

PRESIÓN ARTERIAL: NO SOLO UNA CUESTIÓN DE CIFRAS



Numerosos estudios epidemiológicos han mostrado de manera indubitada que la reducción de la presión sanguínea disminuye la morbilidad y mortalidad de [ataques cardíacos](#) e [ictus](#). Sin embargo, no se ha resuelto una cuestión fundamental: qué valores de la presión sanguínea son deseables.

Existe consenso acerca de que la hipertensión ha de ser tratada, pero no hay acuerdo acerca de los valores que no deben superarse y si éstos están en función de la edad.

La división de Ciencia Cardiovascular de los [National Institute of Health](#) estadounidenses ha puesto en marcha un estudio denominado *Sprint*, acrónimo de [Systolic blood pressure intervention trial](#). El seguimiento involucrará a 90 clínicas de todos los estados de USA (excepto Hawái y Alaska) y Puerto Rico. Los primeros resultados se conocerán en el año 2017, tras un [estudio prospectivo](#) de la presión arterial de 9.000 adultos de edades medias (<65 años) y mayores (edades >65 años). Los participantes se dividen de modo aleatorio en dos grupos, uno asignado a lograr una presión sistólica ≤ 120 mm Hg; y otro dirigido a conseguir una presión sistólica ≤ 140 mm Hg.

El estudio valorará no solo la incidencia de ataques cardíacos, ictus y enfermedad renal (consecuencias inmediatas de la hipertensión sostenida) sino otros tales como la demencia de origen vascular (consecuencia secundaria de la hipertensión en los vasos sanguíneos cerebrales).

Las cifras deseables de presión arterial son objeto de permanente debate. Algunos expertos opinan que el aumento con la edad de la presión sanguínea es beneficioso porque mejora la perfusión de los cada vez más rígidos vasos sanguíneos cerebrales. Otros mantienen la posición de que una presión elevada daña los vasos sanguíneos, causando ictus silentes que, a largo plazo, pueden derivar en enfermedades como demencia de origen vascular.

La tendencia entre muchos geriatras es no considerar patológica una presión sistólica ≤ 150 mm Hg, en personas de más de 65 años (técnicamente ancianos). Sin embargo, no hay estudios de campo que demuestren lo correcto de esta aseveración.

Cuando se desarrollaron los [primeros medicamentos antihipertensivos a partir de 1950](#) no existía un criterio uniforme acerca su prescripción. En aquella época se consideraba que la presión sistólica correcta era el resultado de sumar “100 + la edad de la persona” (por ejemplo, una presión sistólica de 160 se consideraba normal para una persona de 60 años; e incluso una de 180 para un anciano de 80 años). El argumento científico en que se fundamentaba este criterio es que las paredes de los vasos sanguíneos se tornan rígidas al envejecer; y una mayor presión sistólica ayuda a la perfusión de las arterias y arteriolas (vasos de resistencia).

Esta visión cambió en el año 1967 cuando un riguroso estudio que comparó fármacos con placebo hubo de interrumpirse de modo prematuro tras la confirmación de una sustancial reducción de la incidencia de ictus y ataques cardíacos en el grupo tratado con medicamentos en relación al grupo placebo. A partir de este estudio, los medicamentos antihipertensivos tuvieron una edad dorada. La promoción de la industria farmacéutica afirmaba que los fármacos antihipertensivos lograban salvar millones de vidas. Era cierto, pero exagerado intencionadamente.

Muchos estudios de esos años tomaban como criterio diagnóstico la presión diastólica, desechando la importancia de la presión sistólica. Esto era consecuencia del prejuicio, muy asentado, de que la presión sistólica aumentaba de modo inevitable, y en cierta manera deseable, con la edad.

El primer estudio sobre la [importancia de la presión sistólica](#) apareció publicado en el año 1991. Este estudio, y otros que le siguieron, concluyeron que la presión sistólica no debía superar el valor de 150mm Hg al objeto de prevenir ataques cardíacos e ictus.

Los estudios epidemiológicos no dejaban lugar dudas. Una presión sistólica ≤ 120 mm Hg se asociaba estadísticamente con una reducida [morbilidad](#) y mortalidad de origen cardiovascular. Sin embargo, los medicamentos antihipertensivos no están exentos de efectos adversos que, en algunos casos, pueden ser más dañinos que una hipertensión moderada. Además, el efecto beneficioso de un baja presión arterial sobre la incidencia de enfermedad cardíaca no es igual cuando los bajos valores son fisiológicos que cuando se consiguen farmacológicamente.

El debate sobre las cifras continúa. Según el [National Heart, Lung and Blood Institute](#) (NHLBI), la presión sistólica máxima debe ser 150mm Hg, mientras la [American Heart Association](#) rebaja este valor a 140mm Hg.

Las [guías clínicas europeas de hipertensión](#) valoran otros parámetros, no solo las cifras de presión sistólica y diastólica, a la hora de instaurar tratamiento farmacológico antihipertensivo. Sin embargo, los estudios realizados en el ámbito europeo también

concluyen que una presión sistólica fisiológica (no farmacológica) ≤ 120 mm Hg disminuye estadísticamente el riesgo de ataques cardíacos e ictus.

La guía clínica que elaboró el *Heart, Lung and Blood Institute* fue uno de los esfuerzos más serios para redactar un consenso acerca de las cifras deseables de presión arterial. Para ello se partió de estudios rigurosos, dejando de lado la opinión de expertos, una práctica habitual hasta no hace demasiado tiempo. Esta nueva guía clínica estableció en 150mm de Hg la presión sistólica que no debía superarse, diez puntos más elevada de lo que se había consensuado previamente.

Pero ni siquiera así hubo un acuerdo definitivo. Cuando las conclusiones se hicieron públicas en diciembre de 2013, cinco de los 12 miembros del comité disidieron redactando sus propias conclusiones en las que mantenían la cifra en 140mm de Hg.

El asunto tiene un aspecto añadido: la hipertensión y los elevados niveles de colesterol se tratan hoy día con medicamentos distintos. Como está bien documentado, un exceso de colesterol en plasma (sobre todo el transportado por las proteínas de baja densidad, LDL) predispone a la hipertensión al reducir el calibre de los vasos de resistencia (arterias y arteriolas). Sin embargo, muchos tratamientos antihipertensivos se instauran usando como único criterio unas cifras tensionales elevadas (sistólica y diastólica).

Tanto debate puede parecer excesivo, pero se ha de considerar las enormes implicaciones económicas que conlleva, tanto para la industria farmacéutica como para los sistemas de salud. Si el criterio de tratar una hipertensión sistólica cambia diez puntos (pasa de 150 a 140), millones de personas deberían recibir tratamientos farmacológicos.

Zaragoza, a 28 de junio de 2015

Dr. José Manuel López Tricas
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria
Farmacia Las Fuentes
Florentino Ballesteros, 11-13
50002 Zaragoza