



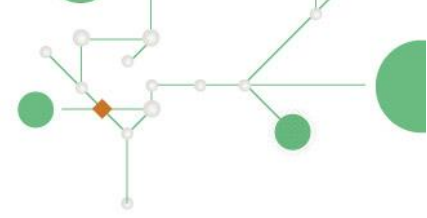
**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

**Hipertensión Arterial: Guías de Práctica Clínica (AHA y otras sociedades científicas,
2025) - Segunda Parte**

*High Blood Pressure: Clinical Practice Guidelines (AHA and other scientific societies,
2025) - Part Two*





Hipertensión Arterial: Guías de Práctica Clínica (AHA y otras sociedades científicas, 2025) - Segunda Parte

High Blood Pressure: Clinical Practice Guidelines (AHA and other scientific societies, 2025) - Part Two

Julián Humberto Ramírez Urrea

MD, MSc, FACP, Profesor Asociado - Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Médico Internista - Magíster Educación en Superior, Universidad de Antioquia, Magíster en Administración en Salud Universidad CES.

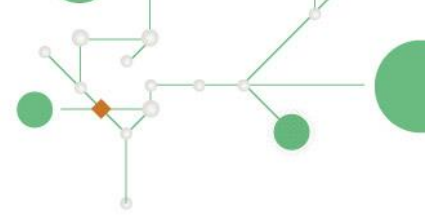
DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.117>

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

Para abordar de manera óptima el contenido sobre la hipertensión arterial y sus métodos de diagnóstico y seguimiento, es conveniente repasar los siguientes presaberes:

- Fisiología cardiovascular básica: relación entre gasto cardíaco, resistencia vascular periférica y regulación de la presión arterial.
- Determinantes de la hipertensión: factores ambientales (dieta, sodio, potasio, alcohol), metabólicos (resistencia a la insulina, obesidad), genéticos y psicosociales.
- Clasificación de la presión arterial: categorías diagnósticas (normal, elevada, estadio 1 y 2) y sus umbrales en consultorio (**ver Tabla 1**)
- Principios de evaluación clínica: correcta técnica de medición de la presión arterial en el consultorio, condiciones necesarias para la validez y estandarización del procedimiento.



Los objetivos del capítulo serán:

- Definir con precisión la hipertensión arterial y su clasificación en adultos no gestantes.
- Conocer el valor del MAPA (monitoreo ambulatorio de la presión arterial) y de la AMPA (auto medición domiciliaria) como métodos diagnósticos y de seguimiento (ver Tabla 2).
- Reconocer condiciones especiales como hipertensión de bata blanca, hipertensión enmascarada y sus variantes, junto con su riesgo cardiovascular (ver Tabla 3).
- Identificar la utilidad de la estratificación del riesgo cardiovascular mediante historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio y métodos complementarios (electrocardiograma, ecocardiografía, puntaje [score] de calcio, biomarcadores).
- Valorar el impacto clínico de estas estrategias en la prevención, el tratamiento y el seguimiento longitudinal de los pacientes hipertensos.

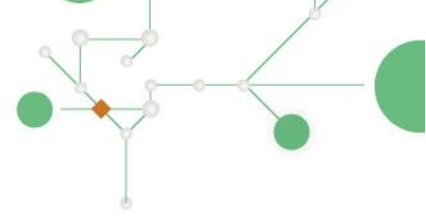
Palabras clave: Enfermedades Vasculares; Capacidad Cardiovascular; Presión Sanguínea.

Keywords: Vascular Diseases; Cardiorespiratory Fitness; Blood Pressure.

Cómo citar este artículo: Ramírez Urrea JH. Hipertensión Arterial: Guías de Práctica Clínica (AHA y otras sociedades científicas, 2025) - Segunda Parte. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2025 [Acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.117>

1. Viñeta clínica

Hombre de 52 años, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular conocida, acude a consulta de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. En el consultorio presenta cifras repetidas de presión arterial de 146/92 mmHg. Se solicita auto medición domiciliaria de la presión arterial (AMPA) durante 7 días, con promedio de 134/84 mmHg, y posteriormente un MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial) de 24 horas



que reporta promedio global de 132/82 mmHg, diurno de 135/85 mmHg y nocturno de 118/72 mmHg.

¿Cómo aplicarías los criterios diagnósticos para clasificar este caso de hipertensión arterial? ¿Qué valor aportan el MAPA y la AMPA en la confirmación diagnóstica frente a las mediciones en consultorio?

[Lee la primera parte de la guía](#)

Nombre (en inglés): 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 Guidelines.*

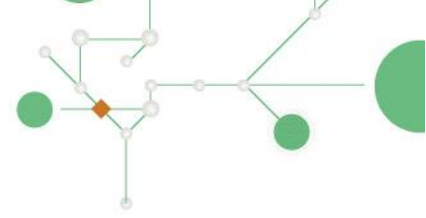
Publicado en: *Circulation* (2025); volumen 152, páginas e01 – e74.

Enlace: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001356>

Contenido

Hipertensión arterial: recordar las bases para clasificar y diagnosticar

La hipertensión no aparece de la nada: es el resultado de una mezcla compleja de factores que acompañan al paciente a lo largo de su vida. Entre ellos, la alimentación juega un papel central. Una dieta alta en sodio, baja en potasio o cargada de alcohol se asocia de forma consistente con mayores cifras de presión arterial. A esto se suma la falta de fibra, calcio, magnesio y proteínas de origen vegetal, que también contribuye al desbalance tensional.



El peso corporal y el metabolismo son otra pieza clave del rompecabezas. El sobrepeso, la obesidad y la resistencia a la insulina están estrechamente ligados a la elevación progresiva de la presión arterial. Incluso, la edad avanzada y la obesidad hacen al organismo más sensible a los efectos del sodio, lo que refuerza la importancia de una dieta moderada en sal.

Pero no todo es dieta y metabolismo. También influyen el sueño (particularmente la apnea obstructiva), el estrés psicosocial y factores ambientales como la contaminación o la exposición a metales pesados. En contraste, la actividad física regular y un buen nivel de condición física actúan como protectores naturales frente al desarrollo de hipertensión.

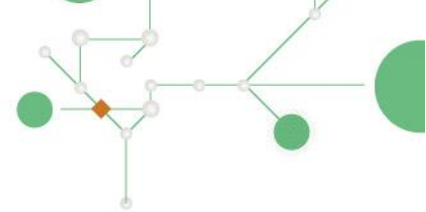
¿Y qué hay de la genética? La presión arterial es un rasgo heredable y se han identificado cientos de variantes genéticas relacionadas con su regulación. Sin embargo, cada una aporta poco y, en conjunto, explican menos del 10 % de la variabilidad poblacional. Esto significa que, aunque la genética importa, lo que realmente pesa es cómo interactúa con el estilo de vida y el ambiente.

En síntesis, la hipertensión no responde a una única causa, sino a la suma de múltiples factores biológicos y conductuales. Por eso, comprender esta interacción es esencial tanto para prevenir como para manejar la enfermedad en la práctica clínica.

¿Cómo definimos y clasificamos la presión arterial?

En adultos no gestantes, la presión arterial (PA) se divide en cuatro categorías principales (ver **Tabla 1**):

- Normal: PAS <120 mmHg y PAD <80 mmHg
- Elevada: PAS 120–129 mmHg y PAD <80 mmHg
- Hipertensión estadio 1: PAS 130–139 mmHg o PAD 80–89 mmHg
- Hipertensión estadio 2: PAS $\geq$ 140 mmHg o PAD $\geq$ 90 mmHg



Aunque el riesgo cardiovascular aumenta de manera continua a medida que suben las cifras, usar categorías facilita la práctica clínica y la salud pública. Esta clasificación permite decidir si basta con medidas preventivas o si ya es necesario iniciar tratamiento, además de valorar si las intervenciones implementadas son efectivas.

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial en adultos no gestantes (medida en consultorio)

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	< 120	y < 80
Elevada	120 – 129	y < 80
Hipertensión, Estadio 1	130 – 139	o 80 – 89
Hipertensión, Estadio 2	≥ 140	o ≥ 90

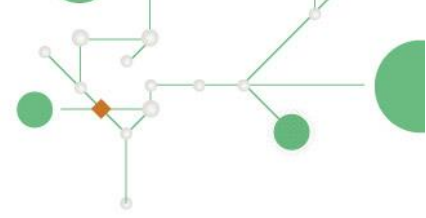
***PA:** presión arterial; **PAS:** presión arterial sistólica; **PAD:** presión arterial diastólica.

Nota: El diagnóstico de hipertensión arterial se basa en el **promedio de ≥2 mediciones cuidadosas en ≥2 ocasiones distintas**. Cuando los valores de **PAS y PAD caen en categorías diferentes**, se clasifica en la **categoría más alta**.

Evaluación inicial en el consultorio

La medición de la PA en consulta es la puerta de entrada. Eso sí, debe hacerse con técnica estandarizada: paciente en reposo, sin café, cigarrillo o ejercicio previo, con brazaleté adecuado, en un entorno tranquilo y registro de dos tomas en dos ocasiones diferentes (Clase 1, Nivel de Evidencia C-LD).

Hoy sabemos que los dispositivos automáticos validados reducen los errores y son confiables en la práctica clínica (Clase 2a, C-EO). Además, la evaluación inicial debe incluir historia clínica, examen físico, laboratorios básicos (perfil lipídico, creatinina, glucosa o hemoglobina glicosilada [HbA1c], hormona estimulante de tiroides [TSH], uroanálisis con relación albúmina/creatinina) y un electrocardiograma. Esto ayuda a estimar riesgo cardiovascular, identificar daño en órgano blanco y descartar causas secundarias.



En casos seleccionados, herramientas como biomarcadores cardíacos, ecocardiografía o score de calcio coronario pueden aportar información adicional para estratificar mejor el riesgo.

Más allá del consultorio: MAPA y AMPA

La medición en consultorio es importante, pero tiene limitaciones. Por eso, el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) y la auto medición domiciliaria (AMPA) son ahora protagonistas:

- El MAPA es el estándar de referencia: mide la PA de forma automática durante 24 horas, con intervalos diurnos y nocturnos. Permite conocer los promedios globales, evaluar variabilidad, identificar el descenso nocturno (*dipping*) o su ausencia, y detectar episodios de hipotensión. Su principal fortaleza es que se correlaciona mejor con los desenlaces cardiovasculares.
- La AMPA, por su parte, es más accesible y práctica para el seguimiento. Consiste en que el paciente mida su presión en casa durante varios días. Además de ser reproducible, cuando se combina con educación y telemedicina, mejora la adherencia y logra reducciones sostenidas en las cifras de PA a mediano plazo. Se recomienda especialmente en pacientes ya tratados (Clase 1, Nivel A).

Un detalle clave: los umbrales diagnósticos cambian según el contexto (ver **Tabla 2**). En el consultorio hablamos de $\geq 140/90$ mmHg, pero fuera de él los valores equivalentes son más bajos ($\geq 135/85$ mmHg en AMPA o MAPA diurna, $\geq 120/70$ mmHg en MAPA nocturna, $\geq 130/80$ mmHg en MAPA 24 horas).

Eso sí: no se recomienda el uso de dispositivos sin brazalete (*cuffless*), porque aún no hay evidencia de su precisión (Clase 3: No Beneficio, Nivel C-LD).

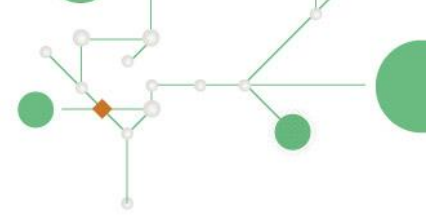


Tabla 2. Valores de presión arterial sistólica/diastólica equivalentes según el lugar y método de medición

Consultorio (mmHg)	AMPA (mmHg)	MAPA diurno (mmHg)	MAPA nocturno (mmHg)	MAPA 24 horas (mmHg)
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90	135/85	135/85	120/70	130/80
160/100	145/90	145/90	140/85	135/85

Reconociendo variantes: bata blanca y enmascarada

El MAPA y la AMPA también permiten detectar situaciones especiales:

- Hipertensión de bata blanca: cifras elevadas en consultorio, pero normales fuera.
- Hipertensión enmascarada: al revés, normales en consultorio, pero altas en el día a día.
- Efecto bata blanca e hipertensión enmascarada no controlada, en pacientes que ya están en tratamiento.

Estas condiciones no son triviales: algunas no aumentan mucho el riesgo, pero otras (como la hipertensión enmascarada) se comportan igual que la hipertensión sostenida en cuanto a desenlaces cardiovasculares (ver **Tabla 3**). Por eso, identificarlas cambia el manejo y evita errores en la toma de decisiones.

En síntesis, la hipertensión requiere una mirada integral. Conocer los factores que la causan, clasificarla con precisión, medirla correctamente y apoyarse en MAPA/AMPA son pasos fundamentales para un diagnóstico certero y un tratamiento ajustado a la realidad de cada paciente.

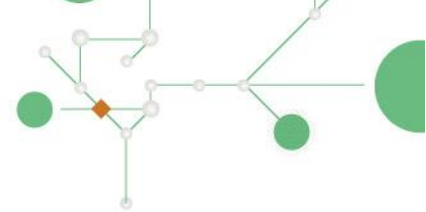


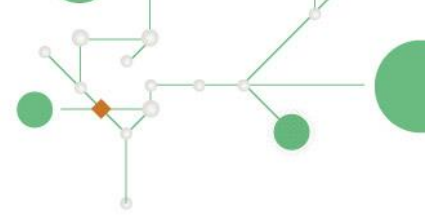
Tabla 3. Categorías de presión arterial según mediciones en consultorio y fuera del consultorio

Categoría de PA	PA elevada en consultorio	PA elevada fuera del consultorio
Sin medicación antihipertensiva		
Normotensión sostenida	No	No
Hipertensión sostenida	Sí	Sí
Hipertensión enmascarada	No	Sí
Hipertensión de bata blanca	Sí	No
Con medicación antihipertensiva		
Hipertensión controlada	No	No
Hipertensión no controlada	Sí	Sí
Hipertensión enmascarada no controlada	No	Sí
Efecto bata blanca	Sí	No

2. Perlas clínicas

La hipertensión es multifactorial. Surge de la interacción entre factores biológicos, conductuales y ambientales; no existe una sola causa:

- **Clasificar correctamente importa.** Las categorías (normal, elevada, estadio 1 y estadio 2) facilitan la práctica clínica, la toma de decisiones y la salud pública (ver **Tabla 1**).
- **La técnica lo es todo.** Una medición inadecuada en consultorio puede llevar a diagnósticos erróneos; seguir protocolos estandarizados es indispensable (Clase 1, C-LD).

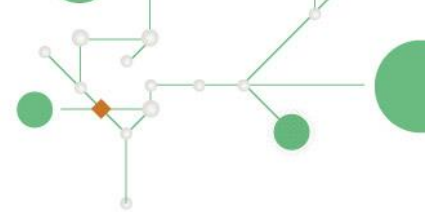


- **El consultorio no basta.** El MAPA y la AMPA complementan las mediciones tradicionales, reducen el sesgo del *efecto bata blanca* y reflejan mejor la realidad tensional del paciente (**ver Tabla 2**).
- **No todos los pacientes son iguales.** Variantes como la hipertensión de bata blanca, la hipertensión enmascarada y la enmascarada no controlada deben ser reconocidas y diferenciadas, pues su riesgo cardiovascular es distinto (**ver Tabla 3**).
- **La estratificación del riesgo es clave.** Historia clínica, examen físico, laboratorios básicos, ECG y, en casos seleccionados, biomarcadores o estudios de imagen ayudan a individualizar el tratamiento de los pacientes.
- **Evidencia y práctica van de la mano.** Cada decisión diagnóstica o terapéutica debe apoyarse en los niveles de evidencia disponibles, para asegurar intervenciones efectivas y seguras.

3. Viñeta clínica (desenlace)

Este hombre de 52 años presenta cifras en consultorio de **146/92 mmHg**, lo que inicialmente lo ubicaría en **hipertensión estadio 2** según la clasificación basada en mediciones en consultorio (**Tabla 1**). Sin embargo, al complementar la evaluación con AMPA y MAPA, se obtiene un **promedio ambulatorio de 132/82 mmHg** (AMPA: 134/84 mmHg; MAPA diurno: 135/85 mmHg; nocturno: 118/72 mmHg). Estas cifras, de acuerdo con los umbrales fuera del consultorio (**Tabla 2**), confirman un diagnóstico de **hipertensión arterial estadio 1**.

La importancia del **MAPA y la AMPA** en este caso es clara: evitan un diagnóstico excesivo basado únicamente en el consultorio y permiten una clasificación más precisa del perfil tensional. Además, descartan condiciones como **hipertensión de bata blanca** (cifras altas



sólo en consulta) e **hipertensión enmascarada** (cifras normales en consulta, pero elevadas en el domicilio), lo cual refuerza la validez del diagnóstico.

A manera de consulta rápida, adjuntamos un mapa de decisión clínica en hipertensión arterial para medición inicial en consultorio (**Figura 1**) y otro mapa para medición fuera del consultorio (**Figura 2**).

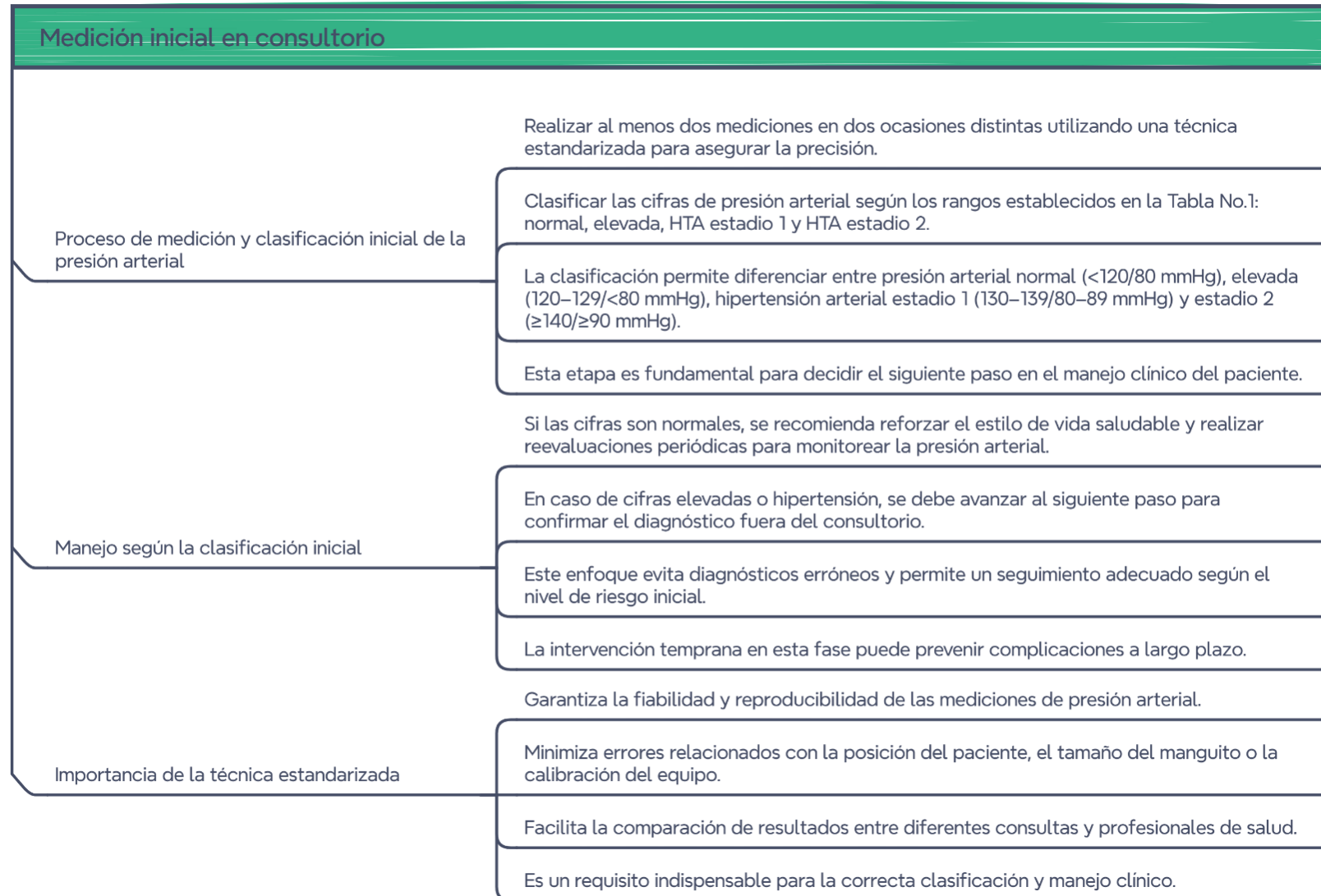
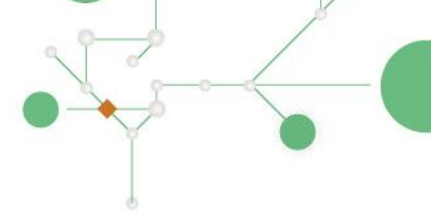


Figura 1. Mapa de decisión clínica en hipertensión arterial: Medición inicial en consultorio.

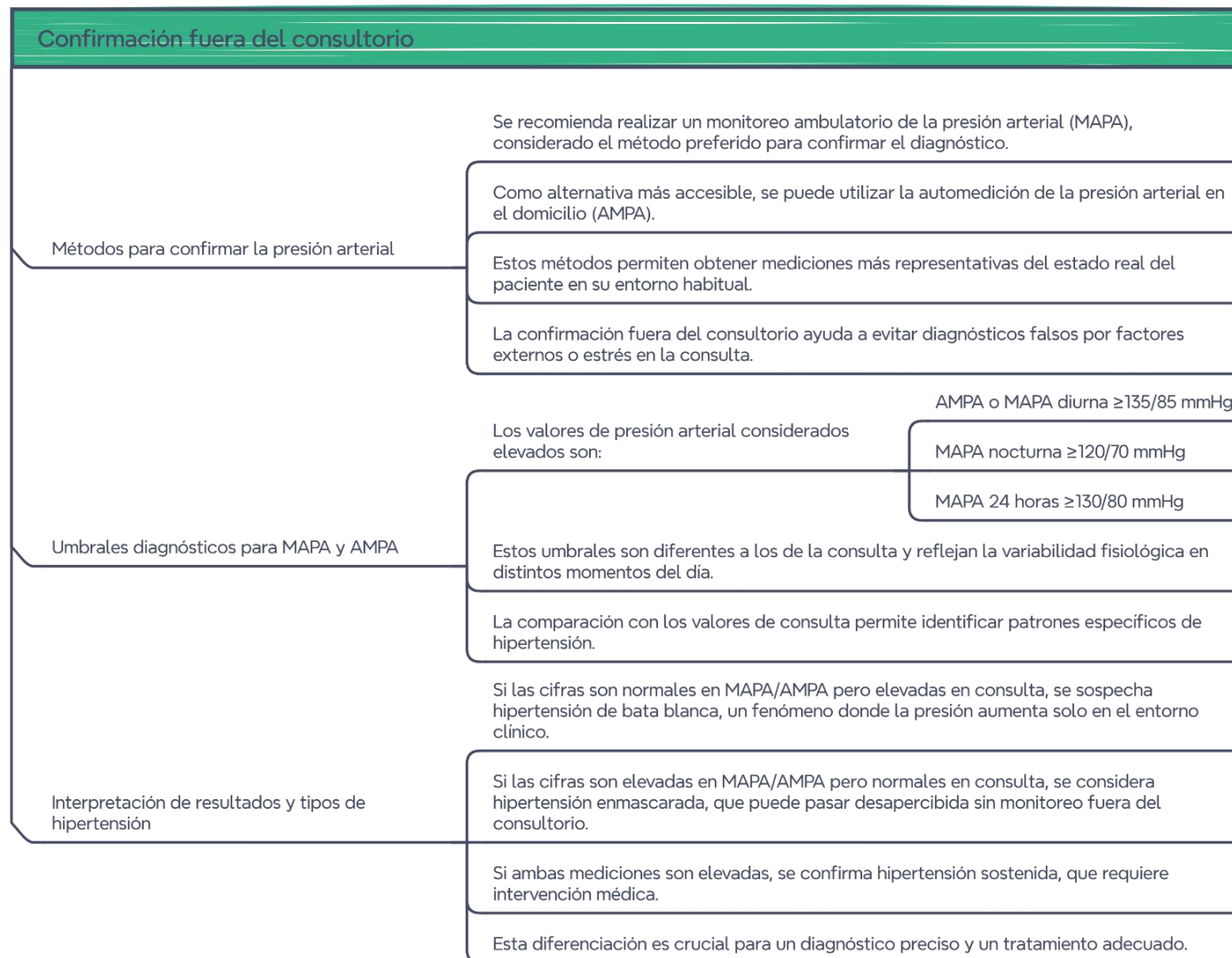
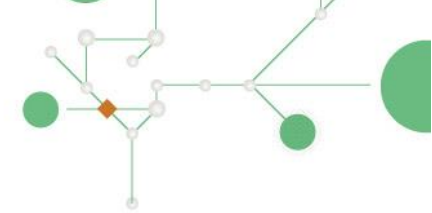
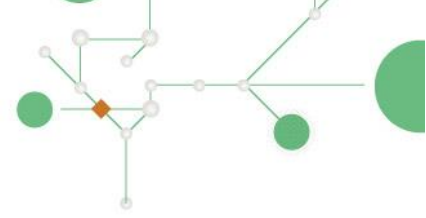


Figura 2. Mapa de decisión clínica en hipertensión arterial: Confirmación fuera del consultorio.



4. Bibliografía

1. Bencivenga L, De Souto Barreto P, Rolland Y, Hanon O, Vidal JS, Cestac P, et al. Blood pressure variability: A potential marker of aging. *Ageing Res Rev.* 2022 Sep;80:101677. doi: 10.1016/j.arr.2022.101677. Epub 2022 Jun 20. PMID: 35738476.
2. Grassi G, Cuspidi C, Dell'Oro R, Quarti-Trevano F. Diagnostic and Therapeutic Approach to Different Hypertensive Phenotypes According to the 2023 ESH Guidelines. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2025 May;32(3):275-285. doi: 10.1007/s40292-025-00716-x. Epub 2025 Apr 17. PMID: 40244524; PMCID: PMC12098205.
3. Parati G, Bilo G, Kollias A, Pengo M, Ochoa JE, Castiglioni P, et al. Blood pressure variability: methodological aspects, clinical relevance and practical indications for management - a European Society of Hypertension position paper *. *J Hypertens.* 2023 Apr 1;41(4):527-544. doi: 10.1097/HJH.0000000000003363. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36723481.
4. Parati G, Stergiou GS, Bilo G, Kollias A, Pengo M, Ochoa JE, et al. Home blood pressure monitoring: methodology, clinical relevance and practical application: a 2021 position paper by the Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability of the European Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2021 Sep 1;39(9):1742-1767. doi: 10.1097/HJH.0000000000002922. PMID: 34269334; PMCID: PMC9904446.
5. Schmieder RE, Redon J, Grassi G, Kjeldsen SE, Mancia G, Narkiewicz K, et al. Clinical value of organ damage markers in hypertension: European Heart Journal position paper. *Eur Heart J.* 2021;42(19):1971–80. doi:10.1093/eurheartj/ehab148