

Hipertensión arterial

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNOSTICO, ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR DE 75 AÑOS

Epidemiología

En las últimas 3 décadas la población mayor de 75 años, ha aumentado resultando en un incremento significativo de pacientes hipertensos (1-3), con predominio de la hipertensión arterial (HTA) sistólica, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control (4). Además, el envejecimiento se asocia a un incremento de la comorbilidad cardiovascular y general.

Este envejecimiento representa un problema de magnitud diferente en los países latinoamericanos: mientras que las personas mayores de 65 años constituyen menos del 5% de la población en Perú, Paraguay y Brasil, llegan al 10-12% en Argentina y Uruguay.

La HTA es un importante factor tratable de riesgo cardiovascular en esta población, y el que más contribuye al desarrollo de las principales causas de morbimortalidad: la enfermedad coronaria y el accidente cerebro vascular. La hipertensión sistólica aislada es muy frecuente en los adultos mayores (5) por aumento de la rigidez de los grandes vasos, y junto con el aumento de la presión de pulso (> 65 mm Hg.) representan buenos marcadores pronósticos de morbimortalidad cardiovascular (6,7). (Clase I; Tipo A)

Aspectos clínicos

Ciertas particularidades de la HTA de los adultos mayores quizá contribuyan a una mayor imprecisión diagnóstica. Por ejemplo, la presión arterial (PA) es más variable (8,9), el fenómeno de alerta (respuesta hipertensiva durante la entrevista médica) es de mayor magnitud (10), los adultos mayores presentan a menudo una disfunción autonómica que favorece la hipotensión ortostática, y la excesiva rigidez de la pared arterial puede generar valores tensionales falsamente elevados (pseudohipertensión) (11). Esto exige recaudos especiales para medir la PA: es preciso hacer más determinaciones, en ambos brazos y, si es posible, recoger datos obtenidos fuera de la consulta médica, en mediciones domiciliarias o ambulatorias, para compensar la mayor variabilidad y el fenómeno de alerta. De rutina se debe medir la PA en posición acostado, sentado y de pie para detectar ortostatismo. Finalmente, es conveniente realizar la maniobra de Osler (arteria radial o humeral palpable después de inflar el manguito por encima de la PA sistólica) que puede ayudar a sospechar pseudohipertensión, aunque su confirmación es válida sólo con la medición intraarterial. (Clase I; Tipo A)

Aunque la hipertensión de los adultos mayores es predominantemente primaria o esencial, se deben investigar causas de hipertensión secundaria cuando la hipertensión: empieza después de los 60 años; es refractaria al tratamiento; se hace de difícil manejo en sujetos previamente bien controlados; en los que presentan comorbilidad vascular aterosclerótica y/o sufren edema pulmonar sin causa cardiológica clara. En estos últimos es frecuente la enfermedad renovascular.

En ancianos con hipokalemia espontánea o inducida por los diuréticos y en todo hipertenso severo refractario a tres drogas antihipertensivas, aún con valores de kalemia normales, se debe descartar un hiperaldosteronismo primario. El feocromocitoma (hipertensión paroxística con crisis de sudoración, cefaleas y palpitaciones) es excepcional en hipertensos mayores de 75 años. (Clase I; Tipo B)

Se deben examinar las carótidas sistemáticamente por auscultación y eventualmente por ecografía Doppler, sobre todo antes de iniciar un tratamiento antihipertensivo intensivo, para evitar fenómenos isquémicos secundarios al descenso de la PA en sujetos con lesiones obstructivas graves. En hipertensos adultos mayores, con frecuencia (30-60%) se observan lesiones isquémicas de la sustancia blanca cerebral que pueden asociarse a trastornos neurocognitivos que repercuten.

Estudios previos

Los estudios STOP-H. (12), SHEP (13), MRC (14), Syst-Eur (15), y Syst-China (16) aportan sólida evidencia del beneficio de tratar la hipertensión de los adultos mayores de 65 años, al mostrar reducciones sustanciales en la incidencia de accidente cerebrovascular (25%-47%), evento coronario (13%-30%), insuficiencia cardíaca (29%-55%) y muerte cardiovascular (17%-40%), pero la evidencia en sujetos mayores de 75 años es limitada.

El estudio STOP 2 (17), incluyó pacientes con hipertensión sistólica aislada y sistodiastólica, de ambos sexos y entre 70 y 84 años, (media de 75,8 años), con resultados favorables similares a los obtenidos en sujetos de menor edad. En este estudio se usaron además de diuréticos y beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima de conversión y calcioantagonistas. Se concluyó que los dos últimos grupos de fármacos o drogas "nuevas", tienen igual eficacia que las drogas "antiguas" para prevenir la morbimortalidad cardiovascular y accidentes cerebrovasculares en la población de ancianos con HTA. Los pacientes que recibieron inhibidores de la enzima de conversión presentaron menor número de complicaciones por insuficiencia cardíaca congestiva e infarto de miocardio, respecto a los que recibieron calcioantagonistas, sin embargo, en

términos de reducción de morbimortalidad cardiovascular no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las tres familias de fármacos.

Un metaanálisis que reunió estudios con fármacos antihipertensivos en mayores de 80 años (18), informó un descenso de 34% de ACV, 22% de eventos cardiovasculares mayores, 29% de insuficiencia cardíaca, pero una tendencia no significativa de aumento de la mortalidad total del 6%. Se aguardan los resultados del estudio HYVET (19) que analiza particularmente los resultados a largo plazo del tratamiento antihipertensivo en sujetos mayores de 80 años. Por el momento, queda librado al criterio del médico el prescribir o no tratamiento en este grupo, pero se recomienda que los pacientes en tratamiento antes de los 75 años deben continuarlo indefinidamente.

El objetivo de PA a conseguir es similar que para los sujetos más jóvenes, < 140/90 mm Hg., pero es más difícil alcanzarlo. Se considera aceptable el valor más bajo que tolere el paciente, siempre que mantenga una buena calidad de vida. (20, 21). En pacientes ancianos con hipertensión arterial sistólica aislada se ha recomendado limitar el descenso de la presión sistólica si la presión diastólica alcanza valores por debajo de 65 mm.Hg. (22)

Prevención primaria de la hipertensión arterial

La prevención primaria de la hipertensión arterial es posible modificando hábitos de vida, como el tabaquismo, el sedentarismo, el excesivo consumo de sal y de alcohol, y el alto consumo calórico que lleva a la obesidad. Puesto que uno de los objetivos de la prevención primaria es reducir el aumento de la PA con la edad, es imprescindible orientar sobre hábitos saludables de vida a todo paciente que llegue a la consulta, haciendo énfasis en el paciente joven con el propósito de reducir la hipertensión en el anciano. (Clase I, Tipo A)

Tratamiento No Farmacológico

Es similar al de los pacientes de menor edad, y la actividad física recomendada son las caminatas, por ser el ejercicio de menor riesgo para estos pacientes. Mas allá del efecto antihipertensivo del ejercicio, el mismo tiene una especial importancia ya que promueve un mejor estado de ánimo y resulta beneficioso para la prevención o tratamiento de múltiples patologías de distinto orden, de alta prevalencia en esta población.

En general la PA de los ancianos aumenta más ante el consumo de sal (23) por lo cual la dieta hiposódica es útil en el paciente año. Se han observado reducciones de la presión sistólica de 2,2 a 18 mm Hg. con regímenes moderadamente hiposódicos. Un incremento del aporte de potasio por medio de la dieta, también es recomendado. (Clase I; Tipo B)

Tratamiento Farmacológico

Al seleccionar los antihipertensivos en adultos mayores de 75 años, se deben considerar las comorbilidades frecuentes en ellos: glaucoma, estreñimiento, gota,

osteoartrosis, disfunción sexual, dislipidemias, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertrofia de próstata, enfermedad coronaria, valvulopatías, arteriopatía periférica, enfermedad del nódulo sinusal, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, trastornos extrapiramidales. La polifarmacia por las comorbilidades aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas (Tabla 1). Para evitar complicaciones hipotensivas, es importante tener en cuenta la posibilidad de sobredosificación debido a la eliminación más lenta de los fármacos, la sobreestimación de los valores tensionales habituales por los fenómenos de alerta y de pseudohipertensión, la hipotensión postprandial u ortostática no detectada, la limitación de los mecanismos de autorregulación de flujo y los estados de hipovolemia agregada o inducida por diuréticos. El tratamiento se debe iniciar de forma lenta y progresiva con dosis bajas, que se irán ajustando cada 4 o 6 semanas para controlar los efectos adversos y descartando hipotensión ortostática. Esta última es considerada por algunos autores como un predictor de riesgo vascular en mayores de 70 años (24).

Se cuenta con evidencias de mayores beneficios en los ancianos con hipertensión sin complicaciones con el uso de diuréticos a dosis bajas y con los calcioantagonistas dihidropiridínicos de vida media prolongada. Los diuréticos tiazídicos son particularmente eficaces en ancianos con hipertensión sistólica aislada (13). Se recomienda controlar periódicamente la kalemia ya que su reducción puede disminuir o anular la acción antihipertensiva de los diuréticos tiazídicos (25). Los diuréticos de asa no son de uso corriente en la hipertensión esencial no complicada, adquiriendo relevancia en caso de insuficiencia renal o cardíaca. Diversos estudios demostraron la utilidad y buena tolerancia de los calcioantagonistas en el paciente anciano (26,27). Aunque con menos evidencias, los inhibidores de la enzima de conversión también pueden ser útiles en estos sujetos. (Clase II; Tipo B)

En los pacientes con hipertrofia de próstata se puede utilizar un bloqueante alfa-adrenérgico, controlando especialmente con las primeras dosis, la presencia de hipotensión ortostática como efecto colateral (28)

Si existen factores de riesgo asociados, complicaciones de la HTA, u otras enfermedades concomitantes, la elección de la droga deberá realizarse basándose en la patología acompañante. (Tabla 2) No se deben administrar fármacos de acción corta. Por el contrario, se prefieren los de vida media plasmática prolongada, sobre todo si se administran en una sola dosis diaria, para simplificar el tratamiento y evitar los olvidos en pacientes que frecuentemente están polimedcados.

El estudio SCOPE (29), confirmó la seguridad del uso de un antagonista de los receptores de angiotensina II en pacientes de 70 a 89 años con hipertensión esencial, pero no pudo demostrar beneficios significativos en cuanto a una reducción de alteraciones cognitivas

o de eventos cardiovasculares mayores. El uso de estos fármacos en el anciano hipertenso puede ser recomendable cuando hay intolerancia a los inhibidores de la enzima de conversión, en hipertensos con insuficiencia cardíaca agregada o con diabetes.

La aspirina y otros antiagregantes plaquetarios reducen el riesgo de episodios coronarios fatales y no fatales, accidente cerebro vascular y muerte cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria o cerebrovascular (30). El estudio HOT (20), demos-

tró el beneficio de la indicación de aspirina a bajas dosis (75-100 mg) en sujetos hipertensos de 50 a 80 años, siempre que tengan una presión arterial bien controlada y sin riesgo particular de sangrado. El máximo beneficio correspondió a varones con deterioro de la función renal (31). Al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos, la aspirina puede interferir con el efecto antihipertensivo de diversos fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (32, 33). (Tabla 3).

Tabla 1
Interacciones medicamentosas más frecuentes en el anciano

<i>Drogas que potencian el efecto de fármacos antihipertensivo</i>	
Agentes anticíclicos (especialmente la fenotiazina)	
Antidepresivos (especialmente los tricíclicos)	
Benzodiazepinas	
Formulaciones con L Dopa	
Alcohol	
<i>Drogas que antagonizan el efecto de fármacos antihipertensivo</i>	
Antiinflamatorios no esteroideos	
Corticoides	
Simpaticomiméticos	
<i>Interacciones específicas que pueden inducir toxicidad</i>	
Diuréticos Tiacídicos	Aumentan riesgo de hipokalemia
Litio	Aumenta riesgo de toxicidad
B-Bloqueantes o verapamil: cardíaca	Posible bradicardia, hipotensión, insuficiencia
Digoxina	Bradicardia
Hipoglucemiantes orales	Exacerbación de efectos hipoglucémicos

Tabla 2
Condiciones especiales en las que se orienta la indicación de la terapia antihipertensiva en el anciano (1-3)

Condición clínica	Fármaco
Insuficiencia cardíaca	IECA o antagonistas AT-1 - Diuréticos - Beta bloqueantes
Infarto de miocardio	Beta bloqueantes - IECA
HTA sistólica aislada	Diuréticos Calcioantagonistas dihidropiridínicos de vida media prolongada
Dislipemia	IECA - Calcioantagonistas - Alfa bloqueantes
Osteoporosis	Diuréticos tiacídicos
Diabetes (tipo 1 y 2) con proteinuria	IECA - antagonistas AT-1
Migraña	Beta bloqueantes
Hipertrofia prostática	Calcioantagonistas de vida media prolongada
Hipertiroidismo	Alfa bloqueantes
Temblor esencial	Beta bloqueantes
Fibrilación auricular	Beta bloqueantes
Hipertensión prequirúrgica	Beta bloqueantes - diltiazem - verapamilo
Hipertensión renovascular	Beta bloqueantes Calcioantagonistas

Tabla 3
Indicaciones de tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 75 años

<i>Clase 1</i>	<ul style="list-style-type: none">- Cambios en el estilo de vida en todo sujeto hipertenso, independientemente de la edad, excepto ante severa discapacidad (Ej. Alzheimer), imposibilidad de implementación (Ej. indigencia) o cuando la relación costo/beneficio no sea favorable en opinión del médico tratante (A)- Mantener o adecuar el tratamiento farmacológico en todo sujeto hipertenso mayor de 75 años, cuya hipertensión halla sido detectada a edad mas temprana y que ya esté bajo tratamiento farmacológico (A)- Hipertensión arterial detectada entre los 75 y 80 años (A)
<i>Clase 2</i>	<ul style="list-style-type: none">- Individuos con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, mayores de 80 años, en quienes su estado biológico es bueno o excelente. (A)- Individuos con diagnóstico reciente de hipertensión arterial, mayores de 80 años, en alto riesgo por enfermedad concomitante, antecedentes cardiovasculares o diabetes mellitus, siempre y cuando la relación costo/beneficio sea favorable en opinión del médico tratante (A)
<i>Clase 3</i>	<ul style="list-style-type: none">- Hipertensión de reciente diagnóstico no complicada en sujetos mayores de 80 años. (A)- Hipertensión previa o de reciente diagnóstico en sujetos mayores de 80 años, con deterioro general de la salud o enfermedades concomitantes que limitan severamente su expectativa de vida. (A)
