

Hipertensión arterial

Ezequiel Lerech

Cardiólogo

Unidad coronaria y prevención cardiovascular

Hospital Británico, Hospital El Cruce

01

Epidemiología

02

Definición

03

Diagnóstico

04

HTA secundaria

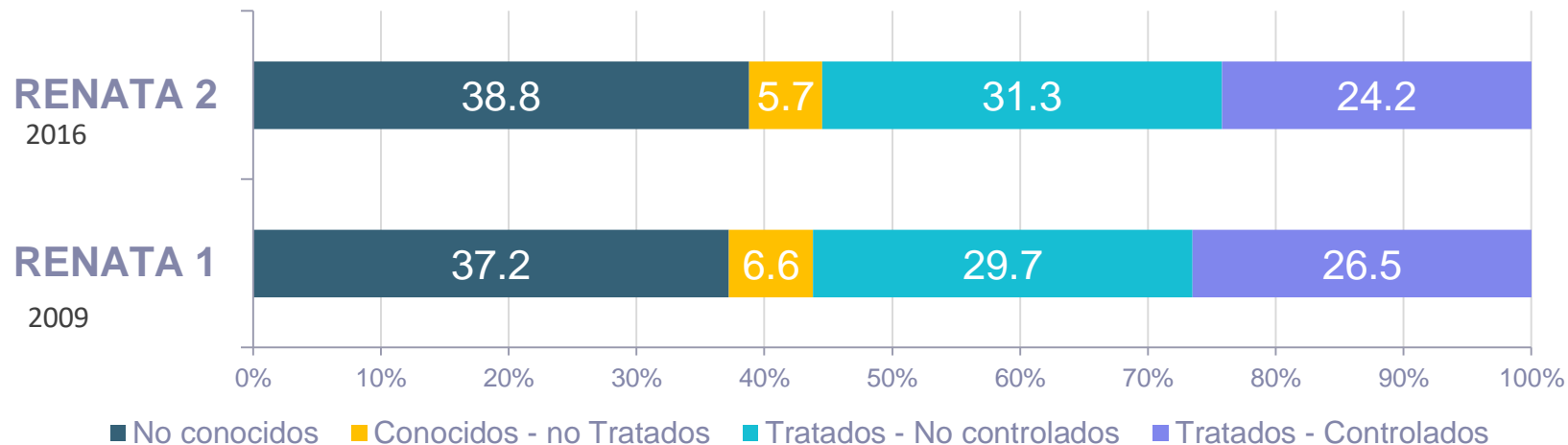
05

Tratamiento

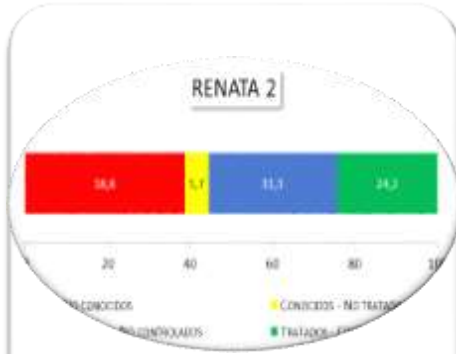
01

Epidemiología

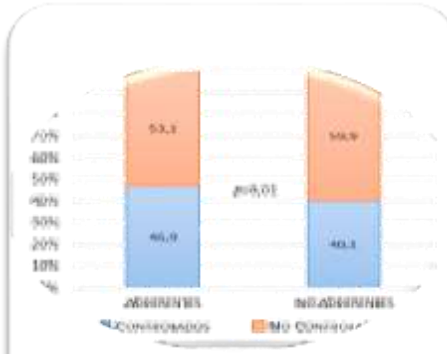
- Principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (EC, ACV, ERC, IC)
- Una de las causas principales de muerte prematura en el mundo
- 1 de cada 3 hipertensos desconoce su diagnostico
- 1 de cada 4 hipertenso se encuentra bien controlado



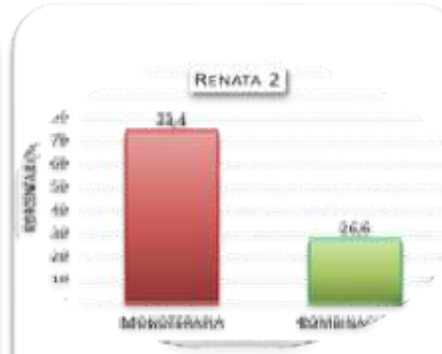
¿POR QUÉ ES POBRE EL CONTROL DE LA HTA?



DESCONOCIMIENTO



FALTA DE ADHERENCIA



INERCIA TERAPÉUTICA



POLÍTICAS PÚBLICAS INSUFICIENTES





Definición

PAS \geq 140 mmHg o una PAD \geq 90 mmHg medidas en consulta

| 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 | \geq 160 | \geq 100 |
| HTA sistólica aislada | \geq 140 | <90 |

El riesgo es continuo → Mayor riesgo con valores mas bajos asociados a otros FRCV



Diagnóstico

Objetivos

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

PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO



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.

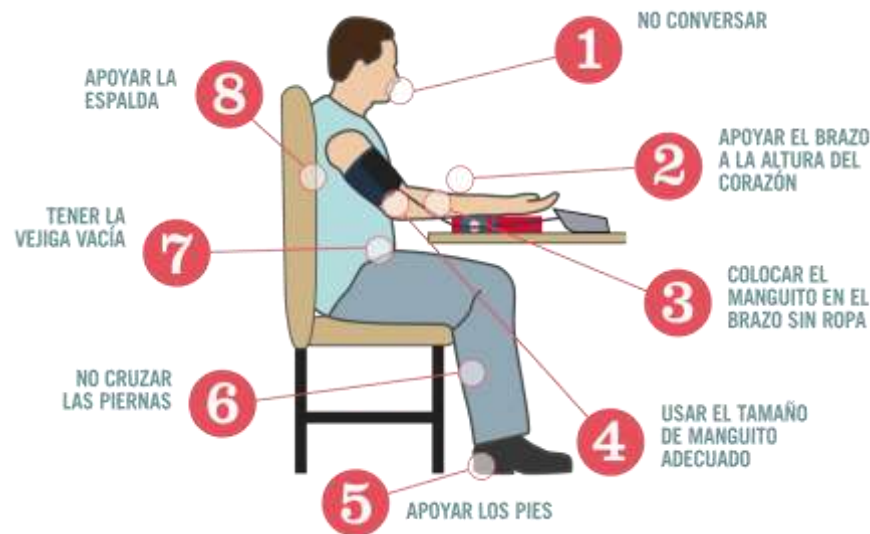
Mediciones

- 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.

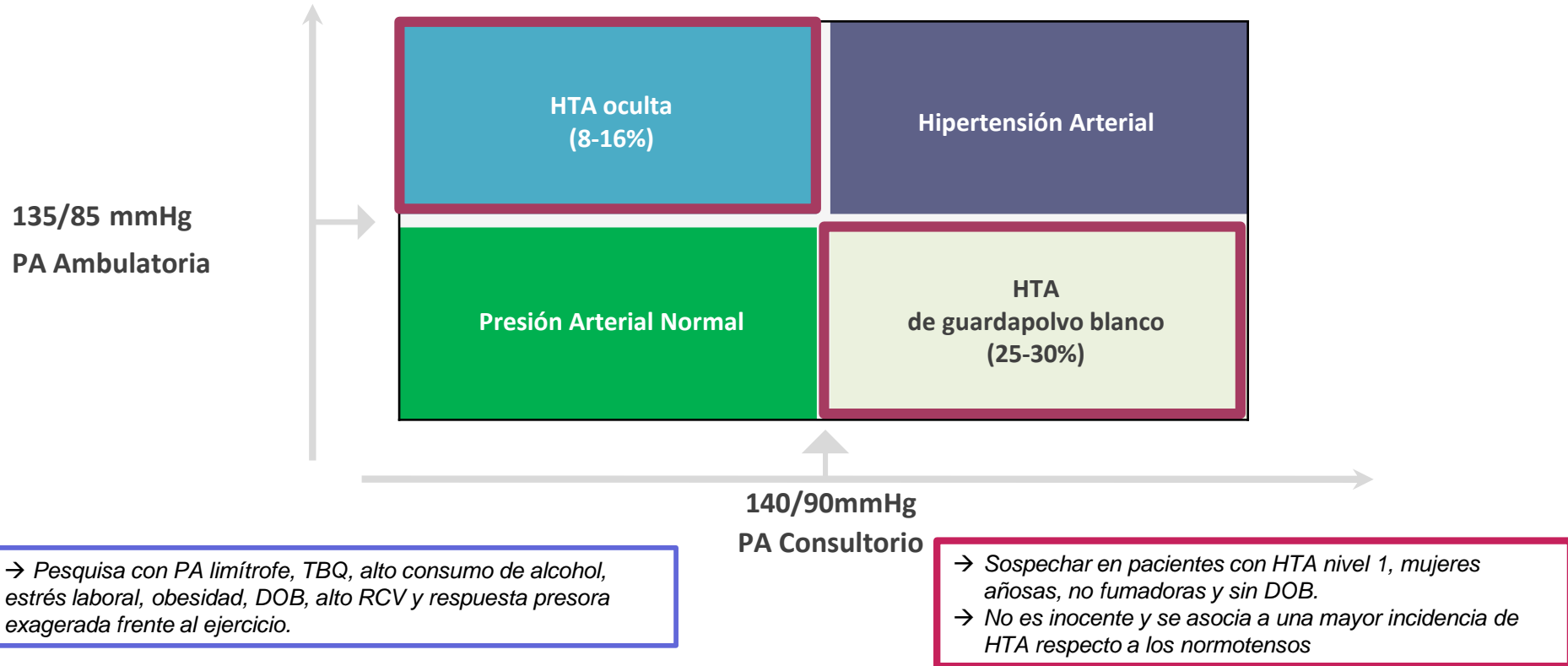
PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO

- Mayoría de los ECA realizados con este método
- Poco reproducible
- Sujeto a muchos sesgos
- Menor valor pronóstico
- Fácil, rápido, poco costoso

3 mediciones separadas 1-2min
Realizar promedio de las últimas 2
Medir en decúbito y
bipedestación en mayores,
diabéticos



Clasificación de HTA según PA de consultorio y ambulatorias



- Media de las medidas domiciliarias de por lo menos 4 días (ideal 7 días).
- Dos tomas matinales y dos vespertinas, habitación tranquila, 5 min reposo.
- Se recomienda tensiómetros electrónicos.
- Sin efecto de guardapolvo blanco.
- Se considera el promedio de todas las lecturas descartando el primer día de mediciones.

Dx: $\geq 135/85$ mmhg

- Calcula la media de la PA diurna, **NOCTURNA** y de 24 hs
- Realizar actividad habitual durante el día
- > 4hs de sueño
- Mínimo 70% lecturas exitosas con, al menos, un registro válido por hora.

Diagnostico:

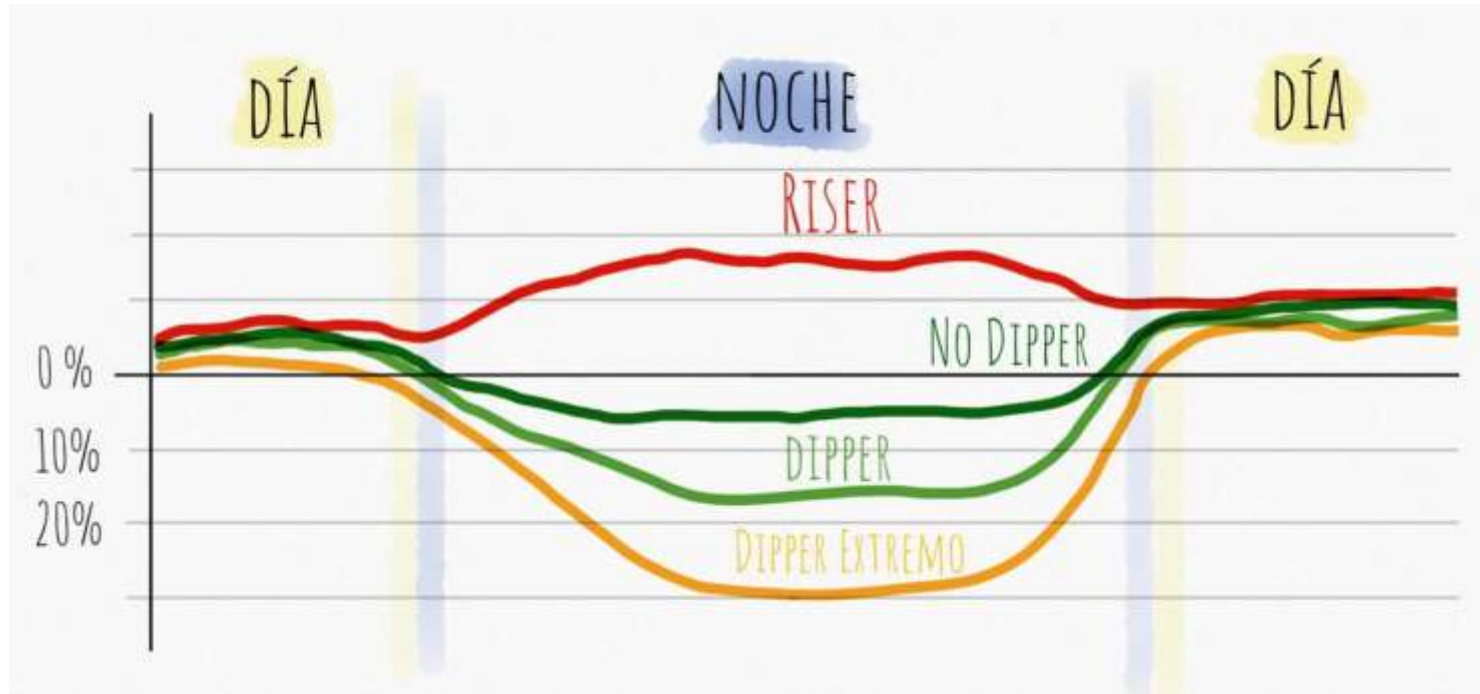
Diurno: $\geq 135/85$ mmhg

Nocturno: $\geq 120/70$ mmhg

24 hs: $\geq 130/80$ mmhg

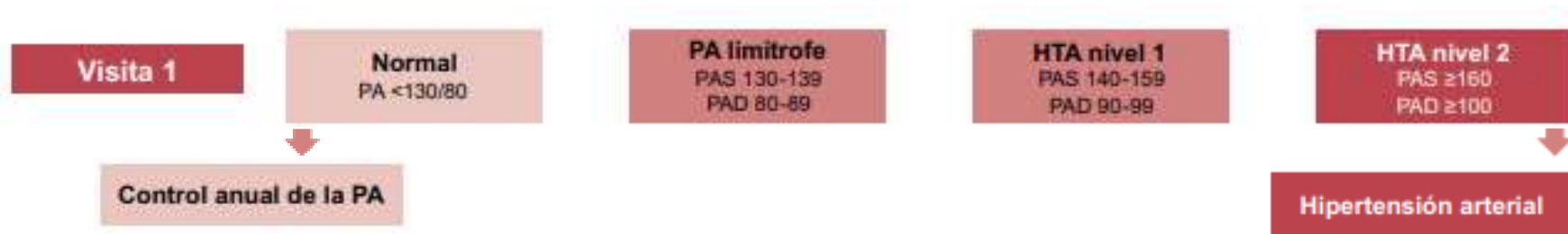
Indicaciones:

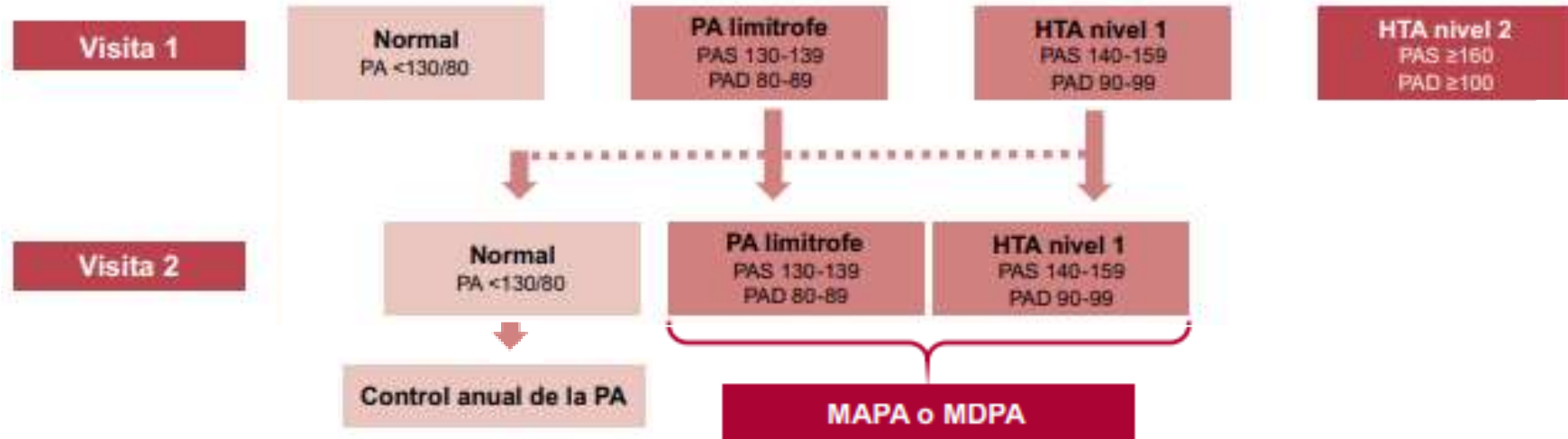
- Sospecha de **HTA de guardapolvo blanco** (HTA pronunciada en ausencia de DOB, etc).
- Sospecha de **HTA enmascarada** (Presión normal-alta; normal en pacientes con DOB o alto RCV).
- **HTA resistente.**
- Hipotensión ortostática.
- HTA postprandial.
- Evaluación de síntomas de hipoTA durante tratamiento.

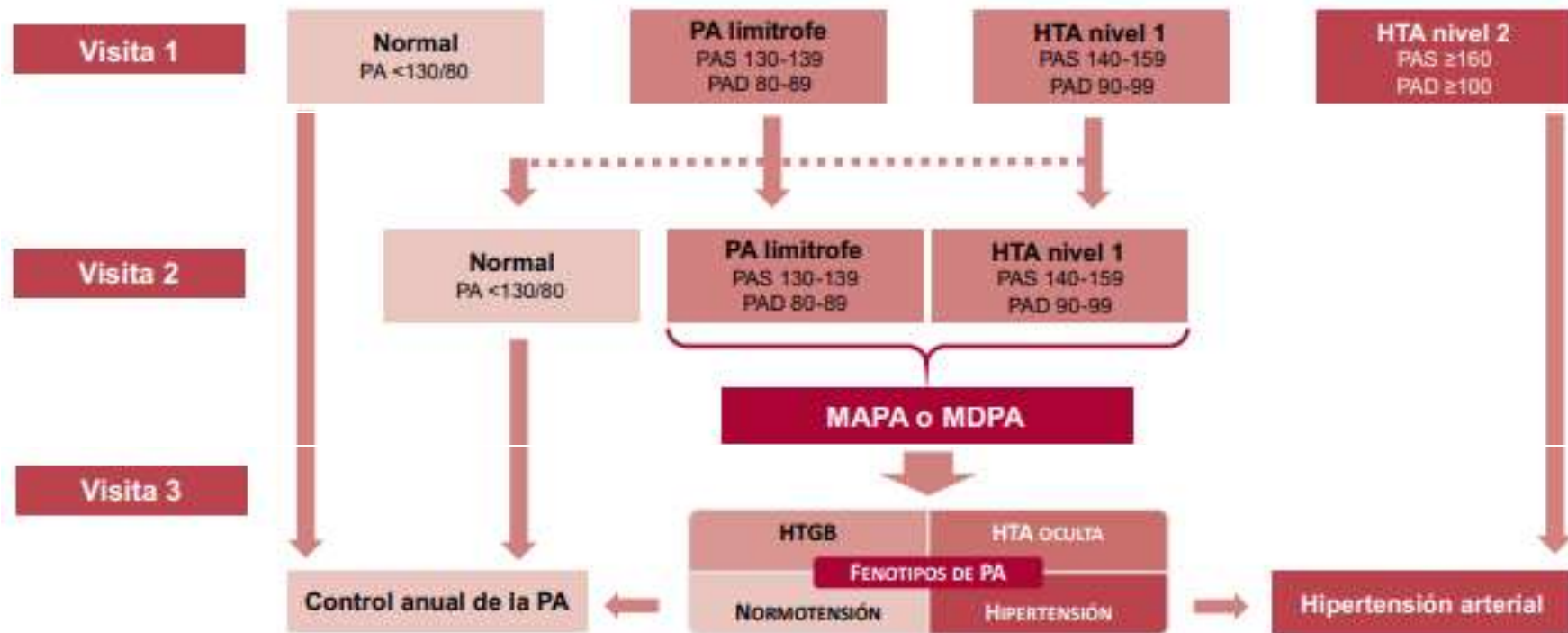


Dipper o dipper extremo < no dipper < riser

| 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 |







Diagnóstico del paciente hipertenso

Estratificación del Riesgo Cardiovascular Global

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

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



Clasificación de la presión arterial

Presión arterial no elevada

PA en la consulta

PA sistólica <120 mmHg
o
PA diastólica <70 mmHg

AMPA

PA sistólica <120 mmHg
y
PA diastólica <70 mmHg

MAPA

PA sistólica durante el día <120 mmHg
y
PA diastólica <70 mmHg

Sin evidencias suficientes para confirmar la eficacia y la seguridad del tratamiento farmacológico antihipertensivo

Presión arterial elevada

PA en la consulta

PA sistólica 120-139 mmHg
o
PA diastólica 70-89 mmHg

AMPA

PA sistólica 120-134 mmHg
o
PA diastólica 70-84 mmHg

MAPA

PA sistólica durante el día 120-134 mmHg
o
PA diastólica 70-84 mmHg

Estratificación del riesgo para identificar a los pacientes con riesgo cardiovascular para el tratamiento farmacológico antihipertensivo

Hipertensión

PA en la consulta

PA sistólica \geq 140 mmHg
o
PA diastólica \geq 90 mmHg

AMPA










PA sistólica \geq 135 mmHg
o
PA diastólica \geq 85 mmHg

MAPA

PA sistólica durante el día \geq 135 mmHg
o
PA diastólica \geq 85 mmHg

El riesgo cardiovascular es suficientemente alto para justificar el inicio del tratamiento farmacológico antihipertensivo

| Fases de la HTA | Otros factores de riesgo, daño orgánico o enfermedades | Grados de PA | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | Normal alta PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg | Grado 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg | Grado 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg | Grado 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg |
| Fase 1 (sin complicaciones) | Sin otros factores de riesgo | Riesgo bajo | Riesgo bajo | Riesgo moderado | Riesgo alto |
| | 1 o 2 factores de riesgo | Riesgo bajo | Riesgo moderado | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto |
| | \geq 3 factores de riesgo | Riesgo bajo-moderado | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto | Riesgo alto |
| Fase 2 (enfermedad asintomática) | Daño orgánico, ERC de grado 3 o DM sin daño orgánico | Riesgo moderado-alto | Riesgo alto | Riesgo alto | Riesgo alto a muy alto |
| Fase 3 (enfermedad establecida) | ECV establecida, ERC de grado \geq 4 o DM con daño orgánico | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto | Riesgo muy alto |

| | Indicación para Inicio de Terapia Antihipertensiva | Enfoque Basado en Riesgo para el Inicio de Terapia Antihipertensiva | Enfoque de Estilo de Vida para Reducción de PA |
|--|---|---|---|
| HTA Estadio 2 ($\geq 140/90$ mm Hg) |  <p>¿La PA promedio es $\geq 140/90$ mm Hg?</p> <p>SI →</p> | <p>Iniciar 2 o más antihipertensivos para reducir la PA en prevención primaria o secundaria de ECV (COR 1)</p>  |  <p>Optimizar hábitos de vida y enfoque psicosocial según <i>Life's Essential 8</i>, reducción del estrés y evitar sustancias que puedan elevar la PA (p. ej., alcohol, analgésicos de venta libre y productos herbales)</p> |
| HTA Estadio 1 (130–139 o 80–89 mm Hg) |  <p>¿El paciente tiene ECV clínica establecida (EC, ACV, IC)?</p> <p>SI →</p> | <p>Iniciar antihipertensivos para reducir la PA en prevención secundaria de ECV (COR 1)</p>  | |
| | <p>↓ NO</p>  <p>¿El paciente tiene mayor riesgo CV a corto plazo por diabetes o ERC?</p> <p>SI →</p> | | |
| | <p>↓ NO</p>  <p>¿El paciente tiene mayor riesgo CV a corto plazo por riesgo CV a 10 años $\geq 7,5\%$ con PREVENT?</p> <p>SI →</p> | <p>Iniciar antihipertensivos para reducir la PA en prevención primaria de ECV (COR 1)</p>  | |
| | <p>↓ NO</p>  <p>¿La PA sistólica promedio es ≥ 130 mm Hg o la PA diastólica ≥ 80 mm Hg luego de 3–6 meses de intervenciones de estilo de vida?</p> <p>SI →</p> | | |

Daño de órgano blanco



ECG, ETT. Hipertrofia del VI, sobrecarga auricular, disfuncion diastolica



Creatinina, TFG y RAC a todos



HTA + sint neurológicos hacer RMN o TC



F.O para HTA 2 o 3 y para todos los HTA c/DBT

- Hemograma completo
- Glucemia en ayunas
- PL: CT, HDL, LDL, Tg
- Urea/creatinina
- Cálculo de TFG (CKD/EPI o MDRD)
- Ionograma plasmático
- Orina completa con sedimento urinario

*La relacion albumina/creatinina urinaria es el mejor predictor de riesgo para desarrollo de falla renal en HTA y/o DBT
(Marcador temprano de DOB)*

EcoDoppler de vasos de cuello/femoral

- Estenosis aunque sean $<50\%$ son marcadores de enfermedad aterosclerótica
- Aumentan el RCV (muy alto)

Velocidad de onda de pulso

- Marcador de rigidez arterial
- Dispositivos que miden la velocidad de la onda de pulso entre dos puntos (carótido - femoral)
- Si esta aumentado para sexo, edad el paciente es de **alto riesgo**

Índice tobillo-brazo

- Cociente entre la PA sistólica en tobillo y la más alta de ambos brazos.
- <0.9 → enfermedad periférica (DOB)



Diagnóstico de HTA 2°

Prevalencia:

- Entre 5 – 10% de los hipertensos.
- Hasta un 50% en HTA resistente.

Sospecha clínica:

- Inicio de HTA antes de los 40 años (HTA grado 2).
- Inicio súbito en paciente previamente normotenso.
- Empeoramiento brusco de cifras tensionales.
- HTA diastólica de inicio >65 año.
- DOB desproporcionado a las cifras de PA.
- Hipocalemia espontánea (< 3,5 meq/l) o con diuréticos (< 3 meq/l).
- HTA severa en el embarazo.
- Antecedentes nefrourológicos.

Causas mas frecuentes:

- Aldosteronismo primario.
- Enfermedad renal parenquimatosa.
- HTA renovascular.
- SAOS.
- Fármacos y sustancias que elevan la PA.

HIPERALDOSTERONISMO

Causa mas frecuente de HTA secundaria

- Dosaje de aldosterona plasmatica (>10 ng/dl)
- Dosaje de actividad de renina (<1 ng/ml/hr)
- Cociente aldo/ARP (>20-30)

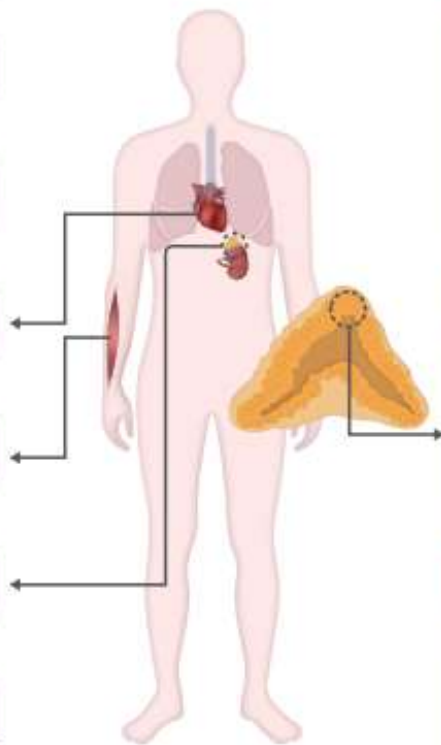
Forma de presentación variable

- HTA + HIPOCALEMIA + ALCALOSIS METABOLICA → **ALTA SOSPECHA**
- La mayoría son normocalémicos, entre un 9 – 37% hipocalémicos.

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

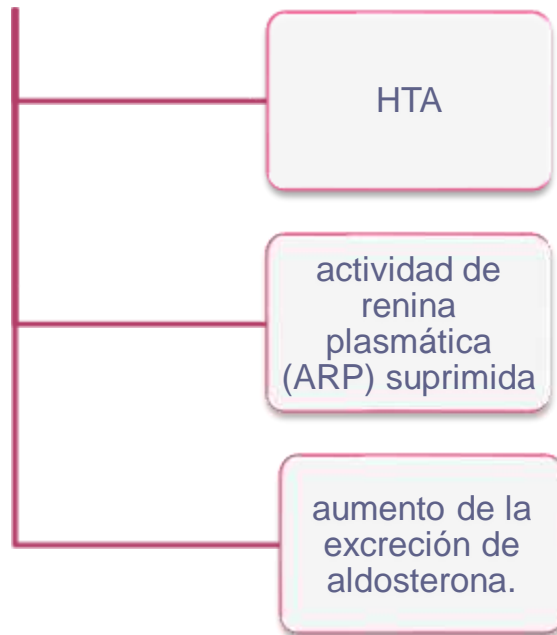
- Adenoma productor de aldosterona
- Hiperplasia bilateral
- Formas familiares debido a mutaciones en la línea germinal

Tratamiento

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

HIPERALDOSTERONISMO

EL SÍNDROME DE
ALDOSTERONISMO PRIMARIO
SE CARACTERIZA POR:



RENINA BAJA Y ALDOSTERONA ALTA

ALDOSTERONISMO PRIMARIO

Adenoma productor de aldosterona (APA) ≈ 35% de los casos

Hiperplasia idiopática bilateral (IHA) ≈ 60% de los casos

Hiperplasia suprarrenal unilateral (primaria) ≈ 2% de los casos

Carcinoma adrenocortical productor de aldosterona <1% de los casos

Hiperaldosteronismo familiar (FH)

Aldosteronismo remediable con glucocorticoide (FH tipo I) <1% de los casos

FH tipo II (APA o IHA) < 2% de los casos

Adenoma o carcinoma productor de aldosterona ectópica < 0.1% de los casos

RENINA BAJA Y ALDOSTERONA BAJA

HIPERDESOXICORTICOSTERONISMO

Hiperplasia suprarrenal congénita

Deficiencia de 11β-hidroxilasa

Deficiencia de 17α-hidroxilasa

Tumor productor de desoxicorticosterona

Resistencia primaria al cortisol

EXCESO APARENTE DE MINERALOCORTICOIDE (AME)/DEFICIENCIA

DE 11β-HIDROXIESTEROIDE DESHIDROGENASA

Genético

AME tipo 1

AME tipo 2

Adquirido

Ingestión de regaliz o carbenoxolona (AME tipo 1)

Síndrome de Cushing (AME tipo 2)

SÍNDROME DE CUSHING

Administración de glucocorticoide exógeno —la causa más común

Endógeno

Dependiente de ACTH ≈ 85% de los casos

Hipófisis

Ectópico

Independiente de ACTH ≈ 15% de los casos

Enfermedad suprarrenal unilateral

Enfermedad suprarrenal bilateral

Hiperplasia macronodular masiva (rara)

Enfermedad suprarrenal nodular pigmentada primaria (rara)

CONSIDERACIONES

MODELO CLASICO

- Suspender medicaciones confundidoras 2 -6 semanas
- Ionograma y suplementación de potasio (k =4)
- Extracción matutina
- Etapa ciclo menstrual / progestagenos



Costos
Varias consultas
Control TA

MODELO PRACTICO

- Medir en cualquier momento, con cualquier medicación
- **Si la renina esta suprimida los resultados se pueden interpretar**

1, POSITIVO:

RENINA SUPRIMIDA MENOR A 1 CON
ALDOSTERONA INADECUADA MAYOR A 15
ng/dl

2. NEGATIVO O NO INTERPRETABLE

RENINA NO SUPRIMIDA O ALDOSTERONA
MENOR A 5 ng/dl

Reducción en la perfusión renal por obstrucciones significativas en la arterias renales.

0,5% al 4% de la población general

- *Ateroesclerosis A. Renal*: > 65 años. Hasta 14-24% en pacientes con HTA grave o resistente.
- *Displasia fibromuscular*: mujeres jóvenes o de mediana edad. Áreas alternantes de estenosis y dilatación en las porciones media y distal de la arteria renal. Entre el 1 y el 6%.

Hipertensión renovascular

Signos y síntomas

- Migraña, acúfenos pulsátiles (displasia fibromuscular)

- Soplo vascular
- Disecciones arteriales y/o aneurismas (displasia fibromuscular)

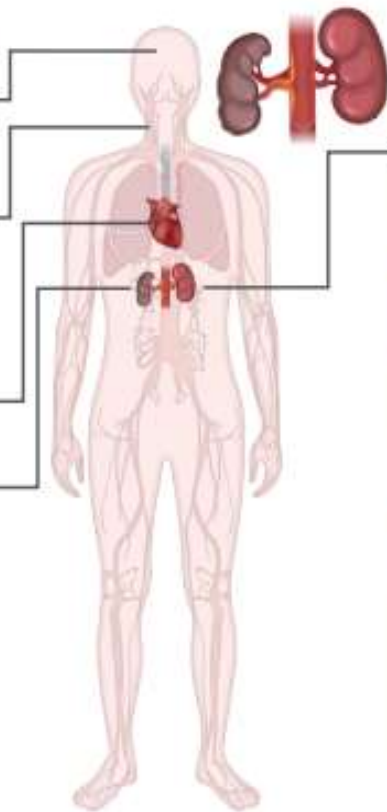
- Edema pulmonar (bilateral)

- Aterosclerosis multisitio

- Atrofia renal inexplicable o asimetría renal

- ↓ TFG, albuminuria, ↑ renina
- ↓ aguda en TFGe tras bloqueador del SRA

- Edad <40 años (displasia fibromuscular)
- Edad >60 años con cambio agudo en la PA o edema pulmonar fugaz



Fisiopatología

Estenosis significativa de la arteria renal:

- Aterosclerosis
- Displasia fibromuscular
- Causas raras

Diagnóstico

- Ecografía Doppler renal
- AngioTC o RM abdominales

Tratamiento

- Médico: manejo óptimo del riesgo de CV
- Intervencionista: angioplastia renal (sin displasia fibromuscular) o con stent (aterosclerosis)

FEOCROMOCITOMA

Tumor productor de catecolaminas (95% abdominal)

Triada diagnostica: HTA +

- Cefalea
 - Sudoración
 - Taquicardia
- } Paroxístico

Dx

Sospecha: Metanefrinas fraccionadas en plasma.

Confirmacion: Catecolaminas + metabolitos en **orina de 24 hs**

TAC/RMN en busca de tumor

TTO

Quirurgico

Bloqueo alfa + beta

- 30% de HTA – 70% de los resistentes.
- Ronquidos, somnolencia diurna, obesidad, síndrome metabólico, cefalea matinal.
- MAPA con HTA nocturna, non dippler o dipper invertido.
- Polisomnografía con oximetría con índice apnea/hipopnea para confirmar.
- **CPAP** para los moderados y severos.

Apnea obstructiva del sueño

Signos y síntomas

- Sueño intranquilo/intermitente, despertares recurrentes, somnolencia diurna, fatiga, problemas de concentración

- Apnea, ronquidos

- Aumento de la circunferencia del cuello

- Fibrilación auricular
- Sin descenso nocturno de la tensión arterial (non-dipping) o patrón inverso de descenso nocturno (dipping inverso) de la tensión arterial en la MAPA

- Obesidad



Fisiopatología

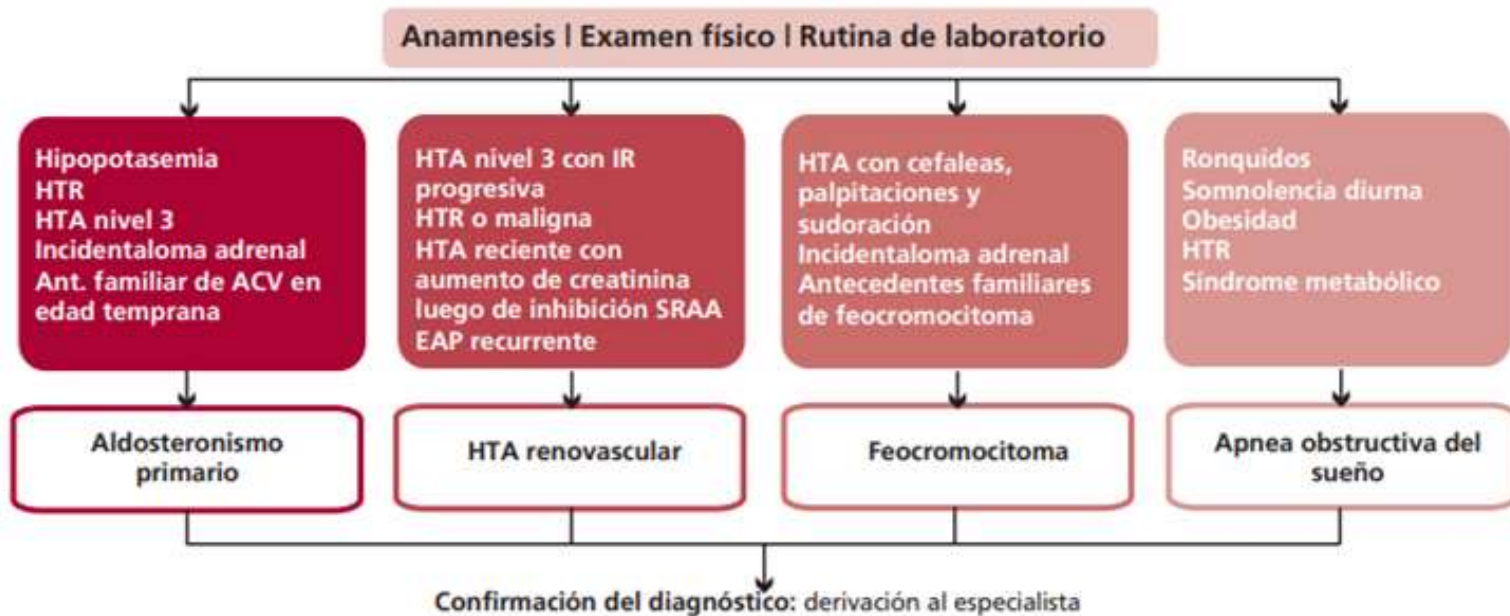
- Obstrucción intermitente de las vías respiratorias altas durante el sueño

Diagnóstico

- Polisomnografía nocturna ambulatoria

Tratamiento

- Pérdida de peso
- CPAP
- Dispositivos de avance mandibular



Sospechar principalmente en pacientes **jóvenes**, con HTA grado 3 **brusca**, empeoramiento de función renal con IECA/ARA2, antecedentes de neoplasias endocrinas

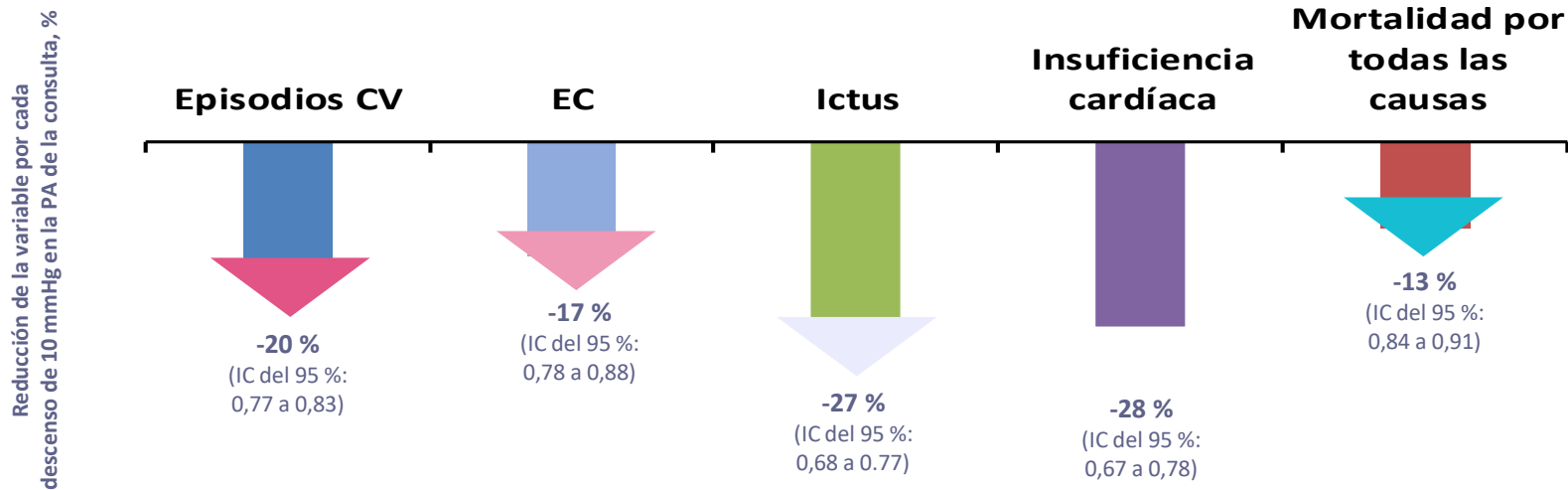
SEGÚN GRUPO ETARIO

| 1 a 12 años | 13-18 años | 19-40 años | 41-65 años | >65 años |
|---|--------------------------------|------------|---|----------|
| Enfermedad renal parenquimatosa | | | | |
| Hipertensión renovascular – Displasia fibromuscular | | | | |
| Coartación de aorta | | | Hipertensión renovascular aterosclerótica | |
| Desórdenes monogénicos | | | Síndrome de Cushing | |
| | Feocromocitoma y Paraganglioma | | | |
| | Aldosteronismo primario | | | |

05

Tratamiento

Beneficios de la reducción de la presión arterial



Cada descenso de la PA de 10 mmHg reduce el riesgo vascular

¿CÓMO Y CUANDO INICIAR EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO?

- ❖ **Todos los pacientes con HTA confirmada → Iniciar cambios en el estilo de vida.**
- ❖ **Tratamiento farmacológico según el grado de HTA y el riesgo cardiovascular:**
 - **HTA Grado 2 o HTA Grado 1 con alto riesgo → Iniciar fármacos + cambios en el estilo de vida.**
 - **HTA Grado 1 de bajo riesgo con 1 factor de riesgo → Monoterapia.**
 - **HTA Grado 1 sin factores de riesgo → Solo cambios en el estilo de vida.**
- ❖ **Casos especiales:**
 - **Octogenarios y pacientes frágiles → Iniciar con monoterapia.**
 - **PA limítrofe → Solo cambios en el estilo de vida, excepto en pacientes de alto riesgo cardiovascular.**

OBJETIVOS

| 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 |

Medidas no farmacológicas

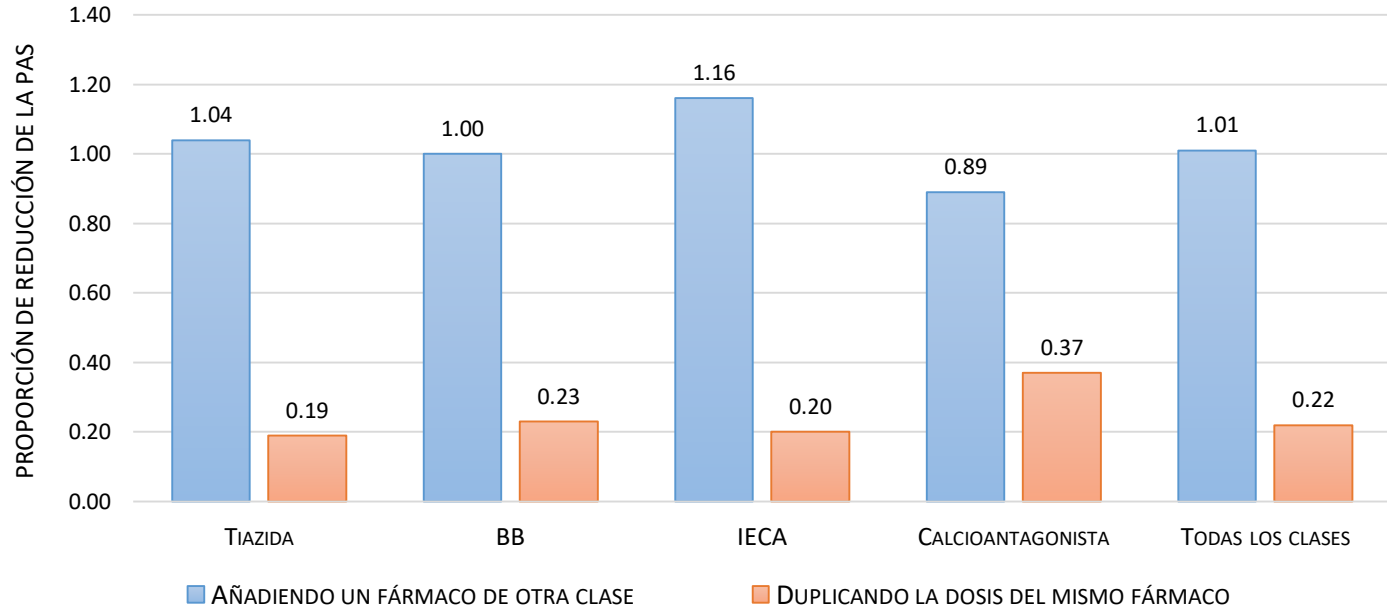
| Medida | Clase de recomendación | Nivel de evidencia | Reducción PAS (mmHg) | Reducción PAD (mmHg) |
|--|------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Descenso de peso (por kilo) | I | A | 1 | 1 |
| Reducción de la ingesta de Na | I | A | 5 | 2 |
| Aumento 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-Mindfulness | II | C | 5-9 | - |
| Exposición al ruido y contaminación del aire | II | C | ----- | ----- |

Recomendaciones generales para el tratamiento farmacológico

- ✓ **Prioridad en el tratamiento**
 - La **reducción de la PA** es más importante que la elección del fármaco específico.
- ✓ **Fármacos recomendados**
 - **IECA, ARA-II, BB, AC y diuréticos tiazídicos** han demostrado eficacia en la reducción de eventos CV.
- ✓ El beneficio se encuentra en mantener el objetivo en el tiempo, ***Tiempo en rango terapéutico***.
- ✓ **Estrategias para mejorar la adherencia**
 - **Dosis única diaria** (fármacos de acción prolongada).
 - **Combinaciones en una sola píldora** → Preferidas en cualquier etapa del tratamiento.
- ✓ **Consideración de la condición socioeconómica del paciente**
 - Accesibilidad y cobertura deben ser tenidas en cuenta.

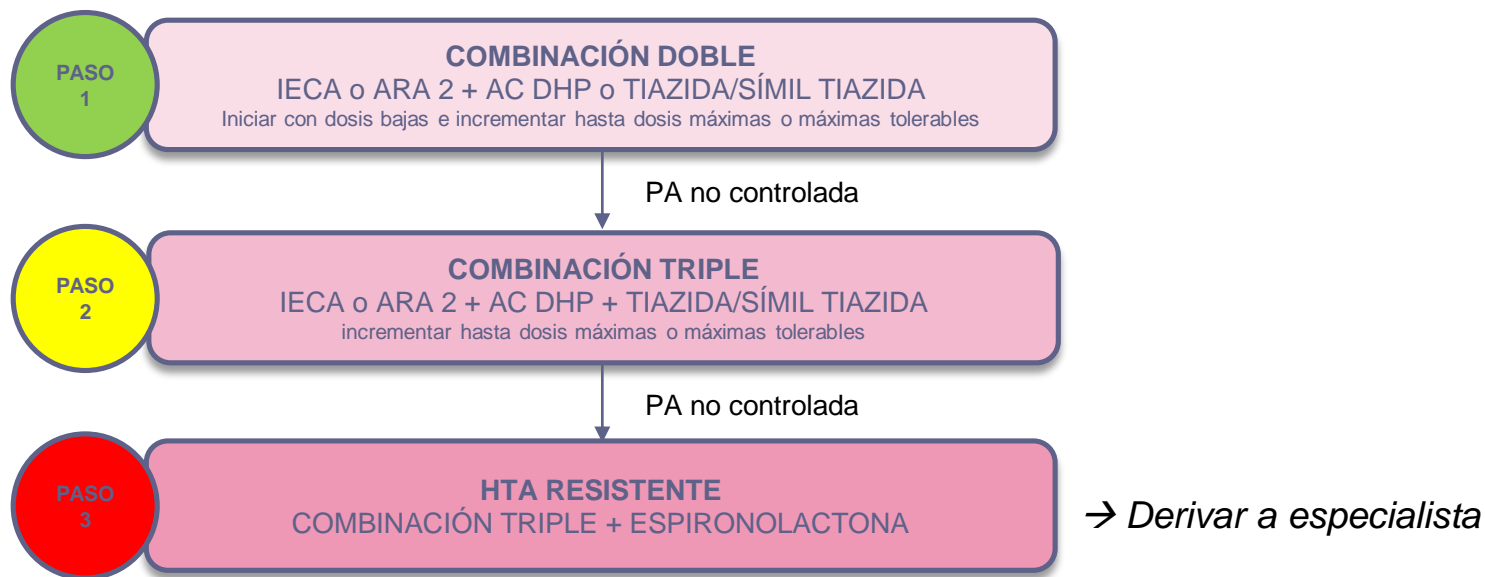
INERCIA TERAPÉUTICA Y FALTA DE CONTROL DE LA HTA

COMPARACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE LA PAS DUPLICANDO LA DOSIS O AÑADIENDO UN FÁRMACO



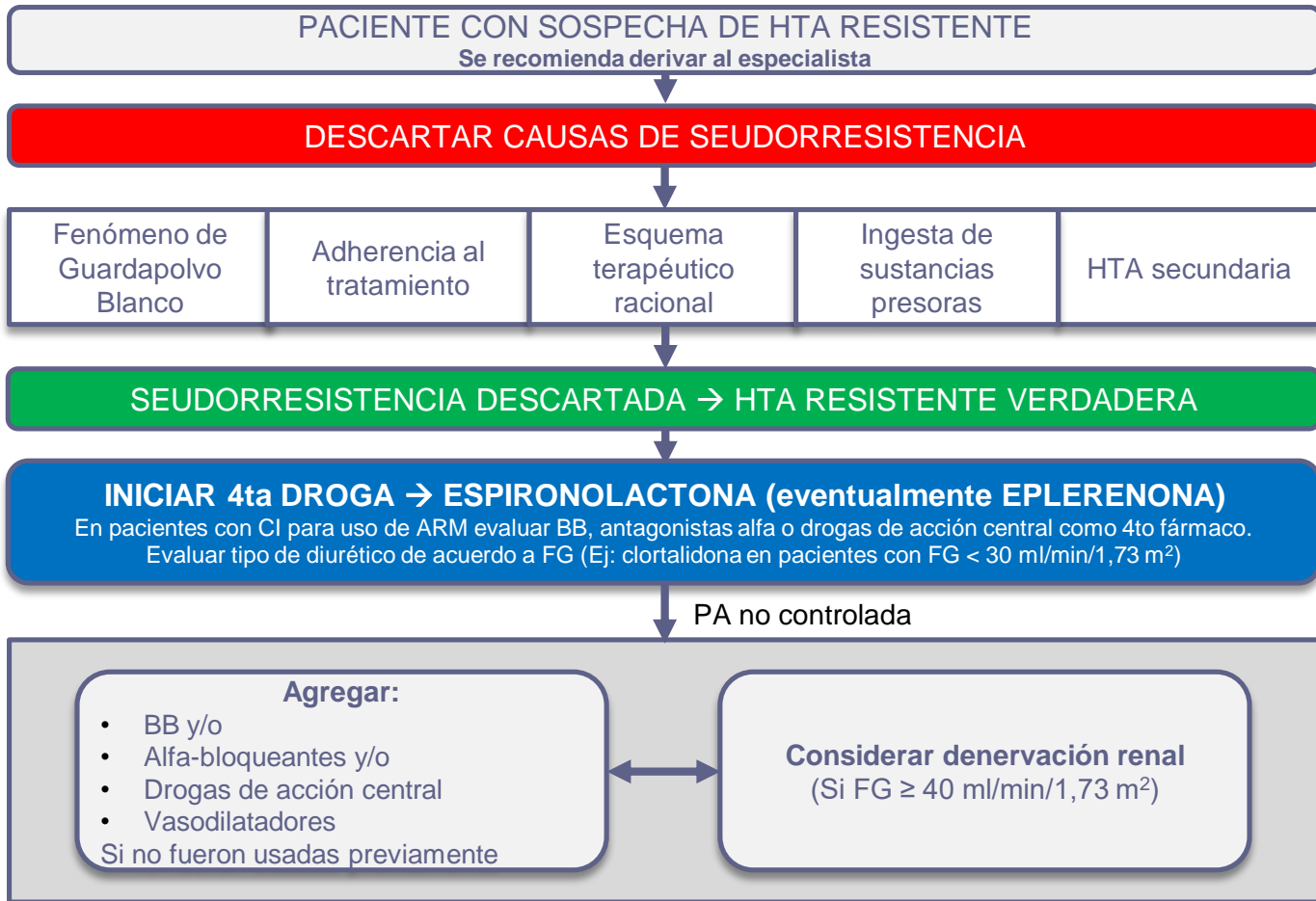
Se recomienda iniciar el tratamiento con combinaciones de 2 fármacos antihipertensivos en la mayoría de los pacientes, preferentemente en 1 comprimido

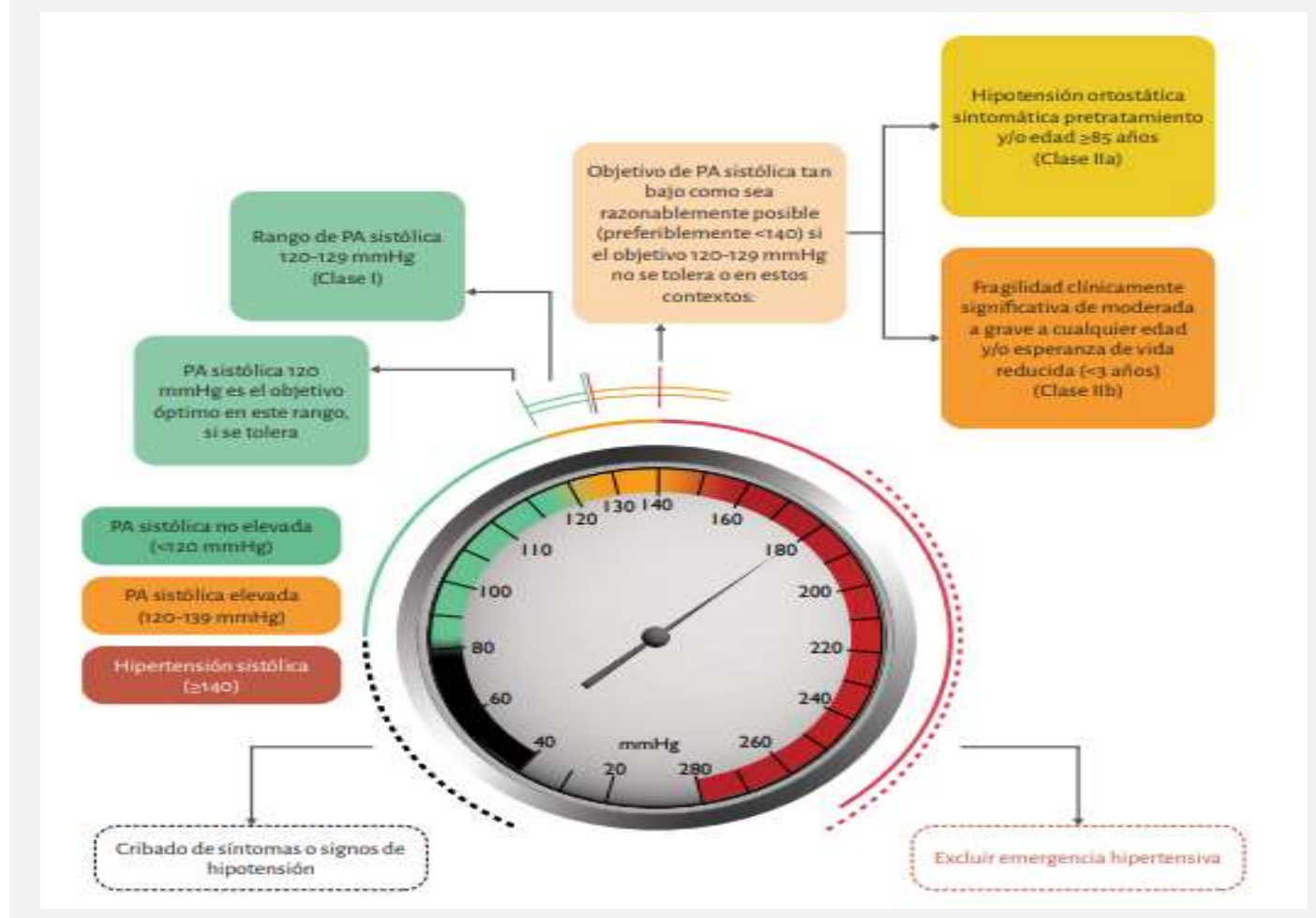
Reservar el uso de monoterapia para pacientes con HTA Grado 1 de bajo riesgo, pacientes frágiles y octogenarios



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

- PA > 140/90 mmhg con 3 farmacos en dosis maxima (uno debe ser diuretico) + cambios en estilo de vida.
- Entre el 5 – 12% de los hipertensos
- Peor pronostico
- Asegurarse adherencia al tratamiento + MAPA/AMPA/MDPA para descartar HTA guardapolvo blanco (Pseudoresistencia)
- HTR: Descartar causas secundarias





CONCLUSIONES

- La HTA es **altamente prevalente y pobremente controlada**.
- La **mala adherencia** y la **inercia terapéutica** son determinantes del mal control.
- El diagnóstico requiere **mediciones estandarizadas** (PAC, MAPA, MDPA).
- La **HTA secundaria debe sospecharse**, con eje en pacientes jóvenes y en HTA resistente.
- Es clave evaluar el **riesgo cardiovascular global** y el **daño de órgano blanco**.
- Iniciar tratamiento con **combinaciones fijas** en la mayoría de los pacientes, reservando la **monoterapia** para pacientes frágiles y en HTA de grado I.
- El objetivo es **lograr y sostener el control tensional en el tiempo**, priorizando fármacos con **beneficio cardiovascular demostrado**.

IMPOSTOR!

