

HTA EN MAYORES DE 80 AÑOS:

NUNCA ES TARDE PARA ACTUAR

AUTORES

Jesús Javier López Hernández. Enfermero. C.S. Pisueña-Cayón. Sarón

(Cantabria)

Mercedes Martínez González. Médico de Familia. C.S. Pisueña-Cayón. Sarón

(Cantabria)

María Iciar Armentia González. Enfermera . C.S. La Vega-Zapatón.

Torrelavega (Cantabria)

Dirección para correspondencia:

Jesús Javier López Hernández

C.S. Pisueña-Cayón , Bº El Ferial S/N. Sarón C.P. 39560 Cantabria

Dirección de correo electrónico para correspondencia:

jesusjavierlo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida en España, ha ido en aumento, siendo actualmente de 84 años para la mujer y 78 para el hombre. El grupo poblacional de mayores de 80 años va a ser el de mayor crecimiento en los próximos años. A estas edades la prevalencia de hipertensión arterial llega a afectar hasta el 80% de esta población.(1).

Hasta hace relativamente poco tiempo no se prestaba atención al control y tratamiento de estos pacientes, presuponiendo que el beneficio que se podría obtener era dudoso. La aparición del estudio HYVET (2), demostró el beneficio de tratar a la población hipertensa octogenaria.

La elevación de la tensión arterial en los pacientes de más de 80 años, se ha considerado "un efecto fisiológico", por el envejecimiento en si, y algunos autores han sugerido la existencia de una curva en J, entre tensión arterial y mortalidad, es decir que cifras de tensión arterial por debajo de 140/70 mmHg, podrían aumentar la mortalidad. Sin embargo parece que esa mortalidad observada en casos de tensiones arteriales bajas está realmente ligada a comorbilidades, frecuentes en esta edad, como puede ser la insuficiencia cardiaca, cáncer, desnutrición, etc.. responsables ellas mismas de tensión arterial baja.

Así mismo se suponía que esta población hipertensa, no debería tratarse, ya que ese tratamiento y por consecuencia la bajada de tensión arterial podría precipitar isquemia en órganos diana (cerebro, riñón y miocardio).

Por el contrario el estudio Framingham (3), analizó el riesgo de ictus en el hipertenso según la edad, tras 6 años de seguimiento, y los mayores de 80 años, tenían un 25% más de riesgo de sufrir un evento, riesgo que en los menores de 60 años era del 3%.

El efecto de la hipertensión arterial, se ha relacionado con aterosclerosis, alteraciones cognitivas y más recientemente con demencia.

Las características de este tipo de pacientes han sido muy poco estudiadas, por lo que en el presente estudio pretendemos analizar las características de esta población

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de hipertensión en mayores de 80 años en un área rural.
- Determinar características en base a edad, sexo, IMC, grado de control de tensión arterial.
- Determinar prevalencia de diabetes y su control, fibrilación auricular, ictus, hiperlipemia, insuficiencia renal e hipertrofia de ventrículo izquierdo.
- Determinar tipos de tratamiento antihipertensivo, anticogulantes, antiagregantes y estatinas.

METODOLOGÍA

Se estudiaron 114 pacientes mayores de 80 años, que tenían registrado el diagnóstico de HTA en su historia clínica. Representaban el 64% de los mayores de 80 años y el 13% del total de hipertensos de una zona rural, con 3.656 mayores de 16 años.

Se determinó:

- Edad, sexo, IMC.
- Grado de control de TA, en base a media de 3 últimas tomas de tensión arterial en consulta, considerando buen control < 140/90 mmHg.
- Existencia de dislipemia (colesterol total > 200 mg/dl), diabetes, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, infarto o ictus.
- Filtrado glomerular en base a fórmula MRD. Se consideró insuficiencia renal severa $FG < 30$ ml/min y moderada 30-60ml/min.
- Hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), según criterios de Cornell, en ECG
- Grado de control de diabetes HBA1c < 7,5%
- Tratamientos antihipertensivos: IECA, ARAII, diuréticos, alfabloqueantes, betabloqueantes y calcio antagonistas.
- Tratamientos concomitantes: estatinas, antiagregantes, anticoagulantes e hipolipemiantes.

RESULTADOS

El 62,3% eran mujeres, la media de edad fue de 84 años (80-95) (tabla 1) y había un 29,8% de diabéticos (tabla 2) y un 61,4% de pacientes con dislipemia (tablas 4 y 5). La media de tensión arterial sistólica (TAS) fue de 134 mmHg y estaba controlada en el 93%. La media diastólica (TAD) fue de 75,3 mmHg y estaba controlada en el 83%. La media de control de la TA fue del 86%. El IMC medio era de 28,3 (tabla 3) y la media de aclaramiento de creatinina era de 49 ml/min (tabla 6). En cuanto al grado de control de la diabetes sólo el 11,7% tenían HbA1c >7,5%. El 27% estaban tratados con 1 antihipertensivo, el 42% con 2 y el 31% con 3. La asociación más prevalente fue IECA+DIU (61%), el 31% ARAII +DIU y el 8% otras asociaciones.

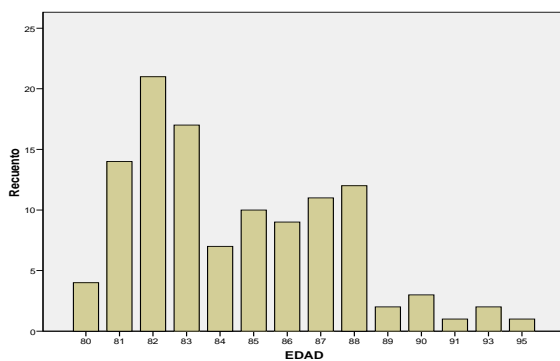


Tabla 1

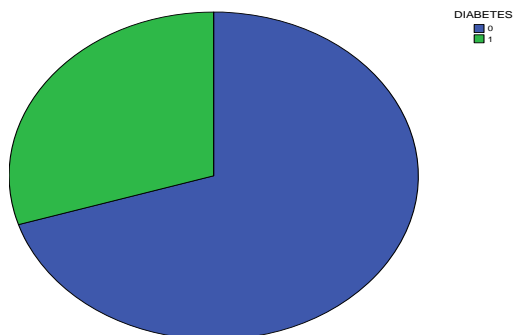


Tabla 2

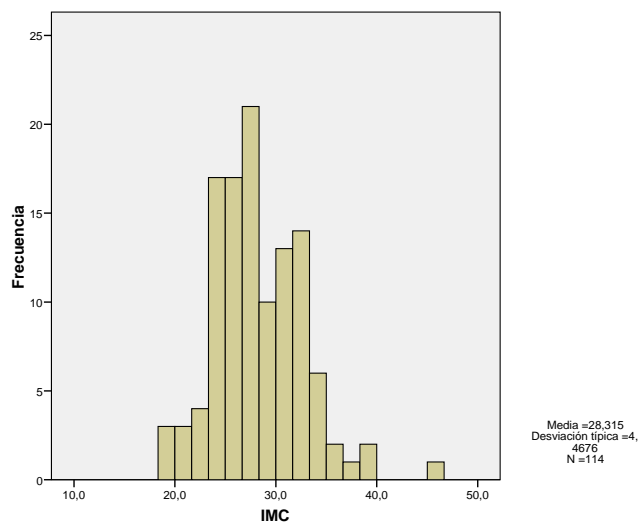


Tabla 3

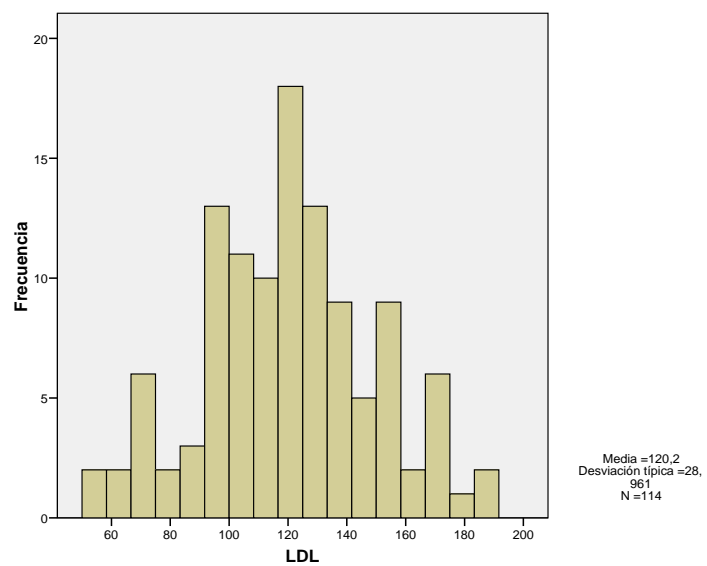


Tabla 4

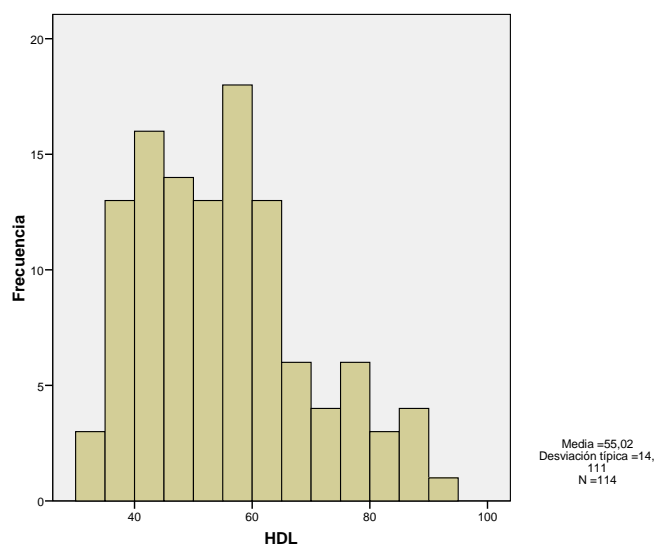


Tabla 5

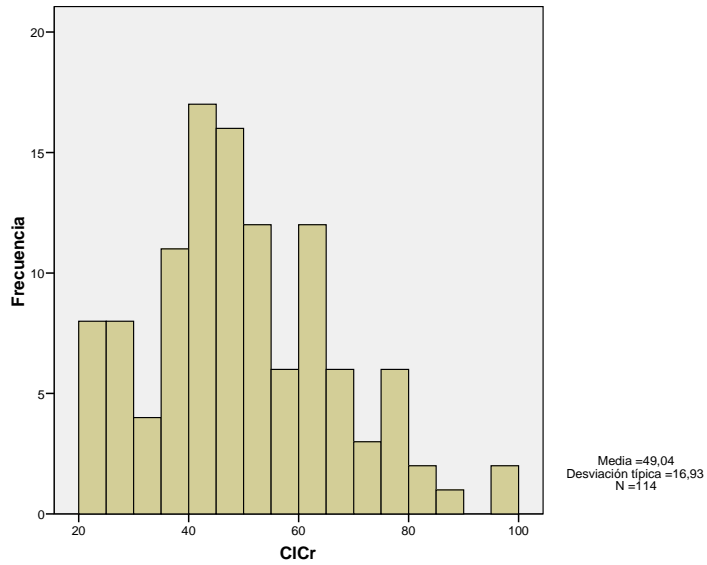


Tabla 6

ACVA	16,0 %
C.ISQUEMICA	12,3 %
IAM	6,0 %
HVI	19,3 %
FA	21,0 %
AAS	31,6 %
SINTRON	16,7 %
ESTATINAS	36,8 %

α BLOQUEANTES	7,0 %
β BLOQUEANTES	9,6 %
IECA	43,0 %
ARA	25,4 %
DIU	74,6 %
CA	16,7 %

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en nuestro estudio no confirman los datos de otros estudios que indican el difícil control de la tensión arterial en el paciente mayor de 80 años ya que el 86% de nuestros pacientes tenían controlada la tensión arterial. Tomamos como corte para TA bien controlada las cifras de 150/80mmHg, por ser la TA objetivo en el estudio Hyvet (2), que demostró disminuir mortalidad en un 21% por todas las causas y 30% de reducción de ictus. Sin embargo las guías, no hacen distinción en las cifras objetivo en función de la edad, considerando el objetivo de 140/90 mmHg, en pacientes sin otros riesgos y 130/80, en pacientes con riesgo cardiovascular elevado, cuestionado en la última actualización de las Guías Europeas(4).

Parece que la prevalencia de HTA tiene una distribución universal. En otros estudios la prevalencia en mayores de 80 años es hasta el 70%, y en nuestro caso fue del 64%. En cuanto al sexo, hay una mayor prevalencia entre las mujeres, 62%. Así mismo nuestra población tenía mas ACVA previo ,16%, y más infarto de miocardio,6%, que en otros estudios (2). También llamar la atención sobre la prevalencia de insuficiencia renal en esta población, el promedio de filtrado glomerular estimado era inferior a 50 ml/m, lo que tiene gran repercusión en la clínica, dada la comorbilidad de estos pacientes que precisan de fármacos que se eliminan vía renal como analgésicos o AINES.

Es de destacar la alta prevalencia de fibrilación auricular 21% en esta población, de aquí la importancia de esta patología que a estas edades tiene la indicación de anticoagulación , y el gran riesgo de sangrado si no hay un buen control de la TA. Casi el 50% de nuestros pacientes estaban tratados con antiagregantes o anticoagulantes.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de la HTA en mayores de 80 años debe perseguirse desde Atención Primaria, ya que numerosos estudios han demostrado el beneficio de tratar a esta población, con la disminución de los eventos cardiovasculares y la disminución de la mortalidad total.

Sin embargo los límites para considerar los objetivos son controvertidos. Hay evidencias que sugieren que en pacientes sin ictus previos o enfermedad cardiovascular el beneficio de mantener la TA sistólica < 150 mmHg está documentado, sin embargo TAS < 135 mmHg, puede tener consecuencias deletéreas para la salud de estos pacientes.

Nuestro estudio demuestra el buen control de la tensión arterial, para la mayoría de esta población, así como el buen control de la diabetes, en el subgrupo de diabéticos, quizás debido a la concienciación por parte del personal sanitario que atiende a estos pacientes del beneficio de tratar estas patologías en personas de edad avanzada(5).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Brindel O, Hannon J.F. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly: The three city study. *J. Hypertens.* 24 (2006). 51-58
- 2.- Becktt R, Peters A. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N. Eng. J. Med.* 358(2008) 1887-1898
- 3.- Lloyd-Jones J.C. Evans J. Hypertension in adults across the age spectrum current outcomes and control in the community. *JAMA* 294(2005) 466-472
- 4.- Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Journal of Hypertension* 2009, 27: 2121-2158
- 5.- Barry L. Carter. The potency of Team-Based care interventions for Hypertension. *Archives of Internal Medicine* 2009 ;169 (19):1748-1755