

Características diferenciales del abordaje de la hipertensión en el anciano

Ernest Vinyoles^{a,*}, Mariano de la Figuera^b y Josep Ferré^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP La Mina. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sardenya. Barcelona. España.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP La Granja. Torreforta. Tarragona. España

*Correo electrónico: 23561evb@comb.cat

Puntos clave

- El hipertenso anciano tiene mayor prevalencia de hipertensión, mayor rigidez arterial, patología concomitante, polifarmacia y mayor prevalencia de la hipertensión sistólica aislada.
- Los ancianos presentan con frecuencia hipotensión ortostática, que en los hipertensos mayores de 65 años puede estar entre el 8 y el 14%, y aumenta progresivamente con la edad hasta superar el 30% en los hipertensos mayores de 80 años.
- La detección de la hipotensión ortostática es necesaria, por su asociación a morbilidad y mortalidad (inestabilidad, síncope, fracturas, accidentes y deterioro de la calidad de vida).
- Las cifras objetivo de control tensional en el hipertenso anciano son $< 140/90$ mmHg, o $< 135/80$ mmHg en el caso de hipertensos diabéticos. Sin embargo, en los hipertensos de edad ≥ 80 años, el objetivo de control es $< 150/90$ mmHg.
- En el hipertenso octogenario, o más frágil, es muy conveniente evitar la persistencia de cifras tensionales demasiado bajas (presión arterial sistólica < 130 mmHg).
- Conviene evaluar el deterioro cognitivo en los pacientes hipertensos ancianos que llevan años de mal control tensional.
- Los hipertensos grado 1-2 con control tensional óptimo, que sigan las medidas de estilos de vida, que toleren bien la medicación y que no presenten repercusión orgánica pueden ser evaluados cada 6 meses por enfermería.
- Los ancianos se benefician claramente del tratamiento farmacológico antihipertensivo en términos de reducción de eventos vasculares y de la mortalidad total.
- En los ancianos hay que considerar que determinadas situaciones clínicas precisan de antihipertensivos específicos.
- Si no se precisan antihipertensivos específicos, se puede iniciar el tratamiento con una tiazida (por ejemplo, 25 mg/día de hidroclorotiazida o clortalidona) y, en caso de no alcanzar los objetivos de control, asociar otros fármacos.

Palabras clave: Hipertensión • Anciano • Evaluación • Tratamiento.

Introducción

En España, la población > 65 años representa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas¹, de las que aproximadamente un 25% son octogenarias.

La prevalencia de hipertensión en > 65 años es elevada y puede superar el 65% (fig. 1), y en > 80 años puede sobrepasar el 70%. En un estudio poblacional en 4.009 sujetos con edad ≥ 60 años, Banegas et al. describieron unas cifras medias tensionales en España de 143/79 mmHg, una presión de

pulso media de 64 mmHg, una prevalencia de hipertensión del 68,3% (intervalo de confianza 95% 66,8-70,8) y una prevalencia de hipertensión sistólica aislada del 42,8% (intervalo de confianza 95% 41,3-44,4)^{2,3}. En este grupo de edad, únicamente un 16,3% estaba controlado ($< 140/< 90$ mmHg), con especial dificultad en conseguir el control del componente sistólico. A medida que aumenta la edad, mejora progresivamente el control de la presión diastólica, que en un 63,9% es < 90 mmHg en el intervalo de edad entre los 65-74 años. Se consigue hasta un 81,3% de buen control de la presión arterial diastólica (PAD) en hipertensos > 85 años.

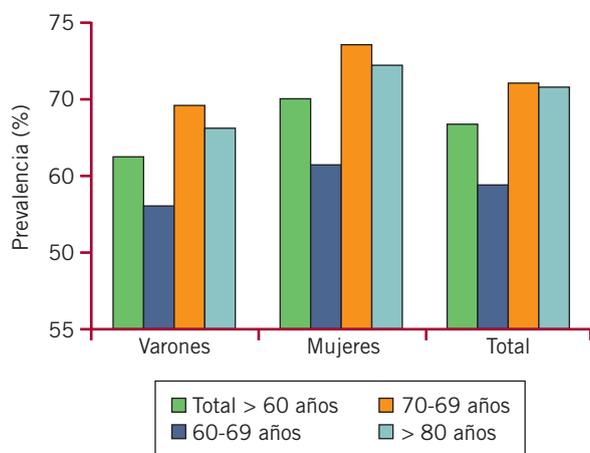


Figura 1. Prevalencia de hipertensión en España por género y edad en mayores de 60 años (n = 4.009).

En cambio, es más difícil el buen control tensional de la presión arterial sistólica (PAS), especialmente en el anciano, objetivo que solo se consigue en el 32-35% de los hipertensos ancianos, a causa de la disminución de la distensibilidad arterial.

Dichos cambios de presión arterial (PA) traducen un aumento de la rigidez de la pared arterial con la edad. Aumenta, así, en edades avanzadas, la prevalencia de hipertensión sistólica aislada y los valores de presión de pulso, especialmente a partir de los 60 años, edad a partir de la cual la presión de pulso contribuye de manera significativa al incremento del riesgo cardiovascular⁴.

Por otra parte, los hipertensos ancianos presentan habitualmente otras patologías crónicas concomitantes que se han de considerar: enfermedad vascular asociada, diabetes, obesidad, dislipemia, enfermedad renal crónica, microalbuminuria o hipertrofia ventricular izquierda. Por lo tanto, como en el resto de hipertensos, debemos tener en cuenta el global de factores de riesgo cardiovascular y para ello, en el caso de prevención primaria, pueden utilizarse las tablas de cálculo del riesgo, más ajustadas a la realidad geográfica de los pacientes^{5,6}. Entre otras, una de las limitaciones de algunas tablas de riesgo es la no inclusión de los pacientes > 75 años.

También suelen asociarse otras enfermedades o circunstancias (arritmias, insuficiencia cardíaca, limitación crónica al flujo aéreo, prostatismo, problemática psicosocial, polifarmacia, deterioro cognitivo, etc.) que nos deben obligar a ajustar nuestras decisiones terapéuticas, y a integrar el manejo de la hipertensión en la realidad del paciente anciano.

En resumen, varias son las características específicas del hipertenso anciano que debemos tener presente: mayor prevalencia de hipertensión, rigidez arterial, patología concomitante, polifarmacia y predominio de la hipertensión sistólica aislada.

Diagnóstico de la hipertensión

En el paciente anciano, los criterios que definen la hipertensión y sus diferentes grados de severidad no cambian de los del resto de población adulta. Por lo tanto, la definición es la misma: una PA media ≥ 140 y/o ≥ 90 mmHg obtenida en 3 visitas distintas, con al menos 3 determinaciones por visita. Tal como se ha comentado anteriormente, debido al aumento progresivo de la rigidez arterial asociada a la edad, la hipertensión sistólica aislada es más prevalente que en otros grupos etarios.

Medida de la presión arterial en el anciano

La metodología de medida de la PA en el anciano es la misma que en la población adulta > 18 años⁷, con la particularidad de recordar utilizar preferentemente tensiómetros automáticos auscultatorios en el caso de pacientes con fibrilación auricular. Como característica diferencial, los ancianos presentan una mayor prevalencia de hipotensión ortostática que en los hipertensos > 65 años, puede estar entre el 8 y el 14%^{8,9} y aumenta progresivamente con la edad hasta superar el 30% en los hipertensos > 80 años, según nuestra experiencia¹⁰. Por lo tanto, además de las determinaciones tensionales en sedestación, es recomendable realizar unas medidas de PA en decúbito, seguidas de unas medidas en bipedestación. Una caída de la PAS de 20 mmHg o de la PAD de 10 mmHg indica hipotensión ortostática. En la tabla 1 se describe la metodología para el diagnóstico de la hipotensión ortostática.

La detección de la hipotensión ortostática es necesaria, por su asociación a morbilidad y mortalidad (inestabilidad, síncope, fracturas, accidentes y deterioro de la calidad de vida), independientemente de si presentan sintomatología, ya que los pacientes con hipotensión ortostática asintomática también presentan riesgo de complicaciones¹¹.

Queremos recordar la relevancia de un adecuado registro del diagnóstico de hipotensión ortostática en la historia clínica del paciente, para prevenir complicaciones o tratamientos farmacológicos poco adecuados.

Ante cifras muy elevadas de PAS (≥ 180 mmHg), con evidencias indirectas de calcificación arterial (palpación de arteria radial endurecida-calcificada y no colapsada por el manguito inflado por encima de estas cifras –maniobra de Osler), hay que considerar el diagnóstico de “pseudohipertensión”.

En el hipertenso anciano, las indicaciones de registros de monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 h o de automedidas domiciliarias son las mismas y tan recomendables como en el resto de hipertensos. Sin embargo, uno de los objetivos adicionales de la medida de la presión ambulatoria es velar para que la medicación antihipertensiva no provoque períodos de excesiva hipotensión en algunos momentos del día o de la noche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470519>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470519>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)