

GUIAS CLINICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION - 1999

Dres. Oscar Román, Miriam Alvo, Hernán Prat y Oscar Fasce

Editora: Dra. María Cristina Escobar

Estas Guías Clínicas fueron elaboradas por la Sociedad Chilena de Hipertensión a petición del Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud.

Las presentes recomendaciones están dirigidas al médico u equipo de salud del nivel primario de atención con el propósito de orientar el tratamiento del AM hipertenso. Mayor información sobre el tratamiento y otros aspectos relacionados con el manejo del AM hipertenso se pueden obtener en la citas bibliográficas citadas en las Referencias.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Las indicaciones son válidas tanto para el AM hipertenso sistólico aislado como para el sistodiastólico.
- Se ha fijado la presión arterial (PA) límite normal en 140/90 mmHg, según el criterio prevalente internacionalmente. Sin embargo, de acuerdo a las orientaciones del Joint National Committee on Hypertension u la Organización Mundial de la

Salud, se considera como PA óptima niveles bajo 120/80 mmHg.

- Por la alta frecuencia de asociación de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) también se entregan indicaciones para el AM con ambas patologías.

TRATAMIENTO

Las recomendaciones actuales de manejo de la hipertensión establecen decisiones de acuerdo al riesgo cardiovascular, Tabla 3, de cada paciente y el riesgo CV se mide en función de:

- La magnitud de las cifras tensionales (tabla 1)
- Los factores de riesgo
- Efectos de la hipertensión en órganos blanco y
- Cardiopatía asociada (tabla 2)

Tabla 1 **Clasificación de la Presión Arterial en el Adulto de 18 y más años ♣**

Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mmHg)
Optima	< 120	y	< 80
Normal	< 130	y	< 85
Normal - alta	130 - 139	o	85 - 89
Hipertensión			
Etapa 1	140 - 159	o	90 - 99
Etapa 2	160 - 179	o	100 - 109
Etapa 3	≥ 180	o	≥ 110

♣ Sin tratamiento farmacológico para la hipertensión ni enfermedad aguda concomitante. Cuando la PA sistólica y diastólica caen en diferentes categorías, la categoría más alta debe ser seleccionada para clasificar el nivel de PA del sujeto. Por ejemplo, 160/92 mm Hg debe ser clasificado como hipertensión etapa 2, 174/120 mm Hg como hipertensión etapa 3. La hipertensión sistólica aislada se define como una PA sistólica de 140 mm Hg o superior y una diastólica bajo 90 mm Hg, asimilada a la etapa que corresponda (ej. 170/83 mm Hg se define como hipertensión sistólica aislada etapa 2). Adicionalmente a la clasificación de la hipertensión en etapa 1-2 o 3, sobre la base de los niveles promedio de PA, los clínicos deben especificar la presencia o ausencia de daño orgánico y otros factores de riesgo adicionales. Esta especificidad es importante para la clasificación según riesgo y tratamiento.

Tabla 2

Componentes de la estratificación del riesgo en pacientes con hipertensión

Factor de riesgo mayores

- Tabaquismo
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus
- Edad mayor de 60 años
- Sexo (varones y mujeres postmenopáusicas)
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular: menores de 65 años en mujeres y menores de 55 años en varones.

Daño orgánico /Manifestaciones Clínicas de Enfermedad Cardiovascular

Enfermedad del Corazón

- Hipertrofia ventricular izquierda.
- Antecedente de angina y/o infarto al miocardio.
- Antecedente de revascularización coronaria.
- Insuficiencia cardíaca.

Accidente cerebrovascular o crisis isquémica transitoria.

Nefropatía

Enfermedad arterial periférica

Retinopatía

Tabla 3

Estratificación del Riesgo Cardiovascular y Tratamiento

Etapas de Presión Arterial (mm Hg)	Grupos de Riesgo		
	A (sinFR, sin daño orgánico, sin enfermedad CV)	B (Al menos 1FR, que no sea diabetes; sin daño orgánico y sin enfermedad CV)	C (daño orgánico y/o diabetes, con o sin otros FR)
Normal - alta	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico
Etapas 1	Tratamiento no farmacológico (hasta 12 meses)	Tratamiento no farmacológico (hasta 6 meses)	Tratamiento farmacológico
Etapas 2 y 3	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico

A modo de ejemplo, un paciente con diabetes y PA de 142/94 mm Hg más hipertrofia ventricular izquierda debe clasificarse en hipertensión etapa 1 con daño orgánico (hipertrofia ventricular izquierda) y con otro factor de riesgo mayor (diabetes). Este paciente debe ser categorizada como Etapa 1, Grupo de Riesgo C, y recomendarse para iniciar en forma inmediata farmacológico.

Tabla 4

**Modificaciones en el estilo de vida/medidas
no farmacológicas**

- Suspensión del hábito de fumar
- Reducción de peso, particularmente si hay obesidad centrípeta.

- Reducción de la ingesta de sodio a 6 grams de NaCl.
- Consumo moderado de alcohol a no más de 2 unidades de alcohol por día (≈ 2 tragos)

- Actividad física aeróbica idealmente todos o casi todos los días (marcha, trote, natación, bicicleta)

- Aumento del consumo de frutas y verduras para incrementar la ingesta de potasio.

- Mantener una ingesta adecuada de calcio y magnesio.

Todo AM con cifras de PA sobre niveles considerados normales, > 135/85 mm Hg debe **hacer modificaciones en el estilo de vida** o recibir tratamiento **no farmacológico** (tabla 4) Estas modificaciones pueden ser suficientes en AM con PA normal-alta o en hipertensos de bajo riesgo, etapa 1, sin factores de riesgo asociados, sin daño sobre órganos blanco y sin patología cardiovascular concomitante. Cabe destacar, sin embargo, que un alto número de hipertensos de más edad presentan patologías asociadas a factores de riesgo concomitantes, restringiendo el universo de tributarios de medidas no farmacológicas como única medida de tratamiento.

Adicionalmente al tratamiento específico de la HTA, cuando corresponda, deberá indicarse tratamiento para otros factores de riesgo asociados: dislipidemia, sustitución hormonal, etc. En los pacientes con **HTA y DM** se debe extremar el control de la PA hasta lograr cifras de PA óptimas, < **120/80 mm Hg**. Adicionalmente alcanzar y mantener niveles de glicemia dentro de rangos de normalidad y el control de otros factores de riesgo asociados (obesidad, dislipidemia, etc). Además del tratamiento farmacológico para la HTA, se deberá indicar tratamiento con dieta y en muchos casos hipoglicemiantes orales o insulina.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Factores farmacológicos y fisiopatológicos que influyen la elección del fármaco en el AM

1.- Dependientes del paciente

- Sensibilidad disminuida de baroreceptores. Deben usarse dosis más bajas para evitar la hipotensión postural.
- Menor número de glomérulos e insuficiencia renal relativa inicial. Preferir fármacos con vía de eliminación hepática o enteral. Los fármacos de eliminación exclusiva o predominantemente renal deben usarse con precaución y en dosis más bajas (1/3 of 1/2 de la dosis habitual recomendada).

2.- Dependientes del fármaco

- Preferir vía de eliminación hepática o enteral.
- Preferir fármacos con acción hipotensora peak de lenta instalación o progresión (sin caídas abruptas), y con relación valle/peak adecuada (superior 0,5).
- Preferir fármacos con vida media larga o unión a receptores más fuertes y prolongada, de modo de utilizar más bajas y una sola toma diaria (mondosis).
- Utilizar fármacos con efectos adversos muy poco frecuentes y menos severos, de modo de asegurar adhesividad.
- Evitar, en lo posible, la asociación de más de 2 a 3 fármacos que compliquen la seguridad, aceptación y adhesividad al tratamiento.

En la Tabla 5 se dan indicaciones para el tratamiento del AM según su nivel de PA, asociación con otros factores de riesgo (R de R) y/o complicaciones (daño orgánico y/o manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular. Por su alta frecuencia, la indicación terapéutica para el AM con HTA y DIA es señalada en una columna separada.

Tabla 5

Categoría de PA	Hipertensión	Hipertensión + Diabetes
1. PA normal - alta 135 - 139/85 - 89 mm Hg		
a) Sin FR asociados y sin complicaciones	Tto. no farmacológico	Tto. no farmacológico* + Enalapril 5 - 10 mg.
b) Con 1 FR y sin complicaciones	Tto. no farmacológico*	Idem pto. a), más corrección de otros FR.
c) Con 2 FR y/o complicaciones	- HCT 12,5 - 25 mg ó - Enalapril 5 - 10 mg. - Nifedipino R 10 - 20 mg x 2 v.	- Enalapril 5 - 10 mg ó - Nifedipino R 10 - 20 mg x 2 v. - Atenolol 25 mg. ó - HCT 12,5 - 25 mg. ó - Atenolol + HCT
2. PA etapa 1 140 - 159/90 - 99 mm Hg		
a) Sin FR asociados y sin complicaciones	Tto. no farmacológico**	Idem punto 1a)
b) Con 1 FR y sin complicaciones	Tto. no farmacológico**	Idem a punto 1a)
c) Con complicaciones y FR	- HCT 12,5 - 25 mg - Enalapril 5 - 10 mg. - Nifedipino R 10 - 20 mg x 2 v. - Atenolol 25 - 40 mg.	- Enalapril de elección Si no se puede dar: - Nifedipino R, 10 - 20 mg x 2 v. - Atenolol 25 - 50 mg ó - Diuréticos sólo o combinados, según respuesta.
3. PA etapa 2 - 3 \geq 160/110 mm Hg		
a) Sin FR ni complicaciones	Idem a punto 2c), agregar otro fármaco cuando la PA sigue alta***	Idem a punto 2c)
b) 1 ó más FR sin complicaciones	Idem a punto 3a)	Idem a punto 3a)
c) Con complicaciones y FR	Idem a punto 3a)	Idem a punto 3a)

* Ver tabla 4, Tratamiento no farmacológico

** Tratamiento no farmacológico hasta 6 meses, si no se observa reducción de la PA, acortar el periodo de observación e iniciar farmacológico.

*** Ver Asociación recomendadas de fármacos.

Notas aclaratorias

Cuando se indique un tratamiento farmacológico se debe titular la dosis hasta llegar a la dosis óptima, cada 15 a 30 días. Ejemplo: Iniciar con enalapril 5 mg x 2 veces, luego 10 mg x 2 veces hasta llegar a 20 mg x 2 veces. Si no hay respuesta adecuada, cambiar por un fármaco de otra familia y repetir el proceso, esta vez abreviado porque se conoce ya cierta resistencia o refractariedad. Si persiste la reducción insuficiente, agregar un fármaco de otra familia, a dosis promedio útiles y verificar el efecto. Se puede sumar un tercer fármaco y aún un cuarto.

En pacientes con insuficiencia renal se debe tener precaución con el uso de enalapril. No debe indicarse este fármaco si hay hiperpotasemia y/o creatinina es superior a los 2 mg/dl. En estos casos preferir furosemida.

Derivaciones al nivel secundario

- Refractariedad al tratamiento.
- No responde a la asociación con 2 fármacos
- Sospecha de HT secundaria, especialmente renovascular.

Asociaciones de fármacos recomendable

- Hidroclorotiazida más atenolol.
- Hidroclorotiazida más enalapril.
- Atenolol más hidroclorotiazida.
- Atenolol más enalapril.
- Enalapril más diurético.
- Nifedipino retard más enalapril.

Preferencias o precauciones para iniciar tratamiento farmacológico

	Preferir	Evitar/Precaución
Hidroclorotiazida	Obesos	Insuficiencia renal, Gota
Atenolol	AM Coronaria	Bradicardia Sospecha bloqueo AV Dislipidemia
Enalapril Nifedipino #R		De la creatinina y/o K

Nunca usar nifedipino de acción rápida para el tratamiento de la hipertensión

REFERENCIAS

1. Boletín Oficial Sociedad Chilena de Hipertensión. Hipertensión, Vol 7, N° 2, 1998.
2. Ministerio de Salud. Normas de Hipertensión Arterial, 1995.
3. National High Blood Pressure Education Program. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Institutes of Health, NIH Publication No. 98-4080, November 1997.
4. World Health Organization-International Society of Hypertension (WHO-ISH). 1999 Guidelines for the Management of Hypertension.