



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



EDITORIAL

Hipertensión arterial en el anciano

Arterial hypertension in the elderly

G. Waisman



Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires; Sección Hipertensión Arterial y Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida conllevan un envejecimiento progresivo de la población, de manera que, si bien a principios del siglo xx la esperanza de vida era de 33,8 años para los varones y de 35,7 años para las mujeres, actualmente se sitúa en unos 74,3 y 81,5 años, respectivamente. En el mundo, según cifras de la OMS, el 1,3% tiene más de 80 años y en el año 2050 se proyecta que el 4,4% de la población mundial tendrá más de 80 años, lo cual conforma un escenario de gran impacto sociosanitario, puesto que las principales consultas médicas, tanto hospitalarias como de atención primaria, se realizan en población anciana. La hipertensión arterial (HTA) es una condición médica muy frecuente y su prevalencia aumenta con la edad. Afecta aproximadamente al 65% de los sujetos mayores de 60 años y a más del 70% de los mayores de 85 años. La HTA aumenta notoriamente con la edad, y en los pacientes mayores de 65 años, la prevalencia de HTA está entre el 60 al 70% en diversas series. También es bien conocido el hecho de que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en sujetos mayores de 65 años. Debido a la progresiva disminución de la «complacencia» arterial con la edad, predominan las formas clínicas de HTA sistólica y disminuye en forma paralela la HTA diastólica. Así, en los próximos años se espera un marcado incremento en el número de pacientes con HTA sistólica, y esta forma clínica de HTA se convertirá en la situación clínica más frecuente en la práctica médica cotidiana. En general los ancianos hipertensos saben que son hipertensos, mucho más que los sujetos jóvenes. Sin embargo, el problema epidemiológico y clínico más importante es conseguir un adecuado control de la HTA en ellos. Datos procedentes de diversos sistemas

de atención médica muestran un pobre control de la HTA aun en los mejores centros universitarios europeos o estadounidenses. La presión que persiste alta es la sistólica. Es posible que esto refleje un fenómeno de arrastre de la creencia, explicitada en los textos de fisiología, de que es «normal» un aumento de la presión arterial (PA) sistólica (PAS) con la edad, como el hecho de que la clasificación de la gravedad de la HTA se basó por décadas casi exclusivamente en la PA diastólica (PAD). Es decir, también existe un fenómeno de arrastre en el campo del conocimiento, dado que las primeras evidencias se obtuvieron con la PAD y solo 10 a 20 años después se consideró como objetivo el tratamiento de la HTA en los ancianos. Finalmente, es también evidente que en la población anciana a nivel mundial existe una tendencia al subtratamiento en sus necesidades de salud¹.

Existen sobradas evidencias de que la definición de HTA debe basarse tanto en la PAS como en la PAD a todas las edades, y que el tratamiento de la HTA en el anciano, aun con pequeños descensos de la PAS, se asocia a un beneficio clínico con un adecuado número necesario a tratar (NNT). El desafío es obtener este resultado en el paciente individual, debido a que no siempre es fácil obtener «normotensión» ni es claro el beneficio de bajar exageradamente la PA en muchos pacientes ancianos. En otros, en cambio, se observa una notoria adherencia a medidas no farmacológicas y se puede obtener un gran beneficio con medidas simples. En Argentina, el porcentaje de individuos bajo tratamiento antihipertensivo es elevado entre los ancianos (88%), pero su efectividad, evaluada a través del grado de control, es bastante pobre, llegando a cifras cercanas al 14%. Aun entre los mayores existen diferencias en el grado de conocimiento y control, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de los individuos².

Correo electrónico: gabriel.waisman@hospitalitaliano.org.ar

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2017.03.004>

1889-1837/© 2017 SEH-LELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El anciano alcanza un alto nivel de PA por mecanismos un poco diferentes que los jóvenes. Su comprensión facilita la evaluación clínica del paciente. El árbol circulatorio se caracteriza por arterias elongadas, más tortuosas y mecánicamente más rígidas o con menor complacencia. A nivel histológico tienen disminución del componente elástico y aumento de la matriz colágena. Es frecuente que exista disfunción endotelial, aterosclerosis y calcificación vascular agregada. Es muy frecuente la hipertrofia ventricular izquierda (del 50 al 60%) y la disfunción diastólica del corazón. Es posible que esta dificultad en el llenado cardiaco sea la principal responsable del bajo volumen minuto cardiaco (disminución de la función de bomba), que es más frecuente en los ancianos que en los jóvenes. A menores niveles de PAD tienen mayor resistencia vascular, por disminución del número de capilares y disminución del radio arteriolar. En general esto se expresa en los diferentes órganos como una disminución de la reserva funcional. La PAS aumenta con la edad, mientras que la PAD tiende a bajar. Una alteración clave en la circulación es la disminución de la función amortiguadora que tienen las grandes arterias. Esta función permite que cuando el corazón expulsa sangre al árbol arterial, la sangre se acumule en la aorta proximal, y luego, durante la diástole, la sangre circula desde la aorta hacia la periferia. Esto disminuye la pulsatilidad, es decir, las variaciones de la PA durante el ciclo cardiaco. Si no existiera esta propiedad elástica de la aorta, la PAS subiría hasta 200 mmHg o más en cada contracción cardiaca y luego bajaría a cero mmHg cuando el corazón está en diástole. Así, esta función de segundo corazón que tiene la aorta le permite amortiguar las grandes oscilaciones, permitiendo que a los tejidos llegue un flujo continuo. En los ancianos existe en general una marcada disminución de la elasticidad o complacencia arterial, que es progresiva y comienza alrededor de los 50 años. La consecuencia es que la PA sube más en sístole y luego baja más en diástole. Es decir, conforme la aorta está más disfuncionante, la PAD baja. Por lo tanto, la PAD no es un buen indicador de riesgo en ancianos. Si está elevada es importante, pero si está normal o baja el paciente puede tener una severa alteración circulatoria. Así, aunque tenga elevada la resistencia vascular, una fuerza que hace directamente subir la PAD en los jóvenes, los ancianos pueden tener la PAD normal o baja a pesar de una elevada resistencia vascular. Del mismo modo, a pesar de tener bajo gasto cardiaco pueden tener una PAS elevada. Estos principios son conocidos de antaño, y en un estudio que abarcó a 635 hipertensos hemos confirmado la validez de estas teorías³.

El estudio MRFIT demostró que este conocimiento fisiológico tiene una expresión en la epidemiología. En mayores de 45 años la PAS es más predictiva que la PAD (salvo que esta sea de 100 mmHg o más). Los pacientes de peor pronóstico son los que tienen hipertensión sistólica aislada. En la actualidad, sin embargo, existe evidencia de que los médicos somos más renuentes a tratar la hipertensión sistólica y todavía estos pacientes son subtratados, quizá en parte porque su PA diastólica no constituye una señal de alerta⁴.

Uno de los problemas típicos de la consulta es que el anciano presenta valores de PA muy diversos. Esto influye tanto en el diagnóstico como en el seguimiento cuando queremos saber si el paciente ya está normotenso con el tratamiento. Es típico del hipertenso —y más aún del anciano hipertenso— que los barorreceptores funcionen peor. Este es

un mecanismo fundamental de regulación y estabilización de la PA en el corto plazo. Junto con la mayor rigidez arterial, la disfunción de los barorreceptores son los responsables de un aumento notorio de la variabilidad de la PA en los ancianos. Es muy común que los ancianos manifiesten grandes variaciones entre distintas tomas de PA⁵. El reconocimiento de estos mecanismos se puede hacer indicando frecuentes tomas de la PA fuera del consultorio, lo que nos informará de una variación de la PA, que en general es característica de cada sujeto.

Una menor habilidad para desembarazarse del sodio consumido hace que este juegue un rol importante en la génesis de la HTA como en su tratamiento. Se considera que la respuesta presora a la sobrecarga o la privación de sodio es muy alta. Este dato es alentador, y se correlaciona con los ensayos clínicos que muestran un notorio descenso de la PA al disminuir una pequeña cantidad de sodio (40 mEq/día)⁶. Unido a la mayor adherencia a largo plazo que tienen los ancianos a esta estrategia en relación con los jóvenes, hacen de esta intervención una pieza clave en el tratamiento. La evidencia ha mostrado claramente que el tratamiento de la HTA en los ancianos no solo es altamente efectivo, sino que además es más beneficioso que el tratamiento en los jóvenes con HTA⁷.

La PAS está relacionada con el riesgo de presentar eventos cardiovasculares. La relación entre categorías crecientes de PAS y accidentes cerebrovasculares (ACV) es aún más fuerte que con la PAD. Se calcula que disminuir 10 a 12 mmHg la PAS y 5 a 6 mmHg la PAD en los pacientes hipertensos reduce el riesgo relativo de ACV en aproximadamente un 40%, el de cardiopatía isquémica en aproximadamente un 20% y el de mortalidad global en un 15%. Los ensayos clínicos indican que el tiempo promedio entre el inicio del tratamiento y el impacto en la disminución de las complicaciones cardiovasculares es sólo de alrededor de 2 años y medio⁸.

El sostenimiento del tratamiento se asienta en una adecuada relación médico-paciente y en otros factores que modifican la adherencia. Durante el tratamiento cuidaremos la confianza y buscaremos optimizar la adherencia al tratamiento. Para eso necesitamos otra vez considerar que tenemos tiempo, es decir, la enfermedad es crónica y el tratamiento también. Puede resultar de particular utilidad evaluar que la prescripción no farmacológica pueda ser cumplida e iniciar el tratamiento paso a paso. Cuando se usan fármacos, hay que titular comenzando con dosis bajas y aumentar lentamente a lo largo de varias semanas o meses. Integrar la toma del medicamento a la rutina habitual, y anticiparnos y evitar efectos colaterales por dosis altas de entrada o combinación de medicamentos más dieta de entrada. Si el paciente tiene síntomas, tratar de relacionar sus síntomas con los mecanismos de acción de las drogas y la fisiología, así como conocer la verdadera PA que estamos tratando. El tratamiento de la HTA consta de 3 estrategias: 1) la educación del paciente y su familia; 2) el tratamiento no farmacológico, basado en la modificación de estilos de vida, y 3) el tratamiento farmacológico. El éxito en conseguir que el paciente cambie sus hábitos en la dirección deseada es uno de los desafíos más difíciles para el médico que encara el manejo de cualquier condición crónica. Esto implica sintonizar sus juicios, actitudes y valores con los de su paciente. Para el médico, implica destinar mayor tiempo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5603606>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5603606>

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