



IV Reunión de Riesgo Vascular

**Toledo
6-8 Marzo 2008
Hotel Beatriz**



Anciano pluripatológico

¿Debe ser tratado según las guías de práctica clínica?

En principio es nuestro propósito

Luis Manzano Espinosa

Unidad de insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular. MI. Hospital Ramón y Cajal



(8/2004)

- **HTA / DM**
- **CI, IAM ante.**
- **FA crónica. FE 45%**
- **CF III**

87 años

Datos demográficos

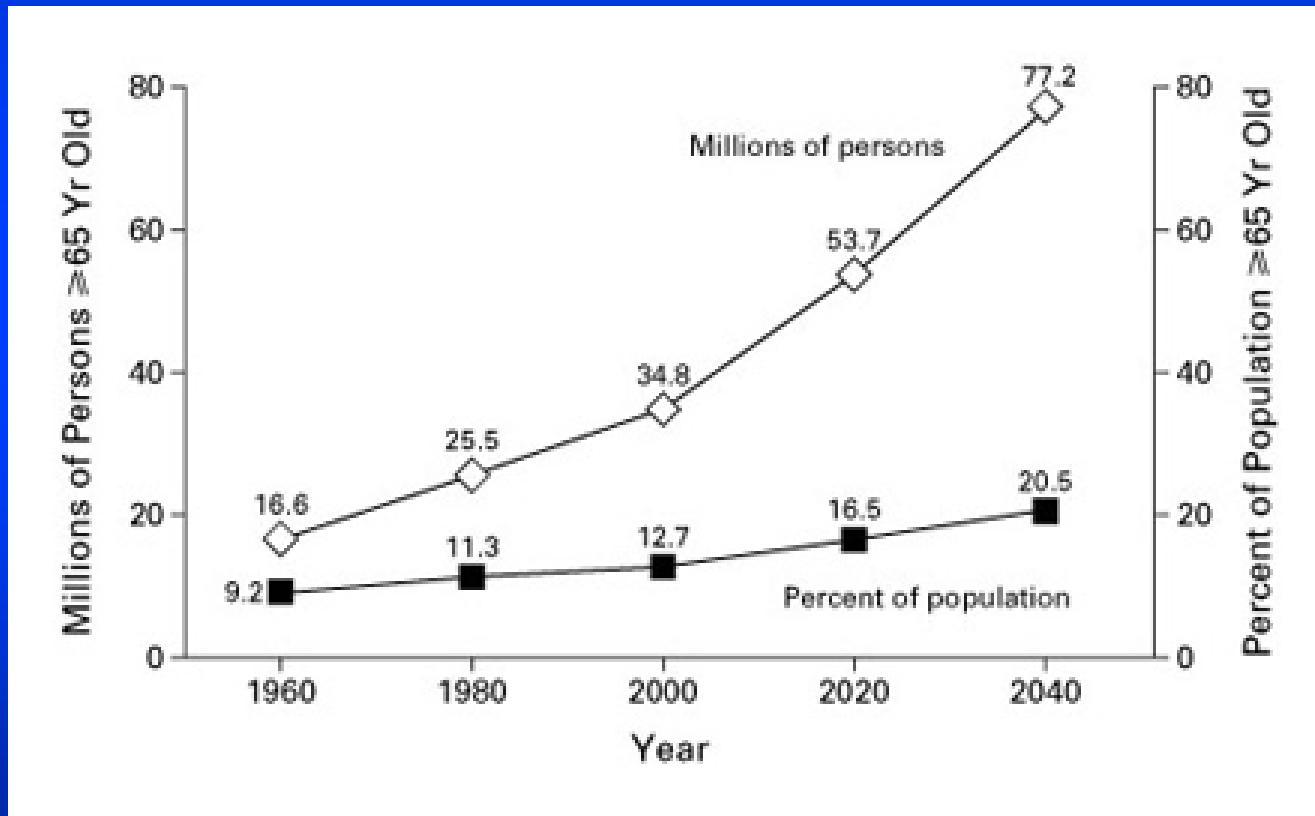
España 2007

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	45.200.737	22.339.962	22.860.775
65-69	1.839.464	869.799	969.665
70-74	1.993.753	903.141	1.090.612
75-79	1.652.055	702.414	949.641
80-84	1.161.073	444.042	717.031
85 y más	885.481	270.572	614.909

> 65 años: 17%

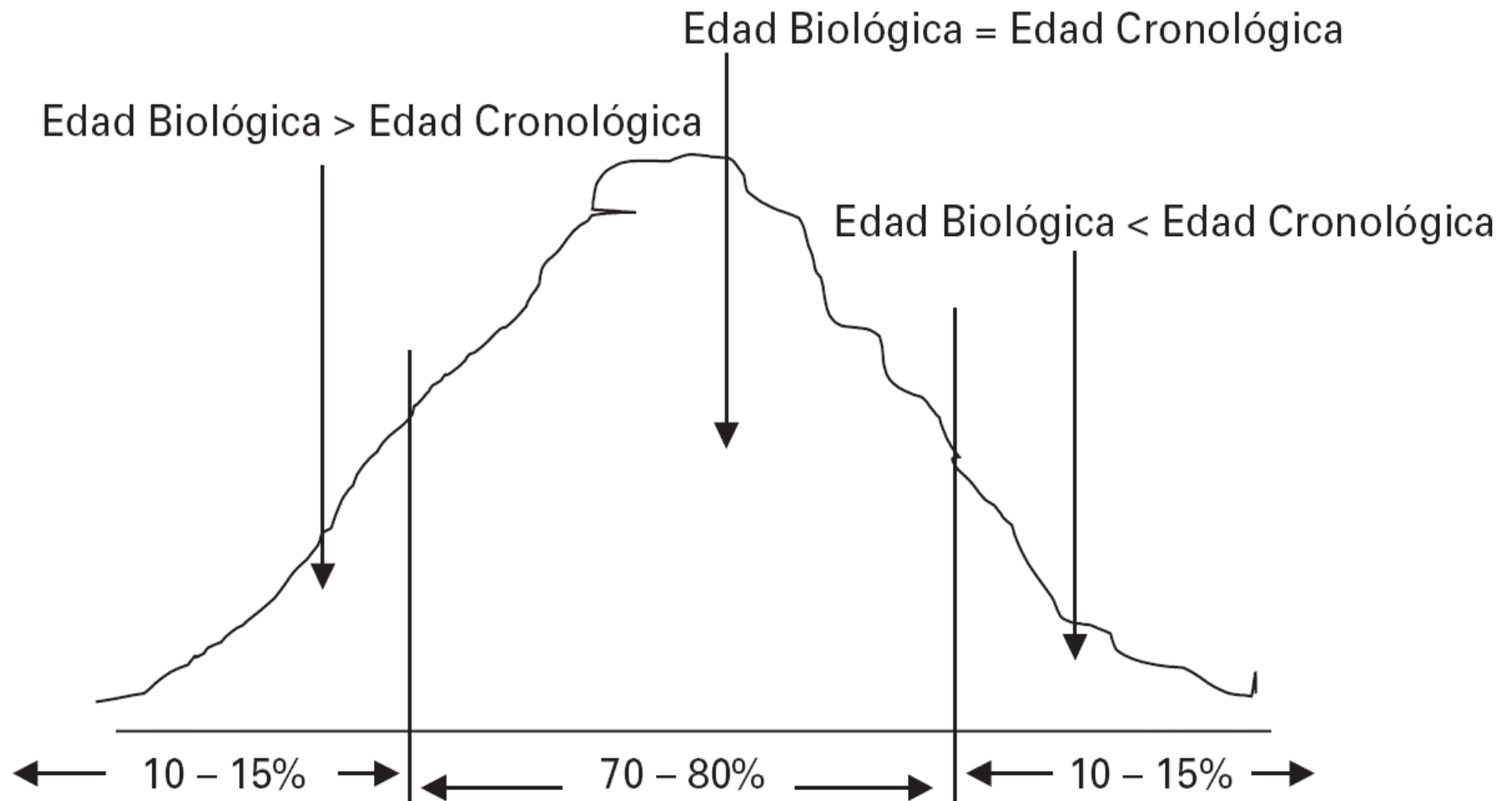
INE

Población mayor de 65 años estimada en EEUU



**¿A qué edad es una
persona anciana?**

Edad cronológica y biológica



Edad y anciano

Sociedad actual

(Ilusión y autonomía para vivir)

- * 65 – 80: es un “adulto maduro”
- * 80 – 90: es la “época de transición”
- * > 90: es el “anciano”

¿Qué opina la sociedad sobre la atención a la población anciana?

La opinión de la sociedad

VII

CONGRESO
NACIONAL DE
ORGANIZACIONES
DE MAYORES

Madrid,
23, 24 y 25 octubre

CEOMA

Confederación Española de Organizaciones de Mayores



Nuestros votos no se jubilan

**Discriminación
por edad**

La opinión de la sociedad

Discriminación sanitaria del Mayor

- Ponente:* **Ángel Oso Cantero**, Secretario de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.
- Presidente:* **Jesús Sánchez Martos**, Catedrático de Educación para la Salud.
- Vicepresidente:* **José Antonio García-Argudo López**, Presidente de AJUBANESTO.
- Secretario:* **Rafael Barroso Guerra**, Vicepresidente 1.º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.
- Vocal:* **Eladio García García**, Vicepresidente 2.º de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores, FAPROPEM.

¿Debe considerarse la edad como un criterio determinante a la hora de tomar una decisión médica ?

Exclusión de programas de prevención

Cáncer de mama

Management of breast cancer in elderly individuals:
recommendations of the International Society of Geriatric
Oncology

Lancet Oncol 2007; 8: 1101-15

Hans Wildiers, Ian Kunkler, Laura Biganzoli, Jacques Fracheboud, George Vlastos, Chantal Bernard-Marty, Arti Hurria, Martine Extermann, Véronique Girre, Etienne Brain, Riccardo A Audisio, Harry Bartelink, Mary Barton, Sharon H Giordano, Hyman Muss, Matti Aapro

cancer screening should be taken into account. In well-organised, population-based breast cancer screening programmes, mammography screening up to the age of 75 years could be appropriate. In individual patients, the

Limitación del acceso a unidades especiales

Unidades Coronarias

AHA Scientific Statement

Acute Coronary Care in the Elderly, Part I

Non-ST-Segment-Elevation Acute Coronary Syndromes

A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology

In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology

Karen P. Alexander, MD; L. Kristin Newby, MD, MHS, FAHA;

Christopher P. Cannon, MD, FAHA; Paul W. Armstrong, MD, FAHA; W. Brian Gibler, MD;
Michael W. Rich, MD, FAHA; Frans Van de Werf, MD, PhD; Harvey D. White, MB, DSc, FAHA;

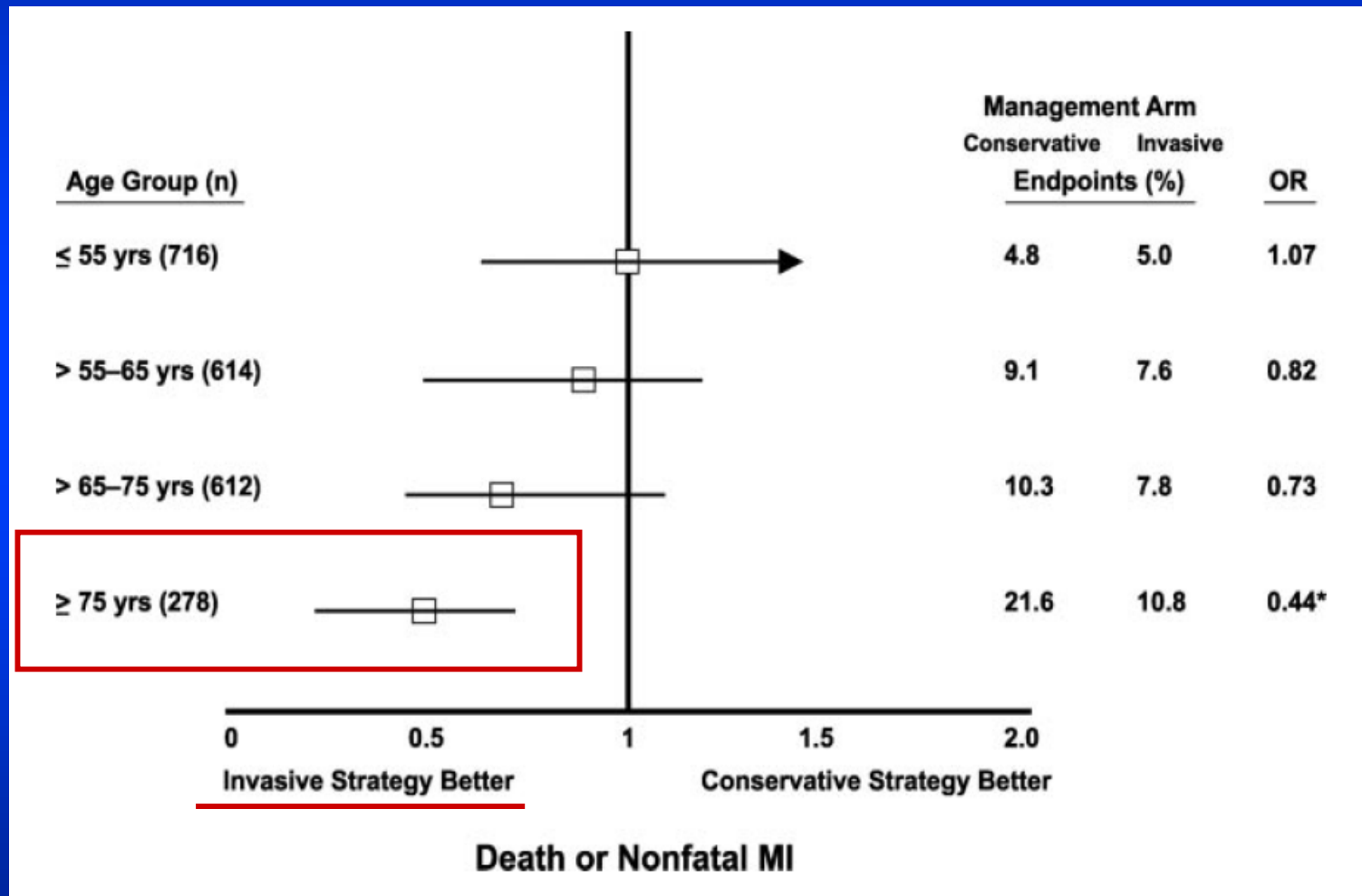
W. Douglas Weaver, MD, FAHA; Mary D. Naylor, PhD, FAHA; Joel M. Gore, MD, FAHA;

Harlan M. Krumholz, MD, FAHA; E. Magnus Ohman, MD, Chair

Circulation 2007; 115: 2549

SCASEST

TTo invasivo vs conservador según la edad

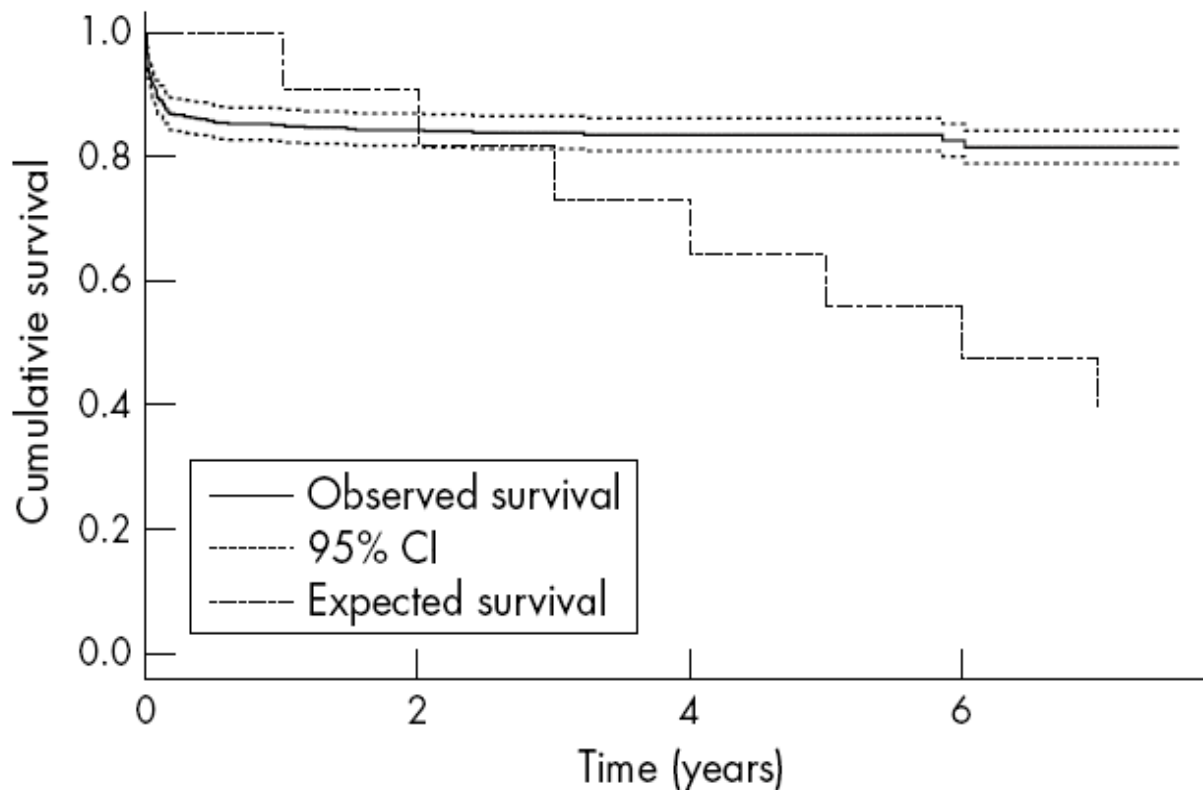


Limitación de tratamientos invasivos

INTERVENTIONAL CARDIOLOGY AND SURGERY

Octogenarians undergoing cardiac surgery outlive their

S C Stc
S A M
.....



03 **1ST**
ONLINE

Figure 1 Long term survival of octogenarians in the series compared with an age matched population. $p < 0.001$, log rank test.

«DISCRIMINACION DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA INVESTIGACION CLINICA»

*Dña. Begoña Gutiérrez y D. Alfonso J. Cruz Jentoft. Unidad de Geriatría
Hospital Ramón y Cajal.*

Los pacientes mayores de 75-80 años apenas están representados en los ensayos clínicos

Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años que cumplen criterios de inclusión EC (NHF project)

	SOLVD			RALES			MERIT-HF		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female
Number meeting enrollment criteria	3579	2002	1557	5158	2787	2371	2726	1495	1231
Percent of total cohort	17%	23%	13%*	25%	32%	21%*	13%	17%	11%*

Escaso conocimiento de la IC con FE conservada

2007

Masoudi. Am Heart J 2003; 146: 250

Las enfermedades cardiovasculares en el anciano

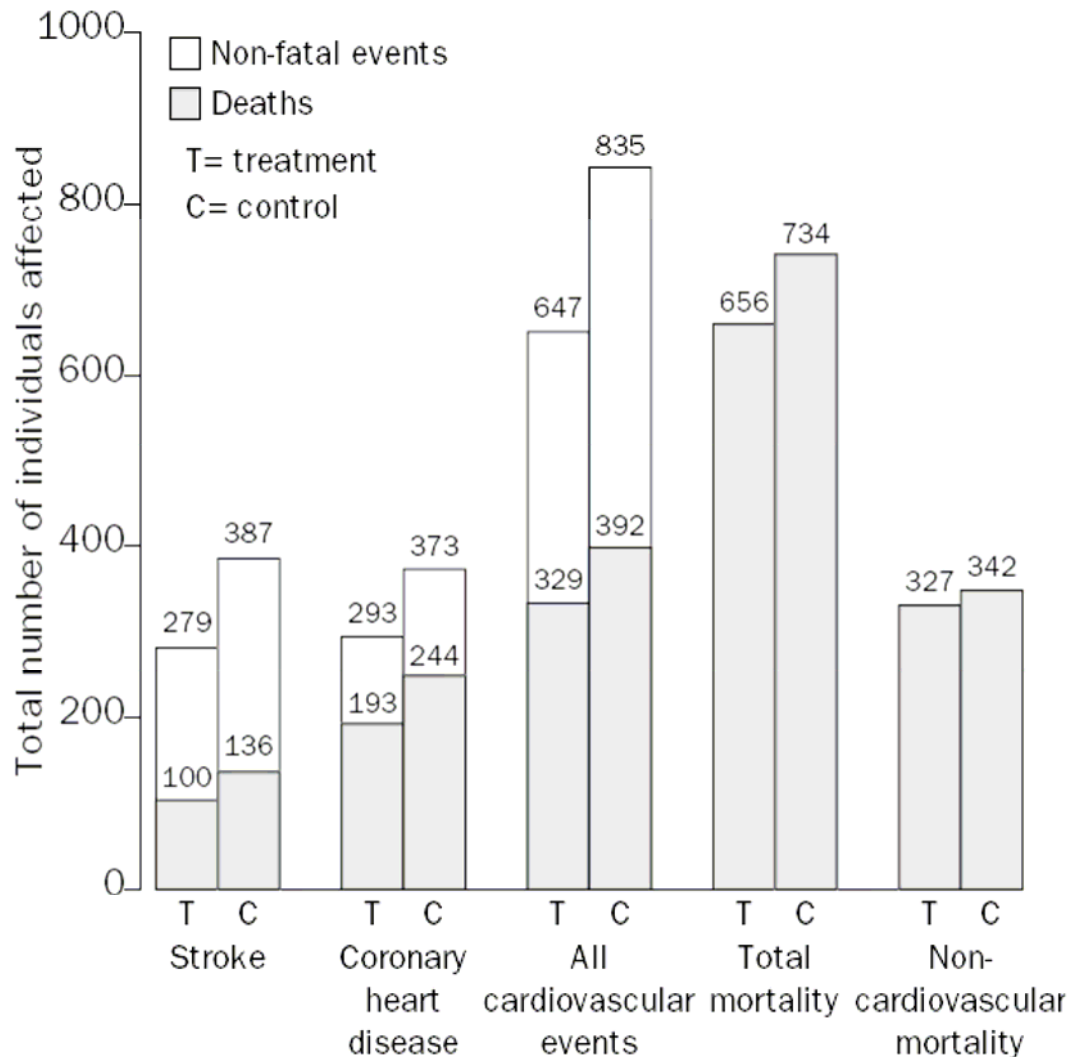
- * 68% de las muertes CV > 75 años**
- * 82% de las muertes CI > 65 años**
- * 87% de las muertes ACVA > 65 años**
- * Prevalencia HTA: 70% H, 84% M > 75 años**
- * FA: edad media 67a H, 75a M**
- * IC: 75% de las altas, > 65 años**

Prevención Primaria

Cardiovascular

Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials

Jan A Staessen, Jerzy
François Gueyffier, Li



355: 865–872

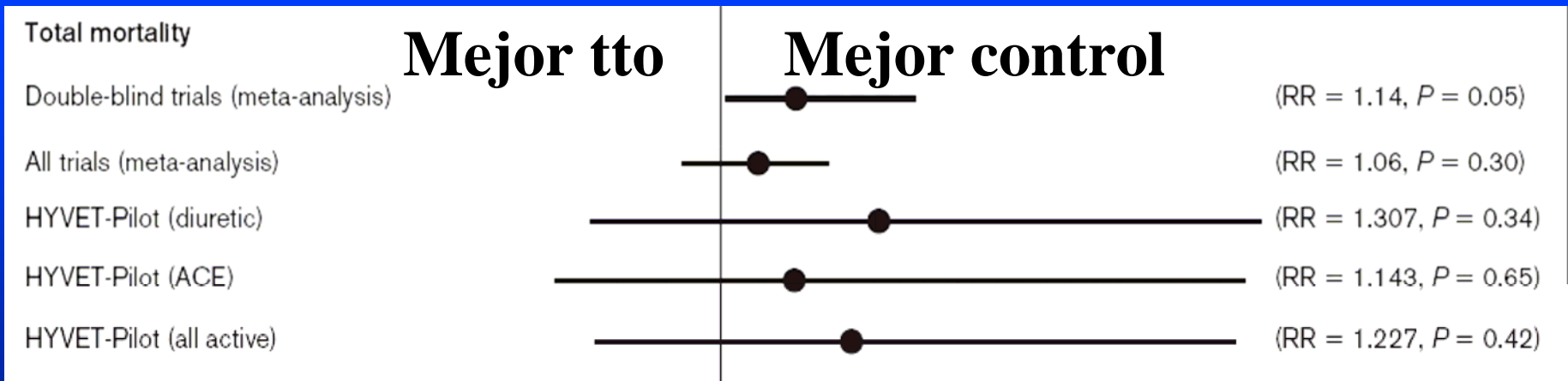
John Cooper, Tork Ekbom,

Results of the pilot study for the Hypertension in the Very Elderly Trial

Christopher J. Bulpitt^a, Nigel S. Beckett^a, Jonathan Cooke^a,
Dan L. Dumitrascu^b, Blas Gil-Extremera^c, Choudomir Nachev^d, Maria Nunes^a,
Ruth Peters^a, Jan A. Staessen^e and Lut Thijs^e, on behalf of the Hypertension in
the Very Elderly Trial (HYVET) Working Group

> 80 años

Total mortalidad



Guidelines

2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension

The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia, Co-Chairperson (Italy), Guy De Backer, Co-Chairperson (Belgium), Anna Dominiczak (UK), Renata Cifkova (Czech Republic), Robert Fagard (Belgium), Giuseppe Germano (Italy), Guido Grassi (Italy), Anthony M. Heagerty (UK), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Stephane Laurent (France), Krzysztof Narkiewicz (Poland), Luis Ruilope (Spain), Andrzej Rynkiewicz (Poland), Roland E. Schmieder (Germany), Harry A.J. Struijker Boudier (Netherlands), Alberto Zanchetti (Italy)

Anciano J Hypertension 2007;25:1105

- * **Deben seguirse las recomendaciones generales**
- * **Quizás sea prudente no reducir la PA diastólica <60-70**
- * **No expresa restricciones en los > 80 años**

Hipercolesterolemia

Ⓜ **Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial**

Lancet 2002; **360**: 1623–30

James Shepherd, Gerard J Blauw, Michael B Murphy, Edward L E M Bollen, Brendan M Buckley, Stuart M Cobbe, Ian Ford, Allan Gaw, Michael Hyland, J Wouter Jukema, Adriaan M Kamper, Peter W Macfarlane, A Edo Meinders, John Norrie, Chris J Packard, Ivan J Perry, David J Stott, Brian J Sweeney, Cillian Twomey, Rudi G J Westendorp, on behalf of the PROSPER study group

Edad media 75 años. Segui 38 meses

Reducción

15%

eventos coronarios y cerebrales

Standards of Medical Care in Diabetes

ADA

All this having been said, patients who can be expected to live long enough to reap the benefits of long-term intensive diabetes management (~10 years) and who are active, cognitively intact, and willing to undertake the responsibility of self-management should be encouraged to do so and be treated using the stated goals for younger adults with diabetes.

ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

TABLE 11. Risk Factors for Ischemic Stroke and Systemic Embolism in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation

Risk Factors	Relative Risk
Previous stroke or TIA	2.5
Diabetes mellitus	1.7
History of hypertension	1.6
Heart failure	1.4
Advanced age (continuous, per decade)	1.4

75 años + FA

Indicación anticoagulación clase I (+ M)

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text

Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice
(constituted by representatives of nine societies and by invited experts)

Ian Graham (Chairperson)*^a, Dan Atar^a, Knut Borch-Johnsen^{b,c}, Gudrun Boysen^d,
Gunilla Burell^e, Renata Cifkova^f, Jean Dallongeville^a, Guy De Backer^a, Shah Ebrahim^a,
Bjørn Gjelsvik^g, Christoph Herrmann-Lingen^e, Arno Hoes^g, Steve Humphries^a,
Mike Knapp^h, Joep Perk^a, Silvia G. Priori^a, Kalevi Pyörälä^a, Zeljko Reinerⁱ, Luis Ruilope^a,
Susana Sans-Menendez^a, Wilma Scholte Op Reimer^a, Peter Weissberg^h, David Wood^a,
John Yarnell^a, Jose Luis Zamorano^a

European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007, Vol 14 (suppl 2)

No hace ninguna mención restrictiva respecto a la edad

Indice de Framingham (mujeres)

Framingham Point Scores in Women*

Age, years	Points
20 to 34	-7
35 to 39	-3
40 to 44	0
45 to 49	3
50 to 54	6
55 to 59	8
60 to 64	10
65 to 69	12
70 to 74	14
75 to 79	16

Total cholesterol mg/dL (mmol/L)	Age 20 to 39	Age 40 to 49	Age 50 to 59	Age 60 to 69	Age 70 to 79
<160 (3.4)	0	0	0	0	0
160 to 199 (3.4 to 5.15)	4	3	2	1	1
200 to 239 (5.17 to 6.18)	8	6	4	2	1
240 to 279 (6.2 to 7.21)	11	8	5	3	2
≥280 (7.24)	13	10	7	4	2

	Age 20 to 39	Age 40 to 49	Age 50 to 59	Age 60 to 69	Age 70 to 79
Nonsmoker	0	0	0	0	0
Smoker	9	7	4	2	1

HDL cholesterol mg/dL (mmol/L)	Points
≥60 (1.55)	-1
50 to 59 (1.29 to 1.53)	0
40 to 49 (1.03 to 1.27)	1
<40 (1.03)	2

Systolic blood pressure, mmHg	Untreated	Treated
<120	0	0
120 to 129	1	3
130 to 139	2	4
140 to 159	3	5
≥160	4	6

Point total	10 year risk, percent	Point total	10 year risk, percent
<9	<1	18	6
9	1	19	8
10	1	20	11
11	1	21	14
12	1	22	17
13	2	23	22
14	2	24	27
15	3	≥25	≥30
16	4		
17	5		

*Adapted from Adult Treatment Panel III at <http://www.nhlbi.nih.gov/>

The point total is determined in each category and the 10 year risk determined in the bottom row.

Prevención Secundaria

Cardiovascular

AHA Scientific Statement

Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in the Elderly (With Emphasis on Patients ≥ 75 Years of Age)

An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention

Mark A. Williams, PhD; Jerome L. Fleg, MD; Philip A. Ades, MD; Bernard R. Chaitman, MD;

Conclusions

Secondary prevention interventions to impact and control risk factors in older patients with CHD, including habitual cigarette smoking, hypertension, abnormal blood lipids, elevated blood glucose, obesity, various psychological concerns, and physical inactivity, appear effective to an extent similar to that observed in younger patients. Greater involvement of the elderly in these programs is needed to fully realize the therapeutic and secondary preventive potential.

AHA Scientific Statement

Acute Coronary Care in the Elderly, Part I Non–ST–Segment–Elevation Acute Coronary Syndromes A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology

In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology

Karen P. Alexander, MD; L. Kristin Newby, MD, MHS, FAHA;
Christopher P. Cannon, MD, FAHA; Paul W. Armstrong, MD, FAHA; W. Brian Gibler, MD;
Michael W. Rich, MD, FAHA; Frans Van de Werf, MD, PhD; Harvey D. White, MB, DSc, FAHA;
W. Douglas Weaver, MD, FAHA; Mary D. Naylor, PhD, FAHA; Joel M. Gore, MD, FAHA;
Harlan M. Krumholz, MD, FAHA; E. Magnus Ohman, MD, Chair

**Circulation 2007:
115: 2549**

AHA Scientific Statement

Acute Coronary Care in the Elderly, Part II ST–Segment–Elevation Myocardial Infarction A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology

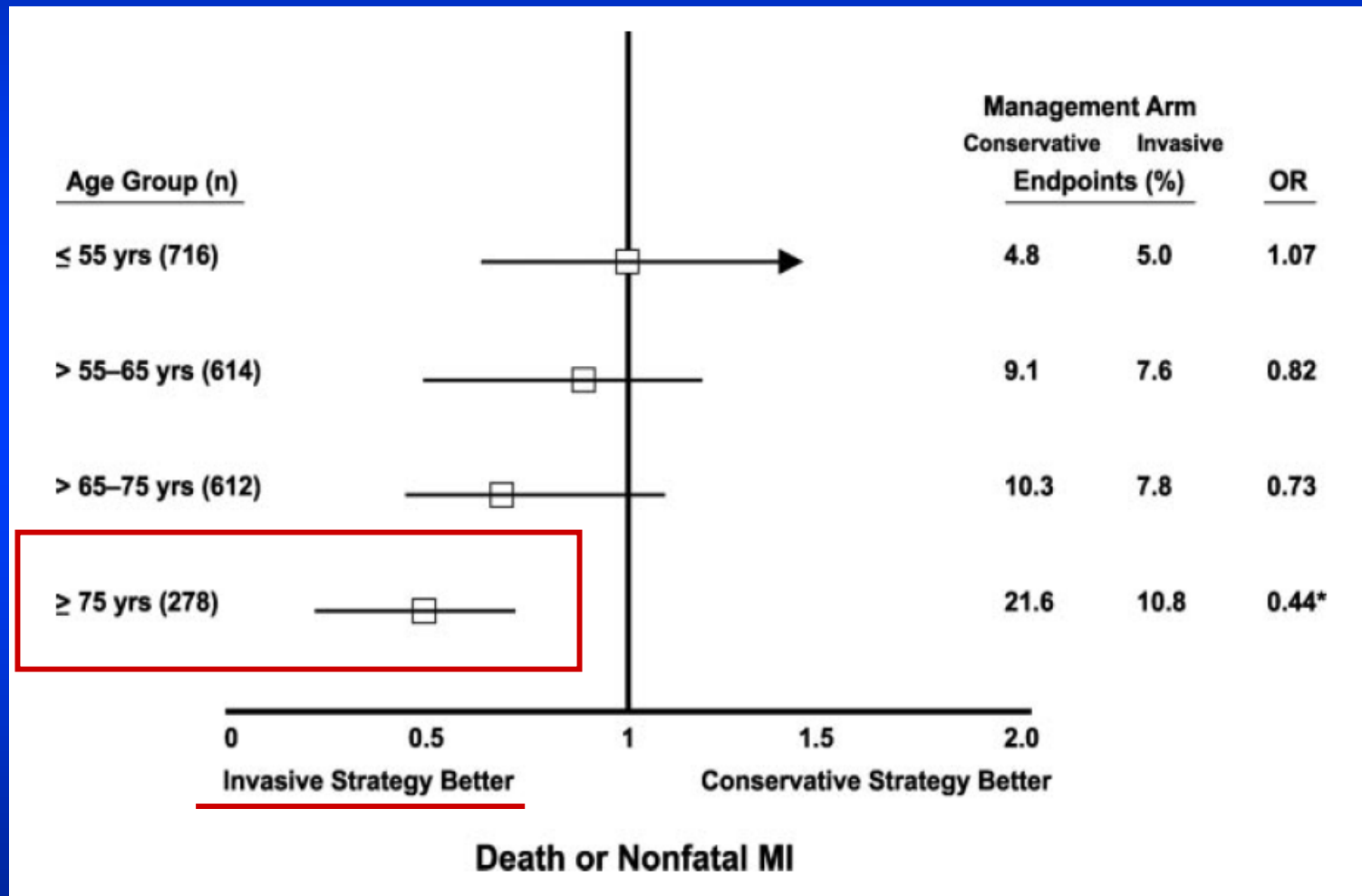
In Collaboration With the Society of Geriatric Cardiology

Karen P. Alexander, MD; L. Kristin Newby, MD, MHS, FAHA; Paul W. Armstrong, MD, FAHA;
Christopher P. Cannon, MD, FAHA; W. Brian Gibler, MD; Michael W. Rich, MD, FAHA;
Frans Van de Werf, MD, PhD; Harvey D. White, MB, DSc, FAHA;
W. Douglas Weaver, MD, FAHA; Mary D. Naylor, PhD, FAHA; Joel M. Gore, MD, FAHA;
Harlan M. Krumholz, MD, FAHA; E. Magnus Ohman, MD, Chair

**Circulation 2007:
115: 2570**

SCASEST

TTo invasivo vs conservador según la edad



Octogenarians undergoing cardiac surgery outlive their peers: a case for early referral

S C Stoica, F Cafferty, J Kitcat, R J F Baskett, M Goddard, L D Sharples, F C Wells, S A M Nashef

Heart 2006; 92:503

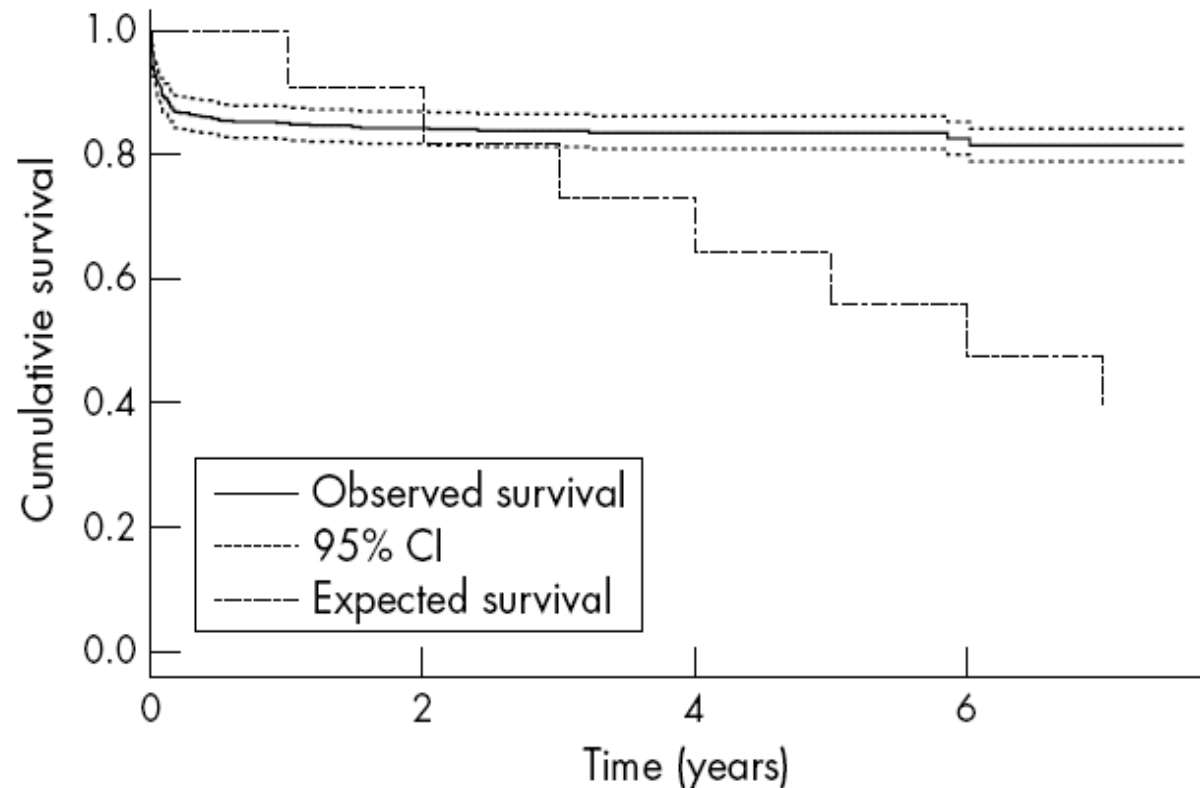


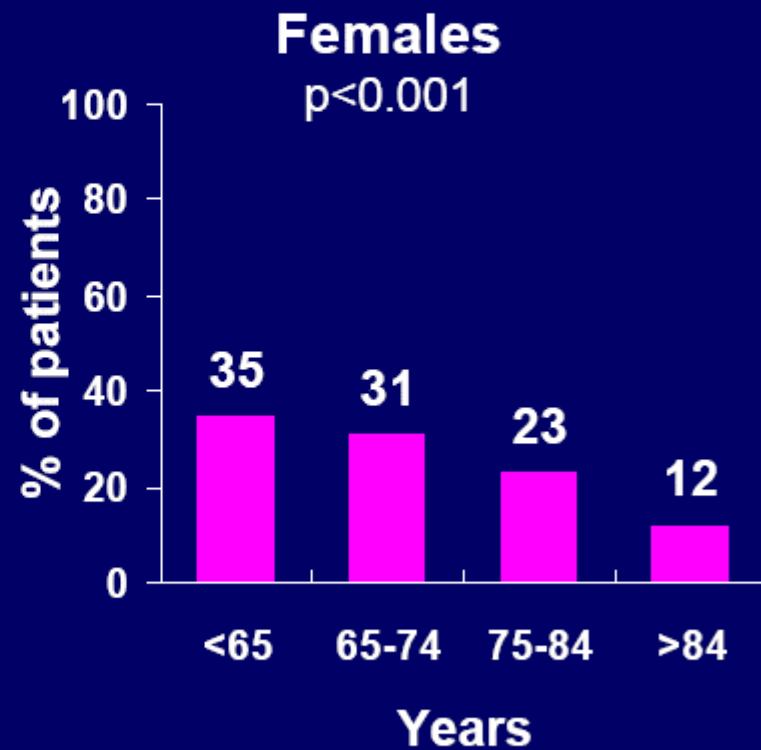
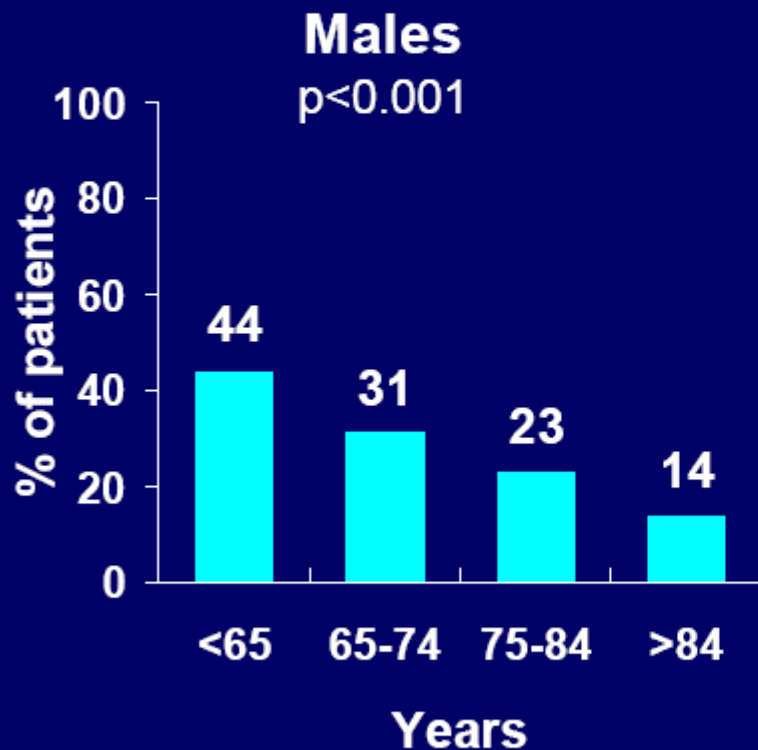
Figure 1 Long term survival of octogenarians in the series compared with an age matched population. $p < 0.001$, log rank test.

Tratamiento de la IC en el anciano

Limitaciones

- * La propia **edad** avanzada
- * Alta **comorbilidad**
- * Dificultad en el **seguimiento**
- * La escasa representación en los **EC**
- * La ausencia de conocimiento en la IC con **FE preservada**

Beta-blockers Prescriptions in the Patients with HF According to Age: IMPROVEMENT Study 8256 patients in 15 countries, 1999-2000



Estudio CARDIOPRES

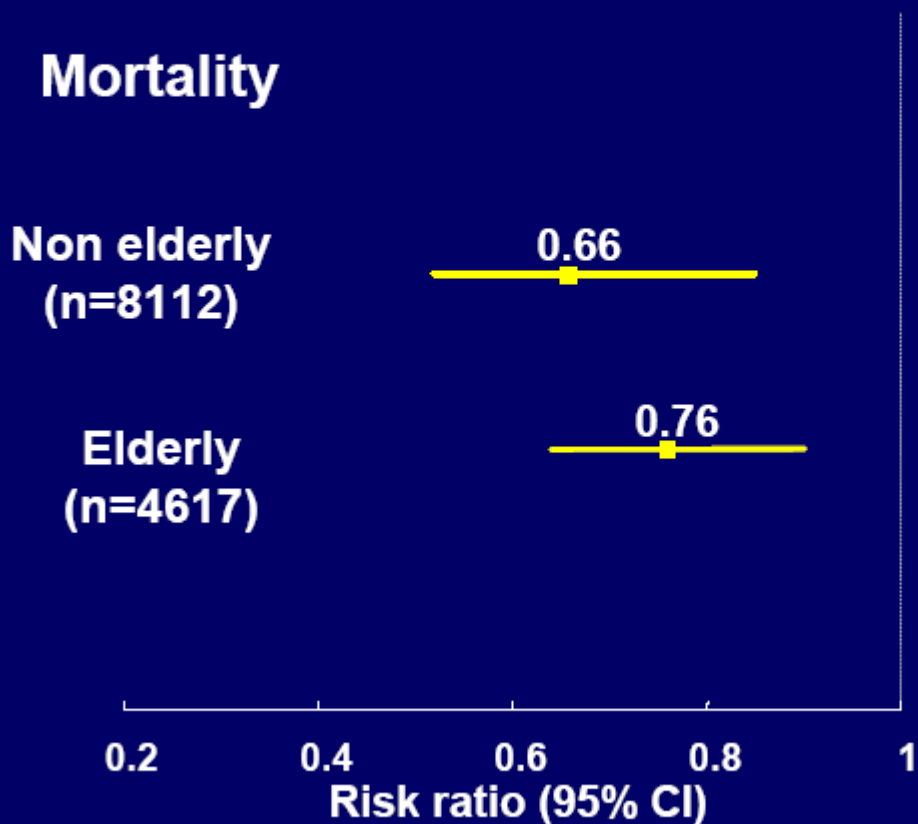
Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca crónica

	n*	%**
Diurético del asa	612	72,3
IECA	516	60,9
Antiagregantes	325	38,4
Digital	312	36,8
Anticoagulantes	271	32,0
Bloqueadores alfa	262	30,9
ARA II	230	27,2
Nitratos	214	25,3
Calcioantagonistas	157	18,5
Betabloqueantes	57	6,7
Otros tratamientos	162	19,1
Total pacientes valorables	847	100,0

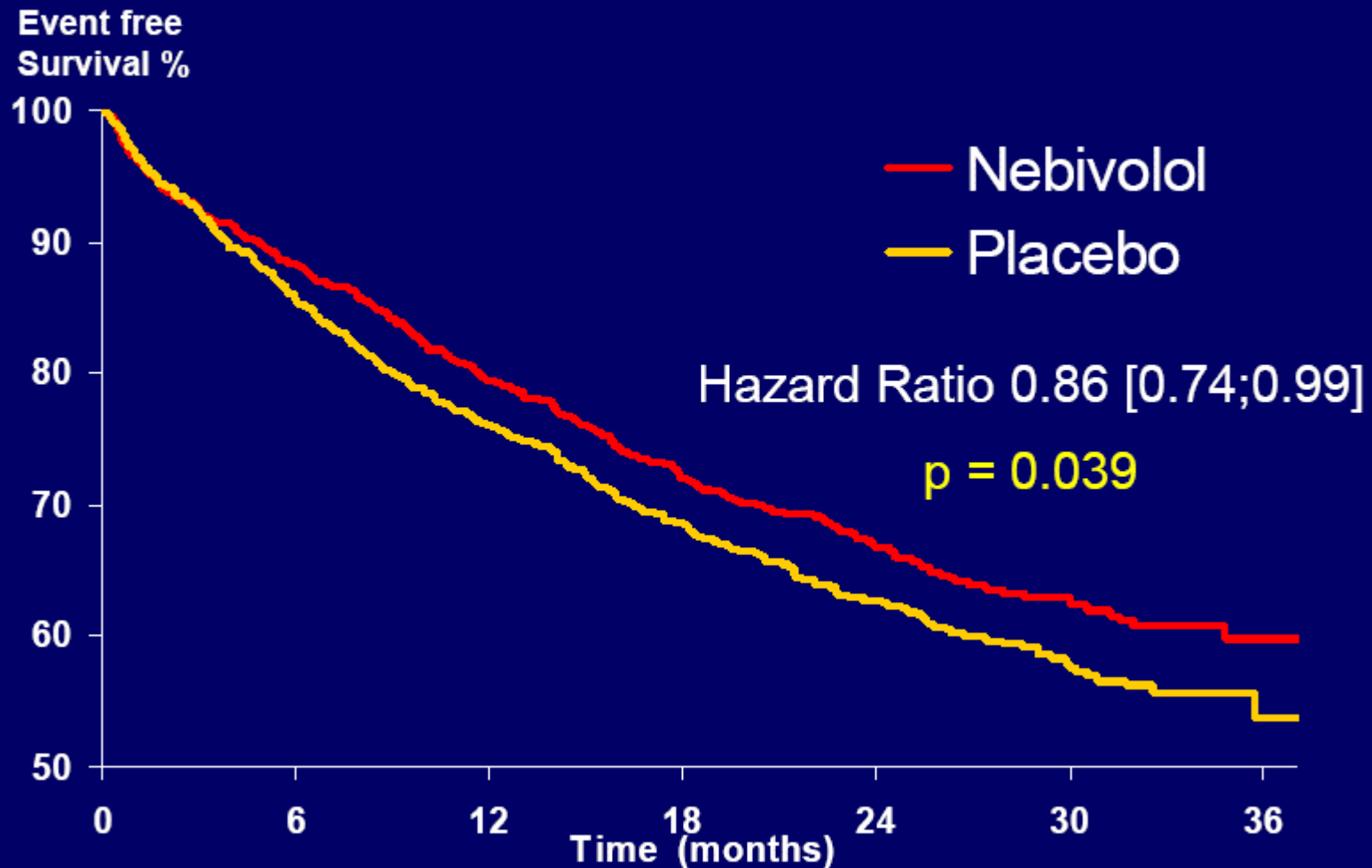
Betabloqueantes

6.7%

Beta-blockers Reduce Mortality also in Elderly Patients: Meta-analysis of >12,000 Patients in Large-scale Trials (BEST, Carvedilol US, CIBIS-II, COPERNICUS, MERIT-HF)



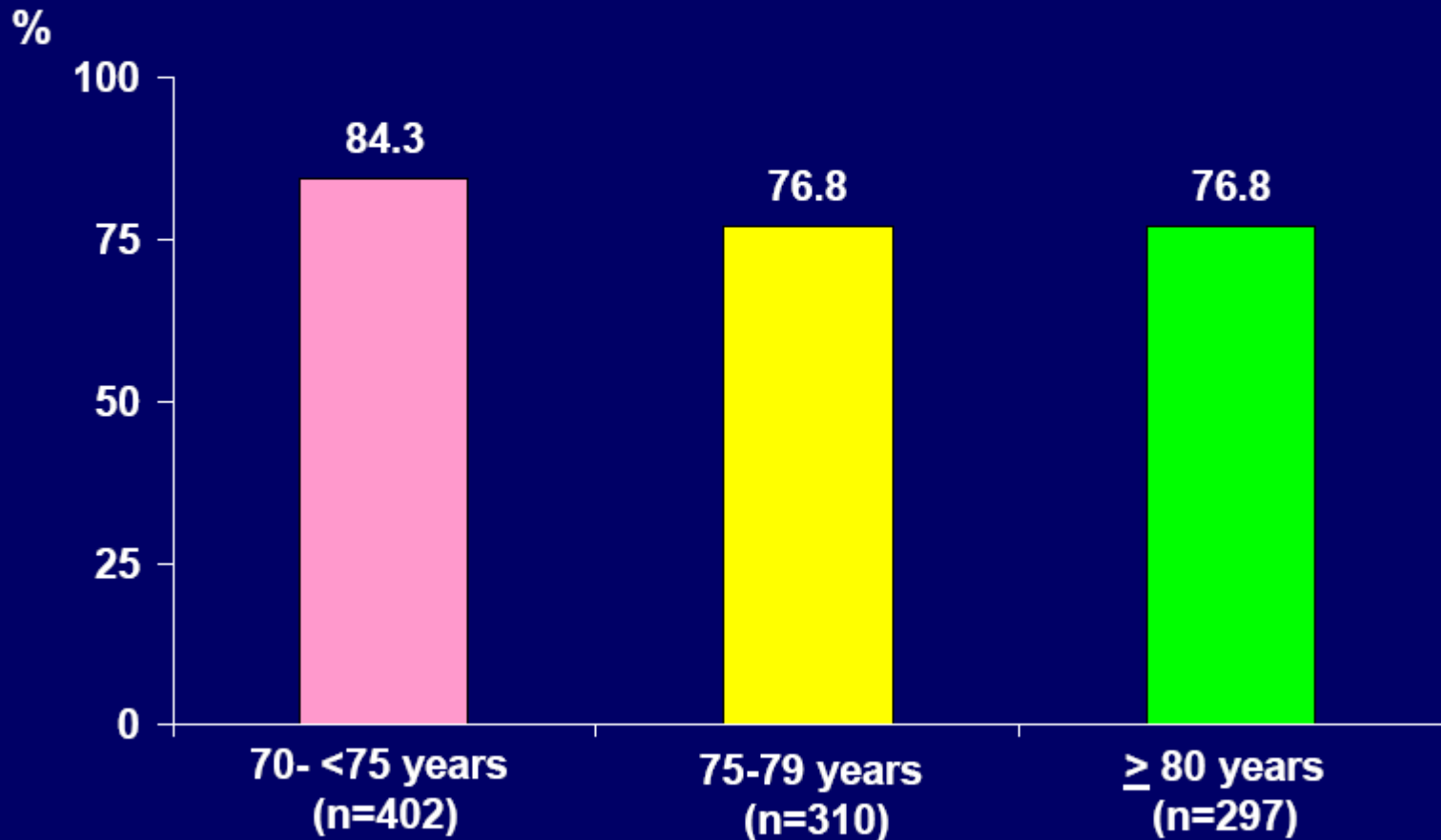
SENIORS Trial: All Cause Mortality or CV Hospital Admission (Primary Outcome)



No. of events: Nebivolol 332 (31.1%); Placebo 375 (35.3%)

COLA II

Tolerability according to Age

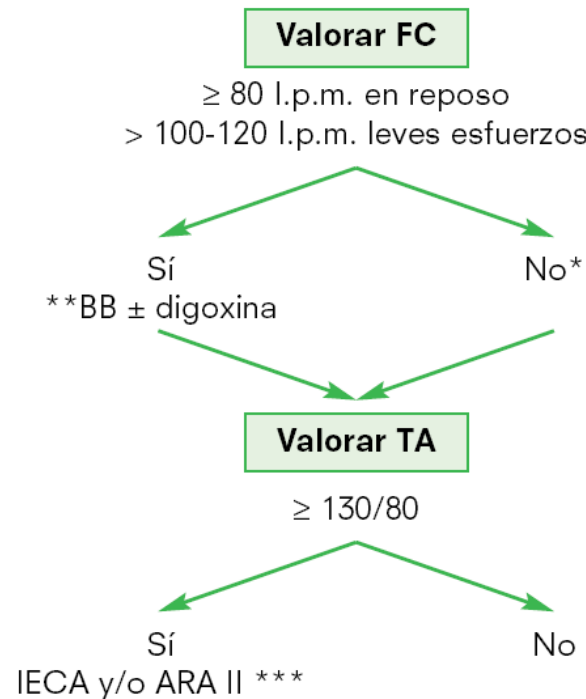


P<0.05 by ANOVA

INSUFICIENCIA CARDÍACA DIASTÓLICA O CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA (FRACCIÓN DE EYECCIÓN $\geq 50\%$)

ESQUEMA GENERAL

Algoritmo básico de tratamiento de la IC diastólica



Utilizar diuréticos en la cantidad mínima necesaria para controlar síntomas congestivos

*Si el paciente está con digoxina sustituirla paulatinamente por BB.

**Si BB contraindicados por asma o EPOC grave administrar verapamilo o diltiazem.

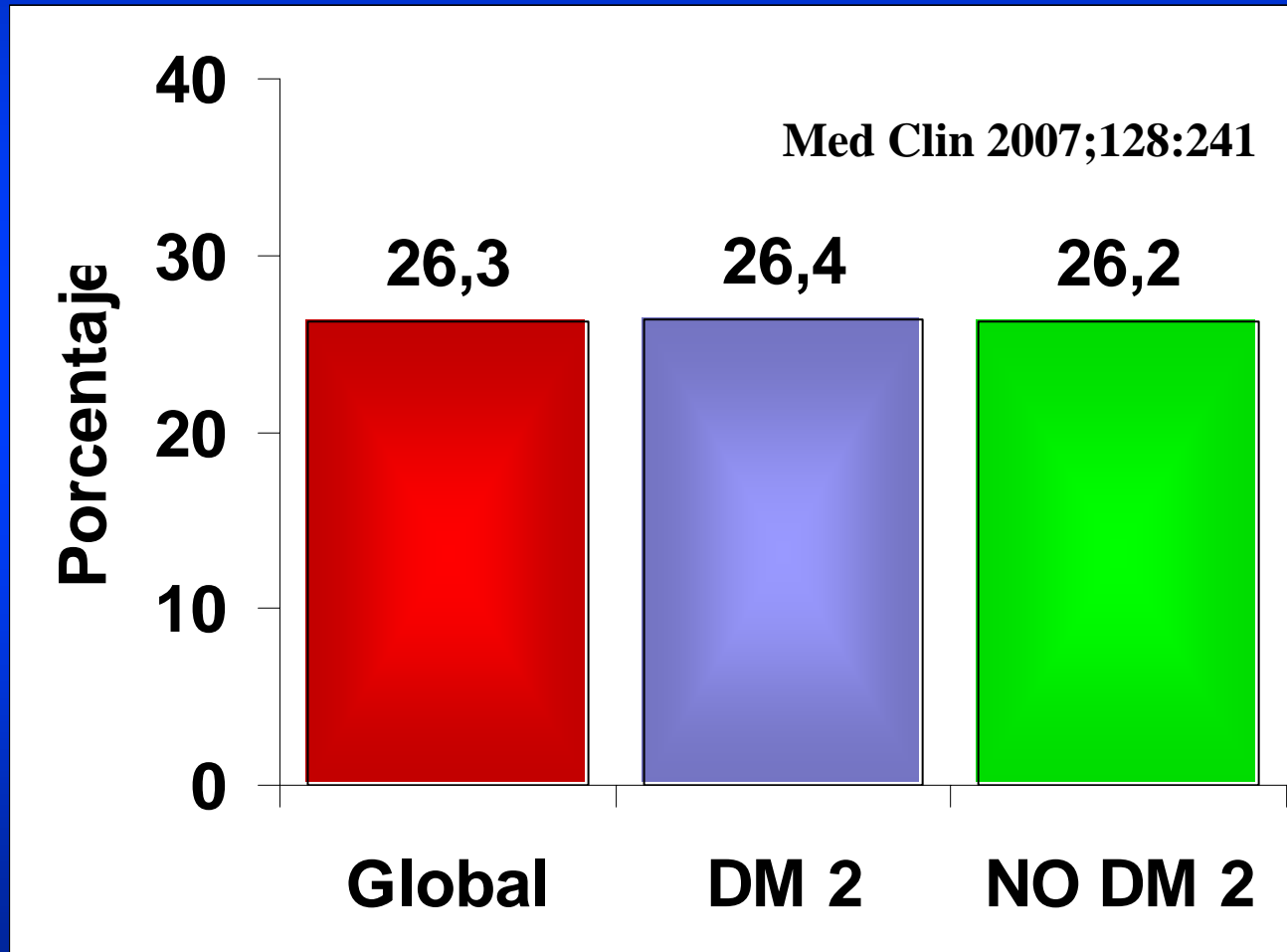
***Si es necesario para control de PA añadir amlodipino, preferentemente, y/ o doxazosina.

**Detección de enfermedad
vascular subclínica
en el anciano**

Enfermedad arterial periférica

ESTUDIO MERITO

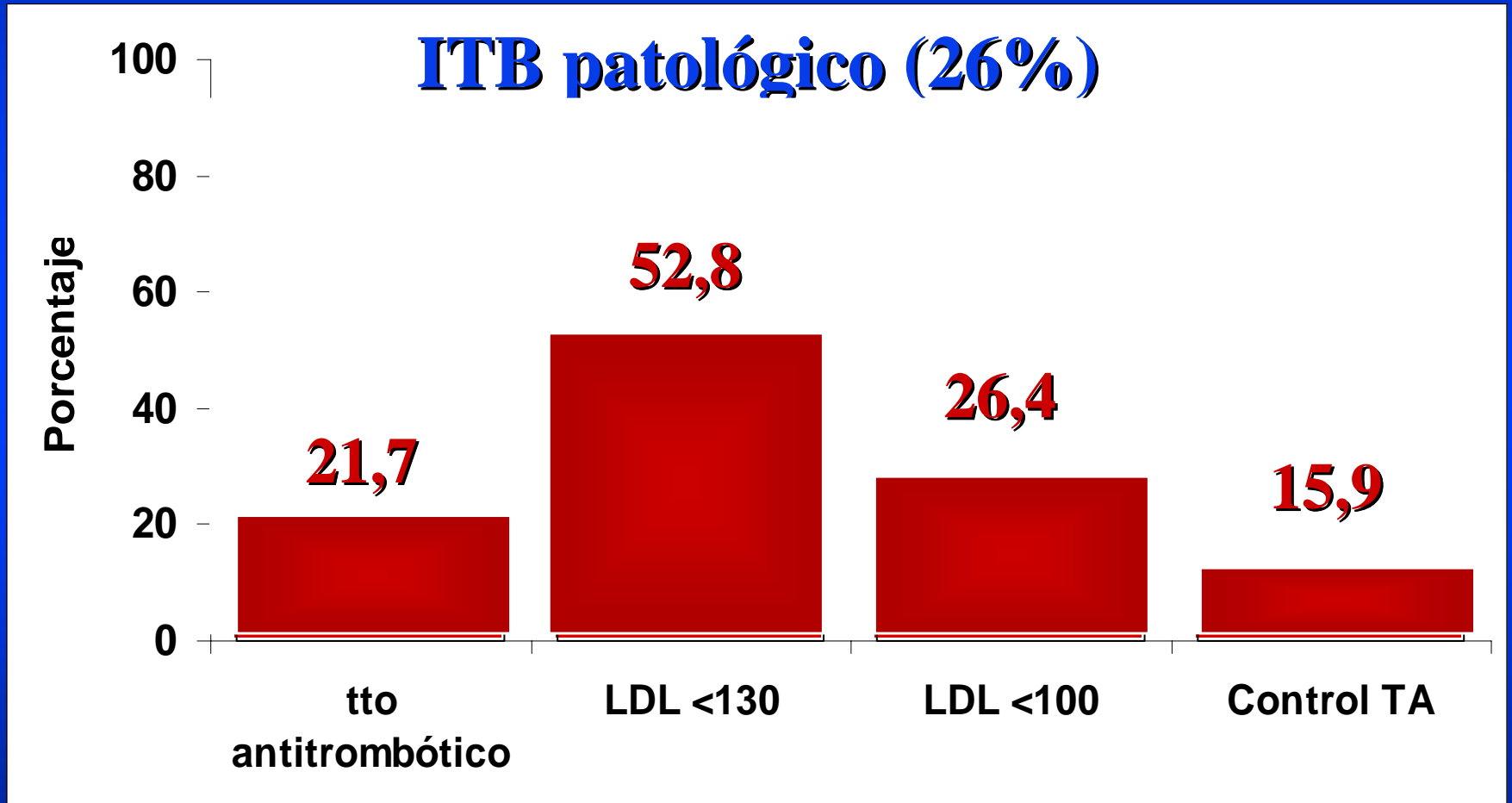
Prevalencia de ITB < 0.9 (50-80 años)



ESTUDIO MERITO

La edad fue uno de los factores asociados de manera más consistente con la presencia de ITB <0.9

MERITO I Impacto terapéutico de la de la implementación del ITB



Indicaciones para la realización del índice tobillo-brazo

El índice tobillo-brazo debería realizarse en pacientes con:

- Edad ≥ 70 años.
- Edad 50-69 años + factores de riesgo vascular (tabaco, diabetes).
- Cualquier edad + ausencia de pulsos distales.
- Cualquier edad + clínica compatible: claudicación intermitente, dolor en reposo...
- Historia de enfermedad vascular en otro territorio.
- Riesgo moderado (10-20%) según Framingham.

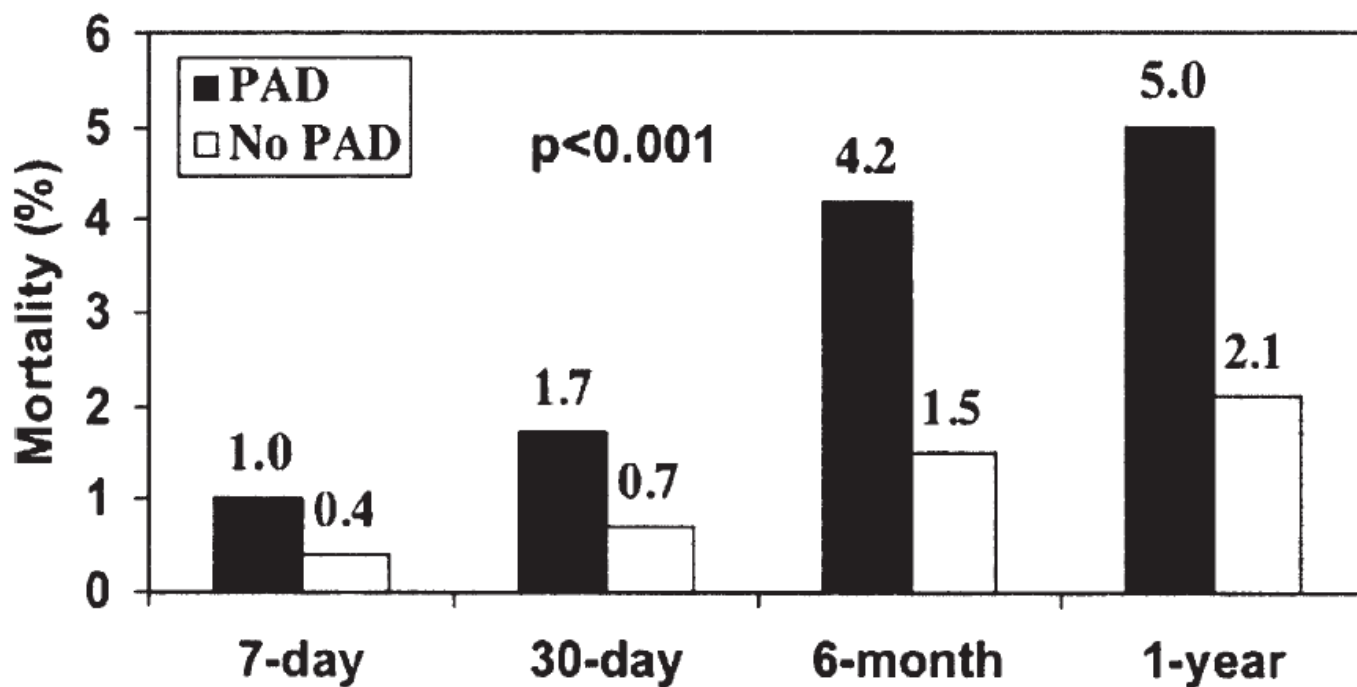
MERITO II

Prevalencia de Enfermedad
Arterial Periférica asintomática
estimada por el Índice Tobillo-
Brazo en pacientes con
enfermedad vascular establecida

The Influence of Peripheral Arterial Disease on Outcomes

A Pooled Analysis of Mortality in Eight Large Randomized Percutaneous Coronary Intervention Trials

JACC 2006;48:1567



MERITO II

Major CV Endpoints as a Function of Single vs Multiple Arterial Involvement:

One Year Event Rates

	Single arterial bed				Polyvascular disease				
	Overall	CAD alone	CVD alone	PAD alone	Overall	CAD + CVD	CAD + PAD	CVD + PAD	CAD + CVD + PAD
CV death	1.5	1.5	1.4	1.2	2.4	2.0	2.9 ⁽²⁾	1.8	3.6 ⁽³⁾
Non-fatal MI	1.2	1.4	0.5 ⁽³⁾	1.0	1.5	1.6	1.4	1.3	1.8
Non-fatal stroke	1.5	0.9	3.5 ⁽³⁾	0.6	3.1	3.7	1.3 ⁽³⁾	4.8	4.0
CV death/MI/stroke	3.4	3.1	4.5 ⁽³⁾	2.3	6.0	6.4	4.8 ⁽³⁾	7.0	7.4
CV death/MI/stroke/hospitalization*	12.8	13.3	10.0 ⁽³⁾	18.2 ⁽³⁾	22.0	20.0	23.3 ⁽³⁾	24.4 ⁽¹⁾	26.9 ⁽³⁾

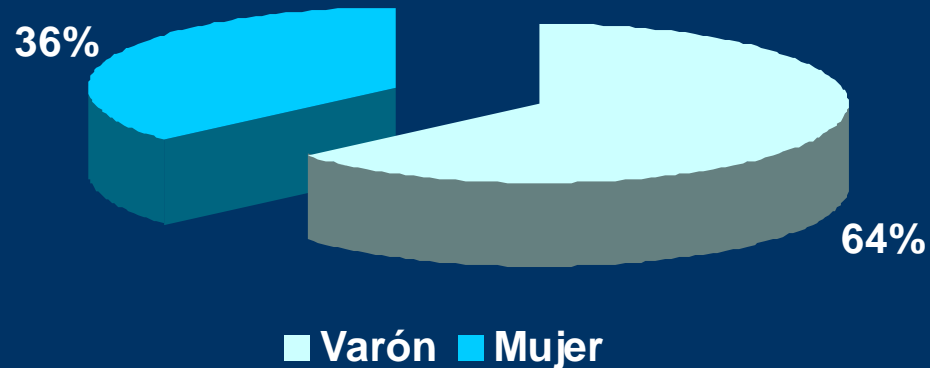
¹ p<0.05; ² p<0.01; ³ p<0.001 (ref class: CAD alone)

¹ p<0.05; ² p<0.01; ³ p<0.001 (ref class: CAD + CVD)

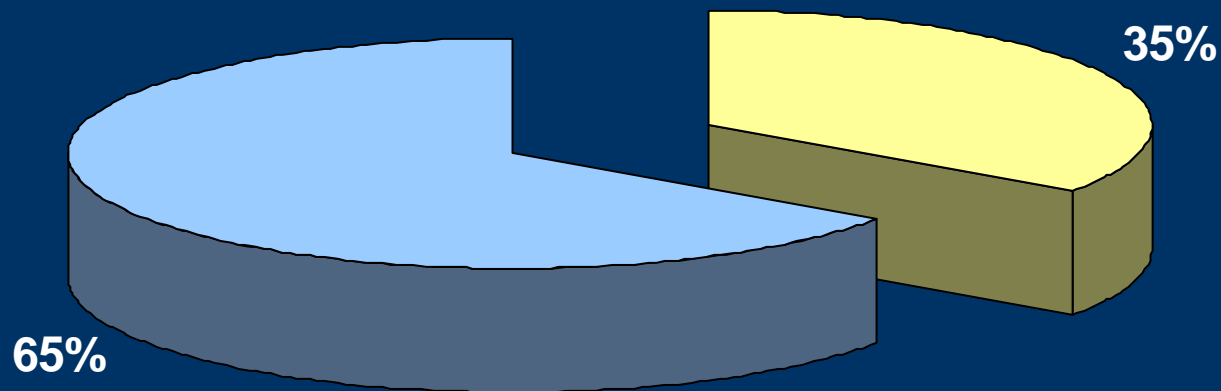
*TIA, unstable angina, other ischemic arterial event including worsening of peripheral arterial disease

DATOS BASALES Y DEMOGRÁFICOS

- Edad media: $74,3 \pm 5,4$.
- Sexo:



PREVALENCIA DE EAP MEDIANTE ITB

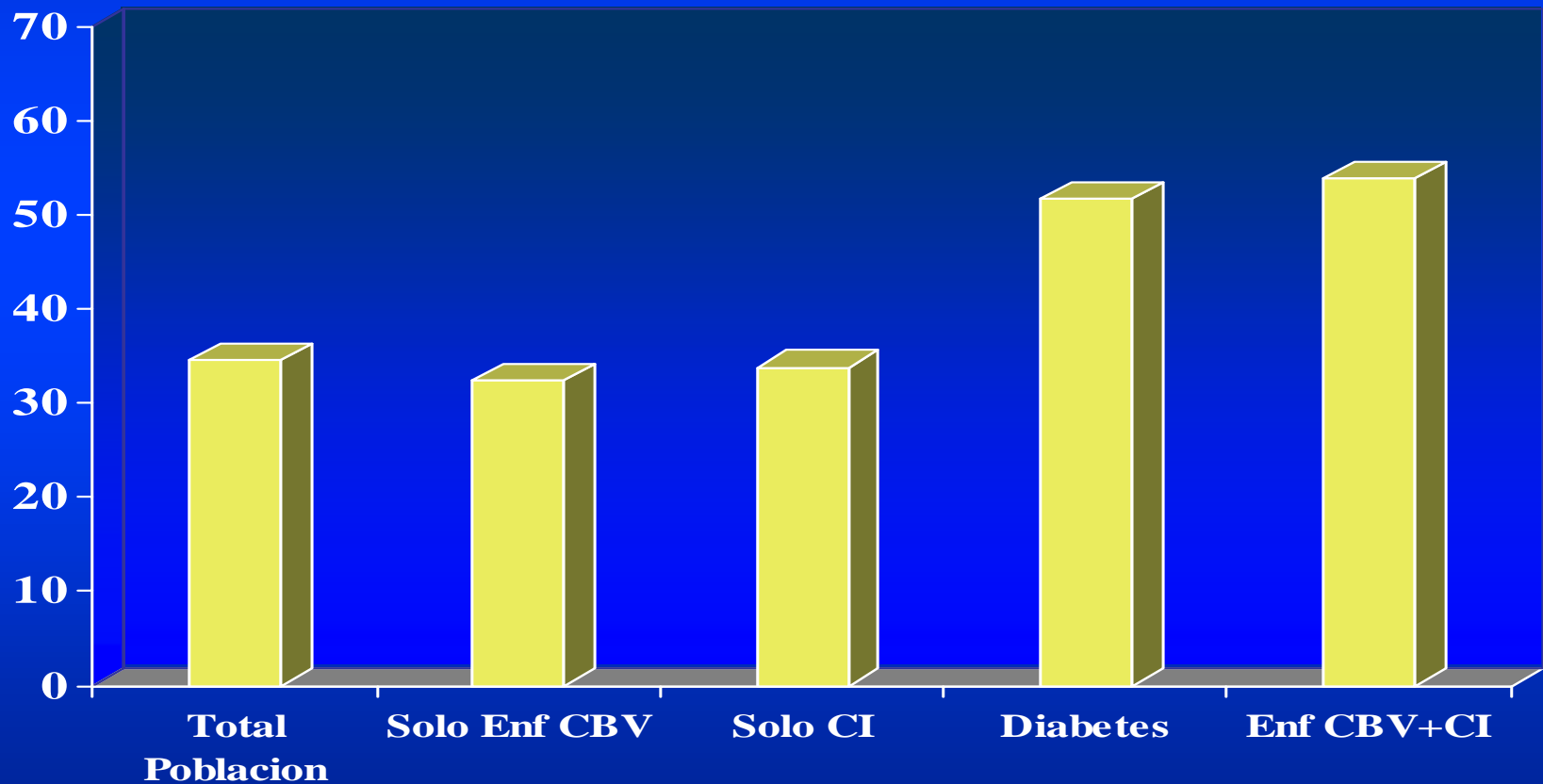


■ EAP (ITB < 0,9) ■ NO EAP (ITB >= 0,9)

MERITO II

MERITO II

Prevalencia de ITB < 0,9



Problemas en la atención médica del anciano

Problemas en la atención médica del anciano

- * **Dificultades** para uso correcto de la medicación
- * **Interacciones** medicamentosas y **dosificación**
- * **Comorbilidades:** demencia, incapacidad física, disminución expectativa de vida, falta de apoyo
- * **Rechazo** al tratamiento

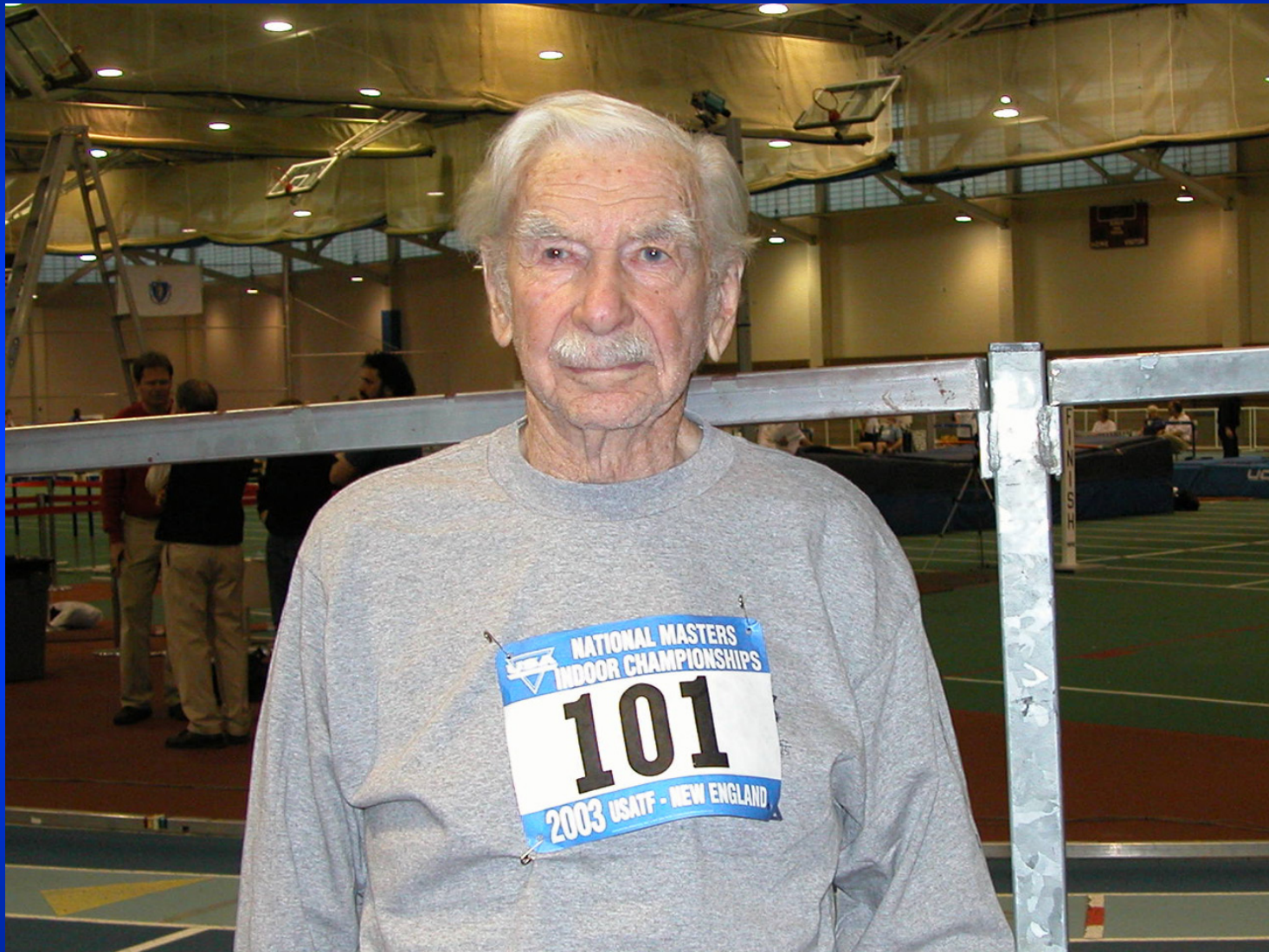
En mi opinión:

- * La **edad** (<90 años) no debe ser en sí mismo un factor decisivo para rechazar un tratamiento beneficioso

* **Necesidad de estudios
en anciano**

- * El paciente y la familia deben **compartir** la decisión

U.S. Masters Indoor Track Championships



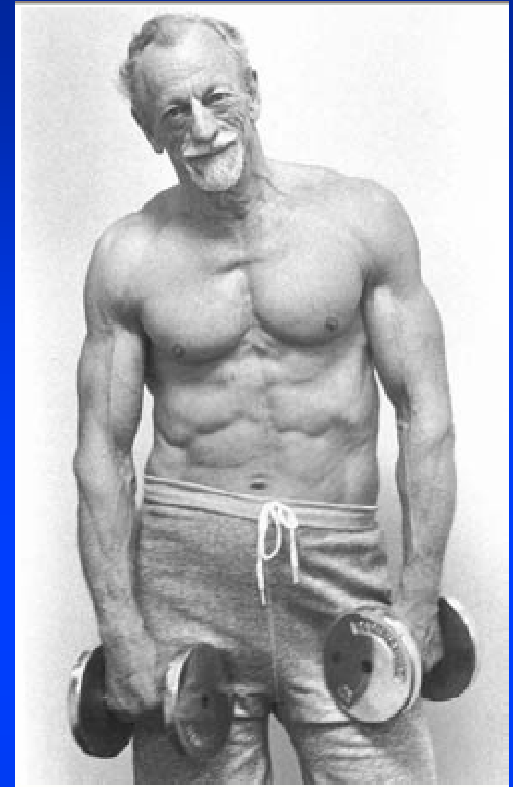
Everett Hosack



Copyright (c) 1993 Jim Brancum

"It's not how old you are,
but how old you feel."

--Essie Smith



¡Muchas gracias!



**Elderly
people**

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



THEY'RE THE DRAFT GUIDELINES ON HOW TO
RUN A 'PAPERLESS' OFFICE