

Hipertensión en adultos mayores

Hypertension in older adults

DRES. EDUARDO PENNY, SAMUEL SALAZAR, KATIA ECHEGARAY (PERÚ),
FELIPE MELGAR CUELLAR (BOLIVIA), GUSTAVO ARBO (PARAGUAY)

Introducción

La HA es un problema muy común en el adulto mayor (AM), afectando algo más del 50% de la población mayor de 60 años, siendo la Hipertensión Sistólica Aislada la de mayor prevalencia. Según estadísticas en USA la HA está presente en el 69% de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio, en el 77% de los pacientes con accidente cerebro-vascular y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardiaca (1). Una revisión sistemática con metaanálisis de 16 publicaciones en poblaciones urbanas en Brasil, encontró una prevalencia de 68.9% de HA en AM (2).

Muchos estudios han mostrado disminución de eventos cardiovasculares al reducir la PA (3). Dado todo esto, es importante la detección de HA en AM, ya que esta se asocia a elevadas tasas de morbilidad (infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica, y demencia vascular) y de mortalidad por estas causas (4).

Mecanismos fisiopatológicos

El mecanismo por el cual la presión sistólica (PAS) se incrementa está determinado por la disminución de la elasticidad de las arterias, aumentando su rigidez debido a la pérdida de elastina y al aumento de las fibras de colágeno (5). Otros factores son: La disfunción endotelial mediada por menor producción de óxido nítrico y aumento de sustancias vasoconstrictoras, mayor sensibilidad a la sal, baja ingesta de calcio y potasio, sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alcoholismo (6). En AM antes de iniciar un tratamiento, debemos investigar la posibilidad de la presencia de causas secundarias como el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), la hipertensión reno-vascular por la presencia de placas ateromatosas en las arterias renales, o el uso de fármacos indicados o no como son los AINEs, corticoides, eritropoyetina, antidepresivos antiguos (ej. Tricíclicos) o modernos (ej. Velafaxina), entre otras causas (7).

Puntos de corte

Las mayores controversias en cuanto al manejo de la HA en el AM, están relacionadas a los denominados “puntos de corte”, la primera es definir la edad que debemos considerar (recordemos que AM se define a partir de los 60 años en los países de bajos y medianos ingresos y 65 años en los de mayor ingreso), pero cuando se trata de las guías éstas consideran algunas variantes: ACCF/AHA (2011) y ESH-ESC (2009) con 65 años, la británica NICE (2011) con 55 años, las guías alemanas DHL (2008), la CHEP canadiense y la JNC-8 (2014) con 60 años (8, 9). Las otras dos controversias importantes son las relacionadas a desde que nivel de la PA se debe iniciar el tratamiento y cuál es la meta a ser buscada con dicho tratamiento. Estos puntos serán revisados posteriormente.

Comorbilidades de pacientes hipertensos

Ver pacientes AM solamente con HA es raro, ya que por lo general tienen más de una comorbilidad. El gráfico 3 nos muestra solamente la cantidad de comorbilidades consideradas como factores de riesgo cardiovascular y, si tomamos en cuenta las múltiples patologías que se encuentran en los AM (ej. Osteoartrosis, osteoporosis, etc.), pocos estarán libres de comorbilidades.

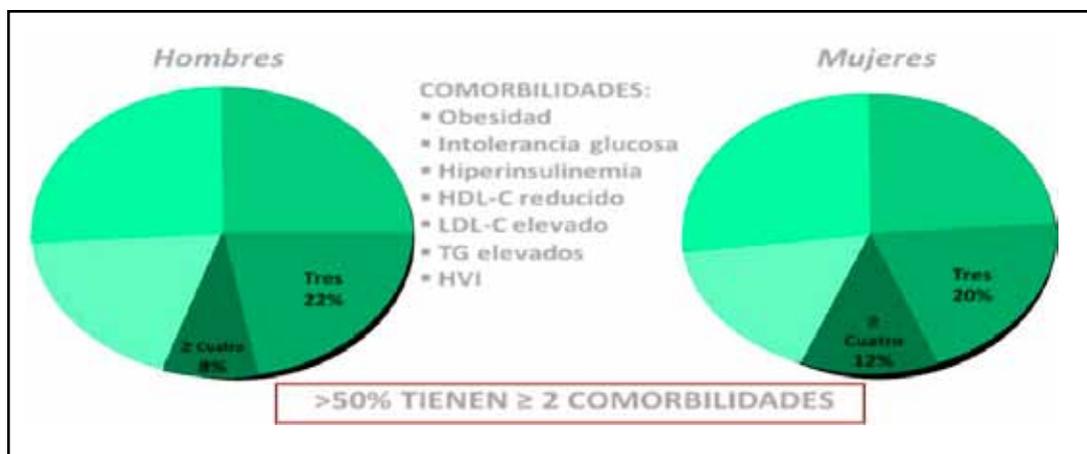


Gráfico 3. Comorbilidades en el paciente hipertenso. Más del 80% de pacientes hipertensos tienen comorbilidades adicionales. (Kannel WB. *Am J Hypertens*.2000;13:3S-10S).

Estudios sobre Hipertensión arterial en el adulto mayor

En la Tabla 22 se describen cinco estudios, donde se demuestra la reducción de eventos cardiovasculares, al disminuir los niveles de la PA en AM (10).

Diagnostico de hipertensión arterial de acuerdo a recomendaciones mundiales

En pacientes sobre los 60 años, es más frecuente encontrar HAS aislada, la cual es un mejor predictor de riesgo cardiovascular, en comparación con la PA diastólica, lo cual se hace evidente cuando se reduce la PAS obteniéndose un mayor beneficio en relación a este tipo de riesgo. Como mencionáramos anteriormente, otra de las controversias es que no existe un consenso plenamente aceptado, sobre cuál es el nivel de la PA, para considerarlos como hipertensos. El JNC-8 (2014) lo define como mayor de 150/90 mm de Hg, la AHA, ASH-ISH, la ESC-ESH la consideran como

mayor de 140/90 mm de Hg y el ACP-AAFP (2017 y post-SPRINT), mayor de 150/90 mm de Hg.; si tiene historia de accidente cerebro vascular o de accidente isquémico transitorio más de 140/90 mm de Hg en el JNC-8 (4).

Sugerencia de medicion

Deberá descartarse pseudo-hipertensión (arterias engrosadas por aterosclerosis). La medición en el consultorio debe seguir los estándares sugeridos por la literatura médica. Puede medirse en el hogar en forma repetida con aparatos automáticos bien calibrados, después de 5 minutos de reposo (puede disminuir la PA entre 10-12 mm de Hg., en comparación con la metodología tradicional). Se reservara el estudio del MAPA a aquellos casos en que se tenga duda en relación al diagnóstico o al control adecuado de la PA. Averiguar por medicación concomitante que esté recibiendo el paciente. Es importante recordar, que hasta un 7% de los AM presentan hipertensión de bata blanca (11),

Tabla 22. Principales estudios que han valorado el tratamiento de la hipertensión arterial en la población anciana sobre la reducción de eventos cardiovasculares (en comparación con placebo). *RevEspGeriatrGerontol*. 2008;43 (Supl 2):53-9.

Reducción (%)	EWPHE ²⁴ (n = 840)	MRC-Ederli ²⁵ (n= 4.396)	SHEP ¹⁰ (n = 4.739)	STOP-H ²⁶ (n = 1.627)	Syst-Eur ¹ (n = 4.695)
Ictus	-36	-25	-33 ^a	-47 ^a	-42 ^a
Enfermedad coronaria	-20	-19 ^b	-27 ^a	-13 ^c	-26
Insuficiencia cardiaca	-22	No disponible	-55 ^a	-51 ^a	-27
Pacientes con tratamiento combinado (%)	35	52, bloqueador beta 38, diurético	44	67	26-38

a p < 0.01 en comparación con placebo

b Reducción de eventos coronarios sólo en pacientes con diuréticos, no con bloqueadores beta

c Sólo para infarto agudo de miocardio

EWPHE: European Working Party on Hypertension in the Elderly

MRC-Elderly: Medical Research Copuncil Trial in the Elderly

SHEP: Systolic Hypertension in the Elderly Program

STOP-H: Swedish Trial in Old Patients with Hypertension

Syst-Eur: Systolic Hypertension in Europe Trial

por lo que el valor de sus presiones arteriales tomadas en el hogar tiene mucho valor, en la medida que estas sean tomadas en forma adecuada.

Evaluación del paciente adulto mayor hipertenso

Se recomienda realizar una evaluación completa de acuerdo a los estándares diagnósticos conocidos y determinar la presencia y magnitud de daño de los órganos-blanco. Si es posible debería realizarse una Valoración Geriátrica Integral (VGI), utilizando los instrumentos adecuados y teniéndose una idea más certera del estado funcional, cognitivo, nutricional, emocional y social del AM, incluyendo la presencia de fragilidad, lo cual nos permitirá un manejo más adecuado y más real, sobre todo cuando deseamos determinar la intensidad del tratamiento y los fármacos a escoger.

Metas terapéuticas sugeridas

Las diversas guías internacionales, tiene diferentes metas terapéuticas. Según JNC-8 la PA debería ser menor de 150/90 mm de Hg.; las guías NICE para menores de 80 años menos de 140/90 mm de Hg, y menos de 150/90 mm de Hg., para mayores de 80 años; las guías ACCF/AHA menos de 140/90 mm de Hg. para hipertensos no complicados y menos de 120/80 mm de Hg. en presencia de disfunción ventricular izquierda y menos de 130/90 mm de Hg. en presencia de diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria. Evitar PA menor de 135/85 mm de Hg en mayores de 80 años (lo ideal sería de 140-145/85-90 mm de Hg.); las guías ESH-ESC recomiendan PA menor de 140/90 mm de Hg. para AM entre los 60 y 80 años y menor de 150/90 mm de Hg. para mayores de 80 años; si hay presencia de diabetes mellitus sería menos de 80 mm de Hg. la diastólica.

En resumen: JNC-8: LIMITE **150/90** mm de Hg. AHA, ASH-ISH, ESC-ESH: LIMITE **140/90** mm de Hg ACP-AAFP (2017 y post-SPRINT) como JNC-8 (**150/90** mm de Hg). Con historia de accidente cerebro vascular, accidente isquémico transitorio (140/90 mm de Hg)

Recomendaciones generales FIMI sobre hipertensión arterial en el adulto mayor

1. Descartar que no se trate de una pseudo-hipertensión (rigidez arterial), hipertensión de “mandil blanco”, mediciones erradas o no repetidas, etc.
2. Revisar la medicación que está recibiendo el paciente por cualquier co-morbilidad (AINEs, gotas nasales con epinefrina, antidepresivos, corticoides, eritropoyetina, etc.) y suspenderlas o cambiarlas, de ser necesario.
3. Evaluar posibles daños de órgano-blanco y grado de compromiso.
4. Evaluar presencia de co-morbilidades y tratarlas si están presentes.
5. Prescribir y recomendar las medidas no farmacológicas a pesar de las limitaciones que pudieran tener en su cumplimiento y reforzarlas.

Recomendaciones farmacológicas FIMI sobre hipertensión arterial en el adulto mayor

1. En principio puede utilizarse con mucho cuidado cualquier tipo de fármaco antihipertensivo en los adultos mayores, pero es preferible escoger aquellos que puedan tener menores efectos colaterales, interacciones medicamentosas, facilidad de uso (ej: una vez al día), bajo costo, con mejor perfil ante presencia de co-morbilidades o de las alteraciones funcionales que tenga el paciente, etc.
2. Desde el punto de vista de la meta terapéutica, esta debe obtenerse bajando con mucho cuidado la PA, tratando de evitar los cambios bruscos, prefiriéndose que sea en forma paulatina, con lo que probablemente se disminuirán los efectos adversos medicamentosos, la hipotensión ortostática con sus caídas secundarias y se fomentara la adhesión permanente al tratamiento.
3. Fármacos adecuados son principalmente los calcio-antagonistas (problema el edema periférico), los inhibidores de la angiotensina (iECA), bloqueadores de receptores de angiotensina 2. También han comprobado su efectividad los diuréticos tiazídicos, los cuales deberían usarse en bajas dosis y cuidando los efectos adversos (deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, hiperglicemia, hiperruricemia, etc.), aunque tienen la ventaja de ser de bajo costo. Los beta-bloqueadores selectivos tiene ventaja con la presencia de arritmias y/o isquemia coronaria. Mucho cuidado con los no-selectivos porque pueden exacerbar la insuficiencia arterial periférica o el broncoespasmo o bloquear las reacciones funcionales a la hipoglicemia, en caso de los diabéticos.

Si bien los resultados del estudio SPRINT (que incluyó a adultos mayores en una buena proporción) han sido impresionantes bajando la PA a cifras menores de PAS (<120 mm de Hg.) versus <140 mm de Hg. (12,13), demostrando una disminución del objetivo primario (infarto miocárdico, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular no fatal, insuficiencia cardiaca aguda no fatal y muerte de causa cardiovascular), así como del objetivo secundario de mortalidad por todas las causas, pensamos que estos resultados no pueden generalizarse, ya que el estudio excluyó a paciente diabéticos, con demencia, con historia de accidente cerebro vascular, con insuficiencia cardiaca sintomática o fracción de eyección ventricular izquierda menor de 35%, con pérdida de peso no intencionada mayor de 10% en los últimos 6 meses, el vivir en una residencia geriátrica o tener una PAS menor de 110 mm de Hg., después de un minuto de estar de pie, por lo que no podemos hablar de pacientes del llamado “mundo real”, ya que además esta es una evaluación monitoreada, por lo que SUGERIMOS ser lo más cautelosos posible en la disminución marcada de la , pudiéndose hacerlo en los casos que lo permita el estado evolutivo del paciente y con el mayor cuidado posible.

Bibliografia

1. Aronow WS, et al. ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011; 123:243-2506
2. Picon R, Fuchs F, Moreira, et al. Prevalence of Hypertension Among Elderly Persons in Urban Brazil: A Systematic Review With Meta-Analysis. *American Journal of Hypertension* 2013; 26 (4): 541-548
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al HYVET Study Group Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358 : 1887-9
4. Setters B, Holmes H. Hypertension in the Older Adult Prim Care Clin Office Pract 2017; 44: 529-539
5. Chobanian A. Isolated Systolic Hypertension in the Elderly. *N Engl J Med*. 2007; 357:789-796.
6. O'Rourke M, Hashimoto J. Mechanical Factors in Arterial Aging. *J Am CollCardiol*. 2007; 50:1 -13.
7. National Institute for Health and Care Excellence. NICE Hypertension Pathway. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/hypertension> ingresado septiembre 2017
8. Schafer HH, De Villiers JN, Sudano I, et al. Recommendations for the treatment of Hypertension in the Elderly, a scotoma within international guidelines. *Swiss Med Wkly* 2012; 142:w13574
9. Report from the panel members appointed to the Eight Joint National Committee (JNC8) *JAMA* 2014; 311 (5): 507-20
10. Sierra C, Lopez-Soto A; Coca A. La hipertension arterial en la poblaciònanciana. *Rev EspGeriatrGerontol* 2008; 43 (Supl.2): 53-9
11. Agnoletti D, et al. Evidence for a prognosis Role of Orthostatic Hypertension on Survival in a Very Old Institutionalized Population. *Hypertension* 2016; 67: 191-196
12. Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, et al; SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control *N Engl J Med* 2015; 373 (22): 2103-2116
13. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al; Intensive vs Standard Blood Pressure Control and Cardiovascular Disease Outcomes in Adults Aged ≥75 years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2016; (24): 2673-2682