

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA PACIENTE ADULTA MAYOR

Dra. Marcela Valenzuela Cerna

MAPA DE RUTA

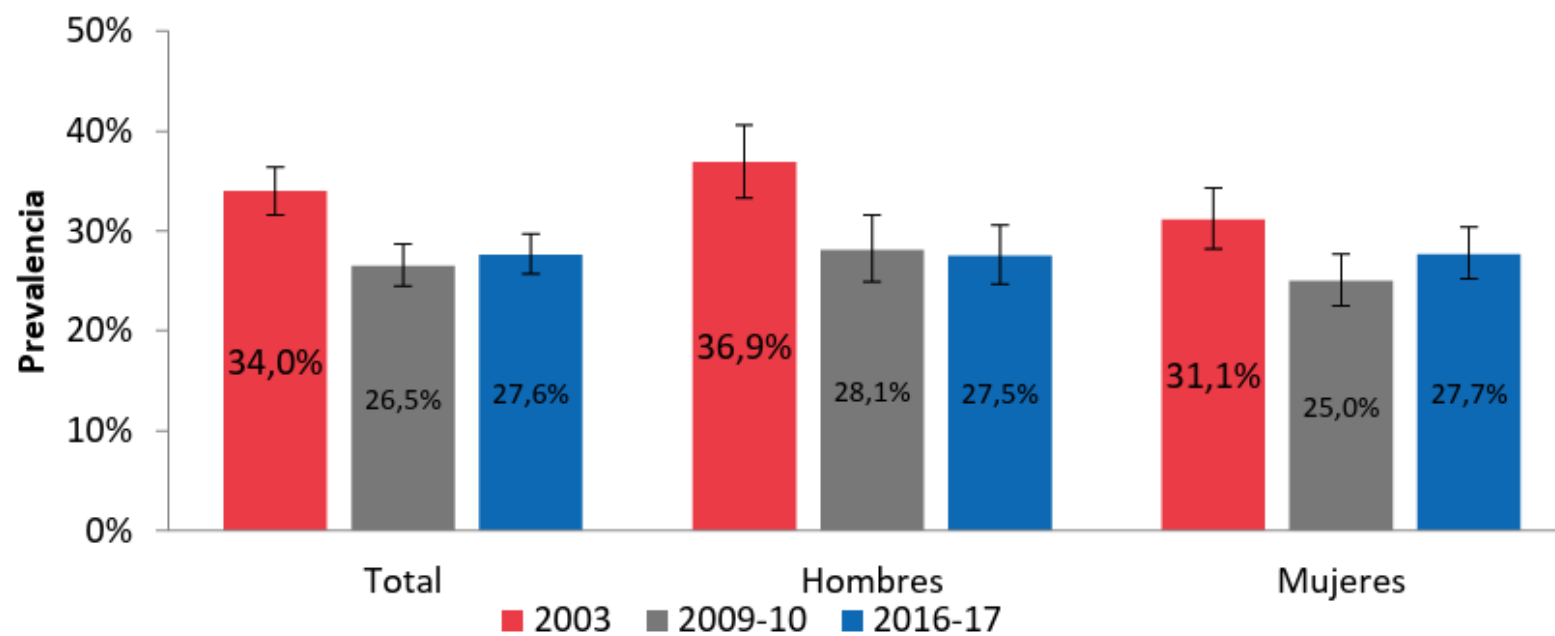
- Datos generales
- Factores de riesgo
- Tratamiento
- Conclusiones



	SBP		DBP
BP Category			
Normal	<120 mm Hg	and	<80 mm Hg
Elevated	120 to 129 mm Hg	and	<80 mm Hg
Hypertension			
Stage 1	130 to 139 mm Hg	or	80 to 89 mm Hg
Stage 2	≥140 mm Hg	or	≥90 mm Hg

- **Principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte prematura en mujeres a nivel mundial**
- Existe una **falta importante de conocimiento sobre las diferencias específicas por sexo**
- Después de la menopausia, la prevalencia de hipertensión es **mayor que en hombres.**
- El control de la enfermedad es bajo $\approx 23\%$ en mujeres

Demographic group	Prevalence	
	Men	Women
Overall	49.5% (59.0 million)	43.9% (56.3 million)
Age groups, y		
18-29	20.3%	9.0%
30-44	39.6%	23.7%
45-59	57.4%	52.5%
60-74	70.7%	71.4%
75-80	83.7%	84.8%
Racial and ethnic groups (age-adjusted)		
NH White	47.0%	39.0%
NH Black	56.8%	56.7%
NH Asian	49.8%	39.1%
Hispanic	50.4%	36.3%
Other	50.7%	47.9%



(*) las barras de error representan los intervalos de confianza (IC 95%)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile

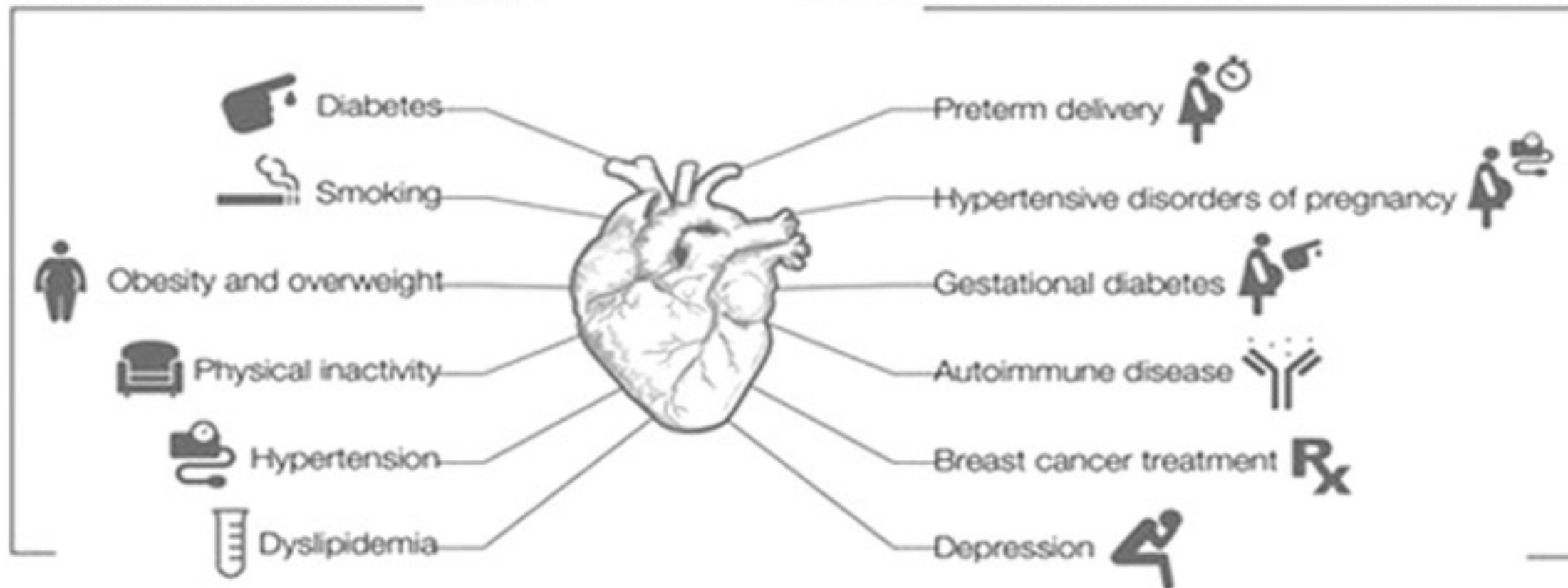
FACTORES DE RIESGO

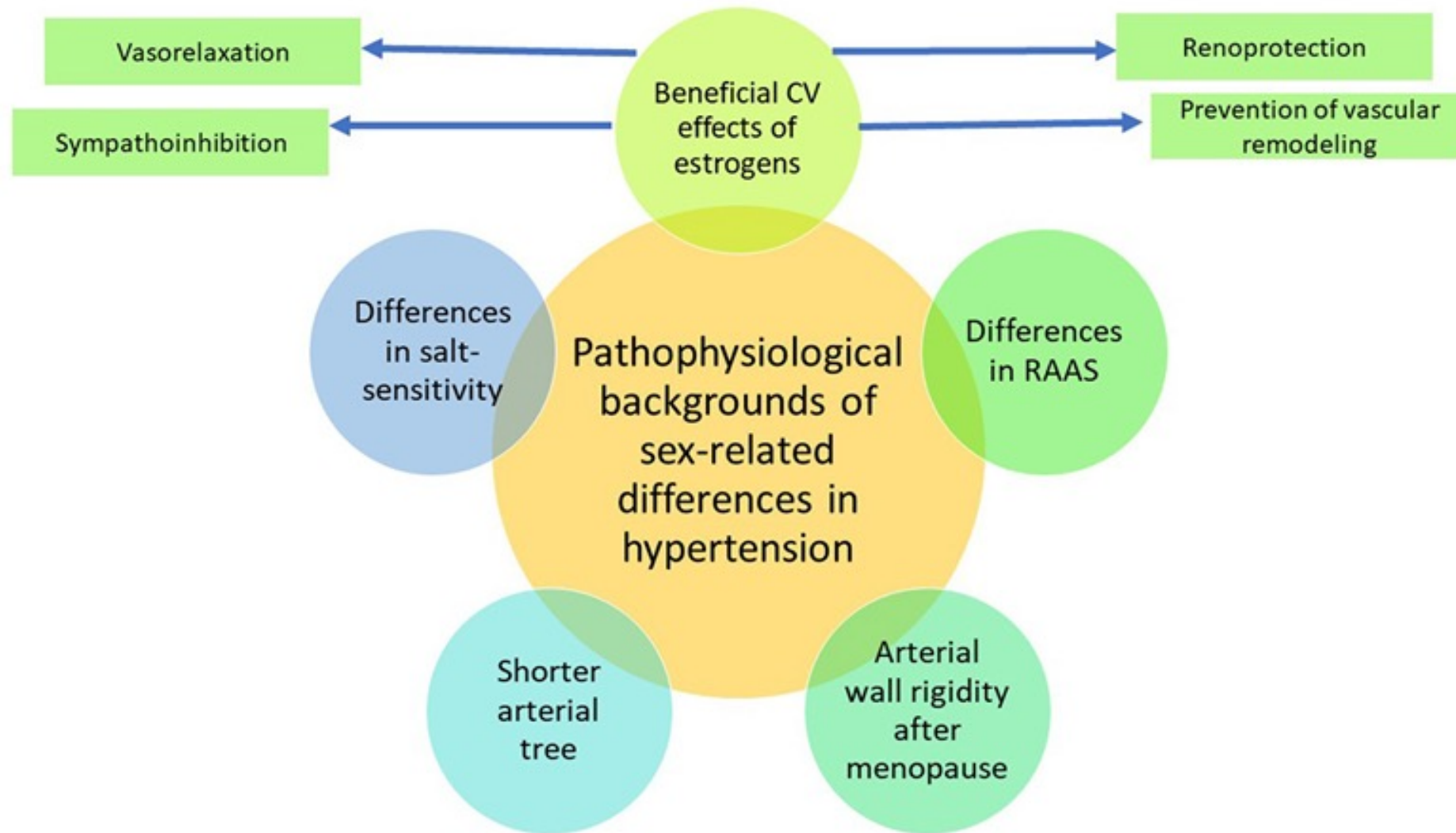
- Generales
- Específicos

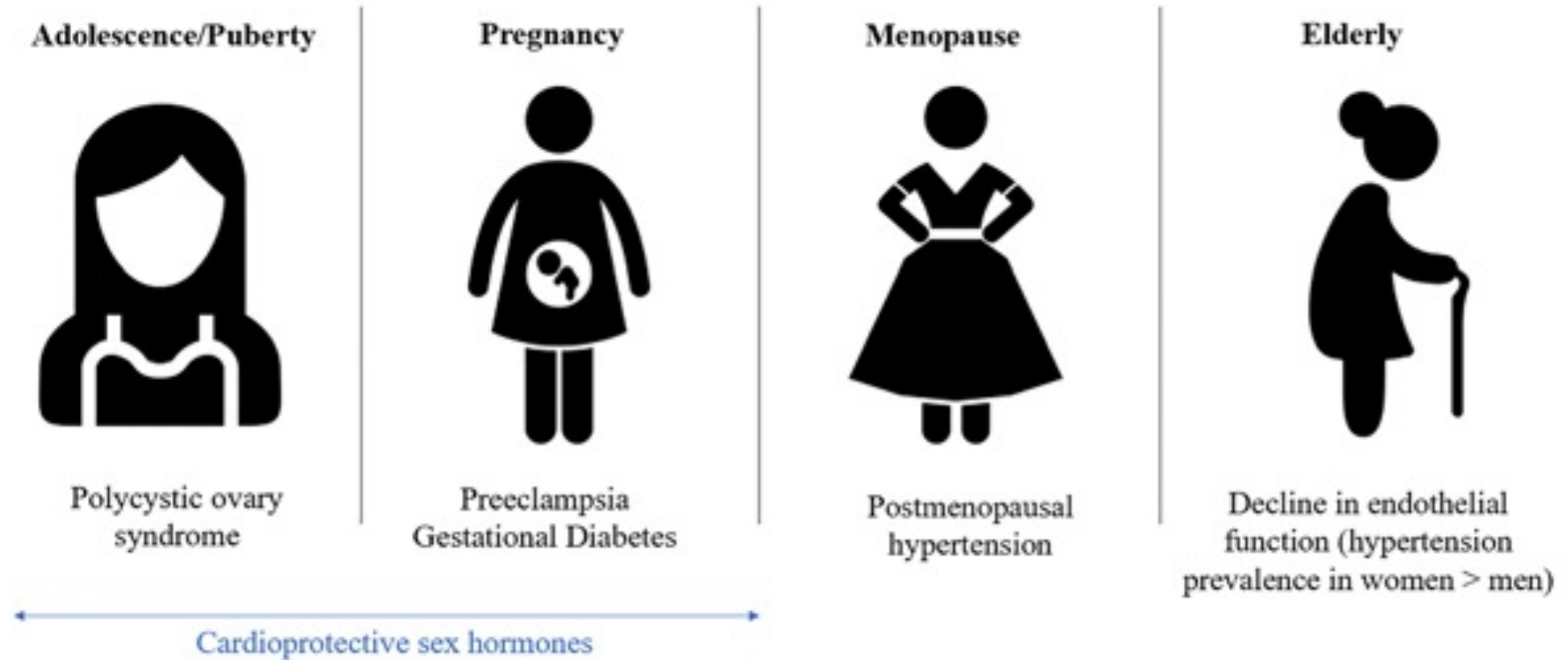


Traditional ASCVD Risk Factors

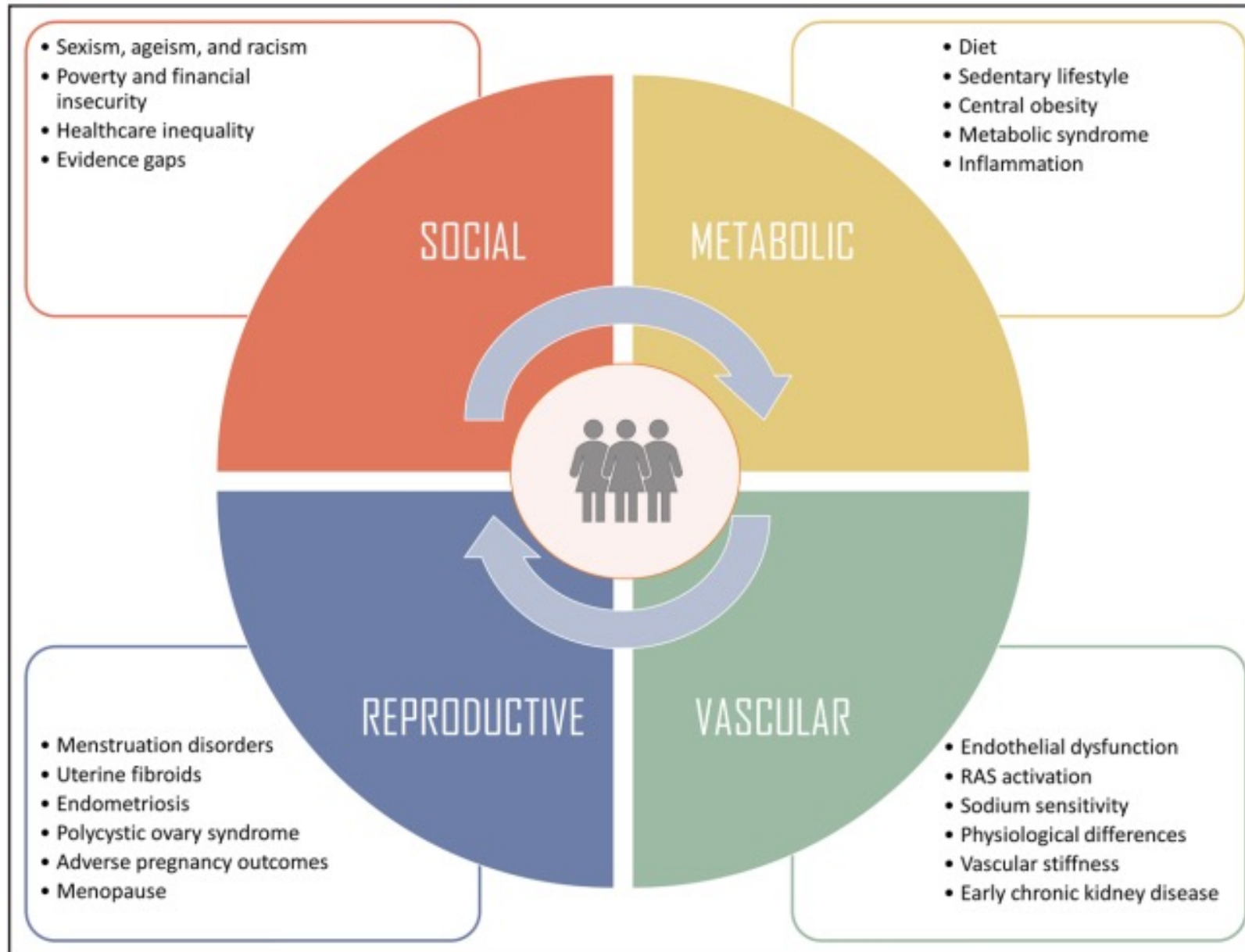
Emerging, Nontraditional ASCVD Risk Factors







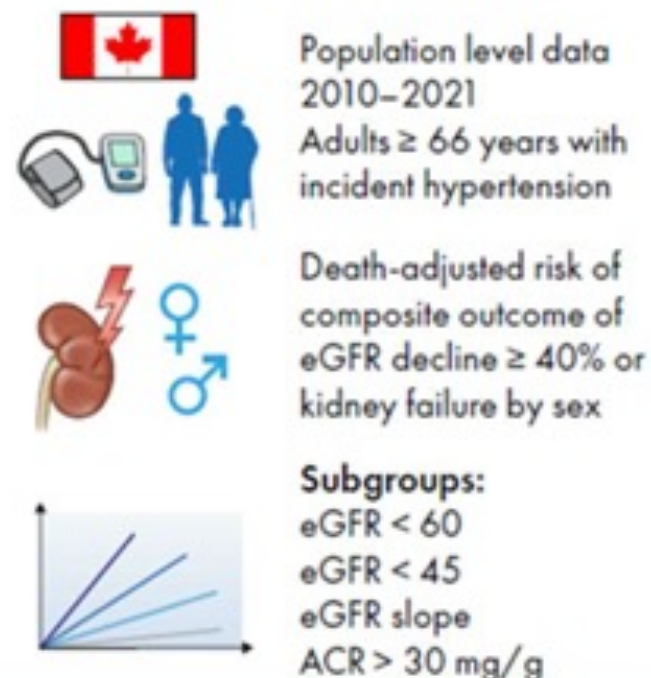
Curr Hypertens Rep. 2022 December ; 24(12): 723–733.



Older women with late-onset hypertension are at higher CKD risk than males

New-onset hypertension is more common among postmenopausal females than age-matched males.
 Do kidney outcomes among older adults with new hypertension vary by sex?

Cohort and Methods



Results



Older females vs. males with a new diagnosis of hypertension:



↑ Risk eGFR decline $\geq 40\%$ or kidney failure (sHR 1.10 [(1.07–1.14)])



↑ Risk of eGFR < 60 ml/min/1.73 m² (sHR 1.15 [(1.13–1.18)])



↑ Risk of eGFR < 45 ml/min/1.73 m² (sHR 1.13 [(1.10–1.17)])



↑ Rate of eGFR decline (–1.10 vs –1.08 ml/min/1.73 m², $p < 0.01$)



↔ Similar risk of developing albuminuria (sHR 1.001 [(0.97–1.03)])

Conclusion: Older females with new onset hypertension were more likely to develop a 40% eGFR decline or kidney failure compared to older males.

Beauregard, N. et al.
 Clinical Kidney Journal (2026)
 abugeja@toh.ca
 @CKJsocial

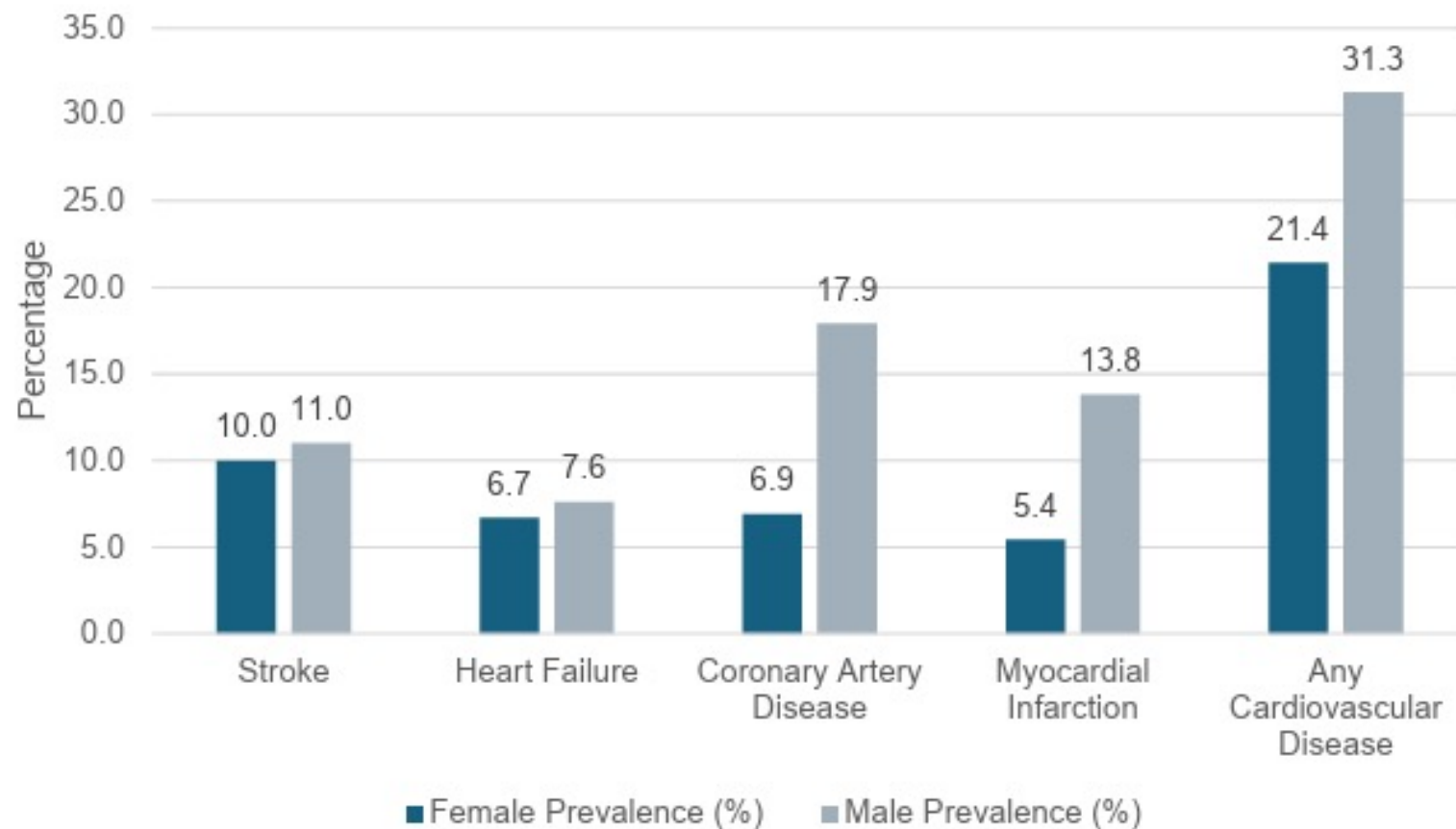


Fig. 3. Prevalence of self-reported cardiovascular disease among adults aged 65 years or older stratified by sex. (Data are available via the Centers for Disease Control and Prevention National Health Examination and Nutrition Survey 2017–2020.)

TRATAMIENTO

- No farmacológico
- Farmacológico



TRATAMIENTO

- Individualizado
- Objetivo <130/80, en pacientes frágiles metas más conservadoras
- Considerar perfiles de riesgo
- Evitar polifarmacia
- Mayor susceptibilidad eventos adversos por fármacos





FÁRMACOS PRIMERA LÍNEA

- Inhibidores de la ECA (IECA)
- Antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II)
- Diuréticos tiazídicos
- Calcioantagonistas
 - Monitorizar hipotensión ortostática
 - Ajustar dosis progresivamente

- **Paciente con enfermedad renal**

- IECA o ARA II

Protección renal y reducción de progresión de ERC

- **Paciente con enfermedad cardiovascular**

- IECA o ARA II + betabloqueador

Disminuye eventos cardiovasculares y mortalidad



Paciente con edema o HTA sistólica aislada

- Diuréticos tiazídicos
- Calcioantagonistas

Eficaces en rigidez arterial y control de volumen

Mujer posmenopáusica

- Calcioantagonistas

Útiles por rigidez arterial

SEGUIMIENTO

- Estado funcional y cognitivo
- Presión arterial
- Función renal
- Electrolitos
- Evaluar adherencia y efectos adversos

DESAFÍOS

- Subdiagnóstico (hipertensión enmascarada)
- Control insuficiente de la presión arterial
- Inercia clínica en ajustes terapéuticos
- Fragilidad y temor a efectos adversos

CONCLUSIONES

- La hipertensión arterial en la mujer adulta mayor constituye un problema de salud pública relevante, siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad. Su prevalencia aumenta significativamente después de la menopausia, debido a cambios hormonales y fisiológicos propios del envejecimiento.
- El manejo de esta condición debe ser individualizado, considerando no solo los valores de presión arterial, sino también la fragilidad, comorbilidades, función renal y riesgo de eventos adversos. En este grupo etario, es fundamental evitar la polifarmacia y ajustar progresivamente el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

- Las medidas no farmacológicas, como la dieta saludable, la reducción de sodio y la actividad física, constituyen la base del tratamiento y deben acompañar siempre la terapia farmacológica.
- las mujeres mayores presentan mayor susceptibilidad a efectos adversos de los antihipertensivos, lo que exige un seguimiento clínico estrecho.
- Persisten importantes desafíos clínicos, como el subdiagnóstico, el control insuficiente de la presión arterial, la inercia terapéutica y factores sociales que afectan la adherencia al tratamiento.

