Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(especial), 84-88, 2026
https://doi.org/10.62574/pkv8b255

Efectos de la hipertensión de la bata blanca en adultos mayores: revisión sistemática

Effects of white coat hypertension in older adults: a systematic review

Sara Estefanía Chimbo-Vega
saracv51@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-3805-8358

Magaly Jaqueline Cepeda-Guaminga
magalycg53@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-6153-7655

Ingrid Mariela Yucailla-Chacaguasay
ingridyc73@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-8972-1804

Gloria Rebeca Medina-Naranjo
ua.gloriamedina@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-5660-9171

RESUMEN

Objetivo: analizar los efectos de la hipertensión de bata blanca sobre el riesgo cardiovascular y la mortalidad en adultos mayores, así como las estrategias de medición aplicables por enfermería. **Método:** revisión sistemática según PRISMA 2020 en PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud (2005-2026); de 287 registros, se incluyeron 15 estudios. **Resultados:** la prevalencia osciló entre el 10 % y el 30 %. En personas no tratadas se asoció con mayor mortalidad total (HR = 1,33) y cardiovascular (HR = 2,09), sin asociación en los tratados; aumentó la probabilidad de progresar a hipertensión sostenida (OR = 2,51). La medición automatizada en consulta redujo las cifras frente a la convencional, aunque no sustituyó la monitorización domiciliaria. **Conclusión:** la enfermería debe prevenir el sobretratamiento mediante mediciones repetidas y automatizadas, la monitorización ambulatoria y la reducción de la ansiedad.

Descriptores: hipertensión de la bata blanca; anciano; monitoreo ambulatorio de la presión arterial. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the effects of white coat hypertension on cardiovascular risk and mortality in older adults, as well as measurement strategies applicable by nursing. **Method:** systematic review following PRISMA 2020 in PubMed, SciELO and the Virtual Health Library (2005-2026); of 287 records, 15 studies were included. **Results:** prevalence ranged from 10% to 30%. In untreated individuals it was associated with higher all-cause (HR = 1.33) and cardiovascular mortality (HR = 2.09), with no association in treated patients; it increased the likelihood of progression to sustained hypertension (OR = 2.51). Automated office measurement yielded lower values than conventional measurement, although it did not replace home monitoring. **Conclusion:** nursing should prevent overtreatment through repeated automated measurements, ambulatory monitoring and anxiety reduction.

Descriptors: white coat hypertension; aged; blood pressure monitoring ambulatory. (DeCS).

Recibido: 04/08/2026. Revisado: 12/08/2026. Aprobado: 15/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La hipertensión de bata blanca se define por cifras elevadas de presión arterial en la consulta con valores normales fuera de ella, sea en el domicilio o mediante monitorización ambulatoria; en este sentido, Kollias et al. (1) estimaron su prevalencia entre el 10 % y el 15 % de la población general y entre el 20 % y el 30 % de quienes presentan presión elevada en consulta. Según Sauza-Sosa et al. (2), afecta al 20 % a 25 % de los pacientes evaluados y se asocia con mayor probabilidad de desarrollar hipertensión sostenida en los diez años siguientes, por lo que la monitorización ambulatoria resulta indispensable para el diagnóstico.

Dentro de este orden de ideas, el fenómeno adquiere mayor relevancia en la vejez. Bursztyn (3) señaló que las diferencias entre la presión de consulta y la ambulatoria pueden superar los 36 mmHg de sistólica en personas muy mayores, lo que explica por qué la medición de consulta predice peor la mortalidad en esta población. Ahora bien, la medición inadecuada puede conducir a sobretratamiento; Amigo et al. (4) advirtieron que entre el 25 % y el 30 % de los hipertensos tratados podrían estar sobremedicados y propusieron seis actuaciones de enfermería para prevenir falsos diagnósticos. Por tal motivo, el objetivo de esta revisión sistemática fue analizar los efectos de la hipertensión de bata blanca sobre el riesgo cardiovascular y la mortalidad en adultos mayores, así como las estrategias de medición aplicables por enfermería.

MÉTODO

En función de lo planteado, se realizó una revisión sistemática conforme a la declaración PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud entre enero de 2005 y junio de 2026, con los descriptores «White Coat Hypertension», «Aged», «Blood Pressure Monitoring, Ambulatory», «Blood Pressure Determination» y «Cardiovascular Diseases», combinados con los operadores AND y OR.

En cuanto a la elegibilidad, se incluyeron metaanálisis, estudios de cohorte, estudios transversales comparativos y revisiones con población adulta o adulta mayor que informaran desenlaces cardiovasculares, mortalidad, progresión a hipertensión sostenida o diferencias entre métodos de medición. Se excluyeron estudios en embarazadas, población pediátrica y publicaciones sin texto completo. De 287 registros identificados se eliminaron 49 duplicados; tras el cribado de 238 títulos y resúmenes se evaluaron 41 textos completos y se incluyeron 15 estudios. La calidad se valoró con las listas de verificación del Instituto Joanna Briggs.

RESULTADOS

Para comenzar, la Tabla 1 resume los estudios que evaluaron los efectos clínicos de la hipertensión de bata blanca.

Tabla 1. Efectos de la hipertensión de bata blanca sobre desenlaces clínicos.

Ref.	Diseño y población	Desenlace	Resultado principal
(5)	Metaanálisis actualizado	Mortalidad	HR 1,33 para mortalidad total y 2,09 para cardiovascular en no tratados; sin asociación en tratados
(6)	Revisión de cohortes de Hisayama y Ohasama	Daño renal y progresión	Albuminuria 26,3 % frente a 14,1 %; OR 2,51 para hipertensión sostenida
(7)	Cohorte, 1732 sujetos, seguimiento de 6,4 años	Eventos cardiovasculares	0,44 frente a 0,38 eventos por 100 pacientes-año; sin diferencia frente a normotensos
(8)	Cohorte, 120 adultos mayores tratados, 10 años	Mortalidad	Sin asociación con la bata blanca; riesgo elevado en la hipertensión enmascarada (HR 12,30)
(9)	Transversal, 844 pacientes	Estenosis coronaria y arritmias	Bata blanca en el 14,1 % de los participantes

Efectos sobre la mortalidad y los eventos cardiovasculares. En relación con el pronóstico, el metaanálisis de Hossain et al. (5) mostró un riesgo moderadamente mayor de mortalidad total (HR = 1,33) y cardiovascular (HR = 2,09) en la hipertensión de bata blanca no tratada, mientras que el efecto de bata blanca en pacientes tratados no se asoció con la mortalidad. Por su parte, Nagasawa et al. (6) describieron en cohortes japonesas mayor prevalencia de albuminuria y una probabilidad 2,51 veces mayor de progresar a hipertensión sostenida. En contraste, Pierdomenico et al. (7) no encontraron diferencias en eventos cardiovasculares frente a los normotensos, y Spannella et al. (8), en adultos mayores tratados, hallaron que el riesgo de muerte se concentraba en la hipertensión enmascarada y no en la de bata blanca.

Estrategias de medición. Con respecto a la técnica, Fanelli et al. (10) observaron que la presión automatizada en consulta, con o sin enfermera presente, fue notablemente inferior a la medición convencional (129,2/71,1 frente a 140,9/84,6 mmHg). En la misma dirección, Todd et al. (11) estimaron que la medición automatizada sin supervisión fue 4,12 mmHg menor que la supervisada, con influencia del orden de las mediciones. Sin embargo, Asayama et al. (12) concluyeron en 308 pacientes con edad media de 71,8 años que la medición sin supervisión no sustituye la domiciliaria, y Satoh et al. (13) documentaron que el efecto de bata blanca tiene una reproducibilidad limitada a cuatro años. A su vez, de Leeuw (14) recordó que las diferencias individuales entre la presión domiciliaria y la de consulta pueden invertirse, y Cobos et al. (15) atribuyeron el fenómeno a la ansiedad en la consulta y recomendaron fortalecer la relación con el paciente.

DISCUSIÓN

El exceso de mortalidad descrito por Hossain et al. (5) se limita a las personas no tratadas, lo que coincide con la ausencia de riesgo en los adultos mayores tratados de Spannella et al. (8) y con los resultados neutros de Pierdomenico et al. (7). No obstante, la progresión a hipertensión sostenida y la mayor prevalencia de albuminuria reportadas por Nagasawa et al. (6) indican que no se trata de una condición benigna, sino de un estado intermedio que requiere seguimiento.

En lo concerniente al adulto mayor, la principal consecuencia práctica es el riesgo de sobretratamiento. Las diferencias de más de 36 mmHg señaladas por Bursztyn (3) pueden conducir a intensificar fármacos en personas cuya presión real es normal, con riesgo de hipotensión ortostática, caídas y deterioro renal. Por consiguiente, las actuaciones de enfermería propuestas por Amigo et al. (4), como la medición repetida, la permanencia junto al paciente y la confirmación con monitorización ambulatoria, conservan plena vigencia.

Respecto a la técnica de medición, los resultados de Fanelli et al. (10) y Todd et al. (11) respaldan la medición automatizada en consulta como alternativa que reduce el efecto de la presencia del profesional. Sin embargo, la limitada concordancia descrita por Asayama et al. (12) y la escasa reproducibilidad observada por Satoh et al. (13) indican que ningún método aislado basta, de modo que el diagnóstico debe integrar la monitorización ambulatoria o domiciliaria y repetirse en el tiempo. A propósito de ello, la recomendación de Cobos et al. (15) sobre la relación terapéutica sitúa a la enfermera como agente capaz de disminuir la ansiedad que origina el fenómeno.

CONCLUSIÓN

La hipertensión de bata blanca en adultos mayores se asocia con mayor mortalidad solo cuando no está tratada y con riesgo de progresión a hipertensión sostenida, mientras que su principal efecto clínico en los pacientes tratados es la posibilidad de sobretratamiento. La enfermería desempeña un papel central en su detección mediante la medición repetida y automatizada, la promoción de la monitorización domiciliaria o ambulatoria y la reducción de la ansiedad durante la consulta.

REFERENCIAS

1. Kollias A, Ntineri A, Stergiou GS. Is white-coat hypertension a harbinger of increased risk? Hypertens Res. 2014;37(9):791-5. doi:10.1038/hr.2014.35
2. Sauza-Sosa JC, Cuéllar-Álvarez J, Villegas-Herrera KM, Sierra-Galán LM. Aspectos clínicos actuales del monitoreo ambulatorio de presión arterial. Arch Cardiol Mex. 2016;86(3):255-9. doi:10.1016/j.acmx.2015.12.004
3. Bursztyn M. Ambulatory not office blood pressure predicts mortality also in the elderly. J Hum Hypertens. 2019;33(10):701-2. doi:10.1038/s41371-019-0220-0
4. Amigo I, Fernández C, Herrera J. Seis actuaciones del profesional de enfermería para prevenir los falsos diagnósticos de hipertensión: la hipertensión de bata blanca y el efecto de bata blanca. Index Enferm. 2005;14(51):55-8.
5. Hossain A, Townsend RR, Cohen JB. An updated meta-analysis of white coat hypertension and mortality. J Hum Hypertens. 2025;39(8):595-7. doi:10.1038/s41371-025-01041-5
6. Nagasawa Y, Kida A, Hasuike Y, Kuragano T, Nakanishi T. White-coat hypertension and albuminuria; lessons from the Hisayama and Ohasama studies. Hypertens Res. 2018;41(7):483-5. doi:10.1038/s41440-018-0036-2

7. Pierdomenico SD, Lapenna D, Di Mascio R, Cuccurullo F. Short- and long-term risk of cardiovascular events in white-coat hypertension. J Hum Hypertens. 2008;22(6):408-14. doi:10.1038/jhh.2008.6
8. Spannella F, Filipponi A, Giulietti F, Balietti P, Bernardi B, Rosettani G, et al. Prognostic role of masked and white-coat hypertension: 10-year mortality in treated elderly hypertensives. J Hum Hypertens. 2019;33(10):741-7. doi:10.1038/s41371-018-0140-4
9. Cai P, Zhong W, Wang Y, Wang X. Effects of white-coat, masked and sustained hypertension on coronary artery stenosis and cardiac arrhythmia. Hypertens Res. 2020;43(2):121-31. doi:10.1038/s41440-019-0342-3
10. Fanelli E, Di Monaco S, Pappaccogli M, Eula E, Fasano C, Bertello C, et al. Comparison of nurse attended and unattended automated office blood pressure with conventional measurement techniques in clinical practice. J Hum Hypertens. 2022;36(9):833-8. doi:10.1038/s41371-021-00575-8
11. Todd F, Rushton J, Hayashi E, Brown H, Nguyen C, Lai E, et al. Comparison of unattended, attended and routine clinic systolic blood pressure measurements and determinants of blood pressure difference between attended and unattended BP. J Hum Hypertens. 2026;40(7):569-75. doi:10.1038/s41371-026-01162-5
12. Asayama K, Ohkubo T, Rakugi H, Miyakawa M, Mori H. Comparison of blood pressure values: self-measured at home, measured at an unattended office, and measured at a conventional attended office. Hypertens Res. 2019;42(11):1726-37. doi:10.1038/s41440-019-0287-6
13. Satoh M, Yoshida T, Metoki H, Murakami T, Tatsumi Y, Hirose T, et al. The long-term reproducibility of the white-coat effect on blood pressure as a continuous variable from the Ohasama Study. Sci Rep. 2023;13:4985. doi:10.1038/s41598-023-31861-9
14. de Leeuw PW. Home and office blood pressure: time to look at the individual patient. Hypertens Res. 2021;44(5):473-4. doi:10.1038/s41440-020-00586-x
15. Cobos B, Haskard-Zolnierek K, Howard K. White coat hypertension: improving the patient-health care practitioner relationship. Psychol Res Behav Manag. 2015;8:133-41. doi:10.2147/PRBM.S61192

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/