

## ¿Qué hacemos con un hipertenso de edad avanzada?

[Nancy Guinart Zayas<sup>1</sup>](#)

### Resumen

Constituye la hipertensión arterial un problema médico de primera magnitud, no solo por las consecuencias que provoca, fundamentalmente complicaciones de tipo cardiovascular (infarto del miocardio), arteriopatías periféricas, infarto cerebral, nefroangioesclerosis, etc., sino también por ser una alteración muy frecuente en los pacientes de edad avanzada, en los que constituye el principal factor de riesgo cardiovascular. Su detección precoz está a cargo de los Médicos de Familia.

**Palabras clave:** Riesgo cardiovascular, beneficio del tratamiento, objetivo del tratamiento.

### Introducción

Diferentes estudios epidemiológicos indican que más de 2/3 de las personas mayores de 65 años son hipertensas. El constituir el factor de riesgo cardiovascular más importante en los ancianos, más que la diabetes, la dislipidemia y/o el hábito del tabáquico, tiene una extraordinaria importancia, ya que las enfermedades cardiovasculares son todavía responsables de la mitad de las muertes en personas mayores de 65 años en los países desarrollados. Es la población con menor índice de control de la presión arterial.<sup>1</sup>

En los individuos hipertensos de edad avanzada, particularmente aquellos que tienen una hipertensión sistólica aislada, la abstención terapéutica ha sido durante muchos años una actitud recomendada. Esta actitud se ha debido, en parte, a la falta de estudios epidemiológicos que aportaran el beneficio del tratamiento en este grupo de pacientes y también a la idea de que la relación riesgo-beneficio no era especialmente favorable, ya que el paciente anciano presenta un mayor número de enfermedades que suelen estar tratadas con múltiples fármacos. Aún más, la hipertensión arterial sistólica aislada tradicionalmente, se había considerado como secundaria a un endurecimiento de las arterias por los propios cambios fisiológicos del envejecimiento, y por tanto, no susceptible de tratamiento.

Parece ser que el envejecimiento arterial se traduce en una alteración de la media, con pérdida, engrosamiento y fragmentación de las fibras elásticas, así como depósito de calcio. Todo ello lleva a una disminución de la distensibilidad arterial, y en menor grado, a un aumento de la resistencia periférica. Se ha especulado sobre los peligros que podría desempeñar una excesiva reducción de la presión arterial en los pacientes de edad avanzada, que se acompañaría de un aumento de la morbimortalidad como consecuencia de una disminución de la perfusión de los órganos nobles como el cerebro y el miocardio. Esta supuesta situación, denominada fenómeno de la curva en J, ha sido referida únicamente en estudios no aleatorizados, y han sido afectados de forma similar los pacientes tratados con placebo y los tratados farmacológicamente, por lo que

es difícil utilizarlo como argumento en contra de la terapéutica de los ancianos hipertensos.

El beneficio de tratar hipertensión arterial sistólica aislada pudo comprobarse en el estudio *Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)*, donde tras tratamientos con tiazidas y/o bloqueadores beta se objetivó una reducción de un 37 % de la incidencia de ictus, un 32 % menos de complicaciones cardiovasculares y un 20 % de mortalidad. En un reciente estudio en los metaanálisis sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes de edad avanzada, se evidenció el efecto protector, especialmente sobre el ictus y la enfermedad coronaria, planteando reservas sobre el beneficio en los pacientes de más de 85 años.<sup>2</sup> Por lo tanto, la recomendación en el tratamiento de los hipertensos ancianos, incluyendo los que tienen hipertensión sistólica aislada, debería seguir los mismos criterios que en la población general hipertensa.

En el anciano hay que tener en cuenta la posible existencia de una pseudohipertensión, es decir, un falso aumento de las cifras de tensión arterial debido a la rigidez y calcificación de las arterias, lo cual se pone de manifiesto con la maniobra de Osler, que consiste en buscar el pulso de la arteria radial a pesar de haberse colapsado la arteria con el manguito (desaparición de los ruidos de Korotkoff). No obstante, no todos los autores están de acuerdo con la fiabilidad de esta maniobra, aunque por sencilla, puede ser útil a la cabecera del enfermo.<sup>3</sup>

#### Terapéutica

El tratamiento de la hipertensión arterial en los ancianos obliga a tener en cuenta determinados aspectos y recomendaciones. En algunos puede estar indicado al inicio emplear dosis bajas para evitar síntomas; sin embargo, son necesarios múltiples fármacos y dosis estándares en los ancianos para conseguir los objetivos apropiados de presión arterial.

En primer lugar, los diuréticos tiazídicos y los bloqueadores beta han sido los fármacos más evaluados en los diferentes estudios publicados hasta la fecha, aunque cualquier fármaco antihipertensivo puede ser utilizado en el paciente de edad avanzada. Preferentemente las tiazidas, por presentar menos contraindicaciones, son los de primera elección en el tratamiento de la hipertensión. La presencia de efectos secundarios persistentes, a pesar de la utilización de diferentes antihipertensivos, puede obligar, en un caso concreto, a valorar la relación riesgo-beneficio y a suspender el tratamiento. Finalmente, si el paciente permanece con la hipertensión controlada, es conveniente intentar una reducción de la dosis, e incluso, la suspensión del fármaco.<sup>4</sup>

A la hora de elegir el fármaco antihipertensivo en este grupo de pacientes, hay que tener en cuenta la presencia de diversas enfermedades que coexisten en un mismo individuo (comorbilidad), la disminución de la reserva fisiológica u homeostasis de los ancianos, y la consiguiente fragilidad que presentan frente a noxas externas. Una incontinencia urinaria latente hasta entonces, y sin traducción clínica, puede ponerse de manifiesto y constituir un problema tras el tratamiento con diuréticos, así mismo en un paciente de más de 80 años y con alteraciones moderadas de las funciones superiores, estos fármacos pueden provocar deshidratación, sobre todo, en meses cálidos del año, debido a una baja sensibilidad del centro de la sed.

La hipotensión postural, fenómeno frecuente en los ancianos por una mala adaptabilidad del sistema neurovegetativo puede exacerbarse tras la administración de bloqueadores alfa o calcio antagonistas, especialmente tras la primera dosis, pudiendo provocar caídas con funestas consecuencias. Los bloqueadores beta pueden desencadenar una depresión, cuadro confusional o desenmascarar una demencia latente, además de las situaciones clínicas que contraindican la administración de estos fármacos, como la diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bloqueo auriculoventricular, arteriopatía periférica frecuentes en ellos. Por otra parte, la isquemia cardíaca y el temblor esencial pueden beneficiarse con la terapia con bloqueadores beta.<sup>5</sup>

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son ideales en pacientes con comorbilidad. Estos son, pues, algunas de las situaciones propias de pacientes ancianos que hay que tener en cuenta de forma específica en el tratamiento de la hipertensión arterial. El tratamiento juicioso y ponderado de los pacientes mayores hipertensos es indudable que no solo evitará las complicaciones fatales, sino que también mejorará su calidad de vida.<sup>6</sup>

El objetivo del tratamiento siempre nos llevará a la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Saber siempre que la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 60 años, alcanzarán el objetivo de presión arterial diastólica después de la presión arterial sistólica, el enfoque primario debe ser conseguir el objetivo de la presión arterial sistólica, tratando hasta la meta de 140/90 mmHg.<sup>7</sup>

Una vez iniciada la terapia farmacológica, la mayoría de los pacientes deberán volver a seguimiento y ajuste de la medicación en intervalos mensuales. Serán necesarias visitas más frecuentes en pacientes en estadio II o con hipertensión con complicaciones de comorbilidad. El potasio sérico y la creatinina deberán ser medidas al igual que los lípidos 1 vez al año. Después de conseguir el objetivo y la estabilidad en la presión arterial, las visitas de seguimiento pueden ser en intervalos de 3 a 6 meses.<sup>8</sup> Las patologías concomitantes, como la insuficiencia cardíaca, diabetes u otras, influirán en la frecuencia de las visitas. Otros factores de riesgo cardiovascular deben ser tratados y controlados; el abandono del tabaco y el alcohol deberían ser promovidos rigurosamente. La terapia con dosis bajas de aspirina debería ser considerada solo cuando la presión arterial está controlada, porque el riesgo de ictus hemorrágico está incrementado en pacientes con hipertensión arterial no controlada.<sup>9</sup>

## Summary

What should we do with a hypertensive elderly?

Arterial hypertension is a medical problem of first magnitude, not only for its consequences, mainly cardiovascular complications (myocardial infarction), peripheral arteriopathies, stroke, nephroangiosclerosis, etc., but also for being very common in the elderly, among whom it is the main factor of cardiovascular risk. The family physicians are in charge of its early detection.

**Key words:** Cardiovascular risk, treatment benefit, treatment objective.

## Referencias bibliográficas

1. Flack JM, Mc Veigh G. Grimm RH. Hipertensión therapy in the elderly. *Cierr Ap Nephrol Hyperten*. 1998;2:386-94.
2. Drug treatment of hipertensión in the elderly: a metaanalysis *Ann Intern Med*. 1996;121:355-62.
3. Manm SJ. Systolic hipertensión in the elderly. Pathofisiology and magnagement. *Arch Intern Med*. 1998;152:1997-84.
4. Shep Cooperative Reserarch Group. Prevention of struke by antihipertensive drug treat ment in older persons with isulated systolic hipertension: final results of the Systolic Hipertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA*. 1991;265:3255-64.
5. Wei JG. Age and the cardiovascular system. *N Engl J Med*. 2001;327:1735-9.
6. Fletcher AE, Bulpitt CI. How for should blood pressure be Cowwred? *N Engl G Med*. 2002;326:251-4.
7. Gandhal S, Gernfelt B, Sundh V. Blood pressure and mortality in old age: alevn year follow-up of a 70 year old population. *J Hypertens*. 2002;5:745- 8.
8. National High Blood Pressure Education Program Working Groups Report on Hipertensión in the Elderly. *Hypertension*. 2002;23:275-85.
9. Kannel W, Gordon T. Evaluation of cardiovascular risk in the elderly. *The Framingham Bull NG Acad Med*. 2001;54:573-91.

Recibido: 3 de abril de 2007. Aprobado: 20 de julio de 2007.

Dra. *Nancy Guinart Zayas*. San Martín # 21 y Línea del Ferrocarril, casa 5, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: [nguint@infomed.sld.cu](mailto:nguint@infomed.sld.cu)

[1Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”.](#)