

HIPERTENSION ARTERIAL EN ANCIANOS

Anotaciones sobre el «JNC 7 Report»

Francisco González López

Geriatra Clínico. Profesor de Medicina Interna
Universidad de Caldas, Manizales

Desde hace varios años se ha establecido plenamente que la Hipertensión Arterial constituye un modelo de envejecimiento acelerado y que, para todas las edades, su hallazgo determina un riesgo para enfermedad cardiovascular, de carácter continuo, consistente e independiente de otros factores de riesgo. La frecuencia de sus complicaciones, que incluyen infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, eventos cerebrales vasculares e insuficiencia renal crónica es evidentemente más alta que en la población normotensa. Para los individuos entre los 40 y 70 años de edad, un aumento de 20 mm Hg en la presión sistólica, o de 10 mm Hg en la diastólica, incrementará dos veces el riesgo para eventos cardiovasculares. Una enfermedad con esas características, que por demás afecta al 14% de la población mundial, cuya morbilidad altera la economía de todos los países, requiere el establecimiento de políticas oficiales en su detección y manejo para lograr un impacto epidemiológico en la situación de salud de los seres humanos.

Por más de tres décadas, el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón, y de Sangre (NHLBI) de los Estados Unidos de Norteamérica ha administrado el Programa de Educación de Hipertensión Arterial (NHBPEP) mediante la coordinación del Comité de Consenso (JNC por sus siglas en inglés) para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión, cuyo último reporte, el séptimo publicado el pasado 21 de mayo (**Jama, Mayo 21 2003. Vol. 289 (19) 2560-2572**), define las pautas de 39 entidades públicas, organizaciones voluntarias y siete agencias federales que lo constituyen. En su comunicación provee nuevas guías de clasificación y de manejo:

En las personas mayores de 50 años la tensión sistólica mayor de 140 mm Hg constituye un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular más determinante que la diastólica. A partir de valores de 115/75 mm Hg el riesgo de enfermedad cardiovascular se incrementa dos veces con cada aumento de 20/10 mm Hg; y los individuos normotensos de 55 años de edad tienen un 90% de riesgo para desarrollar hipertensión verdadera.

Se introduce un nuevo concepto para las personas con un rango sistólico de 120 a 139 mm Hg o el diastólico de 80 a 89 mm Hg denominado **Prehipertensión** que requiere modificación en el estilo de vida para la prevención de enfermedad cardíaca. Los diuréticos tiazídicos constituyen la primera línea del tratamiento farmacológico para la mayoría de los pacientes con la hipertensión no complicada, solo o en combinación con medicamentos de otras clases.

En ciertas condiciones asociadas o derivadas de la hipertensión que generen alto riesgo está indicado el uso inicial de otros medicamentos (los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (Iecas), los bloqueadores del receptor de angiotensina II (Ara II), y los calcioantagonistas. Un número alto de pacientes con hipertensión requerirá dos o más medicamentos antihipertensivos para lograr unas cifras óptimas inferiores a 140/90 mm Hg o 130/80 mm Hg para los pacientes con diabetes o enfermedad renal crónica. En los casos en los que la tensión arterial sobrepase en 20/10 mm Hg la meta propuesta, debe considerarse el inicio de la terapia con dos agentes que incluya un diurético tiazídico.

Clasificación de la Hipertensión Arterial para los adultos mayores de 18 años*			
	T. Sistólica (mm Hg)		T. Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	o	<80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión			
Estado 1	140-159	o	90-99
Estado 2	>160	o	>100

*Jama, Mayo 21 2003. Vol. 289 (19) 2561

Tal como sucedió en el VI Consenso, no se determinaron las cifras para la clasificación de la hipertensión sistólica aislada, la forma más prevalente en los mayores de 60 años, aunque como se anotó al inicio, fue calificada de predictor de mayor riesgo que la diastólica para enfermedad cardiovascular.

En lo concerniente a la evaluación del paciente hipertenso se definen estrategias que orientarán a evaluar el estilo de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovasculares, y los desórdenes concomitantes que pudieran afectar el pronóstico y el tratamiento. A determinar las causas identificables de Hipertensión Arterial y a evaluar la presencia o ausencia de daño de órgano blanco. A pesar de que no se menciona de manera explícita la búsqueda de hipertensión secundaria en ancianos, se señala la importancia del hallazgo de un soplo abdominal aórtico y su relación con hipertensión diagnosticada después de los 55 años. Se resalta la lista de causas identificables de Hipertensión:

- Apnea del sueño
- Hipertensión inducida o relacionada con fármacos
- Nefropatía crónica
- Aldosteronismo primario
- Enfermedad renovascular
- Terapia crónica con esteroides y S. de Cushing
- Feocromocitoma
- Coartación de la aorta
- Enfermedad de tiroides o paratiroides

Sin establecer diferencias en los grupos de edad, en el comportamiento y manejo de algunas situaciones especiales, se sugieren pautas de manejo en la enferme-

dad cardiaca isquémica, la complicación más común de la hipertensión, y cuya primera elección la constituyen los bloqueadores Beta, o como alternativa, los calcioantagonistas de larga acción. En los pacientes con síndromes coronarios agudos (angina inestable o infarto del miocardio) la hipertensión debe tratarse inicialmente con bloqueadores Beta e inhibidores de la enzima convertidora (lecas), con la adición de otras drogas según lo requiera el control de la hipertensión.

En la insuficiencia cardíaca, secundaria a enfermedad hipertensiva sistólica o isquémica, en los individuos asintomáticos con trastorno ventricular demostrable, se recomiendan los lecas y los bloqueadores Beta. Para aquellos con trastorno ventricular sintomático o enfermedad terminal, los lecas y los Ara II, bloqueadores de aldosterona, sin descartar la opción de los diuréticos de asa.

En los pacientes con enfermedad vascular cerebral los riesgos y beneficios de disminuir las cifras tensionales aún son inciertos; el control de la TA a niveles "intermedios" (aproximadamente 160/100 mm Hg) es apropiado hasta que la condición se haya estabilizado. Los eventos recurrentes pueden mejorar con la prescripción de lecas y de un diurético tiazídico.

La consideración puntual de la hipertensión en ancianos (en el aparte de "poblaciones minoritarias") incluye datos fragmentarios como la concerniente a la hipertensión sistólica aislada en más de los dos tercios de los mayores de 65 años y la dificultad en el adecuado control de la enfermedad. Se agrega que en general, se "deben seguir los mismos principios señalados para el cuidado general de hipertensión". De resaltar la recomendación de iniciar los medicamentos a bajas dosis y con intervalos de incrementos más prolongados que en los adultos jóvenes, y de ser necesario, utilizar terapias combinadas para un adecuado control de la hipertensión. Se anota el riesgo potencial de la hipotensión postural aun con disminuciones de 10 mm Hg asociados a cuadros de vértigo y síncope. Su frecuencia es más alta en los afectados por hipertensión sistólica aislada, diabetes mellitus, y en los pacientes que reciben diuréticos, dilatadores venosos, bloqueadores Beta, sildenafil, y algunas sustancias psicotrópicas.

Contraria a las recomendaciones precedentes acerca del paciente hipertenso con demencia cuya justificación de disminuir las cifras de hipertensión pasa a un

segundo plano, el VII consenso favorece la continuación de la «terapia eficaz antihipertensiva ya que la progresión y el deterioro cognitivo pueden reducirse en su evolución». En este sentido es necesario anotar que en todos los tratados se afirma que «más allá de reducir las cifras tensionales, el tratamiento se dirigirá a retrasar la aparición de las complicaciones de la hipertensión arterial, la demencia vascular una de ellas». Existe evidencia que muestra deterioro cognitivo en los pacientes dementes cuando se disminuyen los niveles de TA aun a niveles de seguridad.

Se introduce el concepto de consideraciones adicionales de los medicamentos antihipertensivos con efectos favorables o desfavorables en otras patologías, como el caso de las tiazidas que retardan la pérdida de la matriz ósea en los individuos con osteoporosis; los bloqueadores beta y su efecto sobre las taquiarritmias auriculares, en la migraña, en el temblor esencial y en la hipertensión perioperatoria. Los calcioantagonistas han mostrado beneficio en el síndrome de Raynaud y en ciertas arritmias y el prazosin en el prostatismo.

Abandonado en algunos textos hace varios años, el término «Hipertensión Resistente» ocupa de nuevo la atención del Consenso, y la define como la falla en alcanzar un adecuado control de la TA con un régimen de tres medicamentos a dosis máximas efectivas y que

incluya un tiazídico. Se anotan algunas causas de la resistencia:

- Toma inadecuada de la TA
- Alta ingesta de sodio
- Retención de volumen por enfermedad renal
- Inducida por drogas u otras causas
- Sin adherencia a la terapia
- Dosis inadecuadas
- Combinaciones de medicamentos inadecuadas
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Simpaticomiméticos
- Obesidad
- Exceso de consumo de alcohol

Por último se recalca que la motivación del paciente constituye la piedra angular en el control de la Hipertensión Arterial. Las expectativas positivas y la confianza en el terapeuta, basadas en una adecuada relación del médico y del enfermo, son fundamentales para conseguir los objetivos trazados. El Comité enfatiza que sus pautas son un complemento para el juicio del médico ante las consideraciones diagnósticas y terapéuticas frente a cada uno de sus pacientes hipertensos.