

# Hipertensión arterial sistémica

Umbral 130/80, meta < 130/80. Confírmala fuera del consultorio, decide el fármaco por el riesgo, y combina desde temprano.

Basado en: Jones DW, et al. 2025 AHA/ACC Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension 2025 · DOI 10.1161/HYP.0000000000000249 – y guía ESC 2024 de presión arterial elevada e hipertensión (Eur Heart J 2024 · DOI 10.1093/eurheartj/ehae178)

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

- 01 Definición y clasificación
- 02 Confírmala fuera del consultorio
- 03 Cuándo iniciar fármaco y meta
- 04 Tratamiento escalonado
- 05 Daño a órgano y causas secundarias
- 06 Comorbilidades y poblaciones
- 07 HTA resistente
- 08 Seguimiento y adherencia
- 09 La mirada europea (ESC 2024)
- 10 Lo que sí funciona
- 11 Para llevar a la guardia

## 01 Definición y clasificación

### CAJA DE DECISIÓN

La AHA/ACC 2025 mantiene el umbral en **130/80 mmHg**: la HTA empieza en etapa 1 desde 130/80. Es el factor de riesgo cardiovascular modificable más prevalente y la principal causa de muerte evitable; daña en silencio hasta el órgano blanco.

Categoría (consultorio)	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	y < 80
Elevada	120-129	y < 80
HTA etapa 1	130-139	o 80-89
HTA etapa 2	≥ 140	o ≥ 90

El diagnóstico exige un promedio de varias lecturas bien tomadas (paciente sentado, en reposo, brazo apoyado, manguito adecuado) en ≥ 2 ocasiones.

## 02 Confírmala fuera del consultorio

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

Confirma el diagnóstico con **MAPA** (ABPM) o **AMPA** (HBPM) salvo etapa 2 marcada o daño de órgano: desenmascara la **HTA de bata blanca** y la **enmascarada**, y evita tratar (o dejar de tratar) a quien no debes.

Método	Umbral de HTA (mmHg)
Consultorio	≥ 130/80
AMPA / HBPM (domicilio)	≥ 130/80
MAPA diurna	≥ 130/80
MAPA 24 horas	≥ 125/75
MAPA nocturna	≥ 110/65

## 03 Cuándo iniciar fármaco y meta

### CAJA DE DECISIÓN

**Estilo de vida en todos.** Inicia fármaco si la PA es  $\geq 140/90$  (etapa 2), o si es **etapa 1 (130-139/80-89)** y además hay **ASCVD, diabetes, ERC** o un **riesgo a 10 años elevado** (estimado con las ecuaciones **PREVENT**). **Meta:  $< 130/80$**  en casi todos.

Si la PA está  $\geq 20/10$  mmHg **por encima de la meta**, arranca directamente con **dos fármacos** (idealmente en un solo comprimido) – llegar pronto a la meta importa más que escalar despacio.

El **estilo de vida** no es opcional: cada medida baja la presión de forma medible y suma.

Intervención	↓ PA sistólica (aprox.)
Dieta DASH	-11 mmHg
Pérdida de peso	-1 mmHg por kg perdido
Ejercicio aeróbico regular	-5 a -8 mmHg
Restricción de sodio (< 1.5 g/día)	-5 mmHg
Dieta rica en potasio	-4 a -5 mmHg
Moderar el alcohol	-4 mmHg

## 04 Tratamiento escalonado

Estilo de vida en **TODOS** · sodio bajo (DASH) · ejercicio · peso · alcohol · potasio

**PASO 1 · 1.ª LÍNEA (1 o 2 fármacos)**  
tiazida/símil · IECA o ARA-II · calcioantagonista – 2 si la PA está  $\geq 20/10$  sobre meta

**PASO 2 · COMBINA (2-3)**  
IECA o ARA-II + calcioantagonista + diurético tiazídico (un comprimido)

**PASO 3 · HTA RESISTENTE**  
+ espironolactona (precaución si eGFR < 45 o  $K^+ > 4.5$  mmol/L)

Betabloqueador: cuando hay indicación específica (post-IAM, IC, FA, angina). Nunca IECA + ARA-II juntos.

Estrategia escalonada de la AHA/ACC 2025 (Jones DW, et al. Hypertension 2025). Clases de 1.ª línea: diuréticos tiazídicos/símil, IECA, ARA-II y calcioantagonistas.

## 05 Daño a órgano blanco y causas secundarias

En la evaluación inicial busca **daño mediado por la HTA (HMOD)**: hipertrofia del VI (ECG/eco), albuminuria (cociente albúmina/creatinina), enfermedad renal y retinopatía. Pide ECG, química con función renal y electrolitos, EGO/UACR, glucosa y perfil lipídico, y estima el riesgo CV global.

### SOSPECHA HTA SECUNDARIA SI...

Inicio < 30 años o HTA grave/abrupta · resistente verdadera · hipopotasemia espontánea (hiperaldosteronismo, la causa secundaria más frecuente) · soplo abdominal (renovascular) · clínica de feocromocitoma · apnea obstructiva del sueño.

## 06 Comorbilidades y poblaciones

Situación	Preferencia / matiz
Diabetes / ERC con albuminuria	IECA o ARA-II; añade iSGLT2; meta < 130/80.
Post-IAM / cardiopatía isquémica	Betabloqueador + IECA/ARA-II.
IC con FEVI reducida	GDMT completa (IECA/ARNI, BB, ARM, iSGLT2).
Adulto mayor	Misma meta < 130/80 si se tolera; individualiza en el frágil y vigila ortostatismo.
Embarazo	Labetalol, nifedipino, alfametildopa. <b>Evita IECA/ARA-II.</b>
Población negra sin IC/ERC	Prefiere tiazida o calcioantagonista de inicio.

## 07 HTA resistente

Es la PA no controlada pese a **3 fármacos a dosis óptimas** (incluido un diurético) o que requiere **≥ 4**. Antes de etiquetarla, **descarta la pseudoresistencia**: mala técnica de medición, **falta de adherencia**, efecto de bata blanca (confirma con MAPA) e inercia terapéutica. Confirmada, el siguiente fármaco de elección es la **espironolactona**; revisa causas secundarias y fármacos que suben la PA (AINE, descongestionantes, glucocorticoides, alcohol).

## 08 Seguimiento y adherencia

- Tras iniciar o ajustar el tratamiento, **reevalúa en 2-4 semanas** hasta lograr la meta; ya controlado, control cada **3-6 meses**.
- La **automedición domiciliaria** (AMPA) mejora el control y detecta bata blanca/enmascarada – enseña la técnica y registra.
- La **falta de adherencia** es el primer motivo de mal control: simplifica (un comprimido), explica el porqué y resuelve barreras (costo, efectos adversos).
- La **atención en equipo** (médico + enfermería + farmacia) con protocolos mejora las tasas de control poblacional.

## 09 La mirada europea: guía ESC 2024

### EL MATIZ EUROPEO

La ESC 2024 conserva el diagnóstico de **hipertensión en ≥ 140/90**, pero abre una categoría intermedia: **«presión arterial elevada»** (PAS 120-139 o PAD 70-89). Donde la AHA/ACC ya etiqueta HTA (130/80), la ESC ve una franja de riesgo que se trata según el riesgo, no por umbral. Las dos escuelas terminan empujando al mismo lugar: bajar la presión del paciente tratado hacia los 120 si lo tolera.

- En la **presión elevada** (120-139/70-89) la decisión de tratar pesa el **riesgo cardiovascular**: usa **SCORE2 / SCORE2-OP** y considera de alto riesgo un valor **≥ 10 %** a 10 años (o ASCVD, diabetes, ERC, HMOD ya presentes). Antes de etiquetar, **confirma fuera del consultorio** (MAPA/AMPA).
- Cambio mayor en la **meta de tratamiento**: apunta a una **PAS de 120-129 mmHg** en la mayoría de los adultos tratados, **si se tolera** – más baja que el «< 130/80» clásico, pero sin caer por debajo de 120.
- Individualiza con metas más laxas** (p. ej. < 140 mmHg) en hipotensión ortostática sintomática, **fragilidad**, edad **≥ 85 años** o esperanza de vida limitada: aquí el beneficio es incierto y el riesgo de caídas pesa.
- Igual que la AHA/ACC: estilo de vida en todos, combinación temprana y, de preferencia, en un **solo comprimido** (mejora la persistencia y se asocia a menor mortalidad).

### LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST HTA

- ✓ HTA desde **130/80**; diagnóstico promediando lecturas bien tomadas.
- ✓ **Confirma fuera del consultorio** (MAPA/AMPA) salvo etapa 2 o daño de órgano.
- ✓ Estilo de vida en todos; fármaco si **≥ 140/90**, o etapa 1 con ASCVD/DM/ERC o riesgo PREVENT alto.
- ✓ Meta **< 130/80**; arranca con **2 fármacos** si estás **≥ 20/10** sobre meta.
- ✓ 1.ª línea: tiazida/símil, IECA o ARA-II, calcioantagonista (nunca IECA + ARA-II).
- ✓ Resistente verdadera → descarta adherencia/bata blanca → **espironolactona**.
- ✓ Busca **HMOD** y **causa secundaria** ante banderas; en embarazo evita IECA/ARA-II.

### PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- Umbral y meta giran en torno a **130/80** (AHA/ACC 2025).
- El diagnóstico se **confirma fuera del consultorio**; la decisión de tratar pesa el **riesgo** (PREVENT).
- Combina desde temprano** (un comprimido) si estás lejos de la meta.
- Resistente = primero adherencia y técnica; luego **espironolactona** y causa secundaria.