

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

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

Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

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

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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:

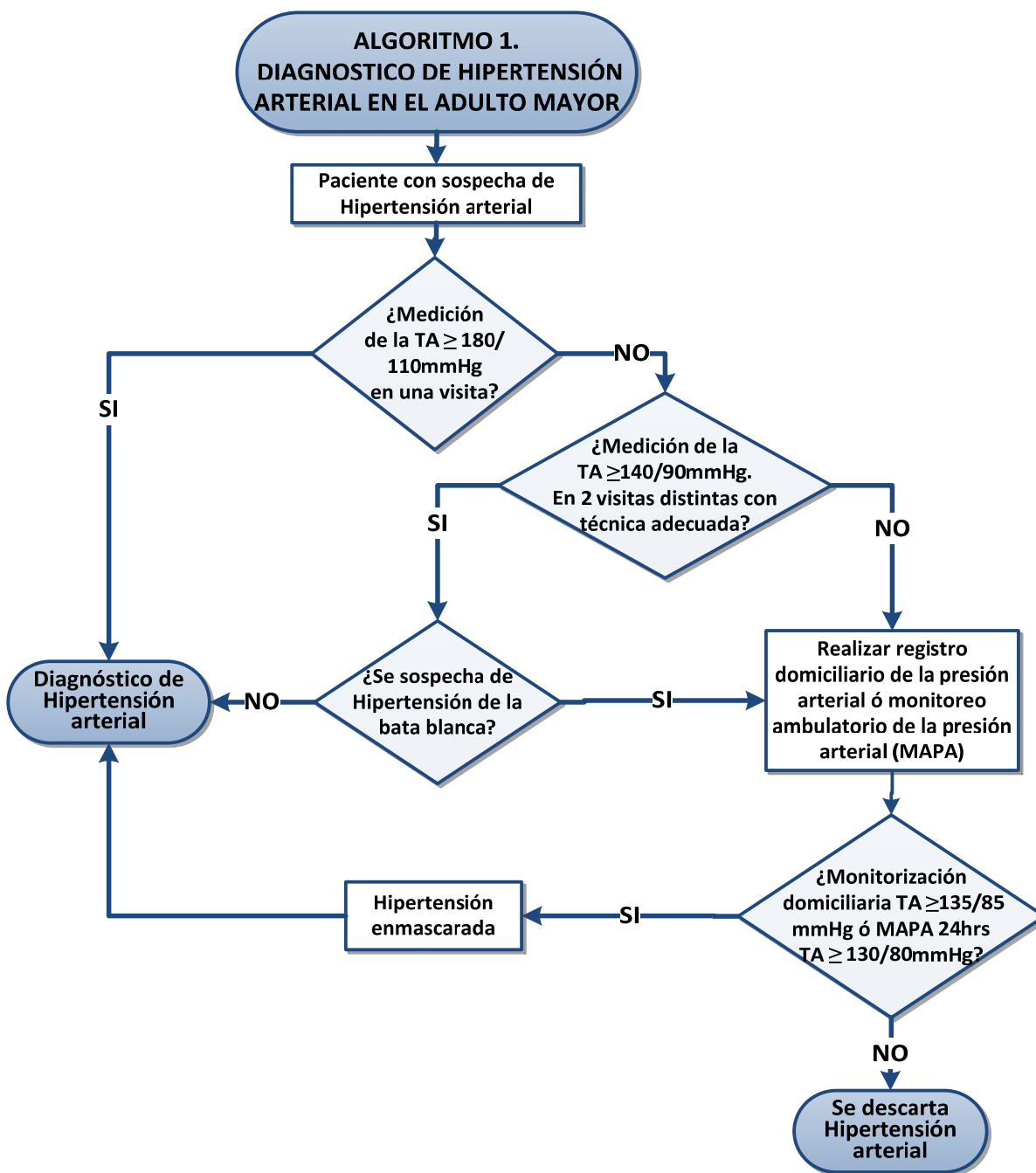
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

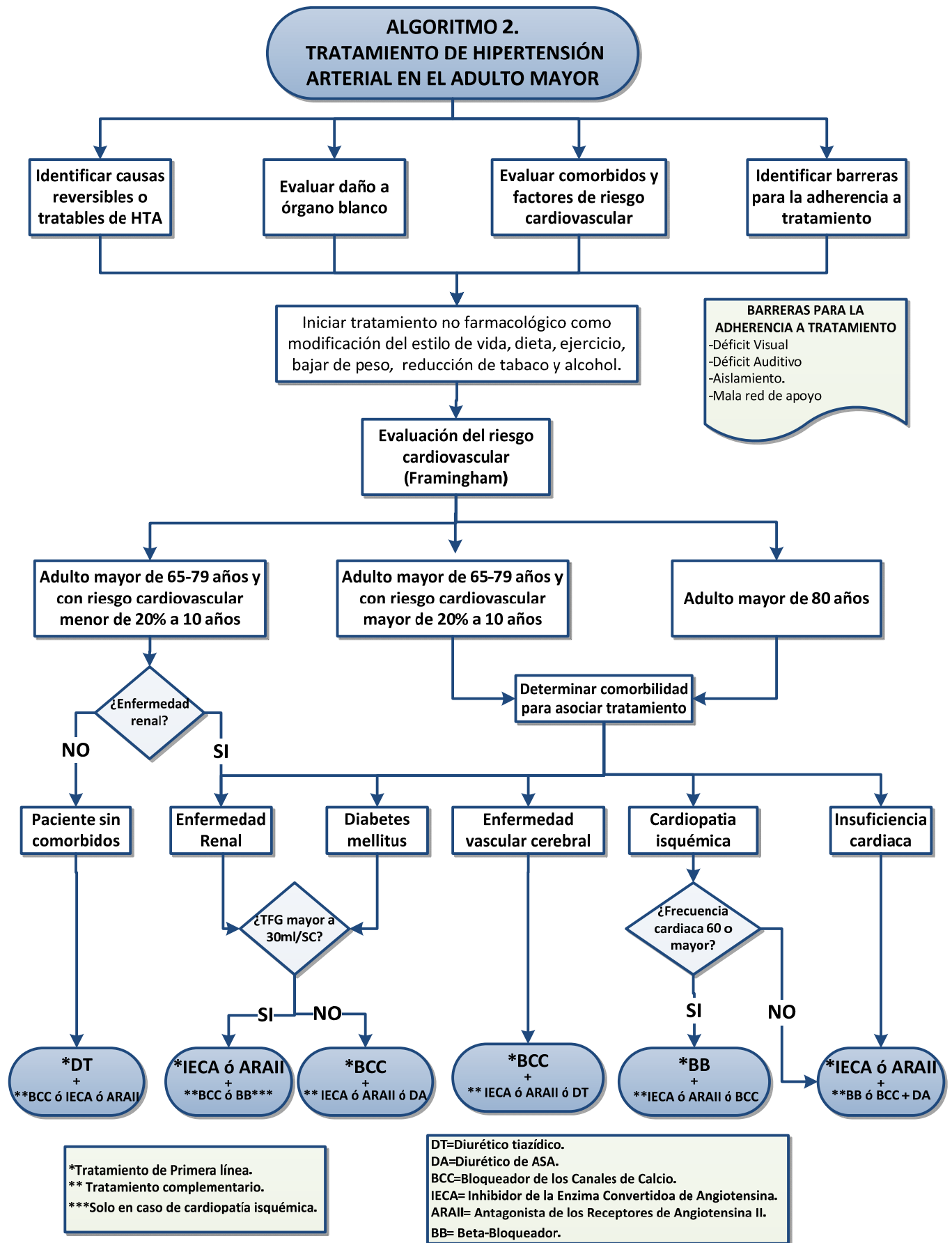
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Pericarditis en el Adulto**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO





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		
			A1	A2	A3
FILTRADO GLOMERULAR (TFGe) Categorías, descripción y rangos (ml/min/1.73m ²)			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.