

Metas de tratamiento en el adulto muy añoso:

¿Un traje a medida?

Dr. Joaquín Serra

- Especialista en Cardiología y Clínica Médica
- Maestrado en Hipertensión Arterial (Universidad Siglo XXI)
- Ex Presidente de la Sociedad de Cardiología de Entre Ríos
- Presidente del Comité Organizador XXVIII Congreso Argentino de Hipertensión Arterial
- Jefe de Cardiología del Sanatorio La Entrerriana. Paraná . Entre Ríos.



La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica altamente prevalente que aumenta su prevalencia con la edad. Así mismo, con el envejecimiento de la población el problema de la HTA en mayores de 80 años suscita cada vez mayor atención por los desafíos que su tratamiento conlleva.

Desde hace ya varios años las metas terapéuticas en HTA son motivo de continuas revisiones. Estas metas son, aún hoy, una discusión no saldada.

El estudio HYVET demostró el beneficio de tratar a hipertensos mayores de 80 años por debajo de 150/80 mmHg. Además del 30% de reducción del accidente cerebrovascular (ACV) fatal y no fatal del grupo tratamiento respecto al placebo, hubo una inesperada reducción del 21% de la mortalidad total, y menos eventos adversos graves (EAG). Posteriormente es publicado un subestudio del SPRINT, que analizó los más de 2600 pacientes que cumplían con el criterio de ingreso de edad del estudio madre (> 75 años). En este subestudio, con un promedio de edad de 80 años, el tratamiento intensivo (PAS < 120 mmHg) redujo el objetivo primario en un 34% en relación con el tratamiento estándar (PAS < de 140 mmHg). La mortalidad total se redujo en un 33%. Tampoco hubo mayores EAG. Finalmente, el estudio STEP con población añosa enteramente China (60 a 80 años), con un 24% mayores de 70 años y con similar diseño y objetivos al SPRINT, aunque menos ambicioso en sus metas, mostró una reducción en favor de la rama intensiva del 26% en el objetivo primario, y en concordancia con el HYVET y SPRINT no hubo diferencias significativas en EAG, aunque no hubo beneficios en la mortalidad total.

Vale recordar aquí que, para mayores de 80

años el Consenso Argentino de HTA y las guías del American College of Physicians–American Academy of Family Physicians recomiendan una PAS < a 150 mmHg; las Europeas entre 139-130 mmHg, y < de 130 mmHg las Americanas.

Si bien tanto HYVET (base de las recomendaciones Argentinas y ACP/AAFP) como SPRINT (base de ACC/ AHA) estudiaron un gran número de adultos mayores, existe preocupación con respecto a la generalización de sus resultados en la práctica clínica del mundo real ya que estas recomendaciones, independientemente del objetivo de PAS que elijamos, no son aplicables a toda esta población.

Es mandatorio recordar aquí, que el SPRINT excluyó a hipertensos diabéticos, con ACV previo, con fracción de eyección menor al 35%, diagnóstico de demencia, una expectativa de vida menor a 3 años, pérdida de peso mayor al 10%; una PAS de pie menor al 110 mmHg, internados en una residencia geriátrica, o que no pudieran llegar a la consulta por sus propios medios. HYVET excluyó a pacientes con ACV hemorrágico en los 6 meses previos, insuficiencia cardíaca, creatinina > a 1,7 mg/dl, potasio < a 3,5 o > a 5,5 mmol/l, gota, demencia, o internación en residencia geriátrica. La aplicación de las guías en este numeroso grupo de hipertensos es cuanto menos dudosa.

Por otro lado, en estos estudios se encontró que los adultos mayores que recibían tratamiento intensivo eran propensos a la hipotensión, el síncope, el desequilibrio electrolítico y la lesión renal aguda; si bien como lo comentáramos previamente, no hubo diferencias significativas con respecto a los EAG. Sin embargo, los participantes incluidos en los estudios anteriores eran relativamente robustos con tasa baja de

comorbilidad. Además, los adultos mayores gravemente frágiles a menudo se excluyen de los trials, lo que remarca la necesidad de evaluar el grado de fragilidad en estos pacientes. Entendemos a esta como *un síndrome biológico relacionado a la edad y caracterizado por la disminución de las reservas fisiológicas, disfunción de múltiples sistemas, y susceptibilidad a eventos adversos, por lo que puede aumentar el riesgo de caídas, hospitalización y mortalidad*. Este concepto conocido desde hace ya varios años no ha sido incorporado en su correcta medida en la práctica clínica. Existen numerosas escalas para evaluar fragilidad. Los estudios HYVET y SPRINT utilizaron el índice de fragilidad (IF) propuesto por Rockwood and Mitniski, que va del 0 (sin fragilidad) al 1 (máxima fragilidad). Tuvieron un IF del 0.17 y 0.18 respectivamente, lo cual es coincidente con la media de la población muy mayor (estimada en 0.16). Sin embargo, se acepta como frágiles a aquellas personas con un índice mayor a 0.25, sugiriendo que los incluidos en los trials eran en cierta manera “poco frágiles”. Por lo tanto, es necesario evaluar el grado de fragilidad para sopesar las ventajas y desventajas del tratamiento antihipertensivo en adultos mayores.

Finalmente existe evidencia, que sugiere peores resultados con niveles menores de PA. Interesante es analizar el estudio de cohorte BERLIN, que evaluó a 1628 mayores de 70 años con PA controlada (< 140/90 mmHg) vs no controlada. Los autores observaron un aumento de la mortalidad del 26% en quienes tenían la PA controlada respecto a los que no la tenían, esto aumentaba al 40% cuando se analizaba sólo a los mayores de 80 años, y subía al 61% si tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, si el corte se ponía en una PAS < a 150 mmHg (en vez de 140 mmHg) no había diferencias significativas. Resultados similares se observan en múltiples estudios observacionales.

La necesidad del traje a medida

Dada la escasa evidencia en poblaciones de edad avanzada y los desafíos relacionados con la generalización de sus resultados en la práctica clínica del mundo real, la evaluación clínica individualizada cuidadosa de los posibles beneficios y daños del tratamiento antihipertensivo debe guiar la toma de decisiones del médico.

Parece lógico que, en pacientes sin comorbilidades, con IF inferior a 0.16 utilicemos metas intensivas (PAS < 130 mmHg). En el otro extremo, pacientes con comorbilidades e IF > a 0.25 la decisión es compleja e individualizada, sabiendo que medidas orientadas a mejorar la fragilidad como un plan de actividad física, soporte nutricional y suspender el hábito tabáquico pueden ser más beneficiosos que un tratamiento antihipertensivo. Finalmente parece prudente que, en poblaciones excluidas de los trials como diabéticos o con insuficiencia cardíaca o ACV previo, con IF < a 0.16 utilicemos una meta conservadora (PAS < 150 mmHg).

Podemos concluir entonces que en mayores de 80 años los objetivos de PA no deben ser generalizados, sino por el contrario, evaluados en forma particularizada analizando riesgos y beneficios utilizando siempre escalas de fragilidad para poder tomar la decisión más apropiada.

Lectura recomendada:

- Douros, A., Toelle, M., Ebert, N., Gaedeke, J., Huscher, D., Kreutz, R., ... & Schaeffner, E. (2019). Control of blood pressure and risk of mortality in a cohort of older adults: the Berlin Initiative Study. *European heart journal*, 40(25), 2021-2028.
- Liu, P., Li, Y., Zhang, Y., Mesbah, S. et al.. (2020). Frailty and hypertension in older adults: current understanding and future perspectives. *Hypertension Research*, 43(12), 1352-1360.
- Williamson, J. D., Supiano, M. A., Applegate, W. B., Berlowitz, D. R., Campbell, R. C., Chertow, G. M., ... & SPRINT Research Group. (2016). Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. *Jama*, 315(24), 2673-2682.
- Warwick, J., Falaschetti, E., Rockwood, K., Mitnitski, A., Thijs, L., Beckett, N., ... & Peters, R. (2015). No evidence that frailty modifies the positive impact of antihypertensive treatment in very elderly people: an investigation of the impact of frailty upon treatment effect in the HYpertension in the Very Elderly Trial (HYVET) study, a double-blind, placebo-controlled study of antihypertensives in people with hypertension aged 80 and over. *BMC medicine*, 13(1), 1-8.
- Zhang, X. E., Cheng, B., & Wang, Q. (2016). Relationship between high blood pressure and cardiovascular outcomes in elderly frail patients: a systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 37(5), 385-392.
- Basile, G., Catalano, A., Mandraffino, G., Maltese, G., Alibrandi, A., Ciancio, G., et al. (2017). Relationship between blood pressure and frailty in older hypertensive outpatients. *Aging clinical and experimental research*, 29(5), 1049-1053.