

Todo lo que Debes Saber Sobre la Actualización 2025 de la AHA para Hipertensión



**Sophia Salinas
Lara
ACEMJAL**

sophia.salinas1973@alumnos.udg.mx



**Andrea Montserrat
Salinas Lara
ACEMJAL**

andrea.salinas4035@alumnos.udg.mx

Todo lo que debes saber sobre la actualización 2025 de la AHA para hipertensión.

La hipertensión sigue siendo el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, infartos y ERC en estadio terminal. En México existen alrededor de 30 millones de adultos con hipertensión, y se estima que aproximadamente el 46% lo desconoce (1).

Por este motivo, consideramos importante conocer la actualización de la guía para hipertensión de la AHA/ACC 2025, para adoptar algunas de las propuestas establecidas y modificarlas para mejorar el abordaje de la hipertensión en México (2).

La actualización de la guía considera el estilo de vida, el manejo del peso del paciente, la restricción de sodio, la actividad física, la dieta DASH, el manejo del estrés y la reducción del consumo de alcohol como los principales factores de riesgo modificables, claves para el tratamiento de primera línea contra la hipertensión. Se menciona que el abordaje clínico exclusivo ya no es suficiente para un tratamiento efectivo, sino que se requiere un equipo multidisciplinario para mejorar los resultados y lograr una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Una de las novedades presentadas más

importantes de la guía es el uso de su herramienta PREVENT (por sus siglas en inglés Predicting Risk of CVD Events), cuya finalidad es estimar el riesgo total de un evento cardiovascular a 10 y 30 años en adultos de 30 a 79 años. Esta herramienta toma en cuenta el uso de estatinas, función renal y los determinantes sociales de la salud, lo que implica una reducción en el sesgo y una mejora en el índice de diagnósticos oportunos (3). Aunque esta herramienta mejora la predicción de riesgos y aporta a la individualización de tratamientos, presenta ciertas limitaciones que la descartan para su uso en México; la principal es que para calcular el riesgo solicita un domicilio estadounidense.

Por otro lado, consideramos que la creación e implementación de una herramienta similar para nuestra población sería una excelente idea, ya que, como se menciona en la guía, para obtener mejores resultados y optimizar los tratamientos, estos no deberían recaer únicamente sobre el paciente y el personal de salud, sino que debe crearse un entorno en el que el paciente pueda contar con herramientas de apoyo que lo impulsen a una mejoría y adaptación en el menor tiempo posible.

Avanzando con los temas abordados dentro de la guía, nuevamente se refuerza la meta de mantener la presión arterial por debajo de 120/80 mmHg en la mayoría de los adultos, destacando los beneficios de

la reducción intensiva de la presión para el sistema cardiovascular y renal, incluyendo evidencia que sugiere la reducción del riesgo de desarrollar demencia. Algo que nos gustó fue que dentro de ese grupo de adultos se excluye a las embarazadas, los pacientes con enfermedad terminal y aquellos pacientes institucionalizados.

Además, se excluyeron criterios como la edad, sexo y raza, unificándolos con la finalidad de brindar un mejor tratamiento, sin dejar de reconocer su importancia según el contexto del paciente. Se actualizó el término "emergencia hipertensiva" por "hipertensión severa" (aquella por encima de 180/120 mmHg), brindándole al clínico la capacidad de evaluar la estrategia de tratamiento de manera individualizada, reduciendo el uso de medicamentos IV cuando no son realmente necesarios (2).

Destaca la nueva clasificación para la presión arterial de la siguiente manera: sistólica <120 mmHg y diastólica <80 mmHg como normal; sistólica de 120 a 129 mmHg y diastólica <80 mmHg como presión arterial elevada; sistólica de 130 a 139 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg como hipertensión en estadio 1; sistólica $\geq$ 140 mmHg y diastólica $>$ 90 mmHg como hipertensión en estadio 2, donde, además de separar valores de sístole y diástole para ser considerados hipertensivos, se tomará en cuenta el valor que más rango tenga para cada paciente, considerando como un paciente con presión elevada aquel cuya presión sea de 129/72 mmHg.

Coincidimos con la guía en que, para poder hacer un diagnóstico adecuado de hipertensión, se debe excluir la

hipertensión secundaria, la hipertensión de bata blanca y otros factores que influyen en su fluctuación. Una actualización importante fue darle mayor importancia al aldosteronismo primario como una causa de hipertensión secundaria; este, además de ser poco reconocido y subdiagnosticado, representa del 5-10% de pacientes con hipertensión y hasta un 20% de pacientes con hipertensión resistente. A pesar de que las estadísticas son importantes, menos del 2% de los pacientes son elegibles a pruebas confirmatorias.

Por este motivo, la guía propone darle seguimiento a todos los pacientes con hipertensión resistente, o en etapa 2, sin importar los niveles de potasio séricos; también se vio una expansión en los criterios de evaluación a pacientes, al tomar en cuenta a quienes presenten hipertensión con hipopotasemia, calambres o debilidad, masas suprarrenales, apnea obstructiva del sueño o antecedentes familiares de importancia.

Aunque las pruebas iniciales y confirmatorias se mantienen, en la nueva versión se añadió la razón albúmina/creatinina. Se toman como criterios iniciales los valores de la concentración plasmática de aldosterona (PAC), actividad de la renina plasmática (PRA) y la relación aldosterona/renina (ARR); se toma como referencia: una ARR $\geq$ 30 (PAC en ng/dL y PRA en ng/mL/h) con PAC $\geq$ 10 ng/dL acompañada de una reducción en la actividad de la renina $<$ 1 ng/mL/h, estos ya sugieren aldosteronismo primario y se solicita una prueba confirmatoria. Es importante conocer las preparaciones adecuadas para realizar los estudios y así evitar resultados

distorsionados por factores ajenos al paciente. La guía va de la mano con la tecnología, pues deja bien claro que se prefiere el uso de un baumanómetro digital validado antes que uno manual y que debe haber al menos dos mediciones válidas con 15 minutos de separación entre cada una y deben hacerse tanto en un ambiente hospitalario como fuera del mismo; haciendo hincapié en la importancia de una capacitación adecuada sobre el uso de estas tecnologías, para tomas en casa o en clínicas ya sea de manera asistida o inasistida, asegurando así resultados válidos, que apoyen al clínico para establecer tratamiento y evitando así la medicación por falsos positivos.

En torno al tratamiento farmacológico nos pareció un buen abordaje que se dividiera en "dos grupos" a los pacientes y así saber qué tipo de tratamiento es más oportuno; estos se dividen de la siguiente manera: Grupo 1, se recomienda dar tratamiento farmacológico cuando la PA es $\geq 130/80$ mmHg en adultos con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes, ERC, o riesgo de ECV a 10 años $\geq 7.5\%$; para el Grupo 2, en pacientes con riesgo $< 7.5\%$ se prefiere un tratamiento conservador; en comparación con aquellos pacientes que mantengan una PA $\geq 130/80$ mmHg aún después de 3 a 6 meses de haber iniciado una intervención en su estilo de vida, esto se hace con la finalidad de ajustar el tratamiento al riesgo individual y evitar la sobremedicación. En el caso de adultos con hipertensión en etapa 2, la guía recomienda iniciar tratamiento con dos fármacos antihipertensivos de primera línea de clases diferentes, idealmente en una combinación de dosis fija. Nos pareció

una buena estrategia de medicación la combinación de fármacos en un solo comprimido, ya que esto ayuda a que los pacientes tengan una mejor adherencia al tratamiento mientras que se logra una estabilización más rápida.

Continuando con las actualizaciones sobre tratamientos alternos, en la nueva guía se habla de la denervación renal (RDN) como una alternativa terapéutica para pacientes con hipertensión resistente. Esta alternativa se está considerando para pacientes adultos cuya presión esté descontrolada a pesar de contar con tratamiento farmacológico persistente o presenten intolerancia a diferentes tratamientos; se toma como referencia una presión sistólica de 140-180 mmHg y diastólica ≥ 90 mmHg.

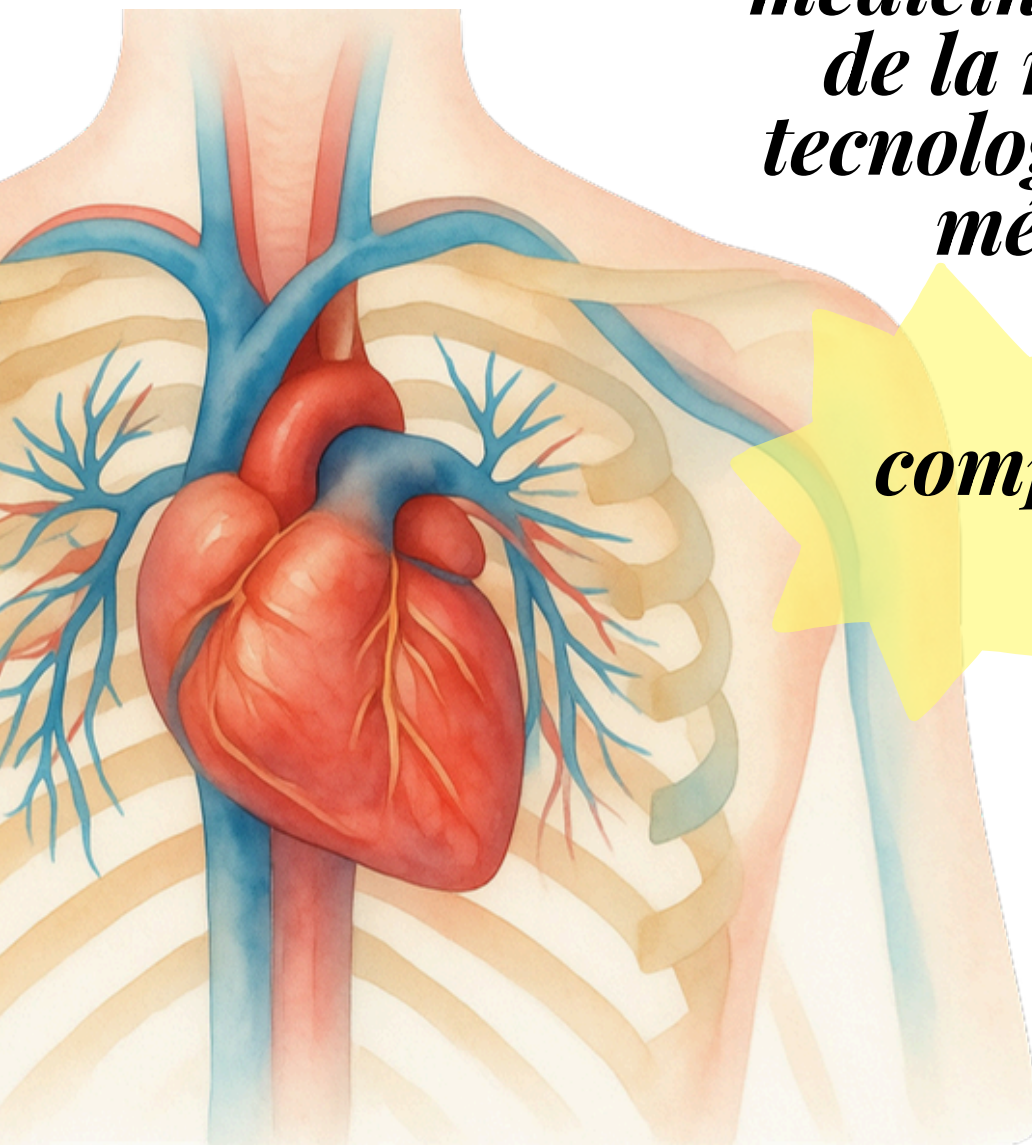
Creemos que esta alternativa sí debe ser considerada para pacientes que cumplan con los requisitos y en los cuales sea mayor el beneficio que la intervención; la guía menciona que en estudios clínicos realizados se demostró que la presión sistólica diaria disminuye aproximadamente 4-6 mmHg en pacientes no medicados y de 3-5 mmHg en aquellos que ya toman de dos a cinco antihipertensivos. Es importante conocer los criterios de elegibilidad para que un paciente sea candidato a recibir este tratamiento; estos criterios son: hipertensión diastólica y sistólica, tasa de filtrado glomerular ≥ 40 mL/min/1.73 m² y arteria renal adecuada (3-8 mm de diámetro); durante el posoperatorio se deben mantener bajo monitoreo a los pacientes para estenosis en la arteria renal, aunque solo se tenga registrado un riesgo de 0.2% por año con el

pico máximo en los primeros seis meses. La guía clasificó la RDN como una recomendación Clase IIb, pero esto no significa que este procedimiento deba considerarse curativo o un sustituto a medicación antihipertensiva.

Finalmente, concluimos la importancia de una valoración cuidadosa y contextualizada al paciente sobre un abordaje generalizado, para reducir así los sobretratamientos y otros riesgos que puedan surgir. Creemos que después de esta actualización podemos tomar algunas recomendaciones y adaptarlas a nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. En México, más de 30 millones de personas padecen hipertensión arterial: Secretaría de Salud [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023 mar 31 [citado 2026 Jul 13]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud>
2. Writing Committee Members, Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCN A/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. Hypertension. 2025;82(10):e212-e316. doi:10.1161/HYP.000000000000249.
3. American Heart Association. The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2023 [citado 2026 Jul 13]. Disponible en: <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>



“Creo que la medicina debe de ir de la mano con la tecnología, pero los médicos deben ejercer con empatía, comprendiendo el contexto del paciente”