

Objetivos de presión arterial más laxos aumentarían el riesgo de eventos vasculares en adultos mayores

Less stringent blood pressure targets may increase the risk of vascular events in older adults

Comentado de:

Falk JM, Froentjes L, Kirkwood JE, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;12(12):CD011575. doi: 10.1002/14651858.CD011575.pub3. PMID: 39688187¹

Resumen estructurado

Objetivo

Evaluar los efectos de un objetivo de tensión arterial (TA) más laxo (TA sistólica entre 150 y 160 y TA diastólica entre 95 y 105 mmHg) en comparación con un objetivo de TA más estricto (sistólica <140 y/o diastólica <90 mmHg) en personas con hipertensión arterial (HTA) de 65 años o más.

Diseño y fuente de datos

Revisión sistemática y metanálisis. La búsqueda fue realizada en el Registro Especializado en Hipertensión de Cochrane, CENTRAL, MEDLINE, Embase, y Web of Science hasta junio de 2024. Además, los autores revisaron registros de ensayos clínicos y literatura gris.

Selección de estudios y extracción de datos

Fueron elegibles los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de al menos un año de seguimiento, que evaluaron pacientes con HTA de 65 años o más, y que compararan un objetivo de TA sistólica entre 150 y 160 y diastólica entre 95 y 105 mmHg, con otro de TA <140/90 mmHg.

Los desenlaces primarios fueron la mortalidad por todas las causas, la incidencia de accidente cerebrovascular (ACV), de institucionalización y eventos cardiovasculares serios que ACV isquémico, hemorrágico y/o accidente isquémico transitorio, enfermedad cardíaca (infarto agudo de miocardio [IAM], tratamiento nuevo para insuficiencia cardíaca, angina o muerte súbita), enfermedad vascular (agrandamiento, ruptura o disección aneurismática o tratamiento para enfermedad arterial oclusiva) y falla renal. Los desenlaces secundarios fueron la mortalidad (de causa cardiovascular y no cardiovascular), la enfermedad coronaria aguda (incluyendo IAM fatal y no fatal, síndrome coronario agudo, hospitalización no planificada por enfermedad cardiovascular o angina), la insuficiencia cardíaca o renal, los eventos adversos, la tasa de abandonos por efectos adversos y la media de TA.

Las etapas de selección de estudios, extracción de datos y evaluación de la calidad fueron llevadas a cabo por dos investigadores independientes. El riesgo de sesgo de los estudios primarios fue evaluado con la herramienta de Cochrane para ECA (ROB-1).

Resultados principales

Fueron incluidos cuatro ECA con 16.732 participantes (56,3% de sexo femenino, edad media 70 años). La media de seguimiento fue de 2,9 años. La Tabla 1 resume los resultados principales.

Desenlace	RR (IC 95%)	Diferencia de riesgo* (IC 95%)	Estudios (participantes)	Certeza de la Evidencia (GRADE)
Mortalidad global	1,14 (0,95 a 1,37)	+4 (-1 a +9)	4 (16.732)	Baja
Accidente cerebrovascular	1,33 (1,06 a 1,67)	+6 (+1 a +11)	4 (16.732)	Alta
Eventos cardiovasculares serios	1,25 (1,09 a 1,45)	+10 (+4 a +17)	4 (16.732)	Moderada
Abandono por efectos adversos	0,99 (0,74 a 1,33)	0 (-3 a +4)	3 (16.008)	Moderada
Mortalidad cardiovascular	1,48 (1,08 a 2,02)	No estimable	4 (16732)	Moderada
Insuficiencia cardíaca	2 (1,12 a 3,57)	+2 (+1 a +5)	3 (13653)	Baja

Tabla 1. Resultados principales del metanálisis de objetivos de tensión arterial mas laxos comparados con objetivos mas estrictos. Nota: * Diferencia de riesgo por cada 1000 pacientes tratados. Abreviatura: IC: intervalo de confianza.



Conclusiones

Existe evidencia de alta certeza de que un objetivo de TA más estricto (<140/90 mmHg) reduce el riesgo de ACV, en comparación a un objetivo más laxo (TA sistólica 150 a 160 mmHg; diastólica 95 a 105 mmHg) y moderada certeza de que probablemente reduzca los eventos cardiovasculares, sin incrementar la tasa de abandono por efectos adversos. Sin embargo, el riesgo absoluto es bajo y su efecto en la mortalidad por todas las causas, es incierto debido a la baja certeza de la evidencia. Se necesita mayor información para determinar los efectos de esta intervención en personas frágiles y

mayores de 80 años, en quienes los riesgos y los beneficios pueden diferir.

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Esta investigación contó con el respaldo de la Universidad de Alberta, Alberta Health services, Universidad de Manitoba, College of Family Physicians y la Universidad de Columbia Británica. Uno de los autores declaró haber recibido dos subsidios gubernamentales (Alberta Innovates y Canadian Institutes of Health Research) que en conjunto financian dos estudios (BedMed y BedMed-Frail) sobre el horario de consumo de antihipertensivos.

Comentario

La hipertensión es un problema de salud de alta prevalencia, que afecta a uno de cada tres adultos a nivel mundial. Se estima que esta proporción será mayor en el futuro dado que la expectativa de vida se encuentra en aumento². Tan solo en Argentina, esta condición ocasiona 400.000 años de vida perdidos por discapacidad³. La optimización de su tratamiento es especialmente importante en pacientes ancianos, quienes presentan mayor riesgo de eventos adversos e interacciones farmacológicas por la frecuente polimedicación. Las guías de práctica clínica actuales⁴⁻⁶ son inconsistentes para las recomendaciones objetivo de TA para adultos mayores, variando en los objetivos terapéuticos de menos de 130 a menos 150 mmHg según la guía y la población, pero sin un claro fundamento científico.

Esta revisión sistemática¹ evaluó los efectos de un objetivo de TA más laxo en comparación con uno más estricto y encontró que este último reduce el riesgo de ACV. Además, probablemente reduzca el riesgo de eventos adversos cardiovasculares serios (con diferencias de riesgo que no superan los 10 cada 1000 pacientes tratados) sin aumentar la proporción de personas que discontinúan el tratamiento por eventos adversos.

Si bien esta revisión se destaca por su alta calidad metodológica, la mayoría de los estudios incluidos tienen bajo riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia según GRADE es alta para varios desenlaces, es importante destacar algunas limitaciones a su aplicabilidad en la clínica diaria. Dado que los participantes de los estudios primarios tenían una edad promedio de 70 años y en la actualidad, con el aumento de la esperanza de vida, una proporción considerable de pacientes adultos mayores superan esa edad⁷, los hallazgos descritos no permiten establecer recomendaciones acerca de las metas terapéuticas en este grupo etario.

Por otra parte, también es relevante tener en cuenta que, según el marco GRADE de *De la Evidencia a la Toma de Decisiones*, además de la calidad de la evidencia debe considerarse otros factores para la elaboración de recomendaciones, que incluyen el balance entre los beneficios y los daños, los valores y preferencias de los pacientes, la aceptabilidad y factibilidad de implementar la recomendación, así como el uso de recursos que serían necesarios, y su relación de costo-efectividad, entre otros⁸.

En relación al balance entre daños y beneficios, este estudio mostró una clara inclinación hacia estos últimos, al evidenciar un menor riesgo de eventos cardio y cerebrovasculares sin aumentar el riesgo de eventos adversos con los objetivos de presión más estrictos. En cuanto a los valores y preferencias, está documentado que los pacientes prefieren tratamientos que tengan una menor incidencia de efectos secundarios, junto con una respuesta más rápida, pero con una administración de la medicación más sencilla y a un menor costo⁹.

En base a las preferencias de los pacientes, los autores consideramos que optar por un objetivo de TA más relajado podría ser mejor aceptado, asumiendo que esto implicaría menor medicación, menores gastos y menor cantidad de controles para cumplir con el objetivo. Sin embargo, es fundamental que cada paciente pueda tomar una decisión informada, conociendo los riesgos, en particular los absolutos, asociados a cada objetivo de TA e implementar una toma de decisiones compartidas.

Conclusiones de los comentadores

En personas de una edad promedio de 70 años, un control más estricto de la presión arterial se traduce en menos riesgos para la salud en múltiples desenlaces pero con resultados absolutos menos importantes. Sin embargo, la evidencia es insuficiente por sí misma para establecer recomendaciones en cuanto a los objetivos de TA a nivel poblacional.

Publicado el 02/09/2025

Andrea Beatriz Lee

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
andrea.lee@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0006-5727-5365>]

Gonzalo Romero

[Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires.
gonzalo.romero@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0009-0008-2107-948X>]

Lee A, Romero G. Objetivos de presión arterial más laxos aumentarían el riesgo de eventos vasculares en adultos mayores. Evid Actual Pract Ambul. 2025;28(3):e007172. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7172>. **Comentado de: Falk JM, Froentjes L, Kirkwood JE, et al. Higher blood pressure targets for hypertension in older adults.** Cochrane Database Syst Rev. 2024;12(12):CD011575. doi: 10.1002/14651858.CD011575.pub3. PMID: 39688187



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

No fueron utilizadas herramientas de IA para la redacción de este artículo.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. Los autoras declararon no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia.

Referencias

- Falk JM, Froentjes L, Kirkwood JE, et al. Higher blood pressure targets for hypertension in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2024;12(12):CD011575. doi: [10.1002/14651858.CD011575.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011575.pub3) PMID: [39688187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39688187/)
- Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.ishonline.org/pdf/21-9-23.pdf>
- Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina [Internet]. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(4):237-45. doi: [10.1590/s1020-49892010000400001](https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000400001) PMID: [20512225](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20512225/)
- Argentina. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2024. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud-guia-practica-clinica-nacional-hta-2024.pdf>
- Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2025;S0735-1097(25)06480-0. doi: [10.1016/j.jacc.2025.05.007](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.007) PMID: [40815242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40815242/)
- Hypertension in adults: diagnosis and management. NICE guideline. 2019. Última actualización noviembre 2023. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
- INDEC, Censos nacionales de población 1970-2022, elaborado por la Dirección de Estadísticas Sectoriales a partir de datos del Programa de Análisis Demográfico y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.
- Quilodrán C, Kirmayr M, Valente B, et al. The GRADE approach, Part 2: Evidence to decision frameworks outlining decision-making in health. Medwave. 2021;21(4):e8182. doi: [10.5867/medwave.2021.04.8182](https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8182) PMID: [34086664](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34086664/)

9. Xu X, Guo T, Liu Z, et al. A systematic review of patient preferences, expectations, and values for the management and treatment of hypertension. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2867–76. [doi: 10.2147/PPA.S388356](https://doi.org/10.2147/PPA.S388356) [PMID: 36299561](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36299561/)



[Imagen de portada](#) por [Olenchic](#). De uso gratuito bajo la [Licencia de contenido](#) de Pixabay