



HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Patricia Sobarzo Vysokolán MD, MsC.

2024



ADULTO MAYOR: ...? CUANDO??

Es cuando tuteamos a todos, y cuando nadie nos tutea

>60

>80



La realidad de los adultos mayores en Latinoamérica

Publicado: - Mar 31, 2018

¿Cómo se pasa la vejez en Latinoamérica? ¿Cuál es el rol que cumplen los adultos mayores en nuestra sociedad?



La realidad de los ad

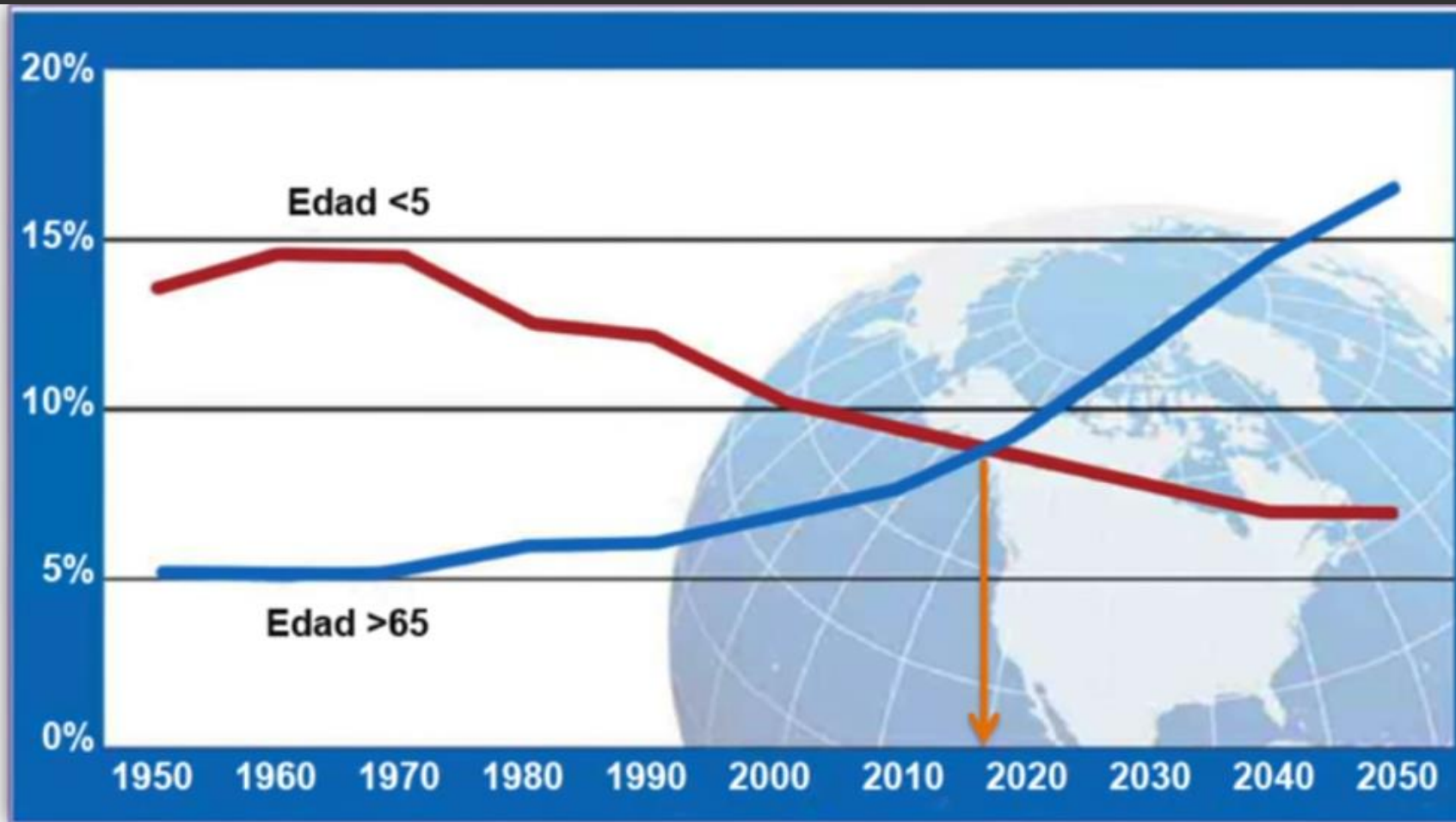
Actualmente, en América Latina y el Caribe la población continúa aumentando y envejeciendo de forma sostenida. La región experimentará un incremento en la población de adultos mayores que hace indispensable la formulación de nuevas políticas que aseguren una mejor calidad de vida para las personas en una edad avanzada. La reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida están llevando a los países alrededor del mundo a tomar medidas para hacer frente a las necesidades de una población adulta creciente. Esto supone un gran reto para muchos países latinoamericanos que no están preparados a nivel social o económico para responder a

Argentina: Los adultos mayores pobres corresponden a poco más del 7% de la población frente a un 38% de adultos mayores que

tratamiento estar controlados (presión arterial menor de 140 y 90 mmHg) (Tabla 2). El envejecimiento poblacional representa un problema de diferente magnitud entre los países de la región, mientras Perú, Paraguay y Brasil tienen menos del 5% de personas mayores de 65 años, otros como Uruguay llegan hasta el 12%. El aumento de la población añosa determina un incremento en el número de hipertensos con un predominio de las formas sistólicas, de mayor riesgo cardiovascular y más difícil control. El envejecimiento se asocia además a un aumento de la comorbilidad general y cardiovascular.

Un bajo nivel socioeconómico y educativo favorece el desarrollo de hipertensión, además de limitar su grado de conocimiento y tratamiento (34,35). Así, en Chile la prevalencia de hipertensión aumenta de 12,1 a 21,9%, y la de obesidad aumenta de 21,5 a 40,1%, al comparar el nivel socioeconómico superior con el inferior, respectivamente (36). En Argentina, la prevalencia de hipertensión aumenta desde 19% en el nivel de instrucción más alto, al 50% entre los que carecen de instrucción (37). En Chile los años de escolaridad se relacionan en forma inversa con la mortalidad cardiovascular, siendo este efecto más evidente en el sexo femenino (38).

Las diferencias étnicas en la prevalencia de hipertensión, como es el caso de la población negra de Cuba (39) y Brasil (40), parecen estar vinculadas a factores socioculturales. Del mismo modo, la baja presión arterial y la falta de aumento de la presión arterial con la edad encontrada en las poblaciones indígenas que viven aisladas de la civilización, parece estar relacionada a diferencias en el estilo de vida más que a una verdadera diferencia racial (41). Diferentes estilos de vida también contribuyen en la menor prevalencia de hipertensión en las poblaciones andinas de Chile (42) y Venezuela (43). En la zona litoral de Perú el 18% de la población presenta hipertensión, mientras que en el Cuzco o región andina la prevalencia es del 7%. En la zona andina de Venezuela hay una prevalencia del 21%, mientras que en la región oriental del 36%.



FUENTE: United Nations. World Population Prospect: The 2010 Revision. Disponible en: <http://esa.un.org/unpd/wpp>

En Paraguay la segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles (ENFR-2022) muestran alta taza de comportamientos no

saludables; la prevalencia de HTA es del 28,6% en mayores

porcentaje son

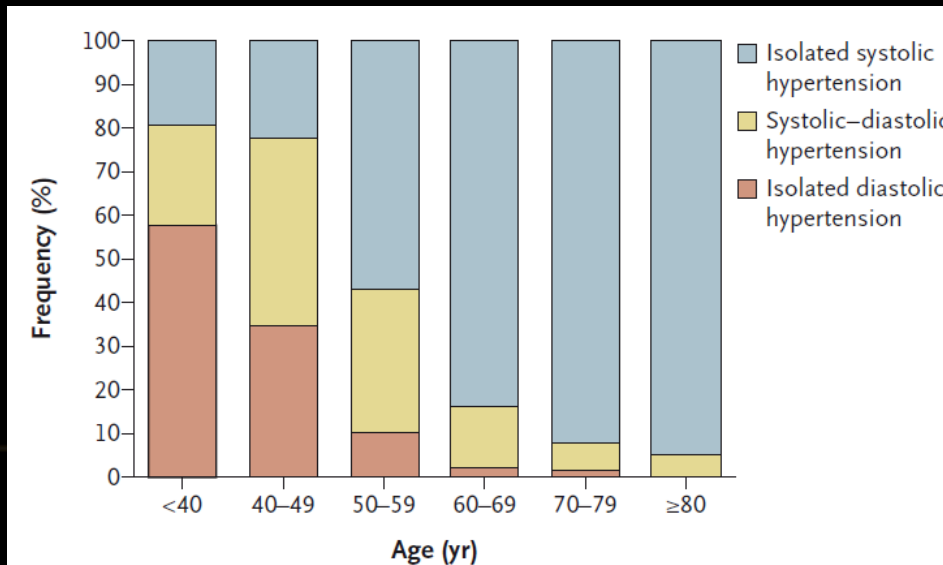
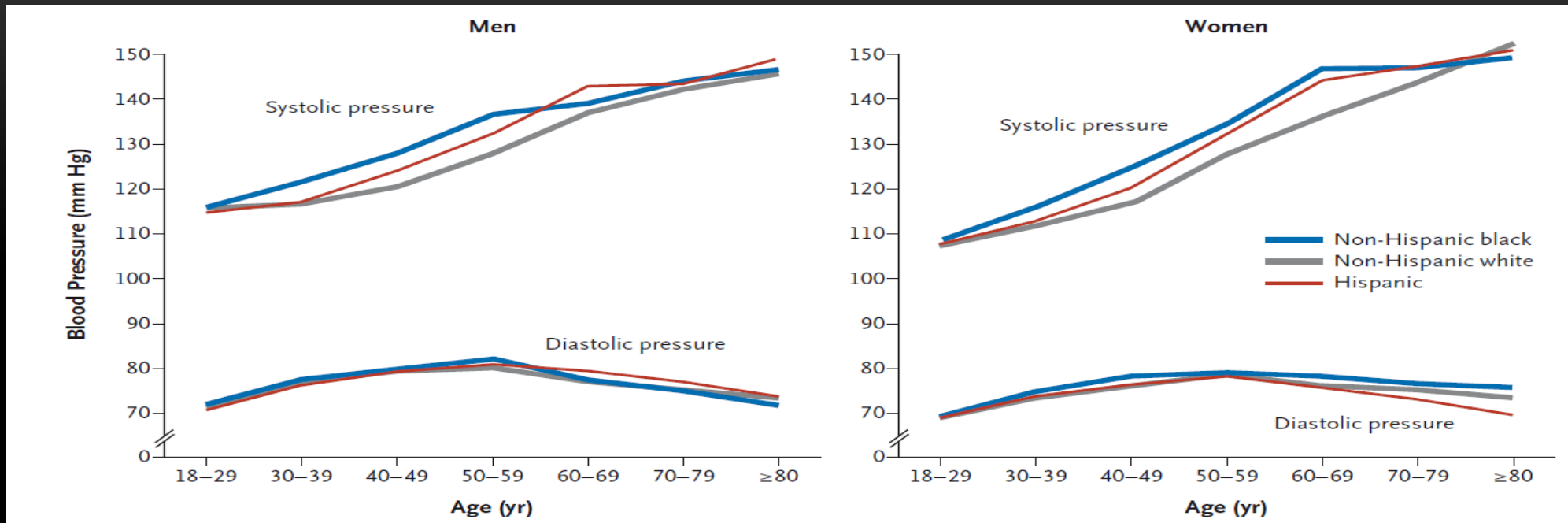
es mayor 44,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



CONCLUSIONES

1. La prevalencia de los pacientes adultos mayores hipertensos que acudieron al consultorio del programa de Hipertensión Arterial del Hospital General de Villa Elisa en el año 2022 fue del 47%.
2. La edad promedio fue de $68,62 \pm 6,8$ años. El 72,8% de los participantes correspondía al sexo femenino y el 27,2% al sexo masculino. El 62% provenía de Villa Elisa.
3. Los principales diagnósticos hallados en la población de estudio fue la Diabetes mellitus, los demás diagnósticos encontrados fueron categorizados según aparatos y sistemas afectados, entre ellos los más frecuentes fueron los metabólicos como niveles de glucosa alterados, hipotiroidismo e hiperlipidemias; seguidos del control de rutina, neurológicos y respiratorios.
4. En cuanto a la clasificación de la población de estudio según el índice de masa corporal, la mayoría con sobrepeso seguido por la obesidad grado 1.





CASO CLÍNICO

Varón de 70 años, consulta domiciliaria por ***cefalea intensa pulsátil, disnea y opresión precordial***, 3 hs de evolución, inicio con desorientación, cefalea en aumento y epistaxis (1).

P.A. de 240/120 mmHg; signos auscultatorios de EP, le administró una dosis de ***10 mg de nifedipina sublingual***, se traslada a un servicio de urgencias.

A.P: DM (ADO), HTA tto con vasodilatadores (hipotensión); litiasis renal izquierda coraliforme.

S. de Urgencias: (15 min) cianótico, desorientado, sudoroso, taquipneico, taquicardico con aleteo nasal, tiraje, e ingurgitación yugular bilateral.

PA: 220/120 mmHg, estertores gruesos y sibilancias dispersos en ambos campos pulmonares, no se auscultaban ruidos cardiacos, sat 88%.

Diag. Probable???



CASO CLÍNICO

Dg: Crisis hipertensiva → Emergencia hipertensiva → EAP
→ Encefalopatía Hipertensiva
→ IAM?

Tto: *O2 alto flujo, 0,4 mg de NTG, 5 mg de morfina, 20 mg de furosemida*

Mejoría en la sat 94% (ECG, trop -) 20 mg EV labetalol ==> FC: 100 lpm PA 170/80 mmHg. Luego de 20 min. se constata PA 230/125 mmHg, FR 40 rpm sat 85% ==> 20 mg labetalol y VMNI; escasa mejoría, inicia goteo de labetalol a 5 mg/h y morfina 5 mg en bolo. Se traslada a UCIA.



CASO CLÍNICO

Laboratorio: CK, CK-MB y Trop I neg; Hb11 gr/dl, GB 16.000/mm 90% N y Glu 255 mg/dl, GA: pH de 7,33 PO2 de 80 PCO2 32 HCO3 15. **ECG:** TAQ sinusal 125 lpm, signos de HV. **Rx Tx** signos de crecimiento biventricular, de agua pulmonar extravascular y derrame pleural bilateral. **SU:** piuria intensa y bacteriuria. **UCIA:** ultrafiltración venovenosa (VMNI), BH – de 2,5 lts (4hs) → PA 140/85 mmHg, O2 MF, TAC normal. Pasa a sala de MI.

Recomendaciones ~~IAM~~

sedantes (BZD, morfina)

diuréticos (furosemida),

BR beta y alfa adrenérgicos (labetalol)

IECA (enalapril, captopril), evitar drogas que aumenten la PIC.



MANEJO DE HTA EN A.M.

- ***Valoración geriátrica integral***
- Diagnóstico:
 - Screening al menos anual
 - Favorecer tomas en el hogar y perfil de PA
 - En caso de dudas → MAPA
- Terapia No farmacológica:
 - Restricción de sal, control de peso, dieta DASH
 - Actividad física

1

La variabilidad de la presión arterial aumenta con la edad

2

Es necesaria la evaluación de la presión arterial nocturna

3

El fenómeno de guardapolvo blanco es más frecuente en adultos mayores



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La evaluación integral del adulto mayor implica un enfoque holístico que abarca aspectos médicos, funcionales, cognitivos y sociales. Es esencial considerar la comorbilidad y los factores de riesgo para diseñar un plan de cuidados personalizado.

<https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment/print?search=aspectos generales de la geriatría&source=>



NO TODO ES LO QUE PARECE.....



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- Mejora la exactitud diagnóstica y estado funcional
- Mejora afectiva o cognitiva del paciente
- Reducción de fármacos (polifarmacia)
- Retardo en la institucionalización y reingreso a urgencias
- Mejora los costos al evitar todos los problemas mencionados
- Prolongación de años de vida saludable, mejora el manejo en la casa

INDICACIONES: Todo paciente frágil, paciente con riesgo funcional, protocolo de ingreso de un adulto mayor, condiciones especiales (desordenes psicológicos, demencia, caídas...)



ESFERAS



HERRAMIENTAS

An infographic centered on a cartoon character of an elderly man with glasses and a cane, surrounded by various assessment tools. The tools listed include:

- DICE DE KATZ**: (ABVD) ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- ESCALA LAWTON Y BRODY**: (AIVD) ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
- TEST DEL RELOJ**: DETERIORO COGNITIVO
- EXAMEN MINI MENTAL FOLSTEIN**: DÉFICIT COGNITIVO
- ÍNDICE DE BARTHEL O ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND**: (ABVD) ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- ESCALA HAMILTON**: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
- TEST DE YESAVAGE**: DEPRESIÓN
- ESCALA TINETTI**: MARCHA Y EQUILIBRIO
- ANÁLISIS NUTRITIONAL ASSESSMENT**: ESTADO NUTRICIONAL
- ESCALA ZARI**: SOBRECARGA DEL CUIDADOR
- ESCALA DOWTOWN**: RIESGO DE CAIDAS
- TEST PFEIFFER**: DETERIORO COGNITIVO
- ESCALA NORTON Y BRADEN**: ÚLCERAS POR PRESIÓN



HTA EN EL GERONTE (>60)

Prevalencia: HTA en PM..... 70-80 %

Hipertensión sistólica aislada (ISH):

- Se define como la PA sistólica superior a a 160 mmHg con una PA diastólica inferior a 90 mmHg (limite superior en todas las edades según colegio estaonidense de cardiología PAS superior a 130 mmHg)
- La ISH ocurre principalmente en pacientes mayores (NHANES) demostraron que la PAS aumenta y la PAD disminuye después de los 60 años
- **Las PAS y del pulso son los principales predictores de enfermedad coronaria en las PM**



EVALUACIÓN RUTINARIA:

Table 14 Routine workup for evaluation of hypertensive patients

Routine laboratory tests
Haemoglobin and/or haematocrit
Fasting blood glucose and glycated HbA _{1c}
Blood lipids: total cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol
Blood triglycerides
Blood potassium and sodium
Blood uric acid
Blood creatinine and eGFR
Blood liver function tests
Urine analysis: microscopic examination; urinary protein by dipstick test or, ideally, albumin:creatinine ratio
12-lead ECG

©ESC/ESH 2018

- ECG
- Ecocardiografía Doppler
- Doppler de de vasos coronarios
- Doppler vasc periférico
- Estratificar Riesgo CV: SCORES
- SPECT con Dipyridamol
- Hb, Glicemia, HA1C, Pe renal
- Perfil lipídico, Acido Úrico
- Hepatograma
- Electrolitos



HTA EN EL GERONTE (>60)



2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults

2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline

Table 6. Categories of BP in Adults*

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



ESC

European Society of Cardiology

European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104

doi:10.1093/eurheartj/ehy339

ESC/ESH GUIDELINES

Table 3 Classification of office blood pressure^a and definitions of hypertension grade^b

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^b	≥140	and	<90



RESUMEN EVIDENCIA HOY:

No es
discutible
(evidencia alta
calidad)

- OBJETIVO PAS <150 mmHg (pacientes PAS >160)
 - Mortalidad global, ACV, eventos CV

Discutible

- Objetivo PAS <140 – 130 (PAD <85)
 - Evidencia SPRINT ≥ 75 años
 - Berlin initiative study

CUMPLIR AÑOS ES INEVITABLE.....ENVEJECER ES OPCIONAL??





Benefits and Harms of Intensive Blood Pressure Treatment in Adults Aged 60 Years or Older

A Systematic Review and Meta-analysis

Jessica Weiss, MD, MCR; Michele Freeman, MPH; Allison Low, BA; Rochelle Fu, PhD; Amy Kerfoot, MD; Robin Paynter, MLIS; Makalapua Motu'apuaka, BS; Karli Kondo, PhD; and Devan Kansagara, MD, MCR

21 RCTs:	ACCORD	ADVANCE
	BENEDICT-B	Cardio-Sis
	EWPHE	FEVER
	HOT	HYVET
	JATOS	PRO-GRESS
	RENAAL	SCOPE
	SHEP	SPRINT
	SPS3	STONE
	Syst-China	Syst-Eur
	TRANS-CEND	VALISH
	Wei	

We found no evidence examining how multiple comorbidities (which may lead to burdensome therapy regimens and adverse medication interactions) modify BP treatment effects. Although recent substudies from SPRINT and HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) suggest that patient frailty does not modify treatment effects (49, 50), few data remain to apply to patients who are institutionalized, have dementia, or have significant multimorbidity.



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2019) 0, 1–8
doi:10.1093/eurheartj/ehz071

CLINICAL RESEARCH

Hypertension



Control of blood pressure and risk of mortality in a cohort of older adults: the Berlin Initiative Study

António Douros^{1,2,3*†}, Markus Töle^{4†}, Natalie Ebert⁵, Jens Gaedeke⁶, Dörte Huscher^{5,7}, Reinhold Kreutz¹, Martin K. Kuhlmann⁸, Peter Martus⁹, Nina Mielke⁵, Alice Schneider^{5,7}, Mirjam Schuchardt⁴, Markus van der Giet^{4†}, and Elke Schaeffner^{5†}

Objetivos Evaluar si los valores de presión arterial (PA) inferiores a 140/90 mmHg durante el tratamiento antihipertensivo se asocian con una disminución del riesgo de mortalidad por todas las causas en adultos mayores residentes en la comunidad.

In summary, our study shows that BP values below 140/90 mmHg could be associated with an increased risk of all-cause mortality in those aged 80 years or older or at increased cardiovascular risk, with the NNH being relatively low. Given the scarcity of RCTs in elderly populations and the challenges regarding the generalization of their results in real-world clinical practice, careful individualized clinical assessment of potential benefits, and harms of antihypertensive treatment should guide physician decision-making.

Our analysis of the BIS population showed that normalized BP, defined as systolic and diastolic values below 140/90 mmHg, was not associated with a decreased risk but instead with a 26% increased risk of all-cause mortality in older adults. This increase in the risk was mainly driven by systolic values <130mmHg. While there was a tendency towards a decreased risk of all-cause mortality associated with normalized BP in patients aged between 70 years and 79 years, we observed a 40% increased risk in patients aged 80 years or older, and a 61% increased risk in patients with previous cardiovascular events. Finally, assessing the risk of all-cause mortality associated with SBP produced a U-shaped curve.

Conclusión Los valores de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg durante el tratamiento antihipertensivo pueden estar asociados con un mayor riesgo de mortalidad en octogenarios o pacientes ancianos con eventos cardiovasculares previos.



y económicamente viable

Umbral de tratamiento

PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg): puede considerarse el tratamiento farmacológico cuando el riesgo CV sea muy alto debido a ECV establecida, especialmente EC

Umbral de tratamiento

Tratamiento de la HTA de grado 1 y bajo riesgo:

Para pacientes con HTA de grado 1, riesgo bajo-moderado y sin daño orgánico, se recomienda el tratamiento farmacológico antihipertensivo si el paciente sigue hipertenso tras un periodo razonable de intervenciones en el estilo de vida

Umbral de tratamiento

Pacientes mayores

**Objetivos
en los
Adultos
mayores??**



Objetivos en los adultos mayores??

<i>Objetivos del tratamiento de la PA de los pacientes mayores (65-80 años)</i>	<i>Objetivos del tratamiento de la PA en pacientes mayores (65-80 años)</i>
Se recomienda un objetivo de PAS en 140-150 mmHg para los pacientes mayores (65-80 años)	Para los pacientes mayores (≥ 65 años) se recomienda un objetivo de PAS en 130-139 mmHg
<i>Objetivos del tratamiento de la PA para los pacientes mayores de 80 años</i>	<i>Objetivos del tratamiento de la PA para los pacientes mayores de 80 años</i>
Debe considerarse un objetivo de PAS en 140-150 mmHg para los mayores de 80 años con una PAS inicial ≥ 160 mmHg, siempre que tengan un buen estado físico y mental	Se recomienda un objetivo de PAS en 130-139 mmHg para los mayores de 80 años que toleren el tratamiento
<i>Objetivos de PAD</i>	<i>Objetivos de PAD</i>
Siempre se recomienda un objetivo de PAD < 90 mmHg, excepto para los pacientes con diabetes, para los que se recomiendan valores < 85 mmHg	Debe considerarse un objetivo de PAD < 80 mmHg para todos los pacientes hipertensos, independientemente del nivel de riesgo y las comorbilidades
<i>Inicio del tratamiento farmacológico</i>	<i>Inicio del tratamiento farmacológico</i>
Puede considerarse la instauración de tratamiento antihipertensivo con una combinación de 2 fármacos para pacientes con PA basal muy elevada o con riesgo CV alto	Se recomienda iniciar el tratamiento antihipertensivo con una combinación de 2 fármacos, preferiblemente en un solo comprimido. La excepción son los pacientes mayores frágiles y los pacientes con riesgo bajo y HTA de grado 1 (particularmente si la PAS es < 150 mmHg)

Grados de recomendación

Grado I	Grado IIa	Grado IIb	Grado III
---------	-----------	-----------	-----------

AMPA: automedición de la presión arterial; CV: cardiovascular; EC: enfermedad coronaria; ECV: enfermedad cardiovascular; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.



Recomendaciones de P.A. en A.M.

Paciente	Objetivo PAS (mm Hg)
No frágil (robusto) y alto riesgo CV	<130
No frágil (robusto)	<140
Frágil	130 – 150 (*) con ≤ 2 fármacos
Terminal	<160 – 190

Beneficio es independiente de la edad

PAS aislada: diurético tiazídico, antagonistas canales de calcio

(*) Benetos A, et al. *An Expert Opinion From the European Society of Hypertension-European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the Management of Hypertension in Very Old, Frail Subjects*. Hypertension 2016 May;67(5):820–5.



Initiation of hypertension treatment according to office BP

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Prompt initiation of BP-lowering drug treatment is recommended in patients with grade 2 or 3 hypertension at any level of CV risk, simultaneous with the initiation of lifestyle changes. ^{2,8}	I	A
In patients with grade 1 hypertension:		
• Lifestyle interventions are recommended to determine if this will normalize BP. ^{2,19}	II	B
• In patients with grade 1 hypertension at low–moderate-risk and without evidence of HMOD, BP-lowering drug treatment is recommended if the patient remains hypertensive after a period of lifestyle intervention. ^{2,11,2,12}	I	A
• In patients with grade 1 hypertension and at high risk or with evidence of HMOD, prompt initiation of drug treatment is recommended simultaneously with lifestyle interventions. ^{2,11,2,12}	I	A
In fit older patients with hypertension (even if aged >80 years), BP-lowering drug treatment and lifestyle intervention are recommended when SBP is >160 mmHg. ^{2,10,22,2,21}	I	A
BP-lowering drug treatment and lifestyle intervention are recommended for fit older patients (>65 years but not >80 years) when SBP is in the grade 1 range (140–159 mmHg), provided that treatment is well tolerated. ^{2,12}	I	A
Antihypertensive treatment may also be considered in frail older patients if tolerated. ^{2,15}	IIb	B
Withdrawal of BP-lowering drug treatment on the basis of age, even when patients attain an age of ≥80 years, is not recommended, provided that treatment is well tolerated. ^{2,13}	III	A
In patients with high–normal BP (130–139/85–89 mmHg):		
• Lifestyle changes are recommended. ^{17,25}	I	A
• Drug treatment may be considered when their CV is very high due to established CVD, especially CAD. ^{2,17}	IIb	A

©ESC/ESH 2018

Iniciar Tto incluso en > 80 años, si la PAS >160 mmHg, si buen estado general.

Iniciar Tto incluso en > 65 años (pero NO en > 80 años), si la PAS 140-159 mmHg, si buen estado general.

En pacientes con 130-139:

- Cambios de estilo de vida
- Fármacos, solo si alto riesgo CV



Office BP treatment targets in hypertensive patients

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that the first objective of treatment should be to lower BP to <140/90 mmHg in all patients and, provided that the treatment is well tolerated, treated BP values should be targeted to 130/80 mmHg or lower in most patients. ^{2,8}	I	A
In patients <65 years receiving BP-lowering drugs, it is recommended that SBP should be lowered to a BP range of 120–129 mmHg in most patients. ^{c 2,215,229}	I	A
In older patients (aged ≥65 years) receiving BP-lowering drugs: <ul style="list-style-type: none"> ● It is recommended that SBP should be targeted to a BP range of 130–139 mmHg.^{2,235,244} ● Close monitoring of adverse effects is recommended. ● These BP targets are recommended for patients at any level of CV risk and in patients with and without established CVD.²⁸ 	I	A
	I	C
	I	A
A DBP target of <80 mmHg should be considered for all hypertensive patients, independent of the level of risk and comorbidities. ^{226,235}	IIa	B

©ESC/ESH 2018

Objetivos en quienes reciben fármacos
En > 65 años:

- PAS entre 130 - 139 mmHg
- Monitorización cercana.
- En cualquier nivel de riesgo CV.
- **NO DEBAJO DE 130 mmHg**



TRATAMIENTO DE LA HTA

Lifestyle interventions for patients with hypertension or high-normal BP

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Salt restriction to <5 g per day is recommended. ^{2,48,250,255,258}	I	A
It is recommended to restrict alcohol consumption to: <ul style="list-style-type: none">• Less than 14 units per week for men.• Less than 8 units per week for women.³⁵	I	A
It is recommended to avoid binge drinking.	III	C
Increased consumption of vegetables, fresh fruits, fish, nuts, and unsaturated fatty acids (olive oil); low consumption of red meat; and consumption of low-fat dairy products are recommended. ^{262,265}	I	A
Body-weight control is indicated to avoid obesity (BMI >30 kg/m ² or waist circumference >102 cm in men and >88 cm in women), as is aiming at healthy BMI (about 20–25 kg/m ²) and waist circumference values (<94 cm in men and <80 cm in women) to reduce BP and CV risk. ^{262,271,273,290}	I	A
Regular aerobic exercise (e.g. at least 30 min of moderate dynamic exercise on 5–7 days per week) is recommended. ^{262,278,279}	I	A
Smoking cessation, supportive care, and referral to smoking cessation programs are recommended. ^{286,288,291}	I	B

©ESC/ESH 2018

- Sal < 5 g día
- Alcohol:
 - Varones 14 unidades por semana.
 - Mujeres 8 unidades por semana.
 - 1 unidad: 125 mL de vino
 - 1 unidad: 250 mL de cerveza
- Evitar beber compulsivamente
- Dieta saludable
- Reducción de peso.
- Actividad física regular.
- Stop tabaco.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA HTA

- Doble: Inhibidor del sistema Renina-Angiotensina mas Calcio antagonista o Diuretico.
- Monoterapia: en adultos mayores con fragilidad importante, o en > 80 años.

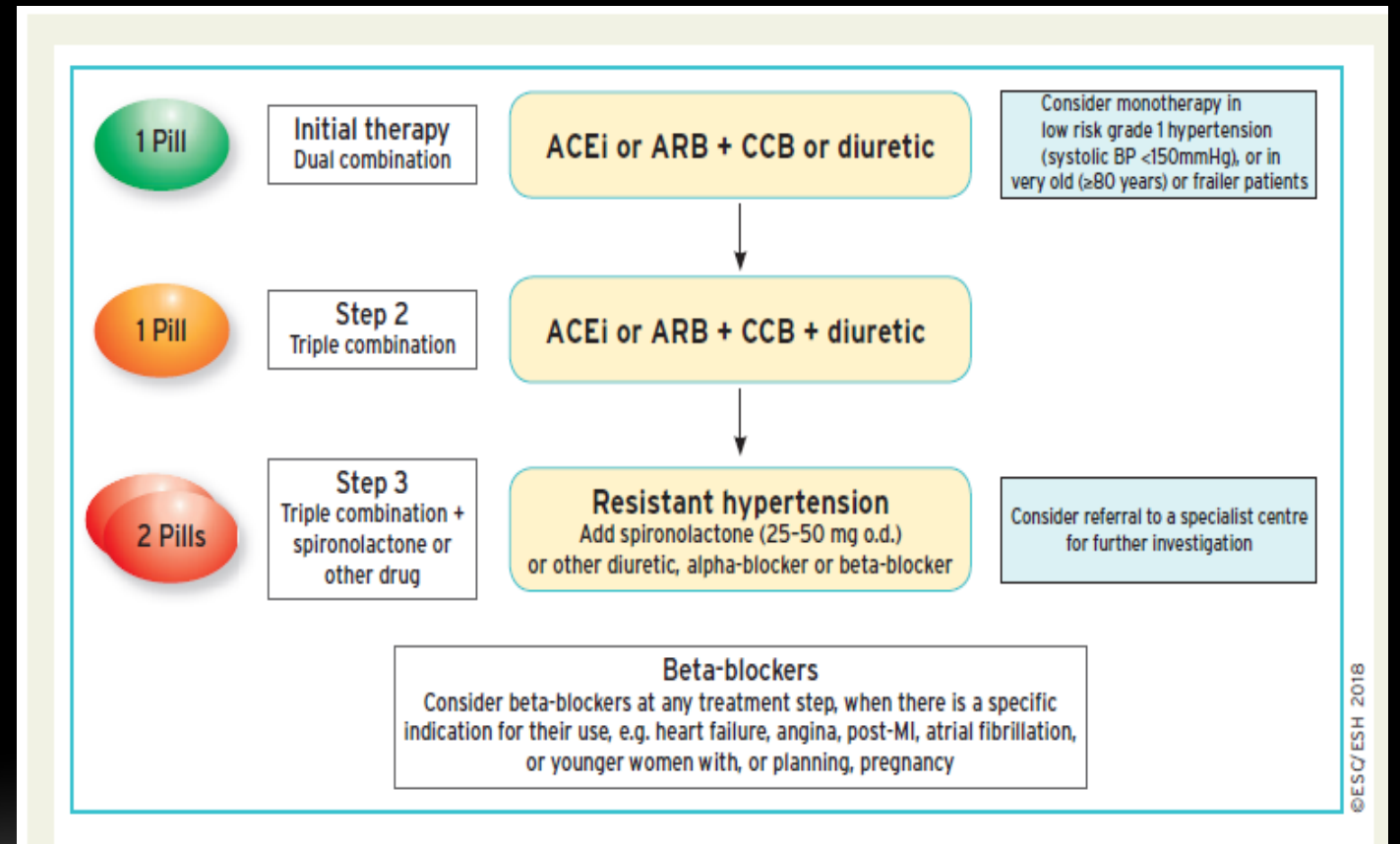




Table 23 Office blood pressure treatment target range

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Office DBP treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke ^a /TIA	
18 - 65 years	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to <140 to 130 if tolerated	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	70–79
65 - 79 years ^b	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	70–79
≥80 years ^b	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	70–79
Office DBP treatment target range (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

CAD = coronary artery disease; CKD = chronic kidney disease (includes diabetic and non-diabetic CKD); DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure; TIA = transient ischaemic attack.

^aRefers to patients with previous stroke and does not refer to blood pressure targets immediately after acute stroke.

^bTreatment decisions and blood pressure targets may need to be modified in older patients who are frail and independent.



El envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida.

Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)



CONSIDERACIONES EN LA PM

- Considerar manifestaciones atípicas de las enfermedades
- Realizar una valoración sensorial (Visual y auditiva)
- Inmunizaciones
- Evaluar la funcionalidad de forma básica
- Valoración mental.... Delirium, depresión, deterioro cognitivo
- Valoración social, importante sobre todo para el alta.

29 DE ABRIL - DÍA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

“ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, UN DESAFÍO COMPARTIDO”



COMO AMAR A LA PERSONA MAYOR...

DEJALO HABLAR... porque hay en su pasado un tesoro lleno de verdad y de belleza.

DEJALO VENCER... en las discusiones, porque tiene necesidad de sentirse seguro de sí mismo.

DEJALO CONTAR... sus historias repetidas, porque se siente feliz cuando lo escuchamos.

DEJALO VIVIR... entre las cosas que ha amado, pues sufre sintiendo que le arrancamos pedazos de su vida.

DEJALO GRITAR... cuando se ha equivocado, porque tienen derecho a la comprensión.

DEJALO REZAR... como él sabe, como él quiere; porque la persona mayor descubre la presencia de Dios en el camino que le falta recorrer.

POR FAVOR... ¡ DEJALO SER!