



4o CURSO

**ACADEMIA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DEL ADULTO MAYOR
ALMA**

**Tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial
en el adulto mayor.**

Dr. Carlos M. Paixão Júnior

S^o de Geriatria

Hospital Universitario

Universidade Federal – Rio de Janeiro

Lima

1-4 de Septiembre de 2005

PUNTOS DE PARTIDA

Estudios de ensaio clínico I

- ✦ Veterans Affairs Cooperativ Study (VACS) (1970s)
- ✦ Hypertension Detection and Follow-up study (HDFP) – 1979
- ✦ Australian National Blood Pressure Study – 1980
- ✦ European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly study -1985
- ✦ Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (Stop-Hypertension) – 1991
- ✦ Medical Research Council study – 1992

PUNTOS DE PARTIDA

Estudios de ensaio clínico II

- ✦ Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) -1991
- ✦ Italian Cardiovascular Study in the Elderly (CASTEL) – 1994
- ✦ Shanghai trial of nifedipine in the elderly (STONE) - 1996
- ✦ Systolic Hypertension in Europe trial (Syst-Eur) – 1997
- ✦ Systolic Hypertension in China trial (Syst-China) – 1998

PUNTOS DE PARTIDA

Estudios de ensaio clínico III

- ✦ National Intervention Cooperative Study in Elderly Hypertension (NICS-EH) Japan – 1999
- ✦ Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 (Stop-Hypertension-2) - 1999
- ✦ Losartan Intervention For Endpoint reduction (LIFE) -2002
- ✦ Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) -2002
- ✦ Systolic Hypertension in the Elderly: Lacidipine Long-term (SHELL) study – 2003

PUNTOS DE PARTIDA

Guías de diagnóstico y tratamiento

- ✱ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure – The JNC 7 Report – 2003
- ✱ IV Diretrizes de Hipertensão Arterial – Ministerio de la Salud Brasil – 2002
- ✱ WHO – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension – 1999
- ✱ European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension - 2003

Riesgo individual

☀ Factores de riesgo

- ☀ Sexo: hombres y mujeres pos menopausa
- ☀ Ancianos (arriba de los 60 años)
- ☀ Historia familiar de enfermedad cardiovascular precose
- ☀ Tabaquismo
- ☀ Sedentarismo
- ☀ Diabetes mellitus
- ☀ Dislipidemia

Riesgo individual

- ☀ Lesiones de órganos blancos
 - ☀ Enfermedades cardíacas:
 - ☀ HVE
 - ☀ Cardiopatía coronaria
 - ☀ Insuficiencia cardiaca congestiva
 - ☀ AIT o AVC
 - ☀ Retinopatía hipertensiva
 - ☀ Nefropatía hipertensiva
 - ☀ Enfermedad arterial periférica

Estratificación de riesgo

☀ Riesgo A:

- ☀ Sin factores de riesgo, sin lesiones de órganos blancos o diabetes

☀ Riesgo B

- ☀ Presencia de factores de riesgo (excepto DM) y sin lesiones de órganos-blancos

☀ Riesgo C

- ☀ Diabetes o lesiones de órganos blancos, con o sin otros factores de riesgo

Tratamiento farmacológico

Tensión arterial	Riesgo A	Riesgo B	Riesgo C
Normal limítrofe (130-139/85-89 mmHg)	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida	Cambios de estilo de vida*
Estagio I (140-159/90-99 mmHg)	Cambios de estilo de vida (12 meses)	Cambios de estilo de vida (6 meses)	Terapia medicamen- tosa
Estagio II y III (> 160/100 mmHg)	Terapia medicamen- tosa	Terapia medicamen- tosa	Terapia medicamen- tosa
Hipertensión sistólica	Terapia medicamen- tosa	Terapia medicamen- tosa	Terapia medicamen- tosa

Diagrama de flujo de esquema terapeutico

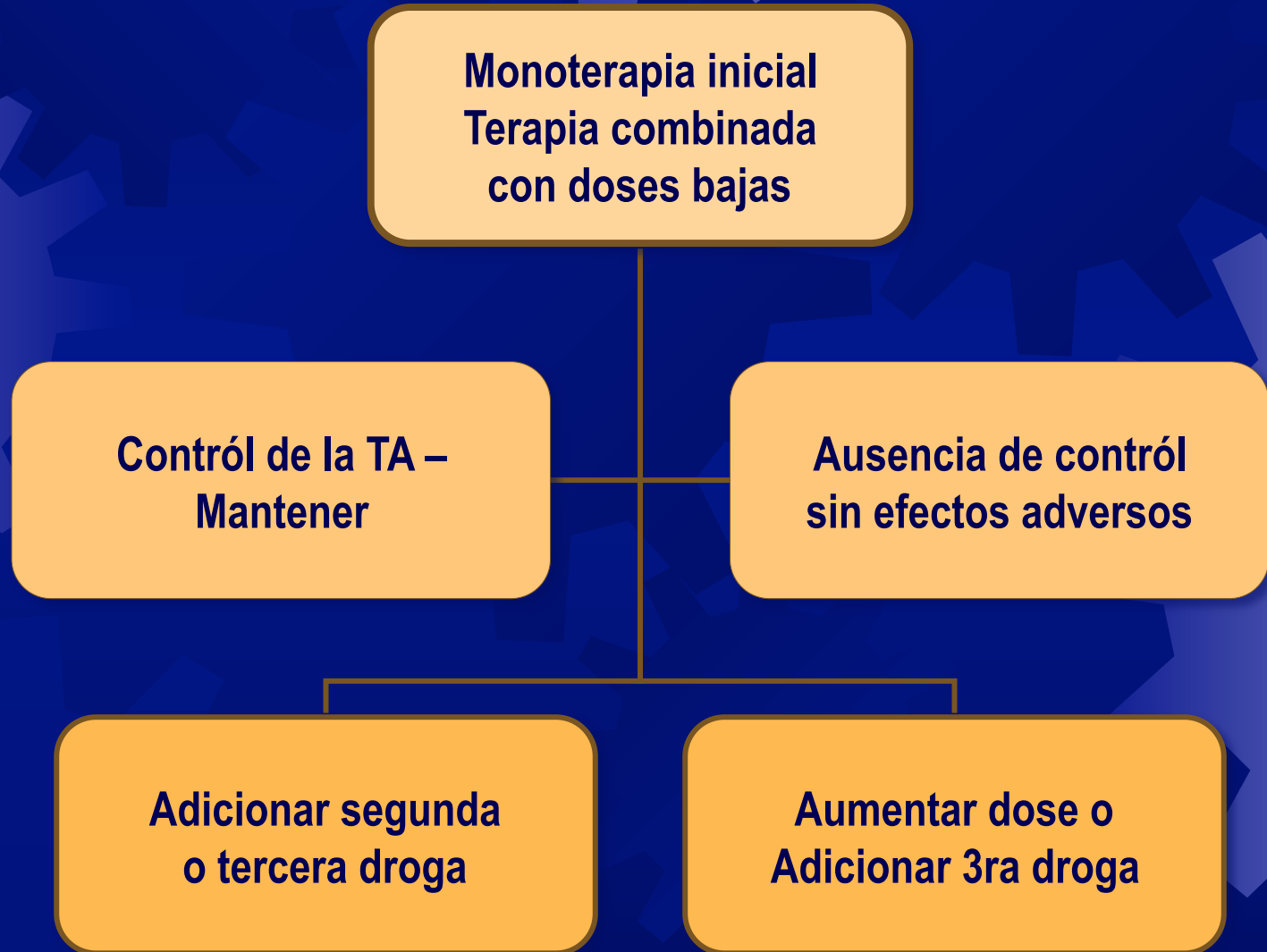
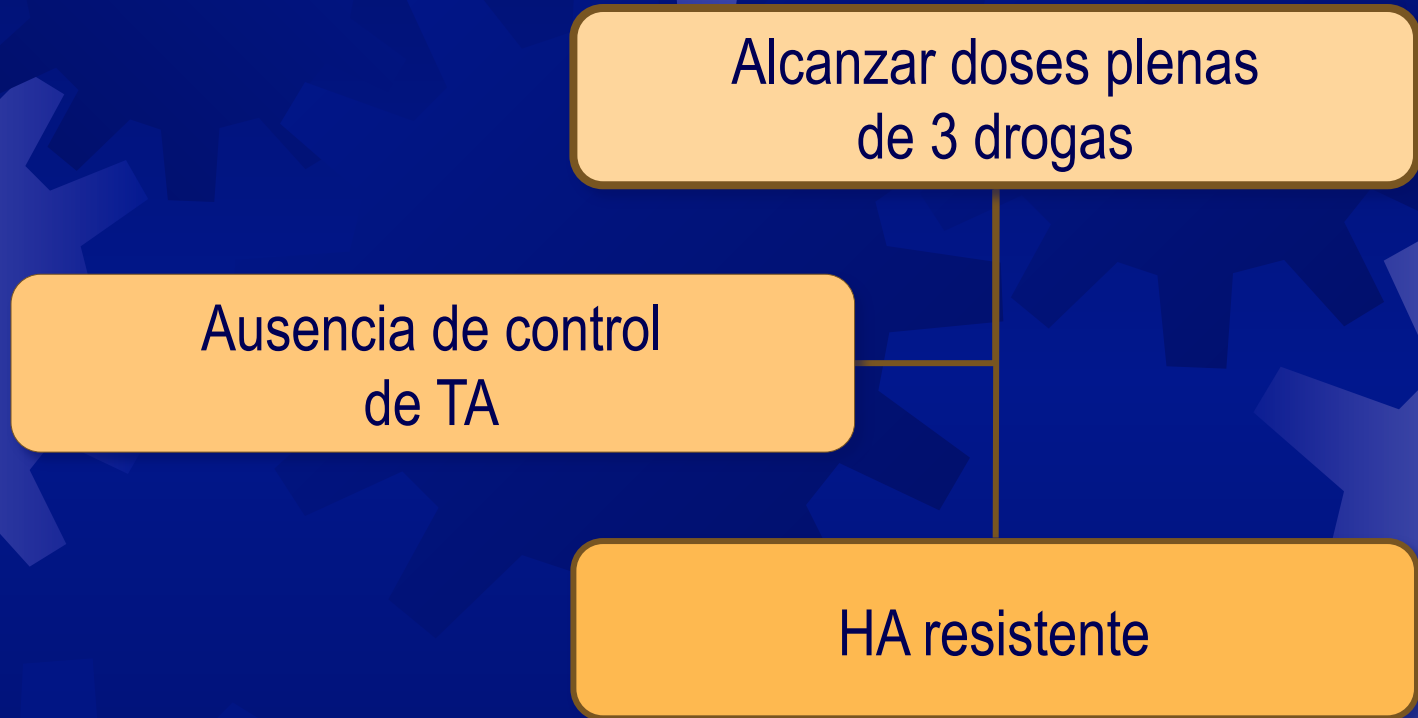


Diagrama de flujo de esquema terapeutico



Monoterapia inicial o Terapia combinada con dosis bajas

- ✦ Diureticos, β Bloqueadores, IECA
- ✦ Antagonistas de receptor de Angiotensina II
- ✦ Bloqueadores de canal de calcio
- ✦ Eficaz en 40-70%
- ✦ Efectos sinergicos de terapia combinada

Diureticos

☀ Tiazidicos

- Disminue morbi-mortalidade CV
- Disminue hipertrofia ventricular
- Costos bajos
- Muy efectivos en adultos mayores
- 1ra indicación en HA sistolica
- Dose inicial: 6,25mg/dia
- Dose maxima: 25 mg/dia

Diureticos

☀ Indapamida

- Disminue morbi-mortalidade CV
- Ins. Renal ligera
- Dose inicial: 1,5 mg/dia

☀ Diureticos de alza

- Furosemida – 40mg-240mg/dia (1-4 x/dia)
- Ins. Cardíaca o ins. Renal cronica

☀ Antagonistas de aldosterona – 4^a droga en HA resistente

- Remodelación cardíaca.
- 25mg/dia

β Bloqueadores

- Disminuye morbi-mortalidad CV
- Retarda progreso de la cardiopatía coronaria
- Costos bajos
- 1ª elección en la patología coronaria
- No selectivos: propranolol
- Selectivos: Atenolol*; Metoprolol, Bisoprolol

α Bloqueadores

- Ineficazes como monoterapia
 - Feocromocitoma o dislipidemias graves
 - Prostatismo
- ★ ALLHAT

IECA

- Disminuem la morbi-mortalidad CV
- Disminuem la mortalidad post-IAM y ICC
- Costos importantes
- ★ Diabeticos – droga inicial de elecci3n
- ★ HVE - remodelage

Antagonistas de receptores AT1

- Disminuem la morbi-mortalidad CV
- Disminuem la mortalidad post-IAM y ICC
- Costos importantes
- Actividad nefropotectora

Antagonistas de calcio

- Disminuem la morbi-mortalidad CV
- Costos importantes
- Actividad nefropotectora
- 2ª elección para Hipertension sistolica
- Fenilalquilaminas – Verapamil
- Benzotiazepinas – Diltiazem
- Dihydropyridinas
 - Nifedipina, nitrendipina
 - Felodipina, amlodipina, nisoldipina

Vasodilatadores directos

- Ineficaces como monoterapia
- Costo bajo
- Utilizados como 3^a droga
- Hydralazina, Minoxidil

Mensajes finales

- Elección de terapia embasada en factores especificos del paciente
- Objetivos de contról son los mismos para los adultos juvenes y mayores
- Posologías simples, doses iniciales bajas
- Costos
- Evidencias clinicas