



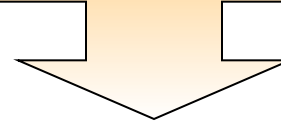
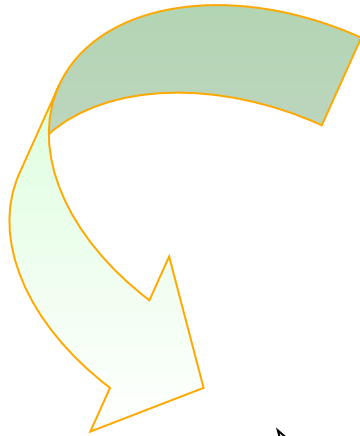
Prevención secundaria en enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor

Dra. Marielos Solís Umaña
Costa Rica
ALMA 2005





Prevención secundaria





- El objetivo principal de la prevención secundaria es retardar el progreso de la enfermedad y reducir eventos sucesivos cardiovasculares.

- R. Fellin et al., GG, 43, 1995





La prevención secundaria

- Se traduce en una mayor supervivencia dando beneficios individuales.
- La mayor duración de la enfermedad aumenta su prevalencia y por ende su carga social y asistencial.





- Las intervenciones preventivas deben guiarse por el grado de riesgo cardiovascular, por lo que se deben investigar los de mayor riesgo para plantear programas multidisciplinarios.
- Actualmente el modelo que existe para valor el riesgo es el Systematic coronary risk evaluation (SCORE).





Modificación de
estilo de vida



Fumado -
alimentación -
inactividad física



**Prevención
secundaria**

Reducción de
factores de
riesgo



Obesidad - HTA,
Dislipidemias, DM

Uso de
fármacos

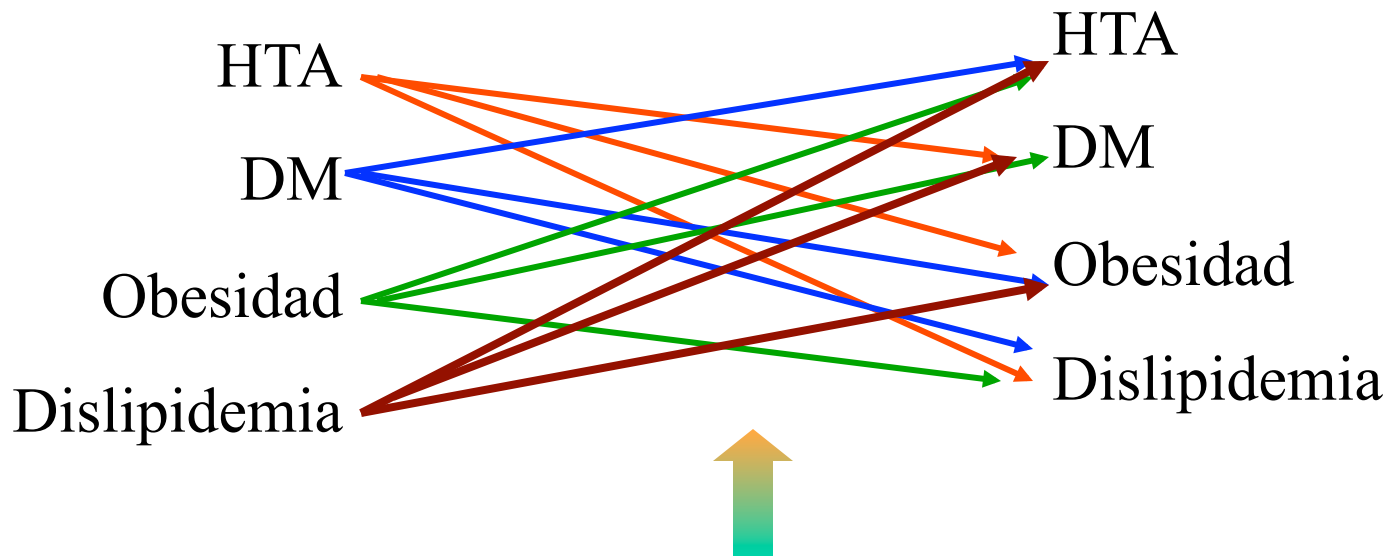


Antiplaquetarios,
IECA, Beta-
bloqueadores, hipoli-
pemiantes,
anticoagulantes





Factores de riesgo



Programa de prevención secundaria

control adecuado de HTA, DM, dislipidemia, bajar peso, dieta, ejercicio ,antiaagregante plaquetarios anticoagulantes.





Fumado:

El riesgo de muerte cardiaca y de presentar un IAM se redujo en un 50% (RRR)

Reducción de la mortalidad general de un 36 % en pacientes con enf. Coronaria (Critchley).

Ibrahim R. Am. Fam. Phy., June 15, 2005.-
Critchley J. JAMA, 2003, 290: 86-97

Dieta

Dieta mediterránea, el estudio IMDHS los eventos cardiovasculares fueron menores en el grupo con dieta mediterránea. 7.8% vs. 15.2 %
RRR = 50 %

IM. 4.2 % vs 8.6 % RRR 51 %.

Muerte súbita 1.2 % vs. 3.2 % RRR 63 %

ECR.-DART mostró resultados significativos sólo en el grupo de dieta con pescado + ácidos grasos poliinsaturados n 3. Hubo una reducción significativa de la mortalidad a 2 años 4.8 % / año con respecto al grupo control 6.8 % / año

Doval H. Evidencia en Cardiología. 2003.





Ejercicio y rehabilitación cardiaca:

- Aumento significativo de la VO₂ max.
- Reduce la mortalidad cardiovascular en un 22 %
- disminuye la incidencia de reinfarto de un 25 % a tres años
- disminución en la mortalidad total de un 20 %.

- Disminuye la masa magra en 5 %.
- Baja los TG en un 22 % si son > 200.
- Aumenta la masa muscular en un 2 %.
- Disminuye de 8 a 23 mg / dl las LDLc
- disminuye la resistencia a la insulina y mejora el metabolismo de la glucosa

Fattirolli, GG, vol 45, 1997 -
Rees K. Et al cochrane Plus N2,
2005.





Metanálisis comparando tratamiento con cada tipo de droga versus no tratamiento o placebo, para cada resultado.

*(asterisco) indica que la droga es significativamente ($p < 0,05$) distinta que el placebo.

Droga	Enf. coronaria	IC (fatal y no fatal)	ACV (fatal y no fatal)	Eventos cardiovasc. mayores	Mortalidad cardiovasc.	Mortalidad total
Diuréticos Bajas dosis	21%* (8 a 31)	49%* (38 a 58)	29%* (19 a 37)	24%* (17 a 31)	19%* (8 a 27)	10%* (4 a 16)
Betabloq.	9%	39%*	21%*	15%*	13%*	9%*
I.E.C.A.	21%*	42%*	17%*	16%*	13%*	10%*
Bloq. Calcio	11%	31%*	30%*	19%*	15%*	13%*
Bloq. AT₂	5%	42%*	41%	24%*	24%*	17%*
α-Bloq.	20%	0%	17%	10%	19%	8%





Antiplaquetarios - anticoagulantes

WARIS II 60+- 9.		reinfarto	AVC trom	muerte
	ASA	117	32	92
	WAR	90	17	96
	ASA+W	69	17	95
Clopidogrel	ASA más efectiva en IM Clopidogrel más efectiva en enf. Vascular periférica y en pacientes con antecedentes de AVC. Aumenta la expectativa de vida.			
CHAMP 64 + - 10 años		ASA	ASA + W	
	IMR	13.1	13.3	
	AVC	3.5	3.1	

Hurlen M. NEJM,347,2002. Fiore D, circulation 2002, 105. Weiss P. AJM,2005,116





Dislipidemias

ECR	% mortal	Reducción eventos coronarios fatal	Eventos coronarios mayores	revascularización
CARE pos IM	↓ 10%	↓ 24		
4S: Post IM, angina pectoris con o sin IM	↓ 30%	↓ 42	↓ 34%	
LIDID: Post IM + angina inestable	↓ 22	↓ 29	↓ 24 %	↓ 20%
HPS: IM previo, En cor. sin IM,, ECV, DM, HTA tratada	↓ 13 % y en ↓ 17 % la CV.	↓ 18	↓ 24 %	↓ 24%
PROSPER: (70-82a) Enf. C. Vasc. DM y Fact. riesgo (fumado o HTA)	-Muerte coronaria -IM no fatal ↓ 15%	Muerte coronaria e IM no fatal se redujo en un 19 %		

Doval H. 2003-

Grundy et al Circulación July 13, 2004 228-29





Fibratos

Ensayo clínico	IAM no fatal o muerte por enf. Coronaria	RRR
VA-Hit (gemfibrozil) 1200 mg. Edad <74 a con Enf. coronaria	↓ 23%	21%
BIP Ptes con IAM previo o angina	Muerte súbita, IM no fatal y fatal ocurrió en un 13.6 % vs. 15 %	9.4 (no significativo)

Circulation, July 4, 2000, 102. NEJM, agosto 5, 1999, 341





Marcapaso y resincronización

THEOPACE	SAFE-PACE Edad promedio 73 años	UKPACE > 70 años	MIRACLE
Disminuyó la incidencia de de síncope	Pte control = 669 caídas. Ptes con marcapaso = 216	No hubo diferencia significativa en la sobrevida entre la estimulación bicameral vs. Unicameral.	Mejóro calidad de vida. Mejoría en la clase funcional. Mejoría en la FE. Menos hospitalizaciones Mayor incremento en la distancia caminada en 6 min.
La incidencia de ICC disminuyo tanto con marcapaso como con teofilina	Síncope Control = 47 Marcapaso = 28	La estimulación bicameral fue más efectiva en AVC y tromboembolismo ya que la tasa fue menor	Un metaanálisis (4 estudios) encontró redujo la muerte por IC en un 51 % y la hospitalización por I.C. En un 29 %





Conclusiones:

1. La cardiopatía coronaria es la causa más frecuente de muerte en el anciano, sobre todo en la mujer, a pesar de esto, esta población se encuentra escasamente representada en los ensayos clínicos.





Conclusiones:

2. La prevención secundaria con programas multidisciplinario que intervengan en la modificación de estilos de vida, reducción de factores de riesgo , lleva a una reducción de estos factores de riesgo y por ende a una disminución de nuevos eventos cardiovasculares demostrado en resultados estadísticamente significativos.





Conclusiones:

3. Algunos estudios demuestran que existe una ineficiente prevención secundaria en la modificación de factores de riesgo que provocan nuevos eventos o muerte por enfermedades cardiovasculares.

por lo que debemos, como geriatras proponernos en convencer a nuestros pacientes ha tener una excelente adherencia a las recomendaciones.

