

MEDICAL OVERVIEW

Acceso privado

Qué saber sobre la nueva guía de presión arterial

JAMA. Publicado en línea el 31 de octubre de 2025.
American Heart Association (AHA) & American College of Cardiology (ACC).
Doi:10.1001/jama.2025.17664.

Equipo especializado clínico Check Medicine

Introducción

La nueva guía de **presión arterial (PA) para adultos** publicada en **agosto por la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC)** mantiene algunas definiciones previas, pero incorpora múltiples actualizaciones relevantes que **modifican el enfoque clínico del manejo de la hipertensión**.

Se preservan las definiciones de **presión arterial normal, elevada, e hipertensión en etapas 1 y 2**, así como las recomendaciones respecto a **fármacos antihipertensivos de primera línea**, que siguen siendo las mismas que en la guía de 2017. Sin embargo, la nueva guía introduce **cambios sustanciales** basados en evidencia reciente que apuntan a **tratamiento más temprano y control más estricto de la PA**.

Según los autores, existe evidencia sólida en relación con que **niveles más bajos de PA reducen el riesgo cardiovascular, cerebrovascular y renal**, destacándose que **“menos presión es mejor”** para la salud global del paciente. Esta versión también incorpora **mayor énfasis en la prevención**, extendiendo recomendaciones incluso a personas con **PA normal**.

Los puntos centrales que motivan esta actualización incluyen:

- **Reforzar metas más bajas de PA**, con énfasis en **<130 mmHg** e incentivo a **<120 mmHg** para ciertos grupos.
- **Iniciar tratamiento farmacológico más temprano**, especialmente en hipertensión etapa 1.
- **Introducir herramientas más precisas** de cálculo de riesgo cardiovascular.
- **Ampliar la pesquisa de causas secundarias**, como hiperaldosteronismo primario.
- **Fortalecer medidas preventivas** en dieta, peso, sodio, alcohol y otros factores modificables.

Métodos

El artículo corresponde a una **nota de análisis médico** publicada en *JAMA Medical News*, cuyo propósito es **sintetizar y explicar los principales cambios** incluidos en la nueva guía de presión arterial AHA/ACC 2025. No se trata de un estudio experimental ni de una revisión sistemática, sino de un **resumen crítico** que describe:

- **Las modificaciones realizadas por el comité redactor de la guía**, comparándolas con la versión de 2017.
- **La evidencia clínica actualizada** que fundamenta estas decisiones.
- **Declaraciones y explicaciones de autores de la guía**, incluyendo citas directas de los principales investigadores y clínicos involucrados.
- **Implicancias prácticas** de los cambios para el manejo de pacientes adultos en atención clínica.

No se presentan métodos de investigación primaria; el enfoque consiste en **interpretar, ordenar y comunicar** los cambios formales de la guía oficial recientemente publicada.

Resultados

La nueva guía AHA/ACC introduce múltiples actualizaciones relevantes en el manejo de la presión arterial (PA), las cuales se detallan a continuación siguiendo estrictamente el orden del documento.

1. Metas de presión arterial más bajas y reforzadas

- Se mantiene la meta de **PA sistólica <130 mmHg** para personas con hipertensión y **alto riesgo cardiovascular (CV)**, pero ahora el lenguaje enfatiza que se debe alcanzar **al menos <130 mmHg**, con **estímulo explícito a llegar a <120 mmHg**.
- Para personas con hipertensión **sin riesgo CV elevado**, la misma meta “**puede ser razonable**” para prevenir progresión.
- La evidencia citada demuestra que **una PA sistólica cercana a 120 mmHg reduce eventos cardíacos, ACV e insuficiencia renal**.
- El control debe basarse en **≥2 mediciones en ≥2 visitas**, no en un registro aislado.
- Se aclara que los eventos adversos por intensificación terapéutica son “**infrecuentes y usualmente leves**”, recomendándose siempre juicio clínico individual.

2. Tratamiento más temprano de la hipertensión etapa 1

- Para pacientes con **HTA etapa 1**, sin enfermedad CV clínica y con **bajo riesgo a 10 años**, se indica:
 - **Cambios de estilo de vida por 3–6 meses**.
 - **Iniciar farmacoterapia** si no alcanzan la meta de PA en ese periodo.
- La guía previa recomendaba esperar hasta etapa 2 para iniciar fármacos en este grupo.
- Además, ahora se recomienda **iniciar medicamentos de inmediato** en HTA etapa 1 si el paciente **tiene diabetes o enfermedad renal crónica**, incluso sin enfermedad CV clínica.

3. Evitar monoterapia en muchos pacientes

- Para **HTA etapa 2 o mayor al diagnóstico**, se establece que **la monoterapia no es suficiente**.
- Ensayos recientes muestran que iniciar **combinación de fármacos antihipertensivos** logra metas más rápido y por más tiempo.
- Se recomiendan explícitamente las **combinaciones en un solo comprimido**, para mejorar adherencia.
- Si aparecen efectos adversos, el esquema puede suspenderse y reevaluarse.

4. Adopción del nuevo calculador de riesgo PREVENT

- La guía adopta el nuevo **PREVENT CVD Risk Calculator** (AHA, 2023) en reemplazo de los **Pooled Cohort Equations**.
- Un riesgo **≥7,5% a 10 años** se considera “alto”, equivalente a **10% con los PCEs previos**.
- PREVENT incorpora **función renal** y estima riesgo de **insuficiencia cardíaca** además de enfermedad aterosclerótica, aumentando precisión en la estratificación.

5. Mayor énfasis en prevención de demencia

- Fortalece la evidencia que demuestra que **llevar la PA sistólica a <130 mmHg previene deterioro cognitivo leve y demencia**.
- Este es uno de los motivos para iniciar tratamiento farmacológico en **HTA etapa 1 persistente**, incluso en personas de **bajo riesgo CV**.
- Se refuerza la relación entre HTA de mediana edad y mayor riesgo de demencia por **daño microvascular cerebral**, análogo al mecanismo de ACV isquémico.

6. Nuevos exámenes de laboratorio recomendados

a) Albuminuria:

- Se incorpora la **relación albúmina/creatinina urinaria** como parte del estudio estándar de toda persona con PA elevada o hipertensión.
- Es **más sensible** para detectar daño renal temprano que la creatinina sérica, la cual **se mantiene** igualmente recomendada.

b) Pesquisa ampliada de hiperaldosteronismo primario:

- Se recomienda tamizaje mediante **aldosterona plasmática/renina** en:
 - HTA resistente
 - Apnea obstructiva del sueño
 - Algunos cuadros donde se sospeche etiología secundaria
- Puede considerarse también en **HTA etapa 2**, dada su prevalencia no reconocida.
- Se aclara que el paciente **puede continuar la mayoría de los antihipertensivos** antes del examen, corrigiendo recomendaciones antiguas que pedían suspenderlos.

7. Recomendaciones dietarias: menos sodio y uso de sustitutos

- Se sugiere dieta baja en sodio para **toda la población**, no solo hipertensos.
- Meta: **<2300 mg/día**, idealmente **<1500 mg/día**.
- Se refuerza el beneficio de **sales sustitutas ricas en potasio**, útiles para reducir PA (excepto en enfermedad renal crónica).

8. Recomendación explícita de reducción de peso

- Para personas con sobrepeso u obesidad, se fija por primera vez una meta específica:
 - **Pérdida $\geq 5\%$ del peso corporal** o
 - **Reducción de ≥ 3 puntos de IMC**
- Se basa en evidencia que muestra que reducciones menores tienen menor impacto en PA.
- La guía menciona por primera vez los **agonistas GLP-1**, señalando que **pueden ser útiles como coadyuvantes** en el descenso de PA cuando se usan para manejo de peso.

9. Alcohol: la recomendación ideal es abstinencia

- La nueva guía establece que **el consumo ideal de alcohol es ninguno** para toda la población.
- La evidencia muestra que **la PA sistólica y diastólica aumentan con cualquier nivel de consumo**.
- Para quienes continúen consumiendo:
 - Mujeres: **≤ 1 bebida/día**
 - Hombres: **≤ 2 bebidas/día**

Discusión

La actualización de la guía AHA/ACC introduce un **cambio claro hacia tratamiento más precoz, metas más estrictas y prevención ampliada**, debido a evidencia acumulada que demuestra que **reducir la PAS hacia 120 mmHg disminuye enfermedad cardiovascular, ACV, demencia y daño renal**, con efectos adversos poco frecuentes.

La guía destaca la necesidad de **iniciar tratamiento antes**, incluso en hipertensión etapa 1 con bajo riesgo, dado el vínculo entre HTA en mediana edad y **deterioro cognitivo futuro**. La prevención de demencia se transforma en un **objetivo explícito**.

Se adopta el modelo **PREVENT**, que mejora la predicción del riesgo al incorporar **función renal y riesgo de insuficiencia cardíaca**, superando limitaciones del PCE previo.

La actualización también refuerza la **pesquisa de hipertensión secundaria**, especialmente del hiperaldosteronismo primario, facilitando el proceso al permitir mantener la mayoría de los antihipertensivos antes del examen.

En estilo de vida, la guía es más estricta:

- **Restricción universal de sodio** y uso de **sales altas en potasio**.
- **Pérdida ponderal $\geq 5\%$** como meta clara.
- **Abstinencia alcohólica** como recomendación ideal basada en evidencia consistente.

Finalmente, se reconoce el **rol emergente de agonistas GLP-1** como apoyo en el manejo del peso y en la reducción indirecta de la PA, aunque sin considerarlos aún tratamiento antihipertensivo formal.

Conclusiones

Eje de la actualización	Conclusión principal	Implicación clínica según el artículo
Metas terapéuticas	Las metas de PA <130 mmHg se refuerzan, con incentivo hacia <120 mmHg.	La evidencia muestra que <i>PA más baja = menor riesgo</i> de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y daño renal.
Momento de iniciar farmacoterapia	Se recomienda comenzar tratamiento más temprano en HTA etapa 1 si no hay control en 3–6 meses.	Se abandona la lógica de esperar a HTA etapa 2; el tratamiento temprano previene progresión y daño orgánico.
Combinación farmacológica inicial	La monoterapia no es suficiente en HTA etapa 2.	El inicio con combinaciones (idealmente en comprimido único) logra metas más rápido y mejora adherencia.
Estratificación de riesgo	La guía adopta el nuevo calculador PREVENT.	Mejora la predicción de riesgo cardiovascular al incluir función renal y riesgo de insuficiencia cardíaca.
Prevención de deterioro cognitivo y demencia	Se confirma beneficio de mantener PAS <130 mmHg.	Justifica tratamiento precoz incluso en personas de bajo riesgo, por impacto en prevención cerebral.
Pesquisa y estudio ampliado	Se incorpora albuminuria como estudio estándar y se amplía el tamizaje de hiperaldosteronismo primario.	Permite identificar daño renal temprano y causas secundarias subdiagnosticadas, sin necesidad de suspender la mayoría de antihipertensivos.
Estilo de vida y prevención	El enfoque preventivo se intensifica para toda la población.	Incluye restricción de sodio, uso de sales ricas en potasio, pérdida de peso $\geq 5\%$, y abstinencia alcohólica como recomendación ideal.
Uso de terapias emergentes	Los agonistas GLP-1 se reconocen como apoyo útil al manejo de peso.	Su efecto en pérdida ponderal puede contribuir adicionalmente al control de la PA.