



Actualización en Hipertensión Arterial

Residencia Medicina General. CAPS Villa Verde 2025



Objetivos

Debatir y generar un intercambio sobre:

- Las nuevas recomendaciones en el diagnóstico de HTA.
- La importancia de establecer el riesgo cardiovascular global en el manejo de la HTA.
- La Identificación de posibles causas de HTA secundaria.
- Las nuevas recomendaciones terapéuticas de la enfermedad.



¿Cuáles son las condiciones para la toma correcta de TA?

Técnica medición de TA



Condiciones

- NO: fumar, cafeína, comer, no ejercicio 30 min antes de la medición.
- Habitación tranquila y con temperatura agradable.
- Sentado y relajado durante 3 a 5 min.
- Vejiga vacía.

Posición

- Sentado con la espalda apoyada en respaldo de la silla.
- Brazo desnudo apoyado sobre una mesa a la altura del corazón. Antebrazo en pronación.
- Brazaletes sobre el brazo desnudo.
- Piernas sin cruzar, pies apoyados en el suelo.



Figura 2. Técnica de medición de la presión arterial.

Aparatos

- Utilizar equipos debidamente validados (puede consultarse una lista actualizada en www.stridebp.org) y brazaletes adecuados.



Para valorar la presión arterial en la primer visita se recomienda:

- A. Una sola lectura en consultorio $\geq 180/110$
- B. El promedio de tres lecturas
- C. El promedio de dos lecturas
- D. A y C son correctas



Para valorar la presión arterial en la visita inicial se recomienda:

A. Una sola lectura en consultorio $\geq 180/110$

B. El promedio de tres lecturas

C. El promedio de dos lecturas

D. A y C son correctas



De qué manera puedo realizar
el diagnóstico de Hipertensión Arterial?

Diagnóstico y Clasificación de la HTA

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial en consultorio en individuos con edad ≥ 16 años (Clase I, Evidencia C)

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
PA Normal	<130	<80
PA Limítrofe	130-139	80-89
Hipertensión		
HTA nivel 1	140-159	90-99
HTA nivel 2	≥ 160	≥ 100
HTA sistólica aislada	≥ 140	<90

Consenso 2018

HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	≥ 180	y/o	≥ 110

Sin tomar drogas antihipertensivas y sin enfermedad aguda.

Basados en el promedio de tres lecturas obtenidas en visita inicial.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la PA en consultorio (PAC)?

- A. Es el método más reproducible
- B. Tiene mayor valor pronóstico que MAPA
- C. Es útil como screening inicial
- D. No presenta sesgos de medición



¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la PA en consultorio (PAC)?

- A. Es el método más reproducible
- B. Tiene mayor valor pronóstico que MAPA
- C. Es útil como screening inicial**
- D. No presenta sesgos de medición



PAC

Es poco reproducible.

Posee menor valor pronóstico que la PA medida fuera del consultorio.

Sujeta a múltiples sesgos (como el redondeo hacia 0 o 5 del último dígito cuando se utiliza método auscultatorio)

La PAC como único método de evaluación es insuficiente.

Es una herramienta útil para **screening masivo inicial**.

Con frecuencia requiere confirmación por otros métodos (MAPA/MDPA)

Ventajas: amplia disponibilidad, bajo costo.



Cuál crees que es la ventaja principal del MAPA:

- A. Es más barato que la PAC
- B. Evalúa PA nocturna y en actividad
- C. Requiere menos aceptación del paciente
- D. Solo mide PA matutina



Una ventaja principal del MAPA es que:

- A. Es más barato que la PAC
- B. Evalúa PA nocturna y en actividad**
- C. Requiere menos aceptación del paciente
- D. Solo mide PA matutina

MAPA

La PA medida por este método posee **valor pronóstico superior** a la PAC .

Ventajas: evalúa la PA nocturna, mediciones tanto en reposo como en actividad

Limitaciones: costo elevado, poca aceptación por los pacientes.

Tabla 2. Definición de hipertensión arterial por MAPA

Valores para definir hipertensión arterial por MAPA	
Promedio de 24 hs	$\geq 130/80$ mmHg
Promedio diurno	$\geq 135/85$ mmHg
Promedio nocturno	$\geq 120/70$ mmHg

MAPA: Monitoreo Ambulatorio de presión arterial de 24 horas.



Para realizar el Dx de HTA con MDDPA alcanza con:

- A. 1 día de mediciones
- B. 2 mediciones matutinas y 2 vespertinas durante 3 días o más
- C. 10 mediciones nocturnas
- D. Solo mediciones vespertinas



Para realizar el Dx de HTA con MDDPA alcanza con:

A. 1 día de mediciones

B. 2 mediciones matutinas y 2 vespertinas durante 3 días o más

C. 10 mediciones nocturnas

D. Solo mediciones vespertinas

MDPA

Método simple y económico que permite obtener gran número de lecturas.
Mejor adherencia por los pacientes.

El MDPA es una **práctica protocolizada**, con equipos validados y mediciones estandarizadas, que implica el entrenamiento del paciente.

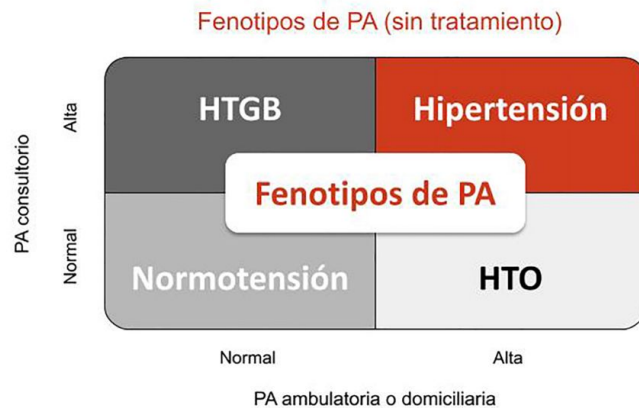
Realizar 3 días de mediciones, idealmente 7,
2 mediciones matutinas y 2 vespertinas con 1 a 2 minutos de diferencia.

Considerar el promedio de todas las lecturas (descartar el primer día)
Valor de corte aceptado ≥ 135 y/ 85 mmHg.

MAPA o MDPA

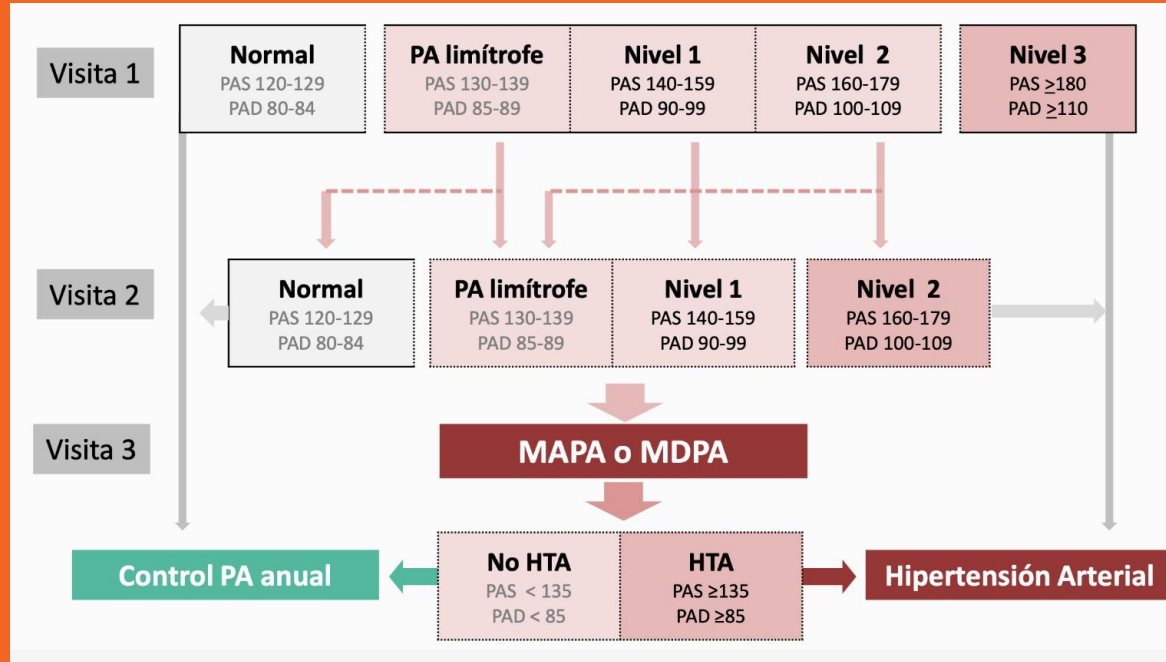


Permiten enmarcar a los pacientes en 4 categorías



Diagnóstico del Paciente Hipertenso

(CONSENSO 2018)



Diagnóstico del Paciente Hipertenso

(CONSENSO 2025)

Esquema para el diagnóstico de HTA con mediciones de la PAC - MAPA – MDPA (Clase I, Evidencia C)

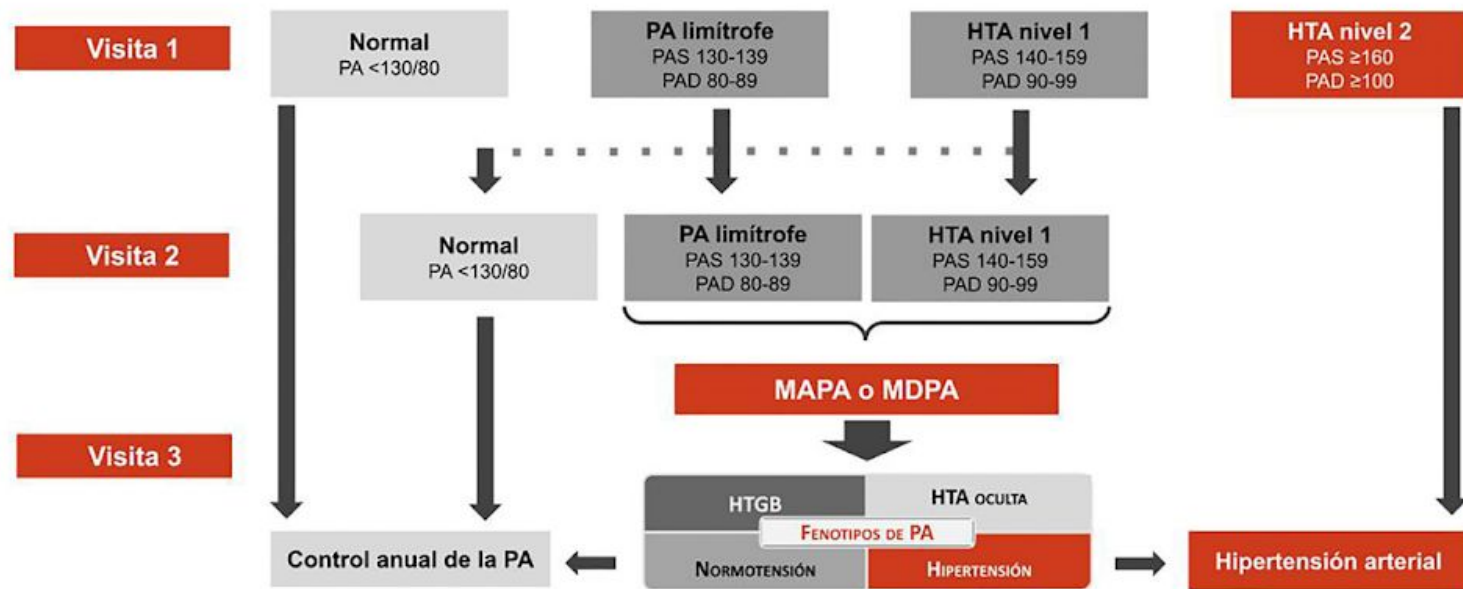


Figura 4. PAC: presión arterial en consultorio. PA: presión arterial. HTA: hipertensión arterial. MAPA: monitoreo ambulatorio de PA de 24 horas. MDPA: monitoreo domiciliario de PA. HTGB: hipertensión de guardapolvere blanco.



¿Con qué frecuencia realizan el cálculo de Riesgo Cardiovascular Global en sus pacientes?

Establecer el RCV

Tabla 13. Estratificación del Riesgo Cardiovascular en la población hipertensa (Clase I, Evidencia C)

Criterios de RCV	PA Limítrofe PAS 130-139 PAD 80-89	Nivel 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Nivel 2 PAS ≥ 160 y/o PAD ≥ 100
No FR	Bajo Riesgo	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
1-2 FR	Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo
≥ 3 FR DOBMH - DM - ERC grado 3	Alto Riesgo	Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo
ECV - ERC grado ≥ 4	Muy Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo	Muy Alto Riesgo

DM: diabetes mellitus. DOBMH: daño de órgano blanco mediado por hipertensión. ECV: enfermedad cardiovascular. FR: factores de riesgo. PA: presión arterial. PAS: presión arterial sistólica. PAD: presión arterial diastólica. RCV: riesgo cardiovascular.

Otros factores de RCV

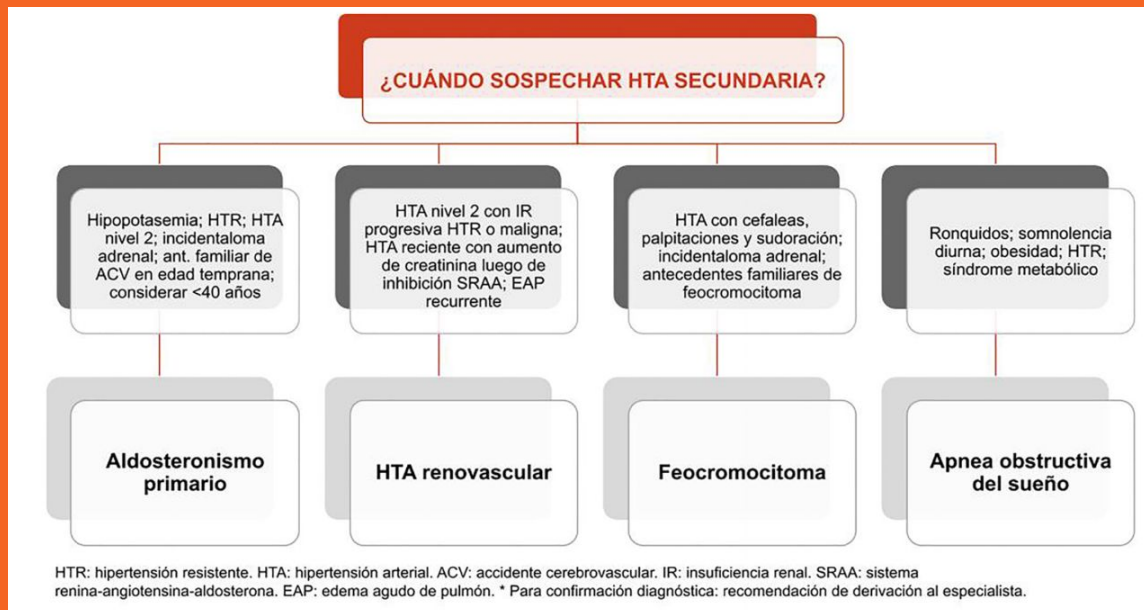
No modificables

- Edad (varones >55/ mujeres >65)
- bajo peso al nacer
- Hta maligna
- AF de ECV prematura
- AF de HTA de inicio temprano

Potencialmente modificables

- Sedentarismo
- Alimentación no saludable
- Enolismo
- Tabaquismo
- LDL ≥ 100 mg/dl
- HDL bajo
- TGC ≥ 150 mg/dl
- Obesidad abdominal
- GAA (>100 mg/sl)
- FC (valor reposo >80 lpm)

Identificar posibles causas de HTA 2ª





Cuando iniciamos tratamiento farmacológico combinado:

- A. HTA nivel 1 con bajo RCV
- B. HTA nivel 1 con alto o muy alto RCV
- C. Paciente joven sano con PA limítrofe
- D. A y B son correctas



Cuando iniciamos tratamiento farmacológico combinado:

- A. HTA nivel 1 con bajo RCV
- B. HTA nivel 1 con alto o muy alto RCV**
- C. Paciente joven sano con PA limítrofe
- D. A y B son correctas

Tratamiento

En todo paciente con HTA confirmada



Iniciar el tto no farmacológico (cambios estilo de vida)

La indicación del tto farmacológico depende en gran medida del RCV asociado y el Nivel de HTA:

- HTA Nivel 1 de alto o muy alto RCV
HTA Nivel 2



Iniciar tto farmacológico combinado
Cambios estilo de vida

- HTA Nivel 1 de bajo RCV + 1 FR
- HTA Nivel 1 aislados sin FR



Tto farmacológico (monoterapia) y cambios estilo de vida



Solo cambios estilo de vida

- PA limítrofe



Discutible el inicio de tto.
Cambios estilo de vida

- PA limítrofe con RCV bajo o intermedio



No está indicado el tto farmacológico.

Tratamiento farmacológico

Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la hipertensión arterial esencial

- Se recomienda iniciar el tratamiento con combinaciones de dos fármacos antihipertensivos en la mayoría de los pacientes, preferentemente en un único comprimido
- Reservar el uso de monoterapia para pacientes con HTA Nivel 1 de bajo riesgo, pacientes frágiles y octogenarios



- Considerar BB de 2ª o 3ª generación en pacientes con indicaciones específicas o contraindicaciones para el uso de otros fármacos
- Considerar la indicación de diuréticos de acuerdo al IFG

HTA: hipertensión arterial. PA: presión arterial. IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II. AC DHP: antagonistas cálcicos dihidropiridínicos. BB: beta bloqueantes. IFG: índice de filtrado glomerular.

- Mayor eficacia para reducir la PA
- Actúa sobre diferentes mecanismos fisiopatológicos.
- Proporciona un efecto dosis-respuesta
- Es más segura y mejor tolerada por los pacientes
- El uso de combinaciones desde el inicio del tratamiento se asocia con una reducción más rápida de la PA.

Tratamiento NO farmacológico

Tabla 2. Clase de recomendación, Nivel de evidencia y reducción de PA con diferentes medidas no farmacológicas

Medida	Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Reducción PAS (mmHg)	Reducción PAD (mmHg)
Descenso de peso (por kilo)	I	A	1	1
Reducción de la ingesta de Na ⁺	I	A	5	2
Aumento de la ingesta de K ⁺ – Dieta DASH	I	B	4-5	4-5
Actividad física	I	B	5-8	5-8
Cesación tabáquica	I	B	-	-
Disminución de ingesta de alcohol	I	B	5-8	5-8
Probióticos (cada 5 gr de ingesta)	II	C	2-3	2
Manejo del stress - <i>Mindfulness</i>	II	C	5-9	-
Exposición al ruido y contaminación del aire	II	C	-----	-----

PAS: presión arterial sistólica. PAD: presión arterial diastólica. DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension. Na⁺: sodio. K⁺: potasio.



**¿Cómo es el seguimiento del paciente
con Hipertensión Arterial?**

Seguimiento clínico

Frecuencia de controles clínicos cada 6 meses en todos los pacientes y cada 3 meses en los de alto RCV

Se deberá registrar la PAC en cada visita

Se optará por solicitar un MAPA o MDPA cuando la PAC está controlada pero cercana a las metas, para identificar HTA no controlada oculta, evitar descensos excesivos de la PA (especialmente en ancianos) o para evaluar el control cuando es difícil constatar por aumento de la variabilidad en la consulta.

Tabla 5. Frecuencia recomendada para los controles clínicos en hipertensos tratados

PA controlada (<140/90 mmHg)	Seguimiento
Bajo Riesgo	Cada 6 meses
Alto Riesgo	Cada 3 meses
PA no controlada (mmHg)	Seguimiento
PAS 140-159 y/o PAD 90-99	Cada 2-3 meses
PAS $\geq$ 160 y/o PAD $\geq$ 100	Cada 15-30 días

PA: presión arterial. PAS: presión arterial sistólica. PAD: presión arterial diastólica.

Objetivo de la PA

- En todo hipertenso ≥ 16 años y < 80 años se debe procurar alcanzar una PA $< 140/90$ mmHg.
- En hipertensos ≥ 80 años se debe procurar alcanzar una PA $< 150/90$ mmHg. Valores inferiores a estas cifras pueden aceptarse si son bien tolerados por el paciente.

Tabla 1. Objetivo de presión arterial

Recomendaciones de PAC	Clase de Recomendación	Nivel de Evidencia
Pacientes de 16 a 79 años		
Objetivo Primario $<140/90$ mmHg	I	A
Objetivo Deseable $<130/80$ mmHg	I	A
Pacientes de 65-79 años con HTA sistólica aislada		
Se puede considerar PAS 130-139 mmHg si se tolera y con precaución si PAD <70 mmHg	II	B
Pacientes ≥ 80 años		
Objetivo de 140-150 mmHg y PAD <80 mmHg	I	A
Si lo tolera 130-139 mmHg y con precaución si PAD <70 mmHg	II	B

Bibliografía

- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. 2025
- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. 2018