

PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL ANCIANO HIPERTENSO

F Guillén Llera

Servicio de Geriátría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Fuente: <http://db.doyma.es>

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el más frecuente factor de riesgo cardiovascular modificable en personas de edad avanzada. Su prevalencia¹ se ha incrementado notablemente debido al envejecimiento de la población y a la modificación de criterios diagnósticos, actualmente situados en 140/90 mmHg, tanto para ancianos como para adultos más jóvenes.

La prevalencia de HTA en el anciano en España es, según el estudio ECEHA2 (n = 6.330; edad media 78 años), del 70%, correspondiendo a hipertensión sistólica (HSA) dos tercios de los casos (tabla 1). Puede estimarse que existen 5.000.000 de hipertensos mayores de 65 años, de los cuales 3.500.000 tienen HSA, cifras que se elevarán, en 2025, a 6.000.000 y 4.500.000, respectivamente.

TABLA 1
Prevalencia de hipertensión arterial en ancianos*

	Total hipertensión	Hipertensión sistólica
Total	70,9%	73 %
Hombres	66,2%	68 %
Mujeres	70,6%	80 %
65-79 años	70,7%	71 %
> 80 años	71,3%	75 %

*Cifras límite normalidad 140/90 mmHg. Fuente: ECEHA, Estudio Cooperativo Español de HTA en el Anciano, SEGG, 1996.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR

Son muchas las evidencias, desde el estudio Framingham, que demuestran que la HTA es, en el anciano, el principal factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular.

En los últimos años, la HSA ha confirmado su significado como factor de riesgo, incluso con mayor valor predictivo que la HTA diastólica. Esta hipertensión "desproporcionada" origina una mayor ventana entre cifras de presión sistólica (PAS) y diastólica (PAD); esta "presión del pulso" es indicador de riesgo, estimándose que 10 mmHg de aumento incrementan un 11% el riesgo de ictus y un 16% el riesgo de muerte. El riesgo se acrecienta con los años, es decir, que a mayor edad, mayor riesgo. La asociación con otros factores como, obesidad (22%), diabetes (17%), o hipercolesterolemia (26%) incrementa exponencialmente el riesgo cardiovascular.

Hasta 1985 no se dispuso de evidencias que demuestran la reversión del riesgo con tratamiento antihipertensivo (estudio EWPHE), y aún más recientes son las referentes a HSA (estudio SHEP). En la actualidad es aceptada la eficacia de la terapia

antihipertensiva en el anciano, aunque carecemos de evidencias en mayores de 80 años. Sin embargo, un metaanálisis del grupo Indiana confirma en estos pacientes los mismos resultados que en edades anteriores³.

VALORACIÓN DEL HIPERTENSO ANCIANO

Los objetivos de la valoración, sintetizados en el algoritmo de la figura 1, son:

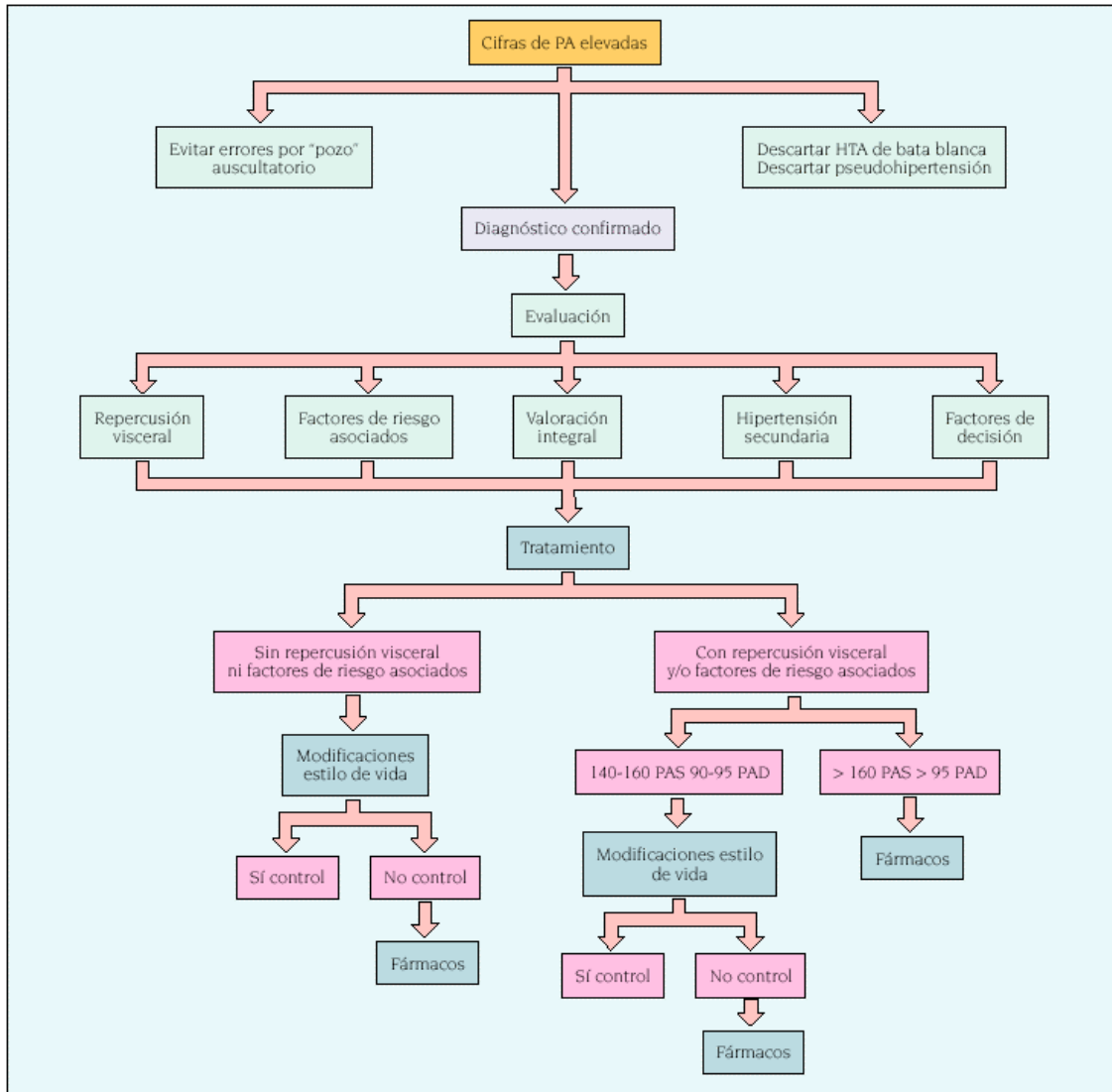


Fig. 1. Algoritmo de valoración de la hipertensión en el anciano. PA: presión arterial; HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

1. Confirmar la elevación crónica de las cifras de presión arterial (PA).
2. Descartar hipertensión secundaria.
3. Cualificar y cuantificar lesiones de órganos diana.
4. Identificar otros factores de riesgo.
5. Identificar patologías que afecten al pronóstico y/o tratamiento.

6. Diseñar la estrategia terapéutica.

Registro de la presión arterial

Las condiciones del registro deben ser rigurosamente respetadas. Evitaremos errores como:

Hipertensión de bata blanca

La variabilidad de las cifras de PA ante situaciones de estrés como la propia presencia médica puede originar variaciones de hasta 50 mmHg.

Brecha auscultatoria

Intervalo silencioso, hasta de 50 mmHg, entre primer y tercer ruido de Korotkoff. Error evitable elevando suficientemente la presión del manguito.

Pseudohipertensión

Debe sospecharse ante ausencia de repercusión visceral, nula respuesta terapéutica o efectos secundarios a dosis correctas de antihipertensivos. La maniobra de Osler puede descartar esta falsa hipertensión, insuflando el manguito por encima de la PAS y palpando a la vez la arteria radial.

Ante posibles dudas diagnósticas, es de utilidad el registro continuo de la PA mediante monitorización ambulatoria (MAPA).

Pruebas complementarias

En una enfermedad catalogada de esencial en el 95% de los casos, es obligado seleccionar las exploraciones. En todo caso, en el anciano debe ser tipificado el grado de repercusión visceral. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ recomienda una pauta exploratoria básica que incluye determinaciones de potasio, creatinina, glucemia, colesterol, sistemático de orina y electrocardiograma, considerando opcionales fracciones lipídicas, hormonas, ecocardiograma y ecografía vascular.

Valoración geriátrica integral

El anciano hipertenso debe ser evaluado siguiendo las normas de la praxis geriátrica:

1. Valoración clínica, que además de sus objetivos tradicionales persigue localizar la comorbilidad e identificar patologías no informadas, como son los síndromes geriátricos (caídas, incontinencias, malnutrición, deterioro cognitivo, etc.).
2. Valoración funcional para cualificar y cuantificar la existencia de deterioros físicos o mentales que recortan la independencia en actividades de la vida diaria.
3. Valoración social para identificar condicionantes (soledad, hábitat, economía) que alteran el curso de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico.

Calidad del grado de control de las cifras de presión arterial

Los datos disponibles no son favorables en ningún país. En el ECEHA, las tasas de buen control (< 140/90 mmHg) apenas alcanzan al 20% de hipertensos tratados. En el estudio Controlpres sólo un 18%-20% de pacientes tenían cifras de PAS por debajo de 140 mmHg.

TRATAMIENTO

El planteamiento terapéutico de la HTA en el anciano no difiere, a pesar de sus peculiaridades, del aceptado para el conjunto de la HTA. En todo caso, si se utilizan fármacos, la dosis inicial deberá ser inferior a la habitual, incrementándose gradualmente hasta alcanzar cifras tensionales adecuadas o aparecer efectos secundarios.

La decisión de tratar

Aunque a priori deben recibir tratamiento todos los ancianos hipertensos, existen factores de decisión que pueden matizar la indicación o los objetivos del mismo:

1. La edad del paciente no debe condicionar per se ninguna actitud terapéutica.
2. La confirmación del diagnóstico es fundamental.
3. Los niveles de PA potencian la indicación terapéutica, dada la relación lineal entre cifras de PA y riesgo cardiovascular.
4. El diagnóstico de HSA refuerza más, si cabe, la necesidad de tratamiento⁵.
5. La presencia de otros factores de riesgo implica necesidad de tratamiento.
6. La afectación de órganos diana afianza la necesidad de tratamiento.
7. La presencia de enfermedades asociadas limita la elección del grupo terapéutico.
8. La incapacidad funcional y mental avanzada pueden condicionar la intervención terapéutica.

El consenso "Control de la Hipertensión Arterial en España" contiene pautas, válidas en la actualidad, para el manejo de la HTA del anciano (tabla 2).

TABLA 2
Protocolo terapéutico en la hipertensión arterial del anciano

Sujetos con PAS ente 140 y 159 mmHg y/o diastólicas entre 90 y 95 mmHg
Iniciar tratamiento no farmacológico
Revisión en tres a seis meses
Sujetos con PAS ente 160 y 179 mmHg y/o diastólica entre 95 y 109 mmHg
Iniciar tratamiento no farmacológico
Si fracasa en tres meses iniciar tratamiento farmacológico
Sujetos con cifras superiores a las citadas o pacientes del grupo anterior con repercusión orgánica o presencia de factores de riesgo
Asociar desde el inicio tratamiento farmacológico
Sujetos de 80 o más años
HTA severa o muy severa: tratamiento farmacológico
HTA ligera o moderada: valoración individual riesgo-beneficio

Fuente: Control de la Hipertensión Arterial en España, Ministerio de Sanidad, 1996. PAS: presión arterial sistólica; HTA: hipertensión arterial.

Modificaciones del estilo de vida

Aunque es preciso considerar su efecto sobre la calidad de vida, la efectividad de las medidas no farmacológicas ha sido confirmada en ancianos (estudio TONE).

Control del sobrepeso

Es recomendable la restricción calórica del hipertenso obeso (índice de masa corporal [IMC] > 27).

Restricción de sal

Es aconsejable la reducción de ingesta de sodio hasta 100 mmoles/día (6 g de cloruro sódico).

Limitación de alcohol y tabaco

No sobrepasar 20 g de alcohol diarios y suprimir el consumo de tabaco.

Ejercicio físico

Con las limitaciones por posibles discapacidades, el ejercicio aeróbico de baja intensidad (pasear 30 minutos) disminuye hasta 20 mmHg la PA.

Tratamiento farmacológico

Todos los grupos farmacológicos pueden ser utilizados en el anciano hipertenso^{6,7}, incluidos bloqueadores beta, con mayores contraindicaciones que en edades anteriores, y diuréticos, muy utilizados en todos los estudios y con una indicación clara en la hipertensión no complicada, aunque disponemos ya de evidencias competitivas (estudio NESTOR) en pacientes con hipertrofia ventricular izquierda o microalbuminuria.

El dilema calcioantagonistas – inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) parece decantarse hacia los primeros en casos de riesgo de ictus y hacia los segundos en presencia de insuficiencia cardíaca, diabetes o daño renal. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA-II), con similares indicaciones a IECA y aún mejor tolerancia, están inmersos en diversos estudios multicéntricos a objeto de demostrar eficacia al menos similar a los grupos más contrastados. Los alfabloqueantes han demostrado su idoneidad en el anciano hipertenso con hipertrofia prostática y como segundo fármaco en hipertensión no controlada. La tabla 3, modificada de Kaplan, es buena guía para la elección del fármaco más adecuado.

TABLA 3
Tratamiento individualizado de la hipertensión arterial

	Diuréticos	Bloqueadores beta	Alfabloqueadores	Calcioantagonistas	IECA-ARA II
Edad	+	+/-	+	+	+
Ángor-CI	+/-	++	+	++	+
ICC	++	-	+	+/-	++
ECV	+/-	+	+/-	++	+
IR	++	+/-	+	++	++
DM	-	-	++	+	++
Dislipidemia	-	-	++	+	++
EVP	+	-	+	++	+
HBP	+/-	+/-	++	+	+

Modificada de Kapan. CI: cardiopatía isquémica; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; ECV: enfermedad cerebrovascular; IR: insuficiencia renal; DM: diabetes; EVP: enfermedad vascular periférica; HBP: hipertrofia benigna de próstata; IECA: inhibidores de la enzima convertora de angiotensina; ARA-II: antagonistas de receptores de angiotensina II.

Si con el fármaco elegido no se controla la PA en uno a tres meses, caben las siguientes opciones: aumentar la dosis, sustituir el fármaco o añadir un segundo fármaco (un diurético si el primero no lo fuese). Las asociaciones más aconsejables en el anciano hipertenso son IECA/ARA-II-diurético e IECA-calcioantagonista y también la adición de un alfabloqueante al resto de grupos. Si a pesar de estas medidas no se consigue controlar la HTA debe añadirse un tercer fármaco o, quizá mejor, considerar remitir al paciente a una Unidad de Hipertensión.

La tabla 4 muestra los diferentes grupos farmacológicos y su dosis aconsejable en ancianos.

TABLA 4
**Fármacos en el tratamiento de la hipertensión
arterial en ancianos***

	Dosis/día mg	Tomas/día
Diuréticos		
Hidroclorotiazida	12,5-25	1
Clortalidona	25-50	1
Indapamida Retard	1,5	1
Torasemida	5-20	1-2
Amiloride	5-10	1
Espironolactona	25-100	1
Calcioantagonistas		
Nifedipino GITS	30	1
Nitrendipino	20-40	1
Amlodipino	2,5-10	1
Felodipino	2,5-10	1
Lacidipino	2-4	1
Lercadipino	2,5-10	1
Diltiazem	60-240	1-2
Verapamilo	120-240	1-2
IECA		
Captopril	25-100	1-2
Enalapril	5-20	1
Lisinopril	5-20	1
Peridopril	2-4	1
Quinapril	5-20	1
Ramipril	1,25-5	1
Fosinopril	10-20	1
ARA-II		
Losartán	50-100	1-2
Valsartán	80-160	1
Irbesartán	150-300	1
Candesartán	4-16	1
Eprosartán	600	1
Alfabloqueantes		
Doxazosina	1-4	1
Doxazosina Retard	2-4	1
Bloqueadores beta		
Atenolol	50-100	1
Carvedilol	12,5-25	1
Lovibón	2,5-5	1

*Dosis iniciales en rango inferior. Escalonamiento progresivo.

Objetivo terapéutico

El estudio HOT8 (19.000 pacientes, 6.113 > 65 años) ha demostrado que es adecuado y posible alcanzar descensos por debajo de 140/90 mmHg, incluso hasta 120/ 75 mmHg, en diabéticos. La menor incidencia de episodios cardiovasculares se observó con valores de 138,5/82,6 mmHg. En el hipertenso anciano es deseable alcanzar cifras sistólicas de 140 mmHg, siempre partiendo de dosificación escalonada y matizando el objetivo a partir del grado de tolerancia individual.

Referencias Bibliográficas:

1. Fagard RH. Epidemiology of hypertension in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol* 2002;11:23-8. [Medline]
2. Guillén Llera F, Ribera Casado JM, Bravo G. Estudio Cooperativo Español sobre Hipertensión Arterial en el Anciano (ECEHA). Madrid; Edimsa, 1996.
3. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. INDANA Group. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 1999;353:793-6.
4. WHO-ISH. Guidelines for management of hypertension *J Hypertension*. 1999;17:151-83.
5. Staessen J, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond D, Boissel JP, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000;355:865-72. [Medline]
6. What is the appropriate treatment of hypertension in elders? [editorial] *J Gerontology* 2002;57A:183-6.
7. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration*. *Lancet* 2000;356:1955-64. [Medline]
8. Hansson L, Zanchetti A, Carrutners SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-62. [Medline]