

Clasifica y confirma

La AHA usa estadios 1 y 2. Los grados 1-3 de otras guías tienen umbrales diferentes.

CLASIFICACIÓN AHA/ACC 2025 · PA EN CONSULTORIO [1,2]

Categoría	PAS	Relación	PAD
Normal	<120	Y	<80
Elevada	120-129	Y	<80
Estadio 1	130-139	O	80-89
Estadio 2	≥140	O	≥90

Usa siempre la categoría más alta si PAS y PAD caen en categorías distintas. Un estadio 2 no equivale por sí solo a una emergencia.

GRADOS 1-3 · LASH 2024 [3]

Grado 1	Grado 2	Grado 3
140-159	160-179	≥180
PAS O PAD 90-99	PAS O PAD 100-109	PAS O PAD ≥110

Los tres grados entran en el estadio 2 de AHA. LASH: Sociedad Latinoamericana de Hipertensión.

META GENERAL EN TRATAMIENTO

<130/80

En la mayoría de adultos. Individualizar en fragilidad importante, hipotensión sintomática o vida limitada. No es la meta inmediata de una emergencia. [1,2]

MIDE BIEN → PROMEDIA

Reposo 5 min; espalda y pies apoyados, brazo a nivel del corazón y manguito adecuado.

Evitar tabaco, cafeína y ejercicio 30 min antes. Promediar ≥2 lecturas en ≥2 ocasiones; confirmar con medición domiciliaria o MAPA cuando corresponda. [1,11]

BASE PARA TODOS

DASH, menos sal, actividad física, peso saludable y reducir/evitar alcohol.

En casa: tensiómetro validado de brazo y registro. Revisar adherencia, sueño y fármacos que elevan la PA. [2,3,11]

Tratamiento por escalones

Primero confirma la PA y descarta daño agudo. Después integra estadio, riesgo y comorbilidades.

PA ELEVADA · 120-129 y <80

Medidas de estilo de vida y seguimiento. No iniciar un antihipertensivo solo por esta categoría. [2]

ESTADIO 1 + MAYOR RIESGO

Enfermedad cardiovascular, ictus previo, diabetes, ERC o **PREVENT a 10 años ≥7.5%:**

Estilo de vida + 1 fármaco de primera línea. [1,2]

ESTADIO 1 + MENOR RIESGO

Sin esas condiciones y PREVENT <7.5%:

Estilo de vida 3-6 meses. Si persiste ≥130/80, añadir 1 fármaco. [1,2]

ESTADIO 2 · ≥140 o ≥90

Iniciar 2 fármacos de clases distintas, preferiblemente en una tableta combinada. No esperar 3-6 meses de medidas aisladas. [1,2]

REGLA PARA MEMORIZAR: A + C + D

A **Angiotensina**
IECA o ARA-II

C **Calcio**
Calcioantagonista DHP

D **Diurético**
Tiazida o similar

Dos: A + C o A + D → **si falta control:** A + C + D.
Ajustar a dosis toleradas y revisar la respuesta **cada mes** hasta el control. [1,4]

SI PARECE RESISTENTE

PA fuera de meta con 3 fármacos, incluido diurético, a dosis máximas toleradas; o control con ≥4.

Descartar mala técnica, bata blanca, omisiones, AINE y causas secundarias.

Espironolactona: 25 mg VO/día; valorar 50 mg/día. AHA: TFG_e ≥45 para añadir MRA. Preferir K ≤4.5 mmol/L; vigilar K y riñón. [1,4,12]

EL PERFIL ORIENTA LA ELECCIÓN

ERC con albuminuria: incluir IECA o ARA-II.

IC con FE reducida: esquema propio de IC; beta bloqueador con evidencia y bloqueo neurohormonal.

Angina / indicación cardíaca: valorar beta bloqueador. No es primera línea rutinaria de la HTA sin otra indicación. [1,3,4]

Fuentes y claves de lectura

Síntesis educativa original. Las referencias numeradas permiten verificar recomendaciones, dosis y excepciones.

QUÉ GUÍA ORGANIZA ESTE MATERIAL

AHA/ACC 2025 guía la clasificación, los umbrales y el manejo general. **LASH 2024** permite interpretar los grados 1-3. **AHA/ASA 2026** actualiza el apartado de ictus isquémico. Las metas de distintas guías no se deben intercambiar sin contexto.

REFERENCIAS · TOCA EL TÍTULO PARA ABRIR

- 1

AHA/ACC 2025 · Guía de hipertensión

Jones et al. Circulation. 2025;152:e114-e218. Secciones 5.2, 5.3.9, 5.6, 6.2; tablas 13, 26 y 27.
- 2

AHA 2025 · Resumen oficial

Top Things to Know. Estadios, riesgo PREVENT, inicio farmacológico y meta general.
- 3

LASH 2024 · Guía latinoamericana

Guía clínica: clasificación por grados y tratamiento de la HTA y comorbilidades.
- 4

ESC 2024 · Guía europea

McEvoy et al. Eur Heart J. doi:10.1093/eurheartj/ehae178. Combinaciones y HTA resistente.
- 5

AHA 2024 · PA en atención aguda

Bress et al. Scientific Statement. Medición, daño agudo y prudencia en elevación asintomática.
- 6

Revisión · Emergencias hipertensivas

Davies, Charlesworth, Agarwal. BJA Educ. 2024;24:371-380. Evaluación y selección terapéutica.
- 7

ACC/AHA 2022 · Enfermedad aórtica

Isselbacher et al. Circulation. doi:10.1161/CIR.0000000000001106. Manejo inicial antiimpulso.
- 8

AHA/ASA 2026 · Ictus isquémico

Prabhakaran et al. Stroke. doi:10.1161/STR.0000000000000513. PA y perfusión.
- 9

Losartán · Ficha oficial

DailyMed/NLM. Posología, función renal, potasio y embarazo.
- 10

Amlodipino · Ficha oficial

DailyMed/NLM. Dosis inicial, máximo, fragilidad y edema.
- 11

AHA 2019 · Medición de PA

Muntner et al. Scientific Statement. Técnica y medición fuera del consultorio.
- 12

Espironolactona · Ficha oficial

Aldactone/Pfizer. Control de K al inicio y tras ajustes; precauciones renales.
- 13

Enalapril · Ficha oficial

Epaned/FDA 2013. Dosis en mg de enalapril; contraste con AHA/ACC 2025.
- 14

Revisión · Diuréticos tiazídicos

StatPearls. Farmacología y precauciones; dosis contrastadas con tabla 13 de AHA/ACC 2025.
- Alcance:** adultos; tratamiento crónico principalmente en no gestantes. La caja obstétrica señala una excepción, no sustituye un protocolo obstétrico completo.

Revisión bibliográfica: **12 septiembre 2026**. Las dosis son ejemplos clínicos habituales; comprobar formulación, disponibilidad y protocolo institucional antes de utilizarlas.

TU PRÓXIMO REPASO

Hipertensión arterial · 2026

Repaso visual de la clasificación, el tratamiento y los escenarios de presión arterial elevada.

2 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 9 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Clasificación y confirmación diagnóstica
- Tratamiento por escalones
- Antihipertensivos orales e intravenosos
- Hipertensión grave y emergencias
- Metas según el órgano afectado

Precio individual: \$160 MXN

Leer versión completa

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.