

¿Cuándo y hasta cuánto debemos bajar la presión arterial sistólica en los ancianos? El debate continúa

When and by how much should we lower the systolic blood pressure in the elderly? The debate continues

Sr Editor:

En la atención clínica diaria del paciente anciano existen cuestiones polémicas que de forma más o menos recurrente cuestionan nuestra práctica habitual. Y a veces ocurre que lo que pensamos y hacemos puede estar lejos de las recomendaciones más recientes. Cuándo tratar y hasta dónde bajar la presión arterial sistólica (PAS) en la población anciana es una de ellas. A finales de 2009 la Sociedad Europea de Hipertensión publicó una actualización de su guía de 2007 a partir de la publicación de nuevos estudios aleatorizados¹ y, aunque en general no se cambian las principales recomendaciones en el tratamiento del anciano hipertenso, sí plantea más dudas que certidumbres en el tratamiento de esta población. Así cita, por ejemplo: «[...] en hipertensos ancianos el beneficio de bajar la PAS a menos de 140 mmHg nunca ha sido testado en ensayos clínicos controlados [...]». Por tanto, reabre claramente el continuo debate de qué hacer con la PAS de nuestros pacientes mayores.

¿Cuándo deberíamos tratar la PAS en un anciano? En contra de lo que se podría pensar, en una reciente revisión sobre los estudios sobre hipertensión en el anciano en los que se compara placebo con tratamiento activo (EWPHE, SHEP, STOP-I, MCR *elderly*, Syst-Eur, Syst-China, *Study on Cognition and Prognosis in the Elderly* [SCOPE], *Hypertension in the Very Elderly Trial* [HYVET], *Japanese Trial to Assess Optimal Systolic Blood Pressure in Elderly Hypertensive Patients* [JATOS]), se comprueba que todos los pacientes reclutados debían tener una PAS mayor de 160 mmHg para ser incluidos en los estudios, por lo tanto en ninguno de ellos se ha estudiado a ancianos con PAS por debajo de 160 mmHg. Además, la PAS media basal en todos los estudios era mayor de 170 mmHg, con la única excepción del estudio SCOPE, que fue de 166 mmHg, pero que incluyó un 50% de pacientes pretratados con dosis bajas de tiazidas². De hecho, en el reciente y paradigmático estudio HYVET, el criterio de reclutamiento era tener la PAS entre 160 y 199 y la presión arterial diastólica < 110, con unas presiones arteriales (PA) medias al inicio de 173/91³. Por lo tanto, aunque las guías actuales recomienden iniciar el tratamiento cuando la PA > 140/90 independientemente de la edad del sujeto, actualmente no tenemos evidencias suficientes para asumir plenamente dicha recomendación.

¿Hasta cuánto bajar la PAS en un anciano? Tampoco existen evidencias concluyentes para bajar la PAS por debajo de 140 mmHg en esta población. En ninguno de los estudios referidos sobre pacientes ancianos hipertensos se llegó al objetivo recomendado de PAS < 140 mmHg (por ejemplo, en el estudio HYVET el objetivo fue una PAS < 150 mmHg y la PAS media alcanzada al finalizar el estudio fue de 144 mmHg)^{2,3}. Sólo en uno, el estudio JATOS, que incluyó 4.418 sujetos con edades comprendidas entre los 65 y 85 años, se comparó el efecto del tratamiento intensivo (objetivo PAS < 140) con el tratamiento menos intensivo (objetivo PAS entre 140 y 160 mmHg)⁴. A pesar de que los valores de PA fueron significativamente menores en el grupo de tratamiento intensivo, el

estudio no demostró ningún beneficio en bajar la PAS por debajo de 140 mmHg en los pacientes ancianos³. Además, recientemente en un ensayo sobre 3.260 pacientes con edades entre 70 y 84 años, no se encontraron diferencias en eventos cardiovasculares entre los objetivos de PAS < 150 mmHg y de PAS < 140 mmHg⁵.

Es decir, en la actualidad no existe ningún estudio que demuestre de forma concluyente el beneficio de bajar la PAS a < 140 mmHg en los sujetos ancianos.

Si a todo ello sumamos que el paciente anciano tiene mayor dificultad para el control de la PAS debido a una mayor rigidez arterial, lo cual va a condicionar la necesidad de la asociación de fármacos, la mayor frecuencia de interacciones farmacológicas, la mayor frecuencia de problemas de cumplimiento y la importancia que adquiere la hipotensión ortostática en esas edades, podremos concluir que a la hora de tratar al anciano hipertenso va a ser necesario aplicar una premisa básica de la geriatría: individualizar, considerando el enfermo, sus comorbilidades y su entorno.

Posiblemente un objetivo razonable en esa población sea conseguir que la cifra de PAS se aproxime a 150 mmHg, teniendo en cuenta el estatus funcional del paciente, su riesgo de caídas y de otros eventos asociados a los episodios de baja perfusión por hipotensión relativa. Mientras tanto, tendremos que esperar a nuevas evidencias sobre cuándo y hasta cuánto en el tratamiento de los ancianos con hipertensión.

Bibliografía

1. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al., European Society of Hypertension. Reappraisal of European Guidelines on Hypertension Management: an European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
2. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *Journal of Hypertension*. 2009;27:923-34.
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al., HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
4. JATOS Study Group. Principal results of the Japanese trial to assess optimal systolic blood pressure in elderly hypertensive patients (JATOS). *Hypertens Res*. 2008;31:2115-27.
5. Ogiwara T, Satura T, Rakugi H, Matsuoka H, Shimamoto K, Shimada K, et al. Target blood pressure for treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: valsartan in elderly isolated systolic hypertension study. *Hypertension*. 2010;56:196-202.

Luis Castilla Guerra^{a,*}, María Carmona González^b, Jesús Álvarez Suero^a y María del Carmen Fernández Moreno^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

^c Servicio de Neurología, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castillafernandez@hotmail.com

(L. Castilla Guerra).

doi:10.1016/j.regg.2010.12.005