceso de envejecimiento, que es diferente a cada país pero es generalizado en todos los países. Todos los países de la región avanzan hacia el envejecimiento de sus sociedades. Pero es por sobre todo, un proceso heterogéneo, que tiene que ver con: el sexo, la edad, la zona de residencia y el origen étnico.
- 2) En la actualidad, América Latina tiene cerca de cincuenta millones de personas  $\geq 60$  años y se espera que para el 2025 esta población aumente a más de cien millones. Según las proyecciones, para el año 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona mayor, y en seis países de la región un 30% de sus habitantes tendrá más de 60 años.
- 3) Guatemala se encuentra entre las poblaciones que tienen un envejecimiento demográfico incipiente.
- 4) En Guatemala la población de  $\geq 60$  años es cada vez mayor, la mayoría vive en situación de pobreza o pobreza extrema, enfrentan poco o nulo acceso a servicios básicos y protección por los sistemas de seguridad social, sufre la marginación familiar y/o social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional.
- 5) El envejecimiento produce las enfermedades más incapacitantes como: Artrosis, Enfermedad Cardiovascular y Cerebrovascular, Parkinson y Demencia, cuadros residuales tales como Fractura de cadera y amputaciones de extremidades y enfermedades orgánicas avanzadas, como insuficiencia cardíaca (ICC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.

- 6) Todo ello producirá un mayor número de visitas hospitalarias, mayor número de reingresos, estancias hospitalarias más prolongadas, ocuparán el 60 % del tiempo de la actividad del médico de AP y los adultos serán los principales consumidores de fármacos.
- 7) Por los datos anteriores, Guatemala, donde la inversión en salud no constituye una prioridad, nos llevará al colapso de los sistemas de salud y a un aumento de la mortalidad por los problemas antes descritos.
- 8) Es importante la falta de personal asistencial para este grupo de edad, como de Geriatras, Gerontólogos, Enfermeras Geriátricas, Psicólogos Geriatras y personal de apoyo, por lo que debe constituir una prioridad en nuestros sistemas de salud la preparación de dicho personal, sobre todo en aspectos preventivos.

## Referencias Bibliográficas:

1. Foro mundial de ONG sobre el envejecimiento: declaración final y recomendaciones. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento «por una sociedad para todas las edades». Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (S2):66-72.
2. Ageing in Spain. Second World Assembly on Ageing. April 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMRSERVO);2002.
3. Arias de Blois, Jorge. En el día del senescente. Población y Desarrollo. Añ VIII, No. 11. Nov de 1990.
4. Guatemala,. Intervención en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento . Madrid , España 8 de Abril de 2002.
5. Guillén Llera F, Bravo Fernández de Aroz G. Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruy Pérez I, editores. Manual de Geriatria. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 77-88.
6. González-Montalbo JL, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo (I). Med Clin (Barc) 1991; 96: 183-8.
7. Timiras PS. Envejecimiento y enfermedad. En: Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatria. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1997 p. 27-42.
8. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/>.-
9. Monografía de la Cardiología Guatemalteca 1990. Asociación Guatemalteca de Cardiología. Proponente y editor Dr. Federico Alfaro Arellano
10. Revista Guatemalteca de Cardiología. Vol 20. No.2. Octubre 2004-Abril 2005
11. Rondanelli R, et al. Prevención cardiovascular en el adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(6) 724-731

12. Abete P, Della Morte D, Mazzella F, et al. Lifestyle and prevention of cardiovascular disease in the elderly: an italian perspective. *AJGC*. 2006;15:28–34
13. Uchner D. Physical activity and prevention of cardiovascular disease in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2009; 25: 661–675.
14. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *The New England Journal of Medicine*. Published online February 25 2013
15. Sercas.blogspot.com/2009/11/dieta-del-mediterraneo-y-piramideç
16. Williams M, Fleg J, Ades P, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly. *Circulation*. 2002;105:1735-1743.
17. Staessen JA, Thijs L, Fajard R et al, for the Systolic Hypertension in Europe trail investigators: Predicting cardiovascular risk using conventional vrs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *JAMA* 1999;282;539-546
18. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-3264.
19. MacMahon S, Rodgers A.. Blood pressure, antihypertensive treatment and stroke risk. *J Hypertens Suppl* 1994;12:S5.
20. Ogihara T, et al. The optimal target blood pressure for antihypertensive treatment in Japanese elderly patients with high-risk hypertension: a subanalysis of the Candesartan Antihypertensive Survival Evaluation in Japan (CASE-J) trial. *Hypertens Res*. 2008 Aug;31(8):1595-601.
21. Oates DJ, Berlowitz DR, Glickman ME, Silliman RA, Borzecki AM. Blood pressure and survival in the oldest old. *J Am Geriatr Soc*.2007; 55:383-8
22. Bulpitt CJ, et al. Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. *J Clin Hypert* 2003;21:2409-17
23. Mahé I, Leizorovicz A, Caulin C, et al. Aspirin for the prevention of cardiovascular events in the elderly. *Drugs Aging*. 2003; 20 (13): 999-1010.
24. Heart Protection Study Collaborative Group. *Lancet* 2002;360:7–22
25. Shepherd, J.; et al.: PROSPER Study. *The Lancet*, 2003; 360:2:1623
26. Mangoni A, Jackson S. The implications of a growing evidence base for drug use in elderly patients. Part 1. Statins for primary and secondary cardiovascular prevention. *Br J Clin Pharmacol*. 2006; 61(5):494-501.
27. Glynn RJ, Field TS, Rosner B: Evidence for a positive linear relation between blood pressure and mortality in elderly people. *Lancet* 1995; 345: 825-829.
28. Guías de hipertensión 2013. Sociedad Europea de Hipertensión y sociedad Europea de Cardiología. *J Hypertens* 2013;31:1281-1357.
29. Sesso, H. D. et al. Vitamins E and C in the prevention of cardiovascular disease in men: the Physicians' Health Study II randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:2123-2133.