

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

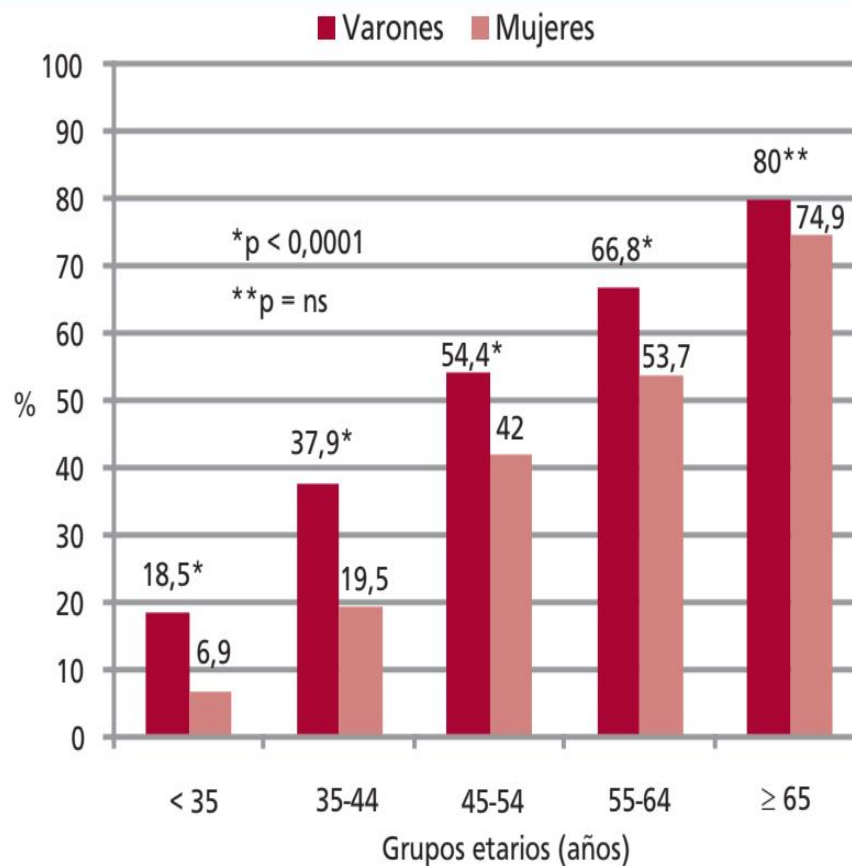


*Méd. María Eugenia Garzón Oliva
II Cátedra de Medicina I
HNC - UNC, Agosto 2026*

La HTA es el factor de riesgo modificable más prevalente de enfermedad vascular, principal causa de muerte y discapacidad en el mundo

Fig. 1. Prevalencia de hipertensión arterial según género y edad. * $p < 0,0001$: varones vs. mujeres. ** $p = ns$: varones vs. mujeres. ns: No significativo.

Prevalencia
global
36.3 %



CAUSAS

HTA primaria (90%)

HTA secundaria

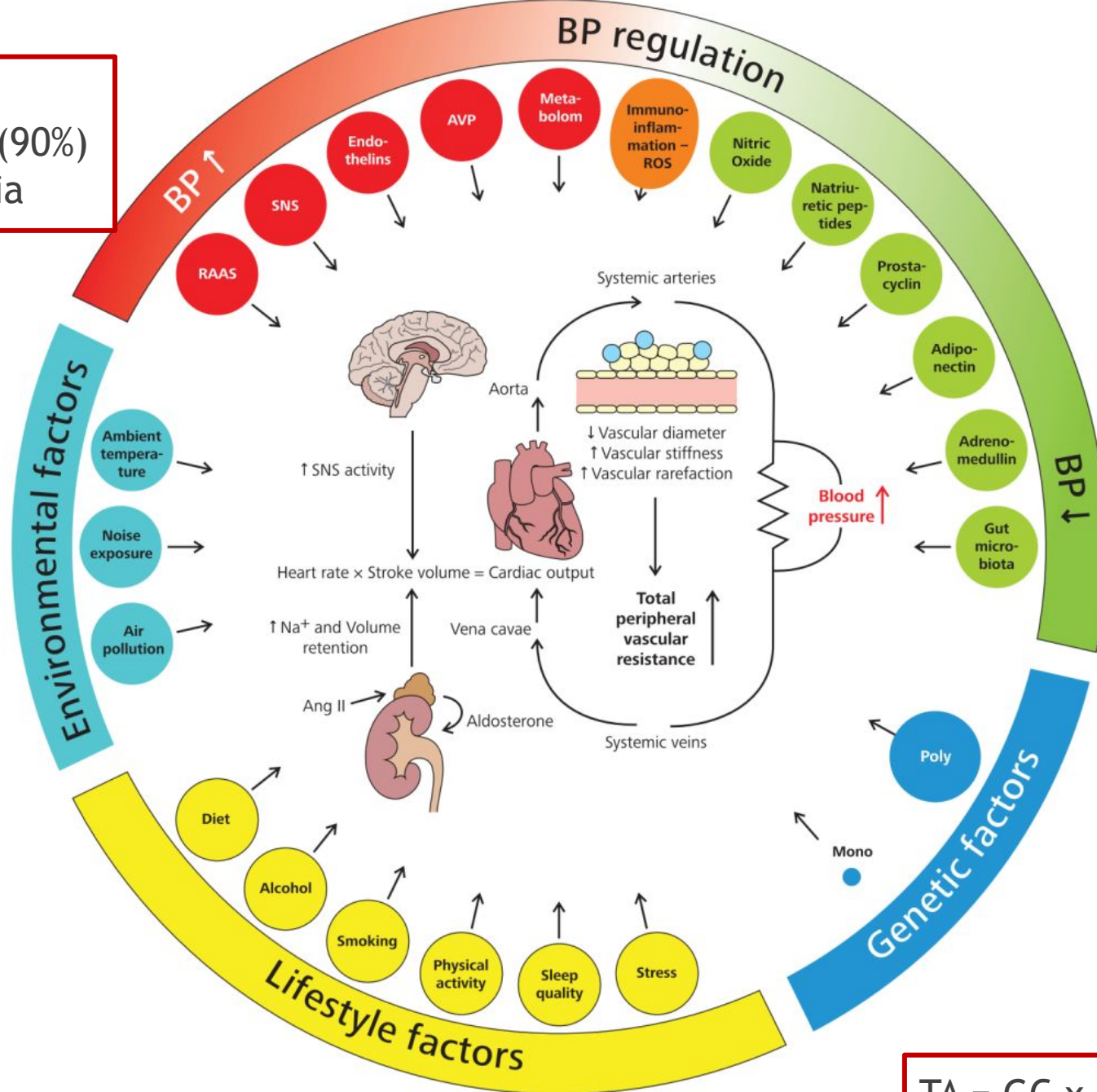
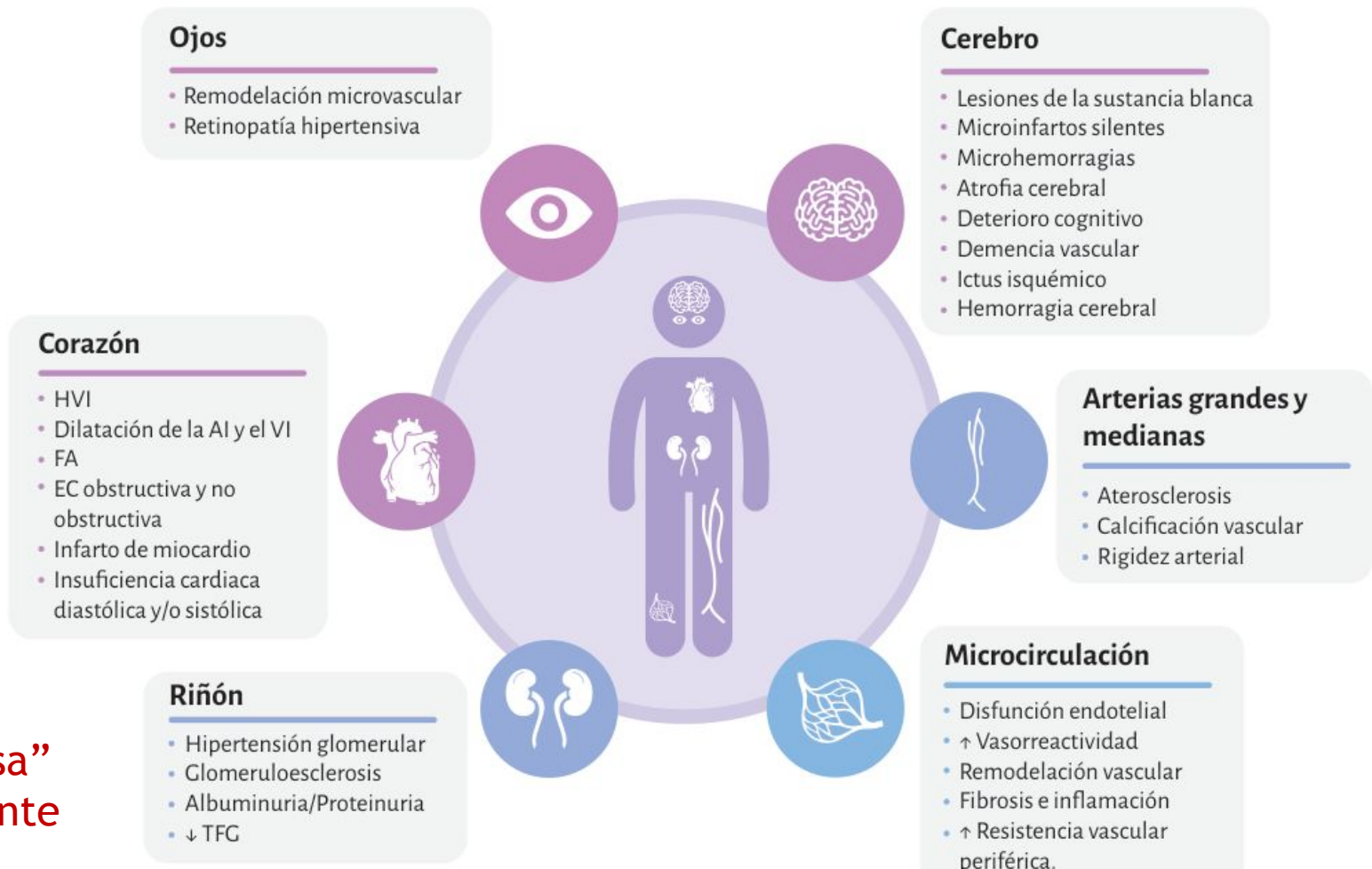


FIGURE 3 Mechanisms involved in BP regulation and the pathophysiology of hypertension.

$$TA = GC \times RP$$

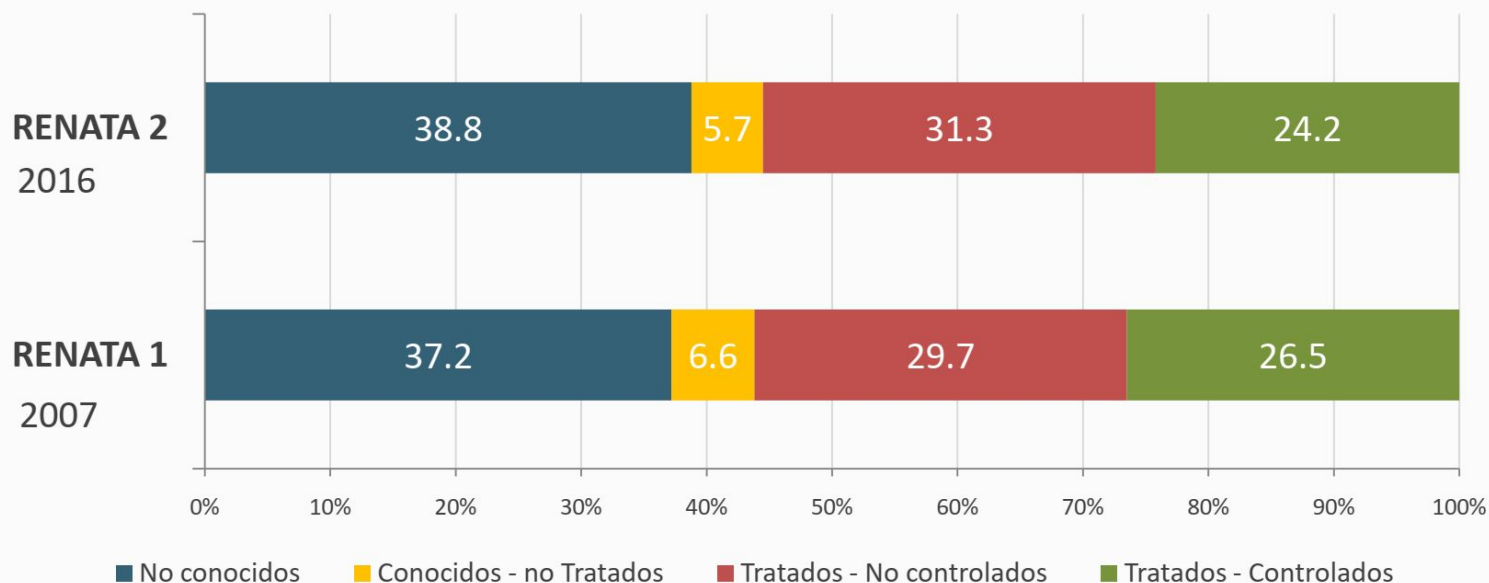
COMPLICACIONES DE LA HTA



“silenciosa”
inicialmente

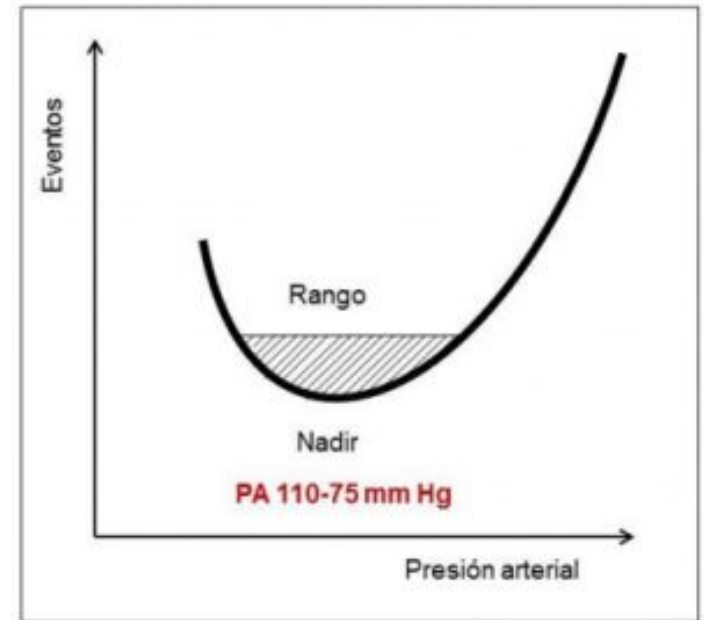
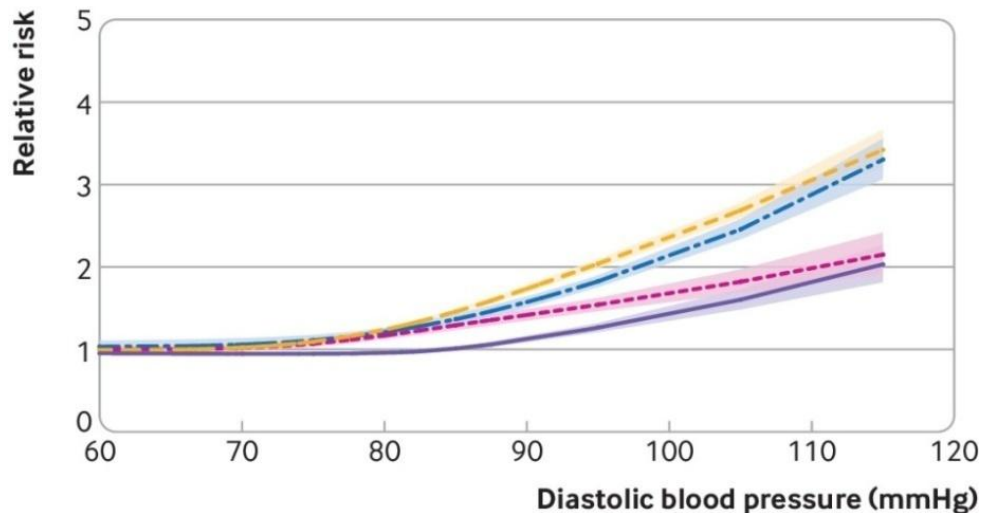
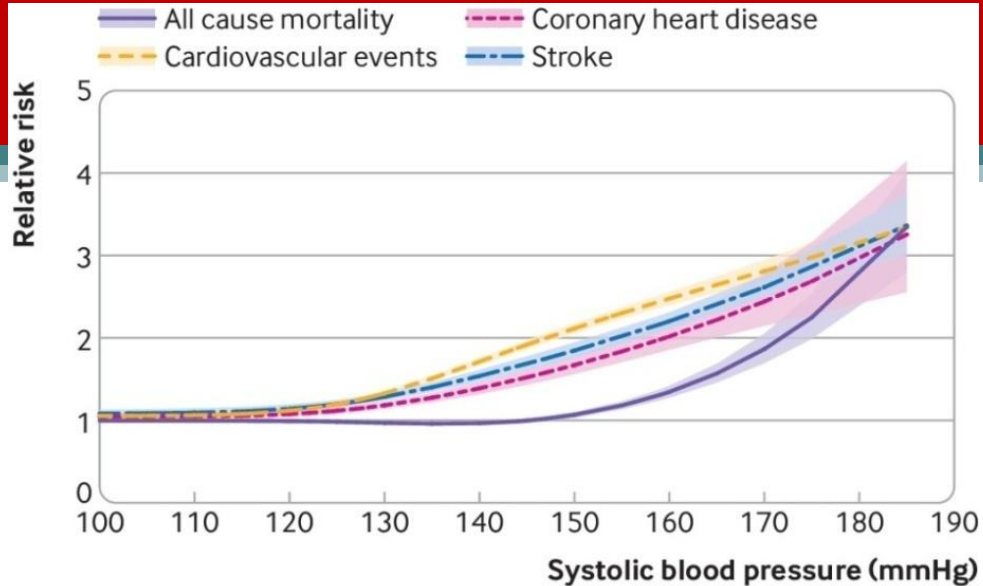
CONOCIMIENTO Y CONTROL DE LA HTA EN ARGENTINA

Uno de cada tres hipertensos lo desconoce
Uno de cada cuatro hipertensos está bien controlado



El control de la presión arterial (PA) siempre debe ser parte de cualquier visita médica, incluso en personas menores de 18 años.

DEFINICIÓN DE HTA



Lancet 2002;360:1903-13

CONSENSO ARGENTINO 2025

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 Lim trofe	130-139	80-89
Hipertensión		
HTA nivel 1	140-159	90-99
HTA nivel 2	≥ 160	≥ 100
HTA sistólica aislada	≥ 140	<90

Sin tomar drogas antihipertensivas y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta. Basadas en el promedio de tres lecturas obtenidas en visita inicial con equipo y técnica recomendada.

GUIAS AHA/ACC 2025

Table 4. Categories of Blood Pressure in Adults*

	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

PA basada en un promedio de ≥2 lecturas cuidadosas obtenidas en ≥2 ocasiones.

Con este punto de corte aumenta la prevalencia de 32% a 46%

ABORDAJE DEL PACIENTE

1. Detectar o confirmar la presencia de HTA

Medición de la PA:

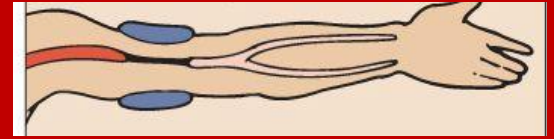
- En consultorio
- Monitoreo Ambulatorio de la PA de 24 hs. (MAPA)
- Monitoreo Domiciliario de la PA (MDPA)

2. Establecer el riesgo cardiovascular global

- Factores de riesgo
- Daño de órgano Blanco
- Condiciones clínicas asociadas y modificadores de riesgo CV

3. Identificar posibles causas de HTA secundaria.

TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA 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.

Mediciones

- Utilizar equipo automático oscilométrico validado, con brazalete de brazo adecuado.
- Por triplicado, 1 min de intervalo entre registros.
- De pie en ancianos y diabéticos.
- En miembros inferiores en niños y adolescentes.
- No hablar durante ni entre las mediciones.

APARATO DE MEDICIÓN

- Se recomienda **aparato automático oscilométrico**
- **Brazalete:**
 - 80% circunferencia braquial
 - Cámara sobre la arteria radial
 - A 1-2 cm del pliegue del codo
 - Ajuste 1-2 dedos
- **Contraindicaciones**



MEDICIONES AMBULATORIAS MAPA

Medición ambulatoria de la presión arterial

1



Utilizar un dispositivo
para la PA validado

2



El dispositivo generalmente
mide la PA en intervalos de 15-30
minutos durante el día y de
30-60 minutos durante la noche

3



Se requiere un mínimo
de 70 % de registros
de la PA válidos

4



Se debe llevar un diario en el que el
paciente registre las actividades, la
toma de medicación y el sueño

Hipertensión

MAPA $\geq 130/80$ mmHg
a las 24 h
o
 $\geq 135/85$ mmHg media
durante el día
o
 $\geq 120/70$ mmHg media
durante la noche



MEDICIONES AMBULATORIAS MDPA

Automedida de la presión arterial en el domicilio



Utilizar un dispositivo
para la PA validado



Medir la PA en una
habitación tranquila tras 5
minutos de reposo con el
brazo y la espalda apoyados



Tomar dos automedidas
en cada ocasión, con un
intervalo de 1-2 minutos



Registrar todas las medidas,
calcular la media y entregar
al médico



Tomar las medidas dos veces
al día (mañana y tarde)
durante al menos 3 días e,
idealmente, durante 7 días

PUNTOS DE CORTE

Tabla 3.5. Definición de HTA en función del método de medida de la PA

Categoría	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
PA en consulta	≥ 140	y/o	≥ 90
AMPA	≥ 135	y/o	≥ 85
MAPA 24 horas	≥ 130	y/o	≥ 80
MAPA diurna	≥ 135	y/o	≥ 85
MAPA nocturna	≥ 120	y/o	≥ 70

AMPA: automedida domiciliar de presión arterial; **MAPA:** monitorización ambulatoria de presión arterial;
PA: presión arterial; **PAD:** presión arterial diastólica; **PAS:** presión arterial sistólica.

TA CONSULTORIO VS MEDICIONES AMBULATORIAS

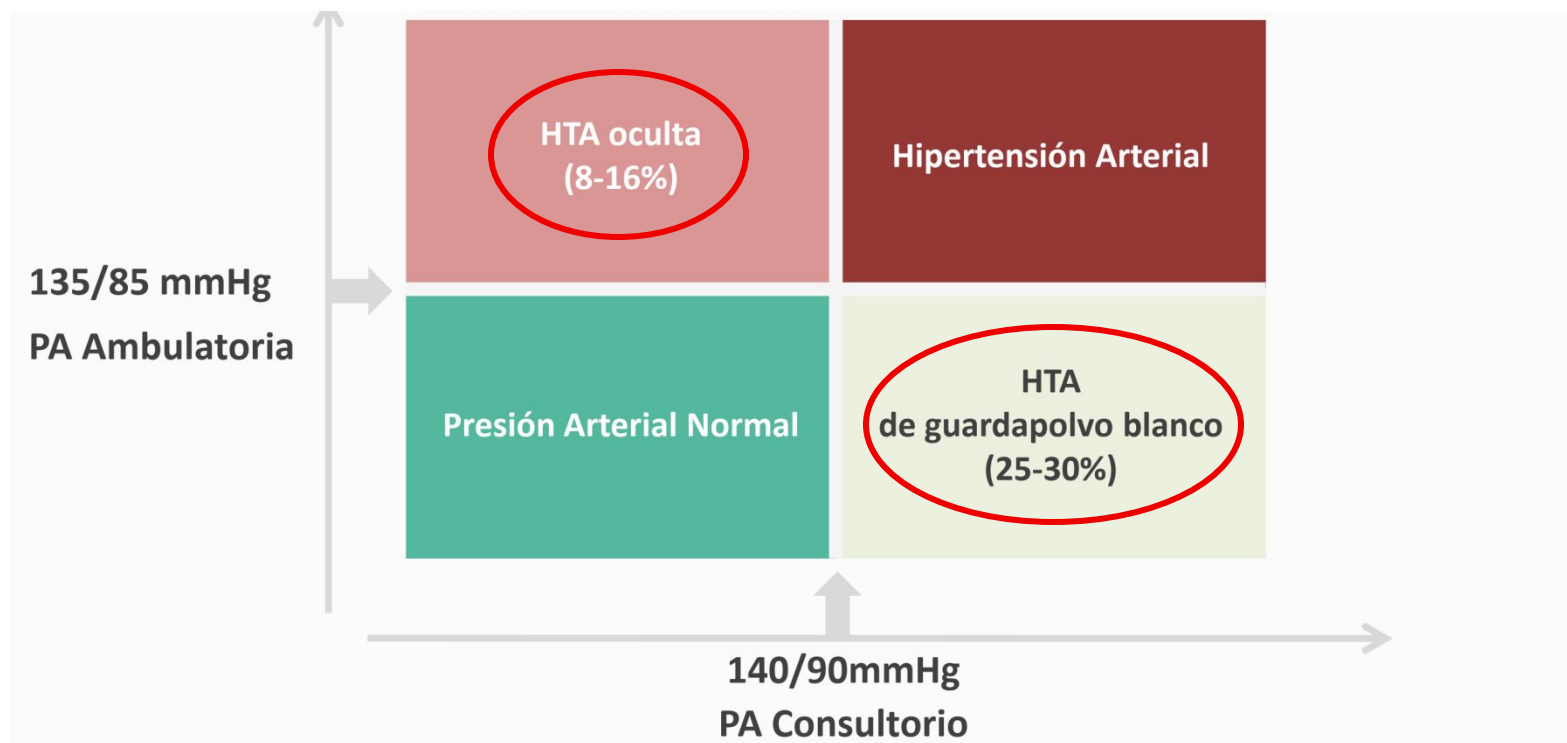
PAC	MAPA	MDPA
Ventajas		
Ampliamente disponible y de bajo costo	Evalúa la PA nocturna y la variabilidad a corto plazo	Evalúa variabilidad a mediano y largo plazo
La mayoría de los estudios clínicos aleatorizados están hechos con PAC	Realiza mediciones tanto en reposo como en actividad	Bajo costo y amplia aceptación por los pacientes Mejora la adherencia
Limitaciones		
Escasa reproducibilidad y sujeta a reacción de alarma y sesgo del observador	Costo elevado	No permite evaluar la PA nocturna (algunos equipos lo permiten)
Menor correlación que la PA ambulatoria con DOB y eventos CV	Escasa aceptación por los pacientes	Solo realiza mediciones en reposo, en posición sentado



No reemplazan a la TA consultorio

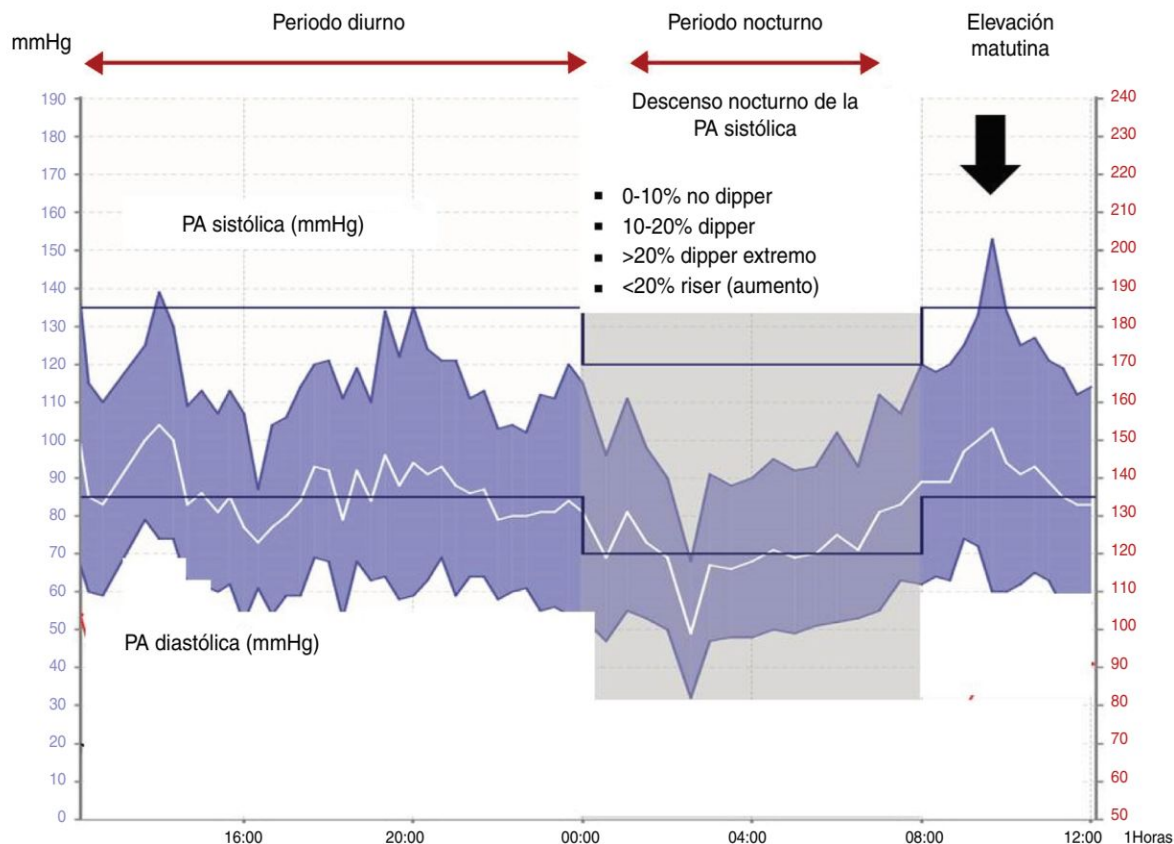
UTILIDAD CLINICA MAPA-MDPA

Fenotipos



UTILIDAD CLINICA MAPA

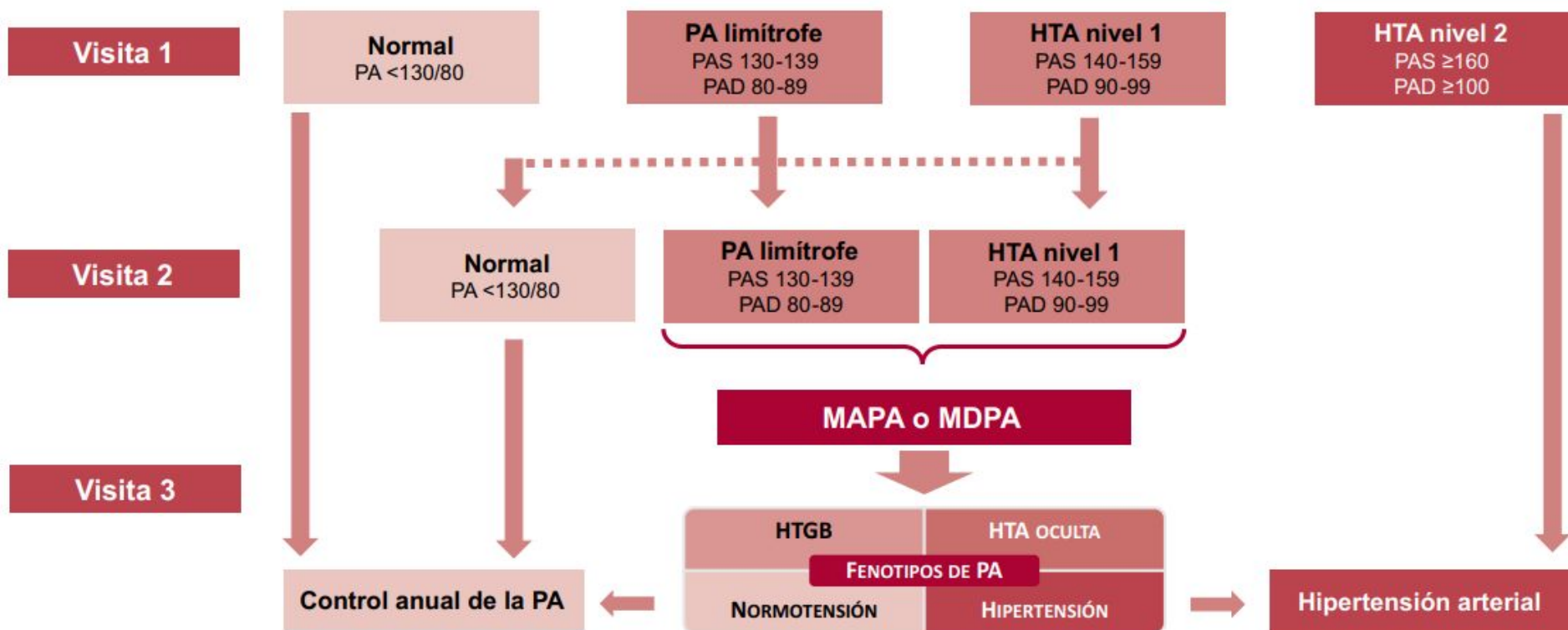
Ritmo circadiano



- FRCV independiente
- Non dippers 27% más riesgo
- Risers peor pronóstico
- Baja reproducibilidad

Figura 1 Gráfico de monitorización ambulatoria con los intervalos horarios, las cifras de PA sistólica y diastólica, la variabilidad circadiana y la elevación matutina de la PA. Los patrones de descenso nocturno son también aplicables a la PA diastólica. PA: presión arterial.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



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

ABORDAJE DEL PACIENTE

1. Detectar o confirmar la presencia de HTA

Medición de la PA:

- En consultorio
- Monitoreo Ambulatorio de la PA de 24 hs. (MAPA)
- Monitoreo Domiciliario de la PA (MDPA)

2. Establecer el riesgo cardiovascular global

- Factores de riesgo
- Daño de órgano Blanco
- Condiciones clínicas asociadas y modificadores de riesgo CV

3. Identificar posibles causas de HTA secundaria.

ANAMNESIS

Anamnesis

- Niveles previos de PA y tiempo de evolución de HTA
- Tratamientos antihipertensivos previos y eventos adversos.
- Antecedentes familiares de ECV
- Síntomas sospechosos de HTA secundaria
- Presencia de Factores de Riesgo cardiovascular
- Síntomas de DOB
- Presencia de comorbilidades
- Hábitos y aspectos psicosociales
- Drogas que pueden aumentar la PA

Drogas y/o sustancias que puedan aumentar la PA

- Antiinflamatorios no esteroideos
- Simpaticomiméticos (descongestivos, cocaína)
- Estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas)
- Consumo excesivo de alcohol
- Anticonceptivos orales
- Terapia estrogénica de reemplazo
- Corticosteroides
- Clozapina
- Inhibidores de recaptación de serotonina/norepinefrina (venlafaxina)
- Inhibidores de monoaminoxidasa
- Eritropoyetina
- Rebote post supresión de bromocriptina y clonidina
- Bupropion
- Hierbas (naranja amarga, Ginseng, guarana)
- Píldoras y productos que contienen cafeína (té negro, té verde)
- Regaliz
- Bebidas energizantes

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico

- **Medición de la PA y FC.**
- Examen cardíaco y arterial
- Datos antropométricos: Peso, altura, perímetro abdominal
- Signos sugestivos de HTA secundaria:
- Disminución de pulsos femorales.
- Ausencia o asimetría de pulso
- Soplos abdominales
- Soplos carotídeos



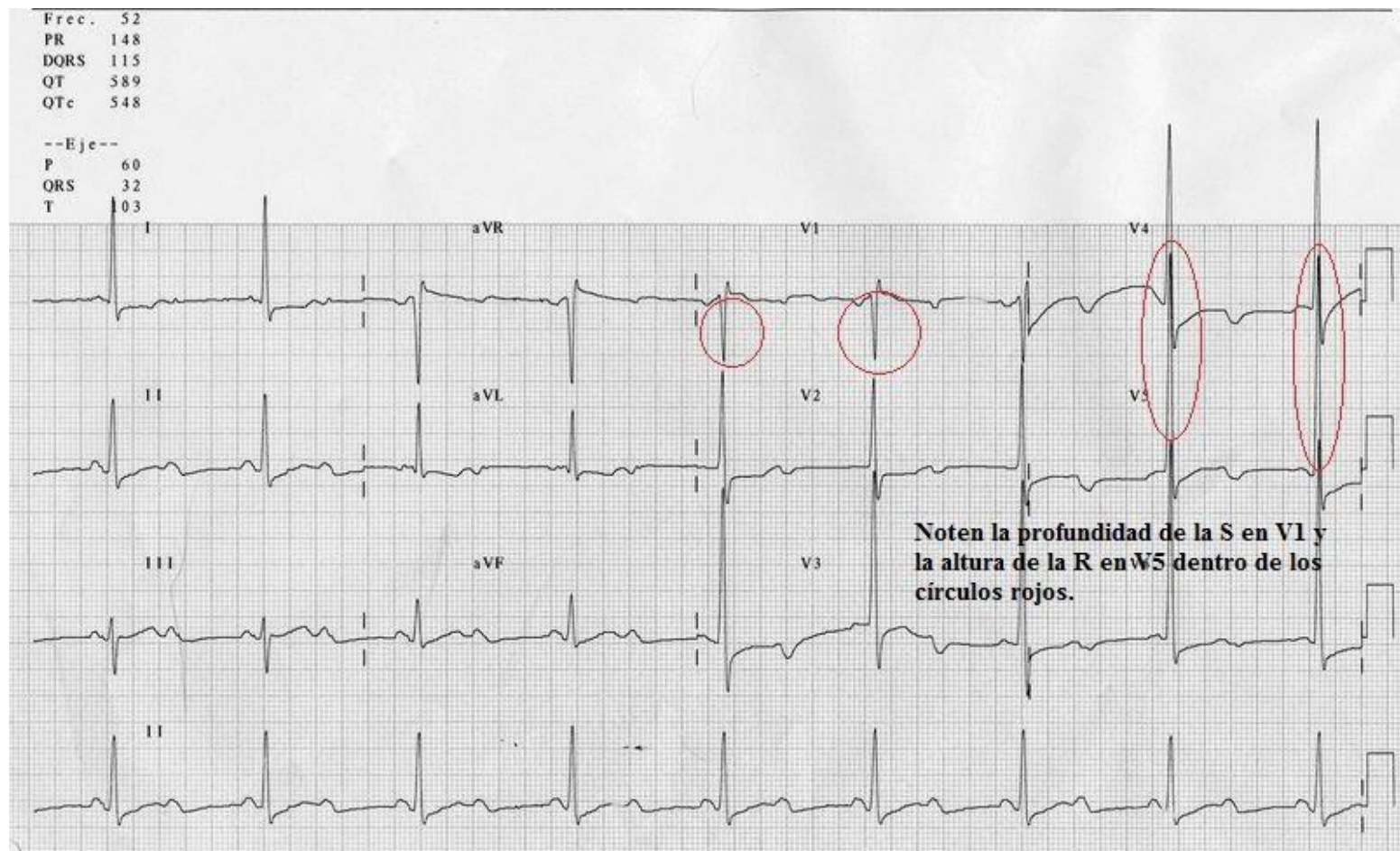
ESTUDIOS BÁSICOS EN HTA

Tabla 8. Pruebas rutinarias recomendadas en la evaluación diagnóstica inicial del paciente con presión arterial elevada o hipertensión

Prueba rutinaria	Utilidad clínica
Glucosa en ayunas (y HbA _{1c} si la glucosa en ayunas está elevada)	Evaluación del riesgo de ECV y comorbilidades
Lípidos séricos; colesterol total, colesterol LDL y HDL y colesterol noHDL, triglicéridos	Evaluación del riesgo de ECV
Sodio y potasio en sangre, hemoglobina y/o hematocrito, calcio y TSH	Cribado de hipertensión secundaria (aldosteronismo primario, enfermedad de Cushing, policitemia, hiperparatiroidismo e hipertiroidismo)
Creatinina en sangre y TFG _e ; análisis de orina y ratio albúmina-creatinina	Evaluación del riesgo de ECV y DOMH Guiar la elección de tratamiento Cribado de la hipertensión secundaria (enfermedad renal parenquimatosa y renovascular)
ECV de 12 derivaciones	Evaluación del DOMH (agrandamiento de la aurícula izquierda, hipertrofia del ventrículo izquierdo) Evaluación del pulso irregular y otras comorbilidades (FA, infarto de miocardio previo)

DOMH: daño orgánico mediado por hipertensión; ECG: electrocardiograma;

DOB EN ECG



ESTUDIOS ADICIONALES DOMH

Prueba opcional	Utilidad clínica
Ecocardiografía	Evaluación del DOMH (cardiopatía hipertensiva) Evaluación de la ECV establecida (antecedentes de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca) Evaluación de la dilatación de la aorta torácica
CAC con TC cardíaca o ecografía de la arteria carótida o la femoral	Evaluación del DOMH (placas ateroscleróticas)
Rigidez de las grandes arterias (VOP carótida-femoral o brazo-tobillo)	Evaluación del DOMH (rigidez arterial)
Troponina cardíaca de alta sensibilidad y/o NT-proBNP	Evaluación del DOMH
Índice tobillo-brazo	Evaluación de ECV establecida (enfermedad arterial de las extremidades inferiores)
Ecografía abdominal	Evaluación de ECV establecida (aneurisma abdominal)
Oftalmoscopia	Evaluación del DOMH (retinopatía hipertensiva) Diagnóstico de emergencia hipertensiva/hipertensión maligna (hemorragias y exudados, papiledema)

VALORACIÓN DEL RIESGO CV

Estratificación del Riesgo Cardiovascular Global

Factores de riesgo adicionales	Daño de Órgano Blanco asintomático	Condiciones Clínicas Asociadas
• Hombres > de 55 años. • Mujeres > de 65 años • Tabaquismo • Dislipemia: Colesterol total > 200 mg/dl LDL > 130 mg/dl HDL ♂ < 40 mg/dl ♀ < 50 mg/dl TGC > 150 mg/dl • Prueba de tolerancia oral a la glucosa alterada. • Sedentarismo • Historia Familiar de Enfermedad CV prematura ♂ < 55 años y ♀ < 65 años • Obesidad abdominal: ♂ ≥ 94cm y ♀ ≥ 88 cm • Factores psicosociales	• Hipertrofia Ventricular Izquierda: ECG: Sokolow - Lyon > 35 mm Ecocardiograma: IMVI ♂ ≥ 115 y ♀ ≥ 95 g/m² • Placas carotídeas placas ateroscleróticas • Rigidez arterial VOP: según grupo etario • Enfermedad Renal Crónica I y II (lesión renal > 3 meses): Microalbuminuria: 30-300 mg/24 hs. - Relación albúmina/creatinina: ♂ ≥ 22 mg/g y ♀ ≥ 31 mg/g; ♂ ≥ 2.5 mg/mmol y ♀ ≥ 3.5 mg/mmol	• Enfermedad Cerebrovascular: ACV Isquémico ACV Hemorrágico AIT Deterioro cognitivo • Enfermedad Cardíaca: Infarto Agudo de Miocárdico Angina de pecho, Revascularización coronaria Insuficiencia cardíaca Fibrilación auricular • Retinopatía avanzada: Hemorragia, exudado y/o papiledema. • Enfermedad Renal Crónica III-V Insuficiencia renal (MDRD < 60 ml/min) Proteinuria (> 300 mg/24 hs) • Enfermedad vascular periférica

RIESGO CARDIOVASCULAR

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

Criterios de RCV	PA Lim trofe 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	Alto	Alto	Muy Alto
DOBMH - DM - ERC grado 3	Riesgo	Riesgo	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.

MODIFICADORES DEL RIESGO CV

Modificadores del riesgo específicos al sexo (Clase IIa)



Diabetes gestacional



Hipertensión gestacional



Preeclampsia



Parto prematuro



Una o más muertes fetales



Abortos recurrentes

Modificadores del riesgo compartidos (Clase IIa)



Etnia de alto riesgo



Antecedente familiares de
ECVA prematura



Privación socioeconómica



Enfermedades autoinmunitarias
inflamatorias



Enfermedad mental grave



VIH

SOSPECHA HTA SECUNDARIA

Edad de comienzo de la HTA antes de la pubertad

Edad de comienzo <30 años en pacientes sin obesidad, sin historia familiar de HTA ni otros factores de riesgo cardiovascular asociados

Edad de comienzo <40 años con HTA grado 2-3 (PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 100 mmHg)

Edad de comienzo >65 años

Crisis hipertensivas en pacientes con PA previa normal o con HTA bien controlada

HTA resistente (HTA no controlada con 3 fármacos de acción sinérgica en dosis adecuadas, uno de ellos un diurético), especialmente después de descartar pseudo-resistencia por fenómeno de bata blanca con MAPA y de descartar pseudo-resistencia por incumplimiento del tratamiento no farmacológico o farmacológico

HTA acelerada o maligna (retinopatía hipertensiva grado III o IV de Keith-Wagener, respectivamente)

Lesión de órgano diana desproporcionada al grado de HTA

Sospecha clínica de SAHS

Presencia de síntomas o signos que orienten hacia una enfermedad subyacente

Toma de fármacos o sustancias capaces de inducir HTA (con frecuencia un fármaco de este tipo desenmascara una HTA esencial no conocida, ocasiona un empeoramiento en el control de una HTA o induce resistencia al tratamiento)

- Prevalencia 5-15%
- Causa identificable
- Tratamiento puede ser curativo en etapas iniciales
- Dx precoz!

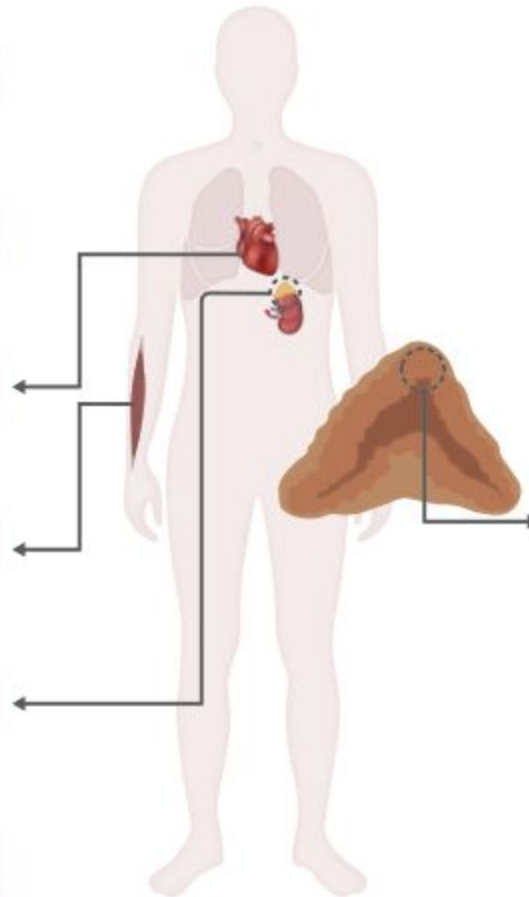
CAUSAS HTA SECUNDARIA

Grupo de edad	Prevalencia	Causas más frecuentes de HTA secundaria
Niños (<12 años)	70-85%	• Enfermedad renal parenquimatosa • Coartación de aorta • Enfermedades monogénicas
Adolescentes (12-18 años)	10-15%	• Enfermedad renal parenquimatosa • Coartación de aorta • Enfermedades monogénicas
Adultos jóvenes (19-40 años)	5-10%	• Enfermedad renal parenquimatosa • Displasia fibromuscular • Enfermedades monogénicas no diagnosticadas antes
Adultos (41-65 años)	5-15%	• Hiperaldosteronismo primario • Síndrome de apnea - hipopnea del sueño • Enfermedad renal parenquimatosa • Enfermedad renovascular aterosclerótica • Síndrome de Cushing • Feocromocitoma
Adultos mayores/ ancianos (>65 años)	5-10%	• Enfermedad renovascular aterosclerótica • Enfermedad renal parenquimatosa • Enfermedad tiroidea

Aldosteronismo primario

Signos y síntomas

- Generalmente asintomático
- Hipopotasemia espontánea o provocada por diuréticos
- FA
- DOMH desproporcionado
- Debilidad muscular y tetania
- Incidentaloma suprarrenal
- Antecedentes familiares de aldosteronismo primario, hipertensión y/o ictus de inicio temprano



Diagnóstico

- Ratio aldosterona-renina (RAR)
- Pruebas de confirmación (p. ej., test de supresión salina)
- Muestra de vena adrenal o imagen funcional
- Pruebas genéticas

Fisiopatología

- Adenoma productor de aldosterona
- Hiperplasia bilateral
- Formas familiares debido a mutaciones en la línea germinal

Tratamiento

- Médico: antagonistas del receptor de mineralocorticoides
- Quirúrgicos: adrenalectomía unilateral

Figura 13. Resumen del aldosteronismo primario como forma común de hipertensión secundaria. DOMH: daño orgánico mediado por hipertensión; FA: fibrilación auricular.

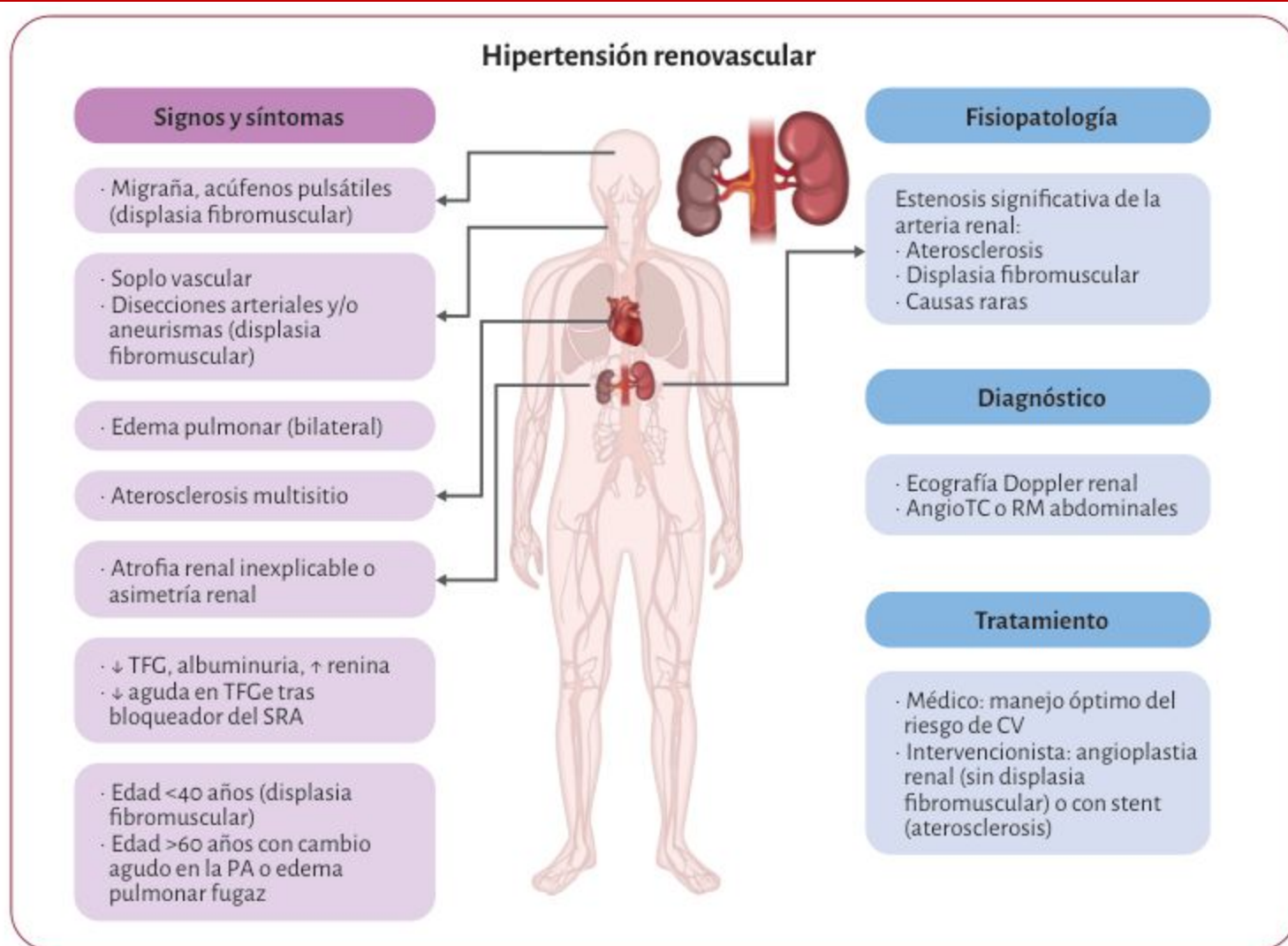


figura 14. Resumen de la enfermedad renovascular como forma común de hipertensión secundaria. AngioTC: angiografía por tomografía computarizada; CV: cardiovascular; RM: resonancia magnética; SRA: sistema renina-angiotensina; TFG: tasa de filtrado glomerular.

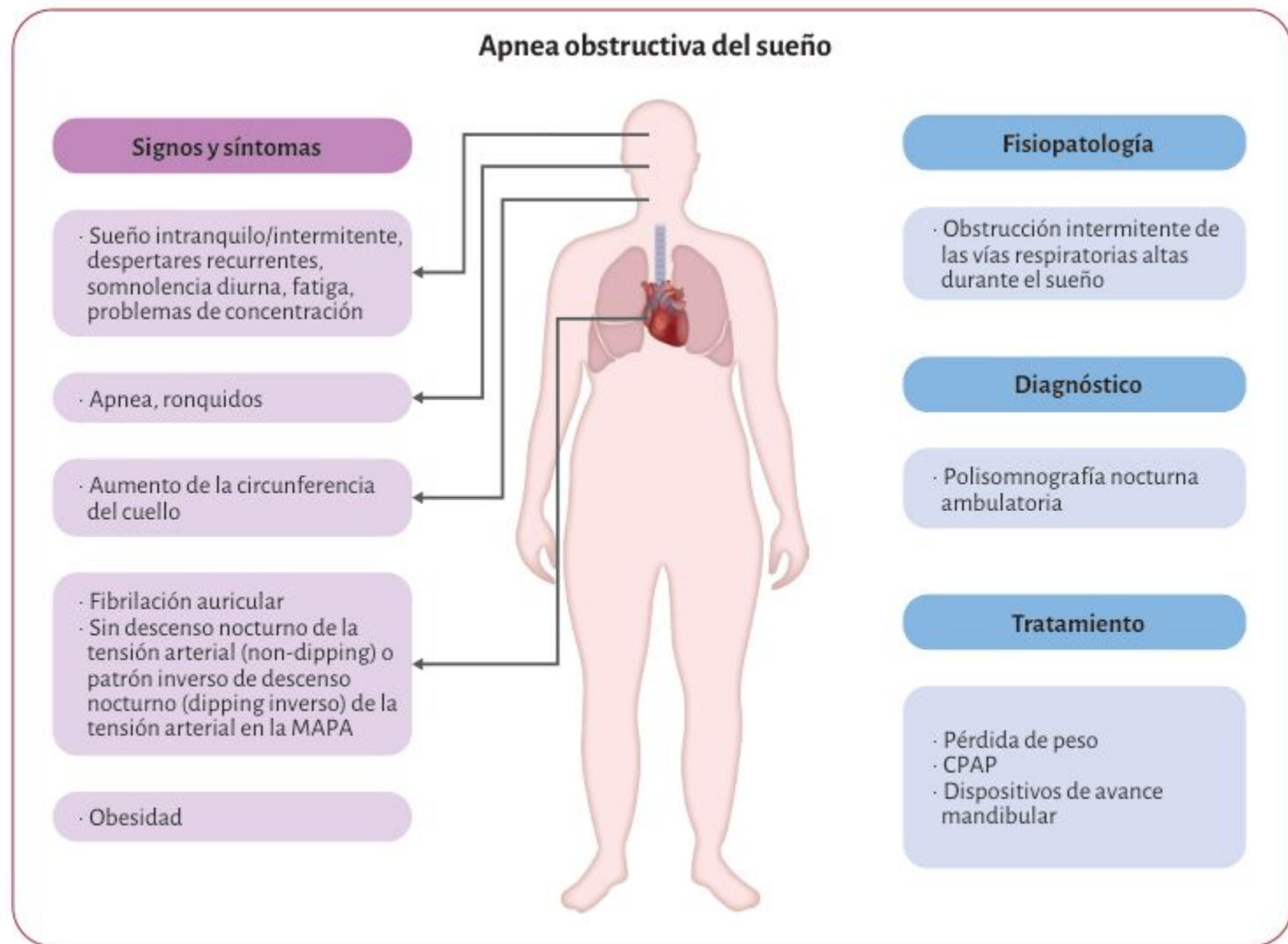


Figura 15. Resumen de la apnea obstructiva del sueño como forma común de hipertensión secundaria. CPAP: presión positiva continua de vías aéreas; FA: fibrilación auricular; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial.

ESTUDIOS ADICIONALES

Tabla 13. Pruebas opcionales para el cribado de la hipertensión secundaria en presencia de signos, síntomas o antecedentes médicos sugestivos

Causas de hipertensión secundaria	Prueba(s) de cribado
Aldosteronismo primario	Ratio aldosterona-renina Se puede obtener información útil de la revisión de los niveles de potasio anteriores (la hipopotasemia aumenta las posibilidades de hiperaldosteronismo primario coexistente)
Hipertensión renovascular	Ecografía Doppler renal AngioTC o RM abdominal
Feocromocitoma/paraganglioma	Metanefrina y normetanefrina en orina 24 h y/o en plasma
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	Polisomnografía nocturna ambulatoria
Enfermedad renal parenquimatosa	Creatinina, sodio y potasio plasmáticos TFGe Tira reactiva de orina para sangre y proteínas Ratio albúmina-creatinina en orina Ecografía renal
Síndrome de Cushing	Cortisol libre en orina 24 h Prueba de supresión con dosis baja de dexametasona
Enfermedad tiroidea (hiper- o hipotiroidismo)	TSH
Hiperparatiroidismo	Hormona paratiroidea Calcio y fosfato
Coartación de aorta	Ecocardiografía AngioTC aórtica

RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada; TSH, hormona estimulante tiroidea.

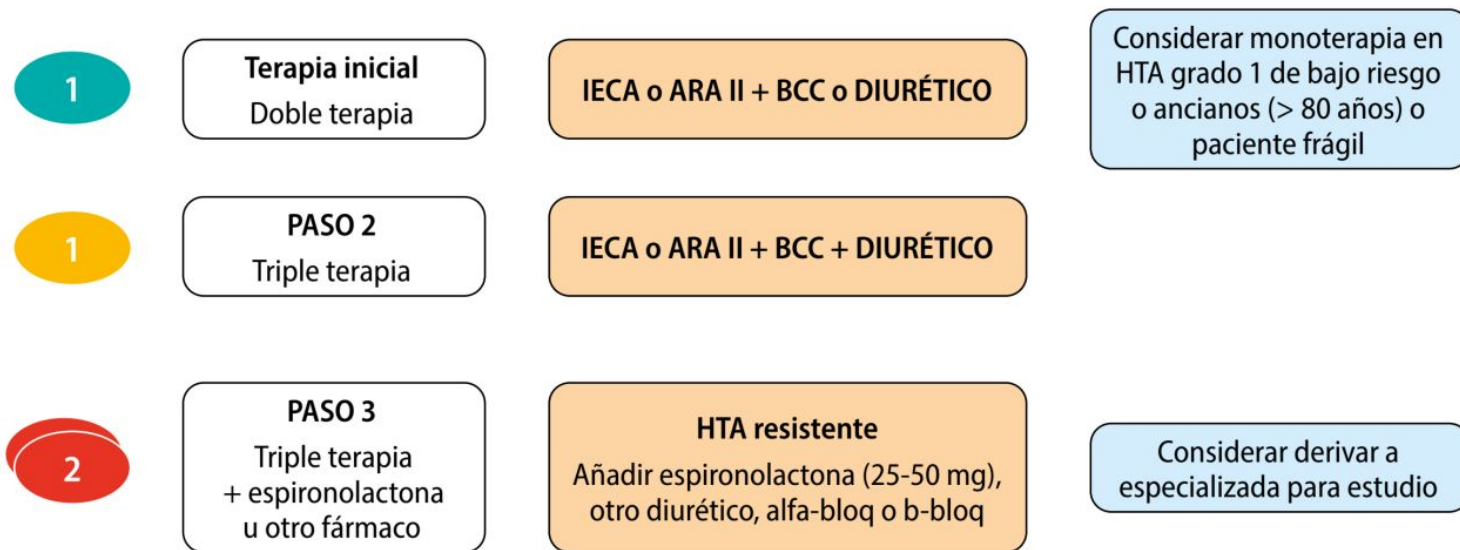
TRATAMIENTO DE LA HTA ESENCIAL NO FARMACOLÓGICO

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	–	–

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

TRATAMIENTO DE LA HTA ESENCIAL FARMACOLÓGICO



B-BLOQUEANTES: Considerar su uso en el primer paso cuando hay una indicación específica, p. ej. ICC, angina, post IAM, fibrilación auricular, mujer joven en edad fértil

ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; **BCC:** bloqueadores de calcio; **EAP:** enfermedad arterial.

ADAPTADA DE WILLIAMS B, ET AL. J HYPERTENS. 2018; 36:1953-2041.

INDIVIDUALIZADO!!

- ↓ 10-15% mortalidad
- ↓ 20% ev. coronarios
- ↓ 35% ACV
- ↓ 40% ICC

TRATAMIENTO DE LA HTA ESENCIAL

Use of Risk-Based Thresholds for Initiation of BP Treatment in Adults

BP Level-Only

Does the patient have an average BP $\geq 140/90$ mm Hg?

YES

Initiate antihypertensive medications to lower BP and reduce CVD risk for primary or secondary prevention of CVD

1

NO

Risk-Based Thresholds for Initiation of BP Treatment for Adults*

Does the patient have existing clinical CVD (CHD, stroke, HF)?

YES

Initiate antihypertensive medications to lower BP and reduce CVD risk if average SBP ≥ 130 mm Hg or DBP ≥ 80 mm Hg for secondary prevention of CVD

1

NO

Does the patient have diabetes or CKD, or is the patient at increased short-term risk of CVD (10-year PREVENT-CVD risk $\geq 7.5\%^{\dagger}$)?

YES

Initiate antihypertensive medications to lower BP and reduce CVD risk if average SBP ≥ 130 mm Hg or DBP ≥ 80 mm Hg for primary prevention of CVD

1

NO

Initiate antihypertensive medications to lower BP if average SBP ≥ 130 mm Hg or DBP ≥ 80 mm Hg after 3-6 months of lifestyle intervention

1

LEGEND

- COR 1
 - COR 2a
 - COR 2b
 - COR 3-No Benefit
 - COR 3-Harm
- (Class of Recommendation)



2025 High Blood Pressure

© 2025 by the American Heart Association, Inc., and the American College of Cardiology Foundation

CONTRAINDICACIONES

TABLE 15. Compelling contraindications and conditions requiring cautious use of BP-lowering drugs

Drug class	Contraindications	Cautious use
ACEi	• Pregnancy • Women planning pregnancy • Previous angioneurotic edema • Severe hyperkalemia (e.g. potassium >5.5 mmol/l) • Bilateral renal artery stenosis or stenosis in solitary (functional) kidney	• Women of child-bearing potential without reliable contraception
ARB	• Pregnancy • Women planning pregnancy • Severe hyperkalemia (e.g. potassium >5.5 mmol/l) • Bilateral renal artery stenosis or stenosis in solitary (functional) kidney	• Women of child-bearing potential without reliable contraception
Beta-blocker	• Severe asthma • Any high-grade sino-atrial or atrioventricular block • Bradycardia (e.g. heart rate <60 bpm)	• Asthma • Glucose intolerance • Athletes and physically active patients
DHP-CCB		• Tachyarrhythmia • Heart failure (HFrEF, class III or IV) • Preexisting severe leg edema
Non-DHP-CCB (verapamil, diltiazem)	• Any high-grade sino-atrial or AV block • Severe LV dysfunction (LVEF <40%), HFrEF • Bradycardia (e.g. heart rate <60 bpm) • Co-medications susceptible to significant drug interactions mediated by P-gp or CYP3A4	• Constipation
Thiazide/Thiazide-like diuretics	• Hyponatremia • CKD due to obstructive uropathy • Sulfonamide allergies	• Gout • Glucose intolerance • Pregnancy • Hypercalcemia • Hypokalemia • Cancer patients with bone metastasis
MRA	• Severe hyperkalemia (e.g. potassium >5.5 mmol/l) • eGFR <30 ml/min/1.73 m²	• Co-medications susceptible to significant drug interactions mediated by P-gp or CYP3A4 for eplerenone

¿BETABLOQUEANTES EN HTA?

TABLE 16. Selected diseases and conditions for the use of BBs in patients with hypertension [591]

Selected indications with guideline directed medical therapy for BBs	
Chronic coronary syndromes, antiischemic therapy	
Postmyocardial infarction: arrhythmias, angina, known incomplete re-vascularization, HF	
Acute coronary syndrome	
HFrEF and HFpEF if coronary disease (ischemia), arrhythmias and tachycardia	
Atrial fibrillation: prevention, rhythm control, heart rate control	
Women with child-bearing potential/planning pregnancy	
Hypertension disorders in pregnancy	
Selected other conditions in which therapy with BBs can be favourable	
Hypertension with elevated resting heart rate >80 bpm	
Emergency, urgency and parenteral administration	
Perioperative hypertension	
Major noncardiac surgery	
Excessive pressor response to exercise and stress	
Hyperkinetic heart syndrome	
Postural orthostatic tachycardia syndrome	
Orthostatic hypertension	
OSA	
Peripheral arterial disease with claudication	
COPD	
Portal hypertension, cirrhosis-related esophageal varices and recurrent variceal bleeding	
Glaucoma	
Thyrotoxicosis, hyperthyroidism	
Hyperparathyroidism in uremia	
Migraine headache	
Essential tremor	
Performance anxiety and anxiety disorders	
Psychiatric disorders (posttraumatic stress)	

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

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 <80mmHg	I	A
Si lo tolera 130-139 mmHg y con precaución si PAD <70 mmHg	II	B
Otras recomendaciones		
En pacientes frágiles la PAS y PAD debe ser individualizada	I	C
No buscar objetivos <120/70 mmHg con el tratamiento	III	C
En pacientes con PAD <70 mmHg y PAS muy elevada, bajo tratamiento, ajustar con cautela para controlar PAS	II	C
Se puede desprescribir en pacientes ≥80 años, con PAS <120 mmHg, hipotensión ortostática o índice de fragilidad elevado	II	C

BIBLIOGRAFÍA

CONSENSO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL 2025

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)
Federación Argentina de Cardiología (FAC)
Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA)

Participantes

Directores

Analía Aquieri^{MTSAC} (SAC) – Pablo Rodríguez^{MTSAC} (SAHA) – Sergio Vissani (FAC)

Circulation

CURRENT ISSUE | ARCHIV

REVIEW ARTICLE | Originally Published 14 August 2025 | 

 Check for updates

2025

AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice

Guía ESC 2024

sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión

Desarrollada por el Grupo de Trabajo para el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) con el apoyo de *European Society of Endocrinology* (ESE) y *European Stroke Organisation* (ESO)

*“Con mis maestros he aprendido mucho;
con mis colegas, más;
con mis alumnos todavía más”
(Proverbio hindú)*

¡MUCHAS GRACIAS!

CASO 1

Varón 40 años, de Cba, termofusión, secundario completo. Control de salud

Miopía severa. Niega MH, suplem u homeopáticos. Cx hidrocele. Padre DM HTA falleció cardiopatía 60 años, Madre oftalmopatía

TBQ activo 3 cig/día x 16 años. Fernet 1 botella!! fin de semana. Niega otro Consumo. Caminatas frecuentes. Alimentación inadecuada. AS negativa

TA 190/113 mmHg - 185/110 mmHg FC 70 regular FR 20 T 36,8

Peso actual 119 kg Talla 1.79 m IMC 37.1 CC 120 cm

RC nf, soplo cardiaco sistólico 2/6 mitral, no IY, no edemas, no rales.

Piel, tiroides, pulmonar, abdominal, SOMA sp

CASO 2

Varón 21 años, de Cba, fábrica compresores, secund completo. Preocupacional

Niega APP. Niega MH, suplementos u homeopáticos. Cx estrabismo 2018.

Padre hipertiroidismo. Abuela paterna hipotiroidismo, DM. Hna monorrena

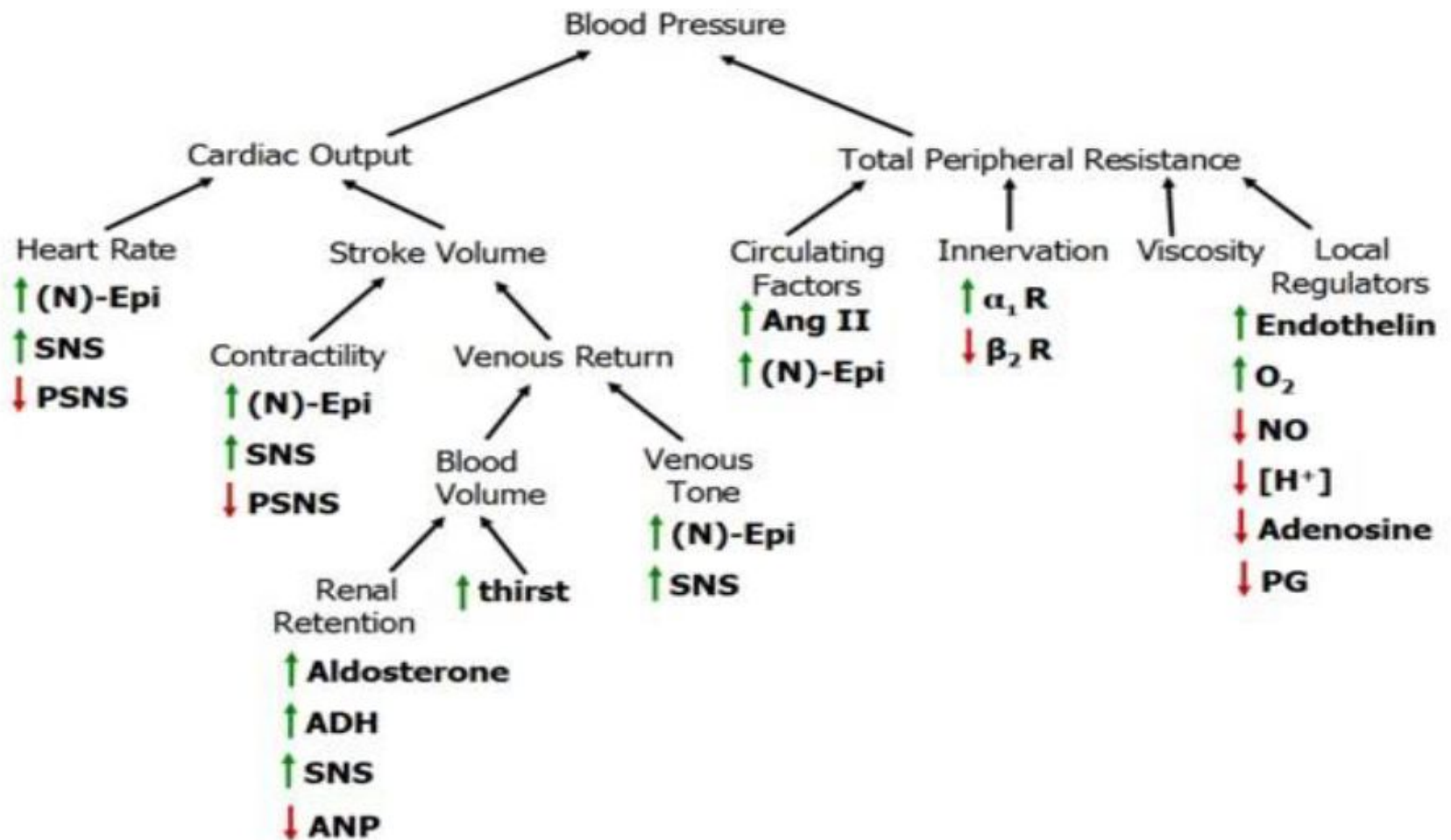
No tbq. Vino >2 medidas ocasional. Niega otras drogas. Fútbol 1 vez/sem, gimnasio 5 veces/semana asintomático. Bajó de peso. Stress++. Resto AS (-)

TA 140/90 mmHg dos tomas FC 150 LPM regular FR 18 Sat 98% AA T° 36,5

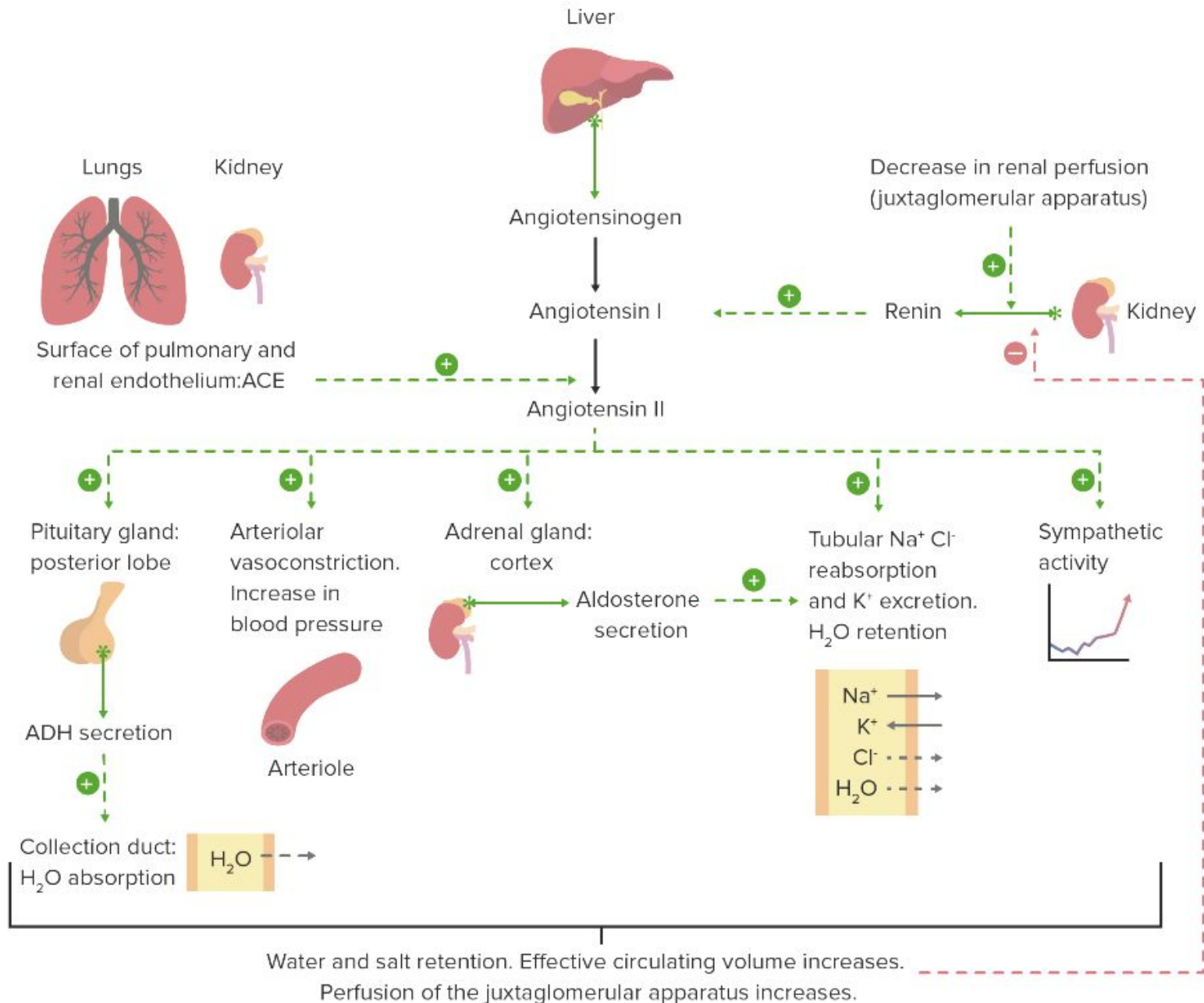
Peso actual 57 kg Habitual 62 kg (-5 kg) Talla 1.60 mts IMC

Piel caliente. Estrabismo vertical. Exoftalmos unilateral. Bocio LTD. Temblor fino en manos. Soplo tiroideo. Resto CV, pulmonar, abdomen sp

REGULACIÓN NORMAL DE LA PA



Renin-angiotensin-aldosterone system



MECANISMO VASCULAR

- Estructura y función vascular ☐ radio y distensibilidad ☐
Resistencia periférica

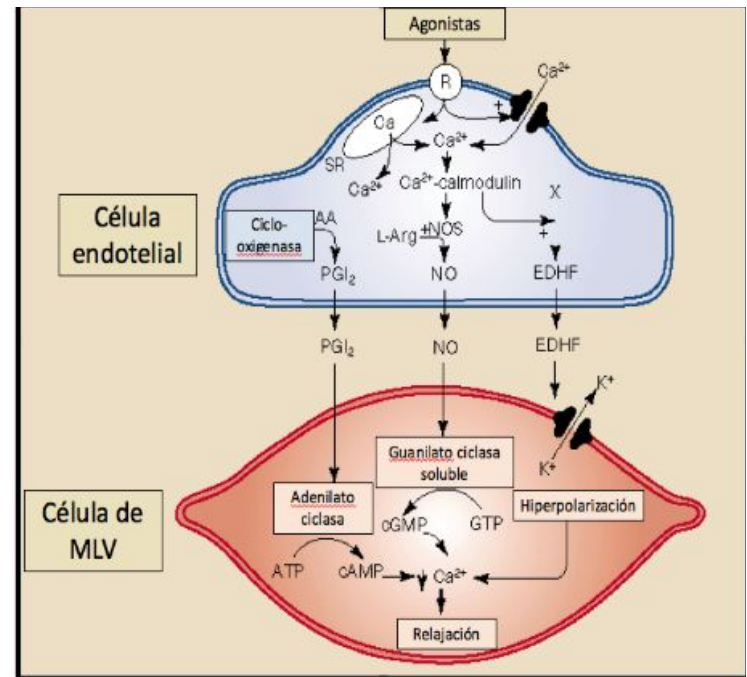
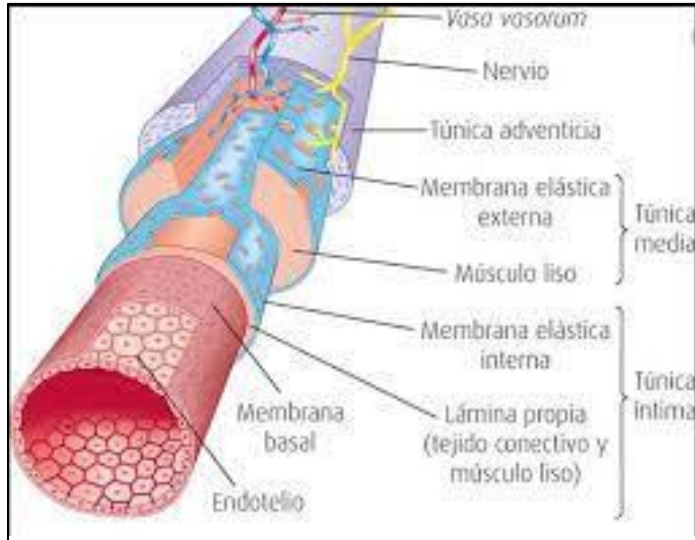


Figura 1: Relajación de las células del músculo liso vascular producido por sustancias vasodilatadoras de las células endoteliales