

DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO*

Norman M Kaplam, MD y Burton D. Rose, MD

La hipertensión es un problema común en el anciano (mayores de 60 a 65 años), que alcanza una prevalencia de casi el 60 al 80 %.¹ Esto es muy cierto en el caso de la hipertensión sistólica. Los datos del *Framingham Heart Study* han demostrado que la presión sistólica aumenta y la diastólica disminuye después de los 60 años de edad, tanto en los sujetos normotensos como en los sujetos hipertensos no tratados² y que la hipertensión sistólica aislada responde por el 65 al 75 % de los casos de hipertensión en los ancianos.³ Las elevaciones en las presiones sistólica y pulsátil en este medio, se deben principalmente a una disminuida adaptabilidad arterial.

BENEFICIO DE TRATAR LA HIPERTENSIÓN

En el pasado, la hipertensión era tratada en forma menos agresiva en el anciano (mayores de 60 a 65 años), en parte por las preocupaciones acerca del posible riesgo de disminución de la presión arterial (PA) en pacientes que tienen más posibilidades de tener una enfermedad vascular subyacente y una función barorreceptora deteriorada, lo cual aumenta por tanto, el ries-

go de una hipotensión sintomática. Sin embargo, la incidencia de procesos cardiovasculares por año en los ancianos hipertensos es probablemente el doble de la observada en pacientes jóvenes.⁴ Además, 5 grandes ensayos -2 en hipertensión diastólica, 2 en hipertensión sistólica aislada y 1 en la hipertensión diastólica y sistólica aislada- han demostrado un beneficio significativo mediante terapia antihipertensora en los ancianos.⁵⁻⁹

Esta mejoría es demostrable y en algunos estudios sobre sujetos mayores de 80 años.^{6,7} Un ensayo realizado en Suecia, evaluó un grupo de pacientes entre los 70 y los 84 años de edad (la media igual a 76). El registro medio de la PA fue de 195/102, que disminuyó hasta 166/85 en el grupo tratado, pero sólo hasta 193/95 en el grupo placebo. La terapia consistió principalmente en tiazida en bajas dosis (25 mg de hidroclorotiazida con un diurético ahorrador de potasio), o un betabloqueador o ambos. En 5 años, aproximadamente un ataque y una muerte cardiovascular, fueron prevenidos en cada 14 pacientes que fueron tratados. Hubo además una incidencia muy baja de insuficiencia cardíaca congestiva y de empeoramiento de la hipertensión.

Los metaanálisis de estos diferentes ensayos han revelado los siguientes hallaz-

gos.¹⁰⁻¹² En términos de beneficio relativo, los ancianos tratados tenían el 22 % de reducción en la mortalidad cardiovascular, el 15 % de reducción en sucesos coronarios y el 35 % de reducción en los ataques cerebrovasculares y el 30 % de reducción en todos los procesos cardiovasculares.^{10,12} En términos de beneficio absoluto, el número aproximado de ancianos hipertensos que han debido ser tratados durante 5 años, es:^{11,12}

- Entre 9 y 18 para prevenir una enfermedad cardiovascular mayor en 1 paciente con hipertensión sistólica o diastólica.
- 43 para prevenir un proceso cerebrovascular.
- 61 para prevenir un proceso coronario.
- Entre 16 y 40 para prevenir una muerte cardiovascular.

Estos beneficios absolutos son de 2 a 4 veces mayores que los observados al tratar la hipertensión esencial en los pacientes más jóvenes que se encuentran en un riesgo menor de enfermedades cardiovasculares durante un período de 5 años.^{11,13} Además, estos resultados subestiman el verdadero beneficio de tratar en forma efectiva frente al no tratamiento de una hipertensión. Aproximadamente, del 25 al 35 % de los pacientes tratados no alcanzan la PA objetiva en los diferentes ensayos de la hipertensión en los ancianos, sin embargo, sus resultados fueron incluidos en el análisis. Además, los aumentos en la PA, con frecuencia, necesitaron la aplicación de medicaciones antihipertensoras en el grupo placebo; por ejemplo, en un ensayo de hipertensión sistólica aislada, la terapia fue necesaria en el 13 % en 1 año y en el 44 % en 5 años.⁷

DEFINICIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

La definición de la hipertensión en el anciano es similar a la aplicada a los sujetos más jóvenes, ya que las presiones sistólicas y diastólicas son igualmente importantes.^{14,15}

- Presión arterial óptima: < 120/80.
- Presión arterial normal: 120-129/80-84.
- Presión arterial alta-normal: 130-139/85-89.
- Hipertensión ligera: 140-159/90-99.
- Hipertensión moderada: 160-179/100-109.
- Hipertensión severa: > 180/110.

Estudios anteriores definieron la hipertensión sistólica aislada como una presión sistólica por encima de 160 mmHg, aunque el riesgo probado de hipertensión sistémica indica que un valor superior a 140 mmHg es el criterio preferido. Al utilizar estos valores, comprobamos que casi el 65 % de los pacientes mayores de 60 años son hipertensos.¹⁵ Sin embargo, debemos percatarnos que la terapia antihipertensora, sólo ha sido eficaz para las presiones sistólicas > 160 mmHg; se aconseja tener precaución al tratar un número considerable de pacientes con presiones sistólicas entre 140 y 160 mmHg, que no presentan hipertensión diastólica.

La PA siempre debe ser tomada con el paciente sentado y puesto de pie, ya que la hipotensión postural es un problema común en los ancianos. La presión arterial tomada de pie, debe ser utilizada como guía para la terapia.¹⁵

Existen otros 2 problemas que deben tomarse en cuenta en el anciano que se considera tiene hipertensión: la posible presencia de una pseudohipertensión (lecturas falsamente elevadas en el esfigmomanómetro) por una rigidez

vascular aumentada; y una hipertensión «de la bata blanca» (*white coat hypertension*) especialmente en las mujeres de edad avanzada.¹⁴ La presencia de una hipertensión de moderada a severa sin daño en órgano terminal, constituye un indicio de que uno de estos factores puede estar presente.

TERAPIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA

La farmacoterapia y la terapia no farmacológica son eficaces en el tratamiento de la hipertensión en el anciano. La terapia no farmacológica debe intentarse de inicio ya que modalidades como la reducción del peso, la restricción de sal y una actividad física aumentada, pueden disminuir la PA en forma significativa (cuando se compara con el placebo) en muchos de estos pacientes.^{14,16,17}

La eficacia de la restricción de sal y la reducción del peso en los ancianos hipertensos fue ilustrada por los resultados a partir del ensayo TONE, que evaluó a 875 personas de edad avanzada (60 a 80 años) con una PA <45/<85 bajo un régimen de medicamentos antihipertensores, 585 eran obesos.¹³ La restricción de sal fue asociada con una reducción de 40 meq/d en la ingestión de sodio y en aquellos pacientes que eran obesos, un régimen de ingestión calórica disminuida y una aumentada actividad física, fueron asociados con una pérdida persistente de peso (4 a 5 kg); estos parámetros permanecieron inalterables en el grupo de cuidados usuales. La reducción en la presión arterial, comparado con un cuidado usual fue de 2,6/1,1 en el caso de la restricción de sodio, 3,2/0,3 con la pérdida de peso y 4,5/2,6 con una terapia combinada. La probabilidad de permanecer libre de hipertensión, drogas antihipertensores y procesos

cardiovasculares en 30 meses, se redujo con la restricción de sal (38 % frente al 24 % con el cuidado usual), con la reducción de peso en los sujetos obesos (39 % frente a 26 %) y con una combinación de restricción de sal y reducción del peso en los sujetos obesos (44 % frente a 16 %).

RECOMENDACIONES

Existe una clara evidencia de beneficio en el tratamiento de la hipertensión en el anciano, por lo menos hasta los 84 años.^{9,10} Sin embargo, debemos considerar 2 aspectos en el tratamiento médico de estos pacientes: 1. ¿cuál es el objetivo de la presión arterial? y 2. ¿qué drogas antihipertensoras deben utilizarse?

LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS RECOMENDADOS SON:^{6,7,14,15}

- Una presión diastólica de 85 a 90 mmHg en pacientes con hipertensión diastólica y
- Una presión sistólica que sea 20 mmHg por debajo del nivel de base si el valor inicial estaba entre 160 y 180 mmHg; o por debajo de 160 mmHg si el valor inicial estaba por encima de 180 mmHg.

Este grado de reducción de la PA por lo general es bien tolerado, aunque el nivel óptimo de la PA no ha sido determinado.^{7,15} Se ha indicado que una disminución en la presión diastólica por debajo de 80 a 85 mmHg pudiera asociarse con un aumento secundario en el riesgo cardiovascular, quizás por un deterioro en el llenado coronario durante la diástole; sin embargo, esta hipótesis sigue sin probarse, ya que el aumento manifiesto en el riesgo con presiones inferiores, puede reflejar una enferme-

dad más subyacente que un efecto perjudicial de la farmacoterapia. Además, la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares están reducidas en el anciano tratado por hipertensión sistólica aislada, a pesar de una reducción en la presión diastólica hasta por debajo de 70 mmHg en pacientes que a menudo comenzaron con una presión diastólica por debajo de 80 mmHg. Otra posible preocupación, en particular en la hipertensión sistólica aislada, ha sido que la presión diastólica baja, después de la aplicación de un tratamiento, interfiere con el bienestar general del paciente. Sin embargo, la hipertensión sistólica en el Programa de Ancianos, no observó deterioro en el estado de ánimo, función cognoscitiva o física o la actividad en tiempo libre o de ocio en los pacientes tratados.¹⁸

Varios aspectos adicionales deben ser enfatizados.^{14,15}

- Las dosis iniciales bajas (aproximadamente la mitad que en los pacientes más jóvenes) deben utilizarse para disminuir al máximo el riesgo de efectos secundarios.
- La reducción en la PA, debe ser gradual para disminuir al máximo el riesgo de síntomas isquémicos, en particular en pacientes con hipotensión postural.
- Los estudios antes mencionados muestran el beneficio obtenido a partir del tratamiento de la hipertensión en el anciano, los cuales fueron realizados en pacientes relativamente adaptados. Debemos tener una mayor precaución con la terapia de pacientes débiles y el tratamiento debe ser detenido si la hipotensión postural constituye un problema.¹¹

SELECCIÓN DE LA TERAPIA

La droga de primera línea preferida en la mayoría de los ancianos hipertensos,

es un diurético-tiazida.^{4,13,14} El tratamiento debe comenzar con 12,5 mg/d de hidroclorotiazida o su equivalente. La dosis puede aumentarse según sea necesario, hasta un máximo de 25 mg/d para disminuir al máximo el riesgo de complicaciones metabólicas por ejemplo, hipocalcemia; un diurético ahorrador de potasio, por ejemplo amiloride o triamterano, pueden ser adicionados si la concentración plasmática de potasio disminuye.⁶⁻⁸ Una posible ventaja adicional de los diuréticos-tiazida en los pacientes de edad avanzada es que tienden a reducir la excreción urinaria de calcio, lo que da lugar a un equilibrio positivo del calcio y posiblemente, índices disminuidos de pérdida ósea y fractura de cadera.

El único otro fármaco, a excepción del diurético-tiazida, con una reducción demostrada de la morbilidad y la mortalidad en los pacientes de edad avanzada, con hipertensión sistólica, es la nitrendipina, un bloqueador del canal de calcio-dihidropiridina de acción prolongada, utilizado en el ensayo Syst-Eur.⁹ Aunque la nitrendipina no está aún disponible en los Estados Unidos, el informe JNC VI recomendó que otras dihidropiridinas de acción prolongada (por ejemplo amlodipina, felodipina, nifedipina) constituyen alternativas apropiadas en los pacientes de edad avanzada con hipertensión sistólica.¹⁴

Otros agentes han sido utilizados con éxito para disminuir la presión arterial y pudieran ser adicionados o sustituidos si fuera necesario.^{4,13,19,20} No se ha demostrado que los betabloqueadores solos, reduzcan la mortalidad en el anciano.⁸ Además, en las mujeres de edad avanzada, los betabloqueadores pueden ser ligeramente menos efectivos y ligeramente más probables de reducir la calidad de vida del paciente que los bloqueadores del canal de calcio o los inhibidores ECA.²¹

Estas recomendaciones generales pueden ser corregidas en pacientes con enfermedades subyacentes que hagan que un agente en particular sea más o menos deseable.²² Como ejemplos:

- Un diurético debe ser utilizado para fallo cardíaco o edema.
- Un betabloqueador debe ser utilizado en una cardiopatía coronaria, taquiarritmias, cefaleas migrañosas y quizás, con el carvedilo, en una insuficiencia cardíaca congestiva.
- Un inhibidor-ACE debe ser utilizado en el fallo cardíaco por disfunción sistólica, una nefropatía crónica de ligera a moderada, en particular la nefropatía diabética o una enfermedad vascular periférica.
- Un bloqueador del canal de calcio debe ser utilizado en la cardiopatía coronaria, el fallo cardíaco debido a disfunción diastólica, enfermedad vascular

periférica o el verapamilo para las taquiarritmias.

- Un bloqueador-alfa debe ser utilizado para el prostatismo.

Con todos los fármacos, la hipotensión ortostática debe ser evitada por el riesgo aumentado de caídas en los pacientes de edad avanzada.

Además de los fármacos antihipertensores convencionales, el dinitrato de isosorbide de liberación mantenida, también puede ser eficaz en los hipertensos de edad avanzada, preferentemente para disminuir la presión sistólica con pocos efectos secundarios.²³ Aunque no utilizados habitualmente como una terapia primaria, su administración concurrente a pacientes con angina de pecho, puede contribuir a un control de la PA. El efecto antihipertensor comienza en la primera semana y alcanza su punto máximo en 4 sem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burt, VL, Whelton, P, Roccella, EJ, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995;25:305.
2. Franklin, SS, Gustin, W IV, Wong, ND, et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997;96:308.
3. Kannel, WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor. *JAMA* 1996;275:1571.
4. National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on Hypertension in the Elderly. *Hypertension* 1994;23:275.
5. Fletcher, A, Amery, A, Birkenhager, W, et al. Risks and benefits in the trial of the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly. *J Hypertens* 1991;9:225.
6. Dahlöf, B, Lindholm, LH, Hansson, L, et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991;338:1281.
7. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. *JAMA* 1991;265:3255.
8. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: Principal results. *BMJ* 1992;304:405.
9. Staessen, JA, Fagard, R, Thijs, L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997;350:757.
10. Insua, JT, Sacks, HS, Lau, TS, et al. Drug treatment of hypertension in the elderly: A Meta-analysis. *Ann Intern Med* 1994;121:355.
11. Mulrow, CD, Cornell, JA, Herrera, CR, et al. Hypertension in the elderly. Implications and generalizability of randomized trials. *JAMA* 1994;272:1932.
12. Lever, AF, Ramsay, LE. Treatment of hypertension in the elderly. *J Hypertens* 1995;13:571.

13. Beard, K, Bulpitt, C, Mascie-Taylor, H, et al. Management of elderly patients with diastolic hypertension. *BMJ* 1992;304:412.
14. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Diagnosis of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997;157:2413.
15. Bennet, NE. Hypertension in the elderly. *Lancet* 1994;344:447.
16. Whelton, PK, Appel, LJ, Espeland, MA, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons. A randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA* 1998;279:839.
17. Applegate, WB, Miller, ST, Elam, JT, et al. Nonpharmacologic intervention to reduce blood pressure in older patients with mild hypertension. *Arch Intern Med* 1992;152:1162.
18. Applegate, WB, Pressel, S, Wittes, J, et al. Impact of the treatment of isolated systolic hypertension on behavioral variables. Results from the Systolic Hypertension in the Elderly Program. *Arch Intern Med* 1994;154:2154.
19. Materson, BJ, Reda, DJ, Cushman, WC, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo (Correction: *N Engl J Med* 1994;330:1689). *N Engl J Med* 1993;328:914.
20. Perry, HM Jr, Hall, WD, Benz, JR, et al. Efficacy and safety of atenolol, enalapril, and isradipine in elderly hypertensive women. *Am J Med* 1994;96:77.
21. Applegate, WB, Phillips, HL, Schnaper, H, et al. A randomized controlled trial of the effects of three antihypertensive agents on blood pressure control and quality of life in older women. *Arch Intern Med* 1991;151:1817.
22. Kaplan, NM, Gifford, RW. Choice of initial therapy for hypertension. *JAMA* 1996;275:1577.
23. Duchier, J, Iannascoli, F, Safar, M. Antihypertensive effect of sustained release isosorbide dinitrate for isolated systolic hypertension in the elderly. *Am J Cardiol* 1987;60:99.