

Relación entre presión arterial, consumo de tabaco y masa corporal sobre la mortalidad por ictus y enfermedad coronaria en el anciano

Este estudio analiza la asociación entre presión arterial, consumo de tabaco, índice de masa corporal (IMC) y mortalidad de causa cerebrovascular y cardiovascular en una población sana de edad avanzada. Durante un período de 10 años 3.121 varones y 3.271 mujeres con edades superiores a los 70 años, sin antecedentes previos de enfermedad aterosclerótica o diabetes, fueron seguidos, recogiendo datos de mortalidad cerebrovascular y cardiovascular y mortalidad de cualquier causa.

Se observó una asociación positiva entre los valores de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y las tasas de mortalidad, tanto cerebrovascular como cardiovascular. Dicha asociación persistía tras el correspondiente ajuste para diversos factores de confusión, y era más estrecha con la mortalidad cerebrovascular. Los riesgos relativos para las diferentes categorías de PAS (160-179 mmHg y ≥ 180 mmHg) en varones fueron 1,63 (intervalo de confianza al 95 % [IC95]: 1,06-2,53) y 2,19 (IC95: 1,39-3,44) en comparación con el valor de PAS menor de 140 mmHg. Entre las mujeres dichos riesgos relativos fueron de 1,54 (IC95: 0,93-2,56) y 2,12 (IC95: 1,29-3,50). Los riesgos relativos para las diferentes categorías de PAD (100-109 mmHg y ≥ 110 mmHg) en varones fueron 1,88 (IC95: 1,19-29,5) y 3,06 (IC95: 1,79-5,21) en comparación con el valor de PAD inferior a 90 mmHg. En mujeres dichos riesgos relativos fueron de 1,75 (IC95: 1,05-2,91) y 2,02 (IC95: 1,04-3,93). El consumo de tabaco incrementó la mortalidad cardiovascular tanto en varones como en mujeres, y entre éstas el IMC mostraba una asociación inversamente proporcional con la mortalidad de cualquier causa.

Estos resultados refuerzan la evidencia observada en los últimos años sobre la importancia de la hipertensión arterial como uno de los principales factores de riesgo de ictus y enfermedad coronaria en pacientes de edad avanzada.

Ellekjaer H, Holmen J, Vatten L. Blood pressure, smoking and body mass in relation to mortality from stroke and coronary heart disease in the elderly. A 10-year follow-up in Norway. Blood Pressure 2001;10:156-63.

Comentario

Los estudios prospectivos diseñados para analizar la asociación a largo plazo entre diversos factores de riesgo y las tasas de mortalidad ce-

rebrovascular y cardiovascular en poblaciones de edad avanzada han mostrado resultados divergentes. Se han descrito relaciones con forma de curva en J o curva en U entre la tasa de mortalidad y la presión arterial, IMC y colesterol, y también se han descrito relaciones inversas entre dichos parámetros. Estas discrepancias en los resultados obtenidos en población de edad avanzada han originado diversas controversias sobre la relevancia de los factores de riesgo conocidos en dicha población, especialmente en sujetos ancianos sanos. Incluso se ha afirmado que la falta de asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y la tasa de mortalidad en población anciana podría deberse a un proceso de selección natural.

El presente estudio de seguimiento a largo plazo muestra una clara relación positiva entre los valores de PAS y PAD y las tasas de mortalidad cerebrovascular y cardiovascular. Estos resultados apoyan las evidencias recogidas en los últimos años sobre el beneficio de controlar adecuadamente los niveles de presión arterial en individuos de edad avanzada. A pesar de estas crecientes evidencias, la detección y modificación del riesgo cardiovascular en el paciente anciano continúa siendo motivo de controversia, especialmente en relación con la utilidad de la intervención farmacológica. Los resultados de este estudio muestran que el riesgo de fallecer por un accidente cerebrovascular o por una complicación coronaria se relaciona claramente con los valores de presión arterial en individuos de edad avanzada, al igual que se ha descrito en poblaciones más jóvenes. En consecuencia, los esquemas diagnósticos y terapéuticos aplicados en dicha población de personas mayores no deben ser diferentes de los utilizados en el manejo del paciente hipertenso en general.

J. Segura