

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN EL ADULTO MAYOR

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-238-09

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión en el Adulto Mayor**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

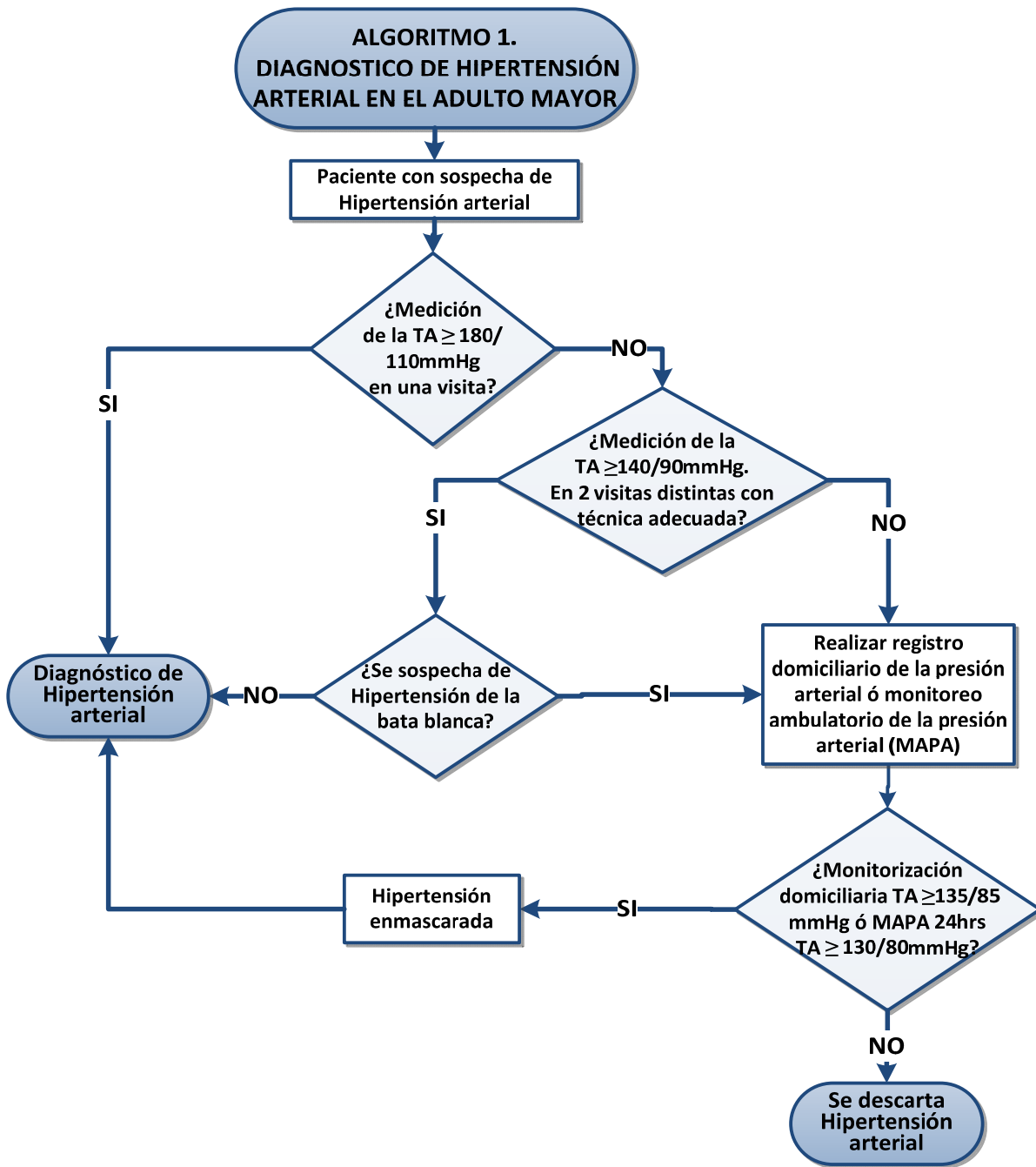
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

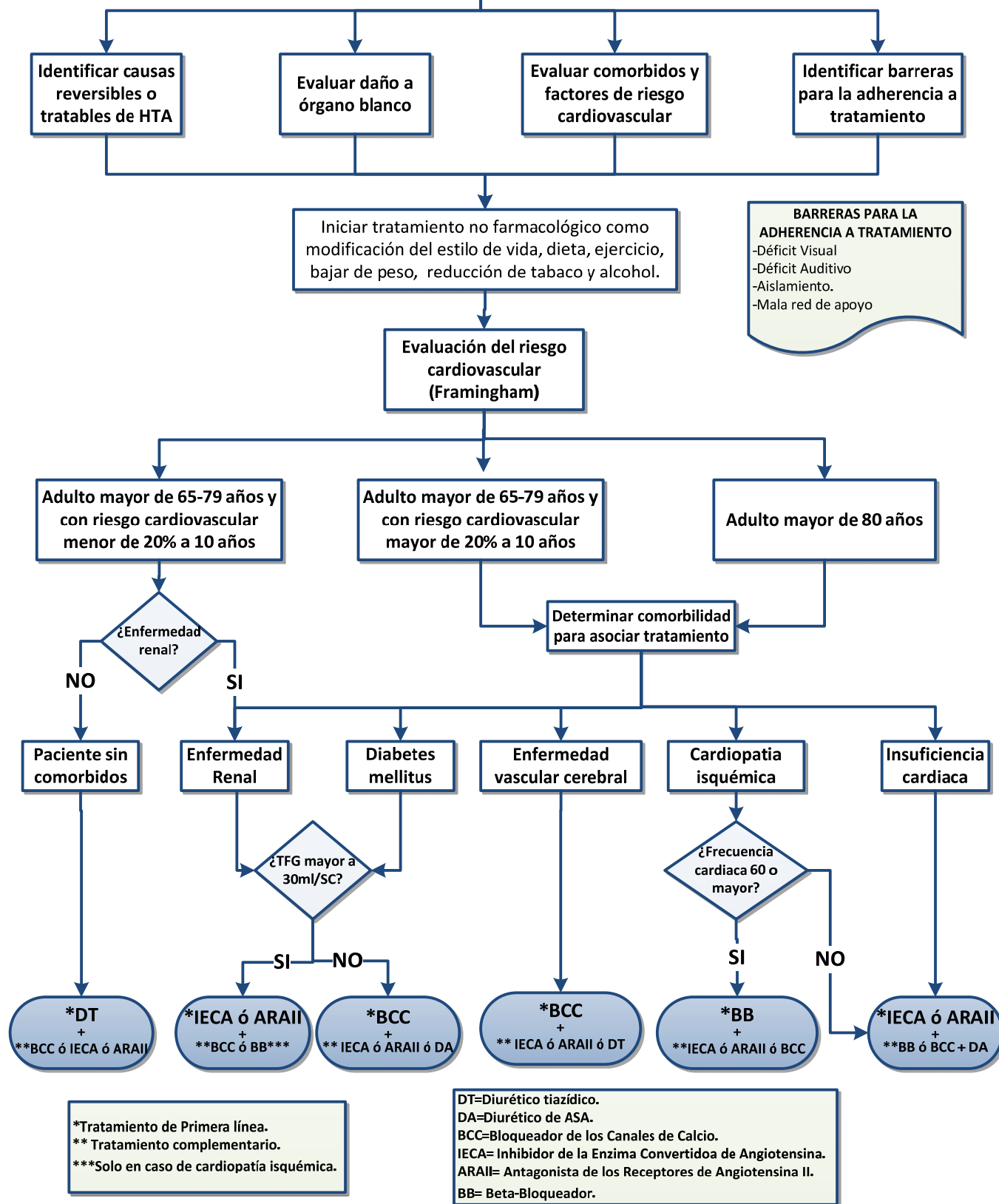
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Pericarditis en el Adulto**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



**ALGORITMO 2.
TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR**



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se debe realizar una historia clínica y un examen físico completo y, si está clínicamente indicado, pruebas complementarias en busca de daño a órganos diana e identificar factores de riesgo cardiovascular, así como los factores externos que puedan inducir o agravar la hipertensión dentro de las 2 primeras consultas. La segunda consulta debe programarse dentro de 1 mes.</p>	<p>D GRADE</p>
<p>Para diagnosticar hipertensión arterial sistémica, se puede utilizar la “determinación domiciliaria de la tensión arterial” (realizada con mediciones secuenciales por paciente/familiar en domicilio) o utilizando “Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial” (MAPA), de acuerdo a las siguientes parámetros diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promedio de 24 horas $\geq 130/80$ mmHg. • Horas diurnas (en estado de despierto) promedio $\geq 135/85$ mmHg. • Horas nocturnas (en estado de dormido) promedio $\geq 120/70$ mmHg. • Promedio $\geq 135/85$ mmHg en determinaciones domiciliarias repetitivas durante el día. 	<p>D NICE</p>
<p>No se recomienda presiones arteriales sistólicas menores a 120 mmHg en mayores de 85 años, debido al incremento en la morbi-mortalidad posterior al ajuste de comorbilidades como edad, sexo, estatus funcional, demencia, cáncer y enfermedad cardiovascular.</p>	<p>B NICE</p>
<p>En adultos mayores de 80 años, se recomienda mantener la presión sistólica, en 150/80 mmHg como máximo pero no menor de 120 mmHg, ya que en estudios como <i>SHEP</i>, <i>HYVET</i> y <i>MRC trial</i>, estas cifras incrementaron el riesgo de evento cerebrovascular, infarto al miocardio y la mortalidad.</p>	<p>A NICE</p>
<p>La American Heart Association/American College of Cardiology/American Society, recomienda que en adultos con enfermedad arterial coronaria o con síndrome coronario agudo la tensión arterial objetivo sea diferente según la edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En pacientes de 80 años o menores, mantener por debajo de 140/90 mmHg. • Si tienen más de 80 años, mantener por debajo de 150/90 mmHg. 	<p>C NICE</p>
<p>El Eighth Joint National Committee (JNC 8) recomienda una tensión arterial objetivo en mayores de 60 años de acuerdo a la comorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sin diabetes mellitus o enfermedad renal crónica mantener por debajo de 150/90 mmHg. ○ Con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica mantener abajo de 140/90 mmHg 	<p>C NICE</p>

<p>En el adulto mayor se debe tener en cuenta la potencialización de otros factores para hipotensión ortostática que con frecuencia acompañan al enfermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios de medicamentos (nitratos y diuréticos, fármacos dopaminérgicos, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, bloqueador α-1). • Otros medicamentos antihipertensivos. • Anemia. • Pérdida de volumen (p. ej., deshidratación, vómitos intensos o diarrea). • Desacondicionamiento físico. • Infecciones (por ejemplo, infección del tracto urinario, neumonía). • Enfermedades sistémicas que involucran nervios autónomos (p. ej., amiloidosis, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson). 	<p>D NICE</p>
<p>Se recomienda evaluar en busca de las causas médicas de hipertensión secundaria más comunes en adultos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal: primaria, aguda o crónica. • Hipertensión renovascular: la causa más común es la enfermedad aterosclerosa (nefropatía isquémica). • Síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño. • Enfermedad endocrina: hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo. • Uso de fármacos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). ○ Antidepresivos. ○ Glucocorticoides. ○ Descongestionantes nasales (fenilefrina, pseudoefedrina). ○ Eritropoyetina. ○ Medicamentos para control de peso. ○ Estimulantes del SNC: metilfenidato, modafinilo. ○ Cafeína y alcohol. 	<p>D NICE</p>

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Las medidas no farmacológicas que han mostrado reducción en las cifras tensionales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción y mantenimiento del peso. • Actividad física regular. • Dieta con alto consumo de vegetales y frutas. • Dieta baja en grasas. • Restricción de sal. • Consumo moderado de alcohol. 	<p>D NICE</p>
<p>En el adulto mayor frágil hipertenso, el ejercicio aeróbico debe de ser moderado, con recomendaciones cuidadosas acerca del equilibrio y la respiración, con pequeños intervalos de movimientos que pueden ser caminar 5 minutos con una frecuencia de 3 veces por semana, con una duración acumulada de 20 minutos antes de incrementar de acuerdo a tolerancia. En caso de no poder, se iniciara con ejercicios de resistencia o fortalecimiento</p>	<p>D NICE</p>

<p>Se debe iniciar tratamiento antihipertensivo farmacológico a todos los pacientes 65-79 años con tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg o sistólica mayor o igual a 140 mmHg.</p>	<p>D NICE</p>
<p>En el caso de adultos mayores de 80 años solo se debe iniciar tratamiento antihipertensivo cuando la tensión arterial sistólica sea mayor o igual a 160 mmHg.</p>	<p>A NICE</p>
<p>Los fármacos considerados como primera línea de tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de 65 años son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diuréticos tiazídicos. • Bloqueadores de canales de calcio de acción prolongada. • Inhibidores de la ECA. • ARA II. <p>Se excluyen como primera línea de tratamiento los beta-bloqueadores y solo se consideran como adyuvantes en situaciones especiales.</p>	<p>A NICE</p>
<p>Se debe monitorizar en adultos mayores que utilizan diuréticos tiazídicos los niveles de: glucosa, ácido úrico, sodio, potasio y lípidos ya que el uso de éstos fármacos se ha relacionado a descontrol metabólico hiperuricemia, diabetes de nuevo inicio e hipercolesterolemia.</p>	<p>A NICE</p>
<p>Se recomienda el uso de bloqueadores de los canales de calcio en adultos mayores en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aterosclerosis asintomática. • Enfermedad arterial coronaria. • Enfermedad arterial periférica. • Antecedente o presencia de evento vascular cerebral. • Demencia vascular acompañante. • Enfermedad renal en etapa G3a. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 1). • Contraindicación o reacción adversa para otro tipo de fármaco. 	<p>A NICE</p>
<p>Se recomienda el uso de inhibidores de enzima convertidora de angiotensina/antagonistas del receptor de angiotensina II en adultos mayores en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con insuficiencia cardíaca. • Pacientes con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo. • Pacientes con hipertrofia del ventrículo izquierdo. • Pacientes que cursen con enfermedad renal sobre todo si se acompaña de microalbuminuria o proteinuria. 	<p>A NICE</p>
<p>El uso de bloqueadores de receptores B- adrenérgicos en el tratamiento de la hipertensión arterial como monoterapia no tiene indicación actual y solo se utilizaran como terapia adyuvante en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hipertensos con infarto agudo al miocardio. • Pacientes con cardiopatía isquémica. • Pacientes con insuficiencia cardíaca estable. 	<p>A NICE</p>

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (KDIGO)

KDIGO			Albuminuria.		
			Categorías, descripción y rangos		
FILTRADO GLOMERULAR (TFGe) Categorías, descripción y rangos (ml/min/1.73m ²)			A1	A2	A3
			Normal o aumento leve < 30mg/g	Aumento moderado 30-300mg/g	Aumento grave >300mg/g
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Leve a moderado descenso	45-59			
G3b	Moderado a grave descenso	30-44			
G4	Grave descenso	15-29			
G5	Falla renal	< 15			

Estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) de acuerdo a las guías “Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), definidas mediante categorías de tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y de albuminuria, para establecer niveles de riesgo.

Verde: Bajo riesgo.

Amarillo: Riesgo moderadamente incrementado.

Naranja: Alto riesgo.

Rojo: Muy alto riesgo.

Modificado de: Kidney Disease. Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD working group. KDIGO 2012, clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3(1):1-150.