

Tratando a nuestros octogenarios

J.C. Martí Canales^a y B. Gil Extremera^b

^aMédico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ictus-SEMERGEN. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada. España.

^bCatedrático de Medicina. Unidad de Hipertensión arterial. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Desde que se publicaran hace cuatro décadas los primeros resultados que señalaban al beneficio clínico derivado del descenso de las cifras de presión arterial, han aparecido decenas de estudios que han venido a corroborar este hecho. El aforismo de Pickering “*the lower the better*” ha ido tomando carta de naturaleza en el conocimiento actual de la hipertensión. Entre los factores de riesgo modificables, la hipertensión arterial tiene un papel fundamental en el desarrollo de complicaciones como la cardiopatía isquémica, el ictus y la insuficiencia cardiaca, responsables de una alta mortalidad especialmente en las etapas tardías de la vida. Para conseguir el control de la presión arterial se dispone actualmente de un arsenal terapéutico inimaginable hace apenas treinta años. Thurnbull, en un metaanálisis publicado en *Lancet*¹ en 2003, demostraba que usando cualquier antihipertensivo se lograba disminuir sensiblemente el riesgo de sufrir un episodio vascular. Paralelamente a lo anterior, no existía evidencia de que tratar la hipertensión arterial en sujetos muy ancianos tuviese trascendencia clínica y era opinión ampliamente extendida que asignar recursos sería innecesario.

La población española ha aumentado considerablemente en la última década y se ha convertido en una sociedad envejecida por el desequilibrio entre nacimientos y defunciones. Además, los recursos sanitarios son limitados, por lo que los gestores de éstos, incluidos los médicos, debemos de ponderar el beneficio que supone una medida terapéutica concreta en cada individuo, valorando no sólo el riesgo frente al beneficio inmediato, sino además si la aplicación de dicha medida servirá para algo que pueda cuantificarse en términos de coste-beneficio. El grupo etario de mayores de 80 años se halla integrado por un número importante de personas con una actividad física dependiente. La calidad y cantidad de vida que les queda por vivir son importantes elementos a tener en cuenta por el médico de familia cuando elige las actuaciones de prevención adecuadas en este grupo². Asimismo, los costes ocasionados por no adoptar medidas preventivas adecuadas son por lo general mucho mayores a la inversión en prevención. Los costes derivados de las enfermedades cardiovasculares, sin considerar los derivados de la pérdida de productividad, la incapacidad o los cuidados no formales, han sido estimados para España en 2003 en 4.016 millones de euros³. Aun teniendo en cuenta que la edad, por sí misma,

es un factor directamente proporcional al riesgo de sufrir ictus, insuficiencia cardiaca o cardiopatía isquémica, un porcentaje elevado de casos, al menos en teoría, podría haber sido evitado con una correcta prevención primaria.

El estudio HYVET, llevado a cabo en 3.845 pacientes como muestra final y recientemente publicado, ha puesto sobre la mesa que es posible disminuir el riesgo vascular de los mayores de 80 años. El objetivo principal era la aparición de cualquier ictus, mortal o no, sin incluir ataques isquémicos transitorios. Como objetivos secundarios se fijaron la muerte por cualquier causa, la muerte por causa cardiovascular, la muerte por causa estrictamente cardiaca y la muerte por ictus. Los pacientes de este ensayo, multicéntrico y aleatorizado a doble ciego, fueron distribuidos en dos grupos de tratamiento: placebo frente a indapamida de liberación retardada con o sin adición de perindopril, y se realizó su seguimiento durante 1,8 años (mediana). El descenso de la presión arterial fue superior en el grupo activo ($14,5 \pm 18,5$ mmHg) frente al grupo placebo ($6,8 \pm 10,5$ mmHg). Respecto al objetivo primario, el grupo activo presentó un 30% menos de ictus, cifra notable a pesar de no ser significativa estadísticamente ($p = 0,06$; intervalo de confianza [IC] 95%: 0,49-1,01). No obstante, las muertes debidas a un ictus fueron sensiblemente menores en el grupo de tratamiento activo (hazard ratio [HR] 0,61; IC 95%: 0,38-0,99; $p = 0,046$); así mismo, llama la atención que en el grupo activo hubiese menos muertes por cualquier causa (21%) que en el grupo placebo (HR 0,79; IC 95%: 0,65-0,95; $p = 0,02$). Por otro lado, la insuficiencia cardiaca se presentó con menor frecuencia en aquellos enfermos sometidos a tratamiento activo (HR 36; IC 95%: 0,22-0,58; $p < 0,001$) y menor frecuencia de episodios cardiovasculares, definidos como muerte por ictus, infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca (HR 0,66; IC 95%: 0,53-0,82; $p > 0,001$)^{4,5}.

La medicina, aun asumiendo que el hombre, por razón de su naturaleza, no es inmortal, ha asistido a un espectacular aumento de la esperanza de vida, aumentando sensiblemente los costes sanitarios debido a la pluripatología que casi por norma presenta este grupo^{6,7}. Ante esta situación cabe reflexionar si lo que no era aceptable hace no tantos años, tal como dedicar dinero a las medidas preventivas en individuos muy ancianos en beneficio de la medicina curativa, es no sólo aceptable hoy en día, sino

además plenamente justificado y ético, al menos en prevención vascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thurnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet*. 2003;362:1527-35.
2. Kligman EW, Hale F. Prevención clínica. En: Taylor RB, editor. *Fundamentos de Medicina de Familia*. Barcelona: Springer; 1997. p. 29-52.
3. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union. *Eur Heart J*. 2006;27:1610-9.
4. Beckett NS, Peters R, Fletcher A, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
5. Kostis JB. Treating hypertension in the very old. *N Engl J Med*. 2008;358:1958-60.
6. Schroeder SA, Sandy LG. Specialty distribution of US physicians: the invisible driver of health care costs. *N Engl J Med*. 1993;328:961-3.
7. Reinhardt UE. The economist's model of physician behavior. *JAMA*. 1999;281:462-5.