

# Hipertensión sistólica del anciano

## Objetivo

Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre el manejo clínico de la hipertensión sistólica del anciano (HSA).

## Fuente de datos

Se realizó una búsqueda en Medline de artículos en inglés desde 1966 a 2004 complementada por una búsqueda manual.

## Selección de datos

Se seleccionaron 36 trabajos de 1064 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser ensayos clínicos aleatorizados y controlados o estudios observacionales con información sobre morbi-mortalidad.

## Resultados

Los resultados del SHEP<sup>1</sup>, Syst-Eur<sup>2</sup> y Syst-China<sup>3</sup>, avalan concluyentemente el tratamiento antihipertensivo en adultos mayores con presiones >160/<90 mmHg. En estos estudios las presiones al inicio y al final del tratamiento activo fueron 170/77-143/68, 174/85-151/78 y 170/86-150/81 mmHg respectivamente. El tratamiento activo se basó en clortalidona (+ atenolol o reserpina), nitrendipina (+ enalapril e hidroclorotiazida) o nitrendipina (+ captopril e hidroclorotiazida) respectivamente. Ver tabla de metanálisis de ensayos clínicos.

**Tabla.** Resultados de meta-análisis de HSAI en personas mayores

Resultado	Grupo control	Grupo Intervención	RRR@(IC 95%)
Eventos cardiovasculares luego de mediana de seguimiento de 3.8 años	835	647	26% (17% a 34%)

Basado en información de 15.693 sujetos de los tres ECCAs mencionados y subpoblaciones mayores de otros cinco ECCAs. @ Reducción de Riesgo Relativo.

Siguen siendo tema de controversia el tratamiento farmacológico de la hipertensión sistólica estadio 1 (140-160/<90 mmHg), y la hipertensión del paciente muy anciano (85 o más años). Los argumentos a favor de medicar la hipertensión sistólica estadio 1 surgen de estudios observacionales.

Este tema es importante si se tiene en cuenta que la mayoría de los hipertensos categorizados como "no controlados" en las encuestas epidemiológicas pertenecen a esta categoría. Comparados con los normotensos, estos pacientes tienen un aumento del riesgo cardiovascular RR 1,47 (IC 95% 1,24 - 1,74) según datos del Framingham Health Study<sup>4</sup>.

El Physician's Health Study<sup>5</sup> ha mostrado datos similares. Aunque los subanálisis del SHEP y el SYST-Eur sugieren un beneficio del tratamiento activo en los muy añosos, el poder estadístico\* es limitado para ofrecer conclusiones definitivas.

Otro tema controvertido es si los beta bloqueantes son drogas de primera elección en el tratamiento de la hipertensión sistólica del anciano sin insuficiencia cardíaca ni coronaria<sup>6</sup>. Seguramente no lo son cuando hay hipertrofia ventricular izquierda en el ECG<sup>7</sup>.

## Conclusiones

Existe evidencia contundente a favor de tratar la HSA en los ancianos con presiones sistólicas de al menos 160 mm Hg, aunque la evidencia para tratar pacientes con presiones menores, o llevar a los ancianos a presiones menores a 140 mm Hg es débil. En estos casos, las decisiones terapéuticas deberían basarse en las preferencias y tolerancia a la medicación de los pacientes.

**Fuente de financiamiento:** Agencias gubernamentales y fundación de EE.UU (National Institutes of Health/National Institute on Aging; NIA/Hartford Foundation).

## Comentario

En ancianos, el beneficio de bajar los aumentos aislados de presión sistólica a menos de 160 mmHg es contundente. Sin embargo la evidencia de medicar a aquellos con valores entre 140 y 160 mmHg es aún limitada. Otras situaciones que plantean incertidumbre son el tratamiento de los hipertensos muy ancianos (más de 85 años), y de aquellos con valores superiores a 160 mmHg en la consulta pero normales en la presurometría (en un sub-estudio del Syst-Eur, la prevención de eventos cardiovasculares atribuible al tratamiento activo sólo fue evidente en aquellos con promedios de 24 hs mayores a 160 mmHg). En relación a los muy ancianos, los resultados piloto del estudio HYVET<sup>8</sup> sugieren que en mayores de 80 años, el tratamiento farmacológico de la hipertensión podría prevenir los ACV pero aumentar la mortalidad no cardiovascular.

Otros limitantes terapéuticos son presiones diastólicas menores a 60 mmHg, historia de síncope, hipotensión ortostática y estenosis carotídea severa bilateral.

Las drogas de primera elección en el tratamiento de la hipertensión sistólica del anciano son los diuréticos tiazídicos y los bloqueantes cálcicos de tipo dihidropiridínicos de acción prolongada (nitrendipina, amlodipina, lercanidipina, etc.), en cambio no son de primera elección los beta bloqueantes (tratar de combinarlos con una tiazida

o una dihidropiridina). Aunque no enfatizado en la revisión, en la práctica vemos con relativa frecuencia hiponatremias, hiperuricemias e hipokalemias relacionadas al uso de tiazidas. Más recientemente se viene jerarquizando el riesgo de desarrollar alteraciones de la glucemia asociadas al uso de diuréticos y/o betabloqueantes, aunque esta complicación está relacionada a la dosis del fármaco y la glucemia inicial del paciente. En los hipertensos sistólicos con signos de hipertrofia ventricular izquierda severa en el ECG el losartan parece ser el fármaco de elección. En los hipertensos sistólico-diastólicos añosos, los inhibidores de la enzima convertidora demostraron ser tan efectivos (y en el sexo masculino más efectivos) como la hidroclorotiazida como tratamiento de inicio<sup>9</sup>.

## Conclusiones del comentador

En ancianos, el beneficio de bajar los aumentos aislados de presión sistólica a menos de 160 mmHg es contundente. Las drogas de primera elección en esta población son los diuréticos tiazídicos y los bloqueantes cálcicos de tipo dihidropiridínicos de acción prolongada.

\* ver glosario

**Dr. José Alfie** [ Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Clínica médica. Hospital Italiano de Buenos Aires. ]

Alfie, J. Hipertensión sistólica del anciano. Evid. actual. práct. ambul. 2005;8:103. Comentado de: Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. **Systolic Hypertension** in Older Persons. JAMA.2004;292:1074-1080. PMID: 15339901.

## Referencias

1. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP): SHEP Cooperative Research Group. JAMA. 1991;265:3255-3264.
2. Staessen JA et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension: the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet. 1997;350:757-764.
3. Liu L et al. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension: Systolic Hypertension in China (Syst-China) Collaborative Group. J Hypertens. 1998;16(12 pt 1): 1823-1829.
4. Sagie A et al. The natural history of borderline isolated systolic hypertension. N Engl J Med 1993; 329: 1912-7
5. O'Donnell CJ et al. Hypertension and borderline isolated systolic hypertension increase risks of cardiovascular disease and mortality in male physicians. Circulation. 1997;95:1132- 1137.
6. Messeri F et al. Are Beta Blockers Efficacious as First-line Therapy for Hypertension in the Elderly? A Systematic Review. JAMA. 1998;279:1903-1907.
7. Kjeldsen S. Effects of Losartan on Cardiovascular Morbidity and Mortality in Patients With Isolated Systolic Hypertension and Left Ventricular Hypertrophy: A Losartan Intervention For Endpoint Reduction (LIFE) Substudy JAMA.2002;288:1491-98
8. Bulpitt CJ et al.: Results of the pilot study for the hypertension in the very elderly trial. J Hypertens 2003;21:2409-2417.
9. Wing L et al. A Comparison of Outcomes with Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors and Diuretics for Hypertension in the Elderly. N Engl J Med 2003; 348:583-592, Feb 13, 2003

