Hipertensión arterial: diagnóstico, metas, tratamiento, crisis, resistencia y embarazo

Basada en la guía AHA/ACC 2025, la guía ESC 2024, la guía global ISH 2026, el Consenso Mexicano de Hipertensión 2026 (GREHTA), la guía ESC 2025 de enfermedad cardiovascular y embarazo, el boletín ACOG 222 y su actualización 2024, la guía de la Endocrine Society 2025 de aldosteronismo primario, el consenso ACC 2026 de hipertensión resistente y los ensayos citados al final.

Versión 1.3 · Revisado el 26 de octubre de 2026 (agrega la guía global ISH 2026) · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

<130/80
meta de AHA/ACC, GREHTA y meta óptima de ISH 2026; la europea busca sistólica de 120–129 si se tolera

~30 %
llega a la meta con un solo fármaco: por eso se inicia con combinación en una tableta

Hasta 1 de 5
pacientes con hipertensión resistente tiene aldosteronismo primario; se busca en ~1.6 %

LO QUE TIENES QUE SABER

- Las guías **bajaron la meta**: menos de 130/80 (ISH 2026 la llama óptima; la mínima es menos de 140/90), y la europea pide 120–129 de sistólica si se tolera.
- ISH 2026: 130–139/80–89 ya es **presión elevada** que amerita tratamiento en la mayoría, y el **monitoreo estandarizado en casa** es el método principal.
- Una presión **mal medida** sale 5–10 mmHg más alta; confirma fuera del consultorio antes de diagnosticar o subir dosis.
- Con 140/90 o más se inicia con **dos fármacos en una tableta**: IECA o ARA-II más amlodipino o tiazida.
- Sin daño agudo a órgano, la presión muy alta se maneja **por vía oral y sin prisa**; el nifedipino sublingual no se usa.
- Hipertensión resistente: **busca aldosteronismo** antes del cuarto fármaco; el cuarto es espironolactona.
- En el embarazo, **tratar desde 140/90** mejora los desenlaces (CHAP); IECA, ARA-II y atenolol están contraindicados.

1 Definición y clasificación: aquí las guías no coinciden

GUÍA	DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN (CONSULTORIO)	CATEGORÍA INTERMEDIA
AHA/ACC 2025	≥130 de sistólica o ≥80 de diastólica	Elevada: 120–129 / <80
ESC 2024	≥140/90	Presión elevada (nueva): 120–139 / 70–89
GREHTA 2026	≥140/90, o ≥130/80 si el riesgo es alto	—
ISH 2026	≥140/90 confirmado en ≥2 visitas, con 3 tomas por visita (promedio de las 2 últimas)	Presión elevada: 130–139 / 80–89, un nivel anormal que amerita intervención

La europea define la presión no elevada como <120/70. Más allá de la etiqueta, todas coinciden en que el riesgo cardiovascular decide cuándo dar fármaco con cifras de 130–139/80–89.

1 Definición y clasificación
2 Medición correcta
3 Cuándo dar fármaco y metas
4 Estilo de vida
5 Tratamiento farmacológico y dosis
6 Crisis hipertensiva
7 Hipertensión resistente y aldosteronismo
8 Embarazo y posparto
9 Errores frecuentes
10 Preguntas tipo examen · Referencias

2 Medición correcta: la cifra que decide todo

Lo que la altera (de 5 a 10 mmHg hacia arriba cuando la técnica es incorrecta): sin reposo, espalda sin apoyo, piernas cruzadas, brazo colgando, paciente hablando, manga arremangada que hace torniquete. Brazalete chico la sobreestima; grande, la subestima.

Técnica: 5 minutos sentado; sin cafeína, tabaco ni ejercicio en los 30 minutos previos; vejiga vacía; brazo apoyado a la altura del corazón; brazalete sobre la piel. Tres tomas con 1–2 minutos de diferencia y se promedian las dos últimas. En la primera visita, ambos brazos: si difieren >10 mmHg, se usa el más alto.

El aparato: solo alrededor del 6 % de los que se venden se han probado adecuadamente. Usa uno validado y de brazo; los dispositivos sin brazalete y los de reloj no se recomiendan (AHA 2025).

Fuera del consultorio (MAPA de 24 h o en casa) para detectar bata blanca e hipertensión enmascarada. En casa: 2 tomas en la mañana (antes del desayuno y del medicamento) y 2 en la noche, por 3–7 días. GREHTA: 3 tomas, 7 días.

ISH 2026: las tomas casuales, en consultorio o en casa, ya no sirven para diagnosticar ni ajustar. El **monitoreo estandarizado en casa** es el método principal: 3–7 días, mañana y noche, 2 tomas cada vez; mínimo 3 días y 12 lecturas, y se descarta el primer día. No hay beneficio de dar el fármaco en la noche.

UMBRAL EQUIVALENTE A HIPERTENSIÓN	AHA/ACC 2025	ESC 2024	ISH 2026
Consultorio	≥130/80	≥140/90	≥140/90
Casa	≥130/80	≥135/85	≥135/85

MAPA según ISH 2026: promedio de 24 h ≥130/80, vigilia ≥135/85 y sueño ≥120/70.

3 Cuándo dar fármaco y a qué meta

GUÍA	INICIO DE FÁRMACO	META
AHA/ACC 2025	≥140/90: siempre. ≥130/80: si hay enfermedad cardiovascular, diabetes, ERC o riesgo a 10 años ≥7.5 % con PREVENT (equivale a ≥15 % con Framingham). Riesgo bajo: 3–6 meses de estilo de vida y, si persiste ≥130/80, fármaco.	<130/80 (clase 1 en riesgo alto) y se anima a sistólica <120 si se tolera.
ESC 2024	≥140/90: fármaco de inmediato, sin importar el riesgo. Presión elevada (120–139/70–89) con riesgo suficientemente alto (SCORE2 ≥10 %, ECV, diabetes, ERC moderada-grave, daño a órgano, hipercolesterolemia familiar): 3 meses de estilo de vida y fármaco si se confirma ≥130/80.	Sistólica 120–129 si se tolera; individualizar (principio "tan baja como sea razonablemente posible") en ≥85 años, fragilidad moderada-grave, ortostatismo sintomático o esperanza de vida <3 años. Mantener el tratamiento de por vida, incluso después de los 85 si se tolera.
GREHTA 2026	≥140/90, o ≥130/80 con riesgo alto.	<130/80 en los primeros 3 meses y mantenerla de por vida.
ISH 2026	≥140/90: casi todos, con doble en una tableta. Presión elevada (130–139/80–89): casi todos, con monoterapia, o doble a dosis baja si el riesgo es alto y la sistólica está cerca de 140. Riesgo bajo con <160/100: 3 meses de estilo de vida primero.	Esencial <140/90; óptima <130/80 (consultorio, casa y MAPA de vigilia), confirmada fuera del consultorio. Individualizar en >85 años, fragilidad, ortostatismo sintomático o esperanza de vida limitada.

POBLACIONES CON SU PROPIA REGLA (AHA/ACC 2025)

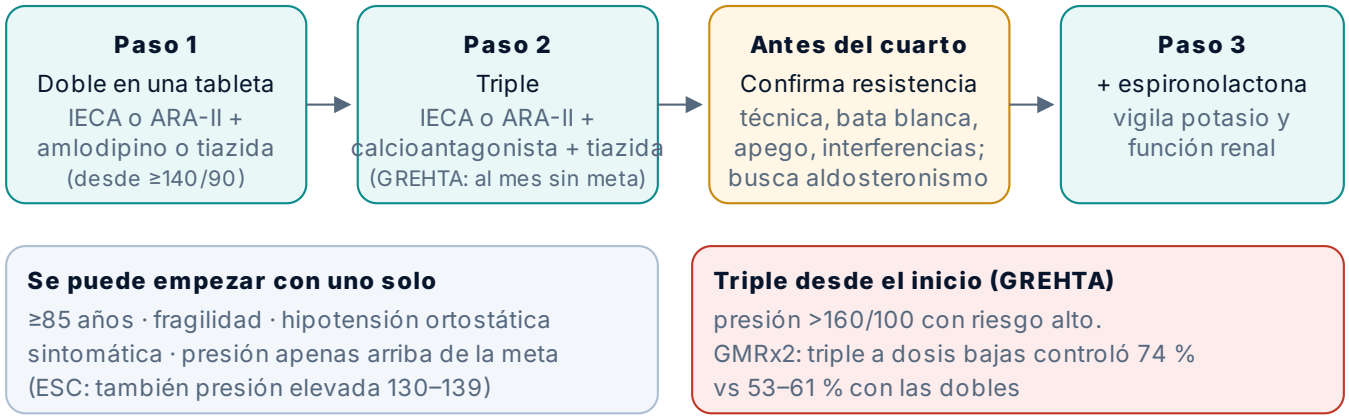
Diabetes tipo 2: iniciar con sistólica ≥130 o diastólica ≥80; meta <130/80, animando a <120 de sistólica. **ERC** (TFGe <60 o albuminuria ≥30 mg/g): sistólica <130; con albuminuria, IECA o ARA-II (nunca ambos). ESC 2024 agrega iSGLT2 en hipertensos con ERC y TFGe >20.

ISH 2026 en ERC: iSGLT2 con TFGe >20; finerenona en personas con diabetes, potasio normal y albuminuria ≥30 mg/g (considerarla sin diabetes); con TFGe <30, diurético de asa o clortalidona en lugar de tiazida. TFGe y electrolitos 2–4 semanas después de iniciar o ajustar IECA/ARA-II, iSGLT2, ARM o diurético; si la TFGe cae más de 30 %, considerar suspender.

4 Estilo de vida: las metas concretas

MEDIDA	AHA/ACC 2025	ESC 2024
Sodio	≤2,300 mg/d; ideal ≤1,500 mg/d en la mayoría	~2 g/d de sodio (≈5 g de sal, una cucharadita o menos)
Potasio	3,500–5,000 mg/d en la dieta; sustitutos de sal con potasio razonables, salvo ERC o fármacos que retienen potasio	+0.5–1 g/d (p. ej. sal con 25 % de cloruro de potasio) si no hay ERC moderada-avanzada
Actividad física	≥150 min/semana moderada + resistencia ≥2 días/semana	≥150 min/semana moderada (o 75 vigorosa) + resistencia 2–3 veces/semana
Alcohol	Meta: abstinencia, o ≤1 bebida/d en mujeres y ≤2 en hombres	—
Peso y dieta	Bajar de peso si hay sobrepeso; patrón DASH	IMC estable de 20–25; limitar azúcar libre a ≤10 % de la energía

5 Tratamiento farmacológico: empezar con dos



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las recomendaciones de AHA/ACC 2025, ESC 2024 y GREHTA 2026 y los datos de GMRx2. No reproduce figuras de las guías.

DATO DEL ARTÍCULO **¿Qué combinación?** La declaración AHA 2025 sobre combinaciones en una tableta prefiere IECA o ARA-II + calcioantagonista. En ACCOMPLISH, benazepril-amlodipino redujo 20 % los eventos cardiovasculares frente a benazepril-hidroclorotiazida, con presiones similares.

INTERPRETACIÓN Esa declaración va más allá de las guías: propone iniciar con combinación en casi todo paciente que necesite fármaco, incluso con sistólica de 130–149. En una tableta mejora el apego y la presión se controla más rápido que con las mismas pastillas por separado.

5b Dosis de referencia por vía oral

Rango habitual en mg/día y tomas al día, según la tabla de fármacos aprobados de AHA/ACC 2025 (selección de los más usados). Ajusta a función renal, edad y ficha técnica local.

CLASE	FÁRMACO · MG/DÍA (TOMAS)	NOTAS
Tiazidas y similares	Clortalidona 12.5–25 (1) · hidroclorotiazida 25–50 (1) · indapamida 1.25–2.5 (1)	Clortalidona: más potente y de vida media más larga. Vigilar sodio, potasio, glucosa, ácido úrico y calcio.
IECA	Enalapril 5–40 (1–2) · lisinopril 10–40 (1) · ramipril 2.5–20 (1–2) · perindopril 4–16 (1) · captopril 12.5–150 (2–3)	Nunca con ARA-II ni aliskiren. Hiperkalemia en ERC; angioedema; evitar en embarazo.
ARA-II	Losartán 50–100 (1–2) · valsartán 80–320 (1) · telmisartán 20–80 (1) · irbesartán 150–300 (1) · candesartán 8–32 (1) · olmesartán 20–40 (1)	Tras angioedema por IECA, puede usarse un ARA-II 6 semanas después de suspenderlo. Evitar en embarazo.
Calcioantagonistas dihidropiridínicos	Amlodipino 2.5–10 (1) · nifedipino de liberación prolongada 30–90 (1) · felodipino 2.5–10 (1)	Edema de miembros inferiores dependiente de dosis, más en mujeres.
Antagonistas mineralocorticoides	Espironolactona 25–100 (1) · eplerenona 50–100 (1–2)	Cuarto fármaco en resistente y en aldosteronismo. Evitar con TFG <45 o suplementos de potasio; ginecomastia con espironolactona.
Ahorrador de potasio	Amilorida 5–10 (1–2)	Poco eficaz sola; útil con tiazida si hay hipokalemia. Evitar con TFG <45.
Diuréticos de asa	Furosemida 20–80 (2) · torasemida 5–10 (1) · bumetanida 0.5–2 (2)	Preferidos en IC sintomática y con TFG <30; torasemida, de acción más larga.
Betabloqueadores	Bisoprolol 2.5–10 (1) · metoprolol succinato 50–200 (1) · carvedilol 12.5–50 (2) · nebivolol 5–40 (1) · labetalol 200–1,200 (2)	No de primera línea sin indicación (cardiopatía isquémica, IC). No suspender de golpe.
Calcioantagonistas no dihidropiridínicos	Diltiazem de liberación prolongada 120–360 (1) · verapamilo de liberación prolongada 120–360 (1–2)	No en IC con FEVI reducida; evitar con betabloqueador (bradicardia, bloqueo).
Alfabloqueadores	Doxazosina 1–16 (1) · prazosina 2–20 (2–3)	Hipotensión ortostática, sobre todo con la primera dosis y en adultos mayores.
Centrales	Clonidina 0.1–0.8 (2) · metildopa 250–1,000 (2)	Última línea. Clonidina: retirar gradualmente por rebote hipertensivo.
Vasodilatadores directos	Hidralazina 100–200 (2–3) · minoxidil 5–40 (1–2)	Retención de sodio y taquicardia refleja: dar con diurético y betabloqueador. Minoxidil requiere diurético de asa.

Fármacos nuevos para hipertensión resistente (sección 7): baxdrostat 1–2 mg al día (dosis de BaxHTN) y aprocitentan 12.5 mg al día (AHA/ACC 2025); no disponibles en México a la fecha de esta guía en resumen.

6 Crisis hipertensiva: la pregunta es una

¿Hay daño agudo a órgano? Corazón, cerebro, riñón, retina o aorta. Si no lo hay, la guía americana ya no habla de "urgencia hipertensiva" sino de **hipertensión grave** (>180 de sistólica o >120 de diastólica sin daño agudo).

SIN DAÑO AGUDO: ORAL Y SIN PRISA

Reiniciar o ajustar el tratamiento oral y control ambulatorio cercano. Enviar a urgencias desde la consulta no redujo eventos y sí aumentó las hospitalizaciones. En el hospitalizado por otra causa, la presión baja sola en 40–50 %; tratarla de forma aguda se asoció a más lesión renal y miocárdica: AHA/ACC 2025 lo marca como **clase 3: daño**.

NIFEDIPINO SUBLINGUAL: NO

El nifedipino de acción corta nunca fue aprobado para esto; la caída es brusca e impredecible, con reportes de infarto, evento vascular cerebral e hipotensión grave. (En la embarazada con hipertensión grave sí se usa nifedipino oral de liberación inmediata: ver sección 8.)

Con daño a órgano = emergencia: terapia intensiva e infusión IV titulable (p. ej. nicardipino o labetalol). Sin condición específica: bajar no más de 25 % en la primera hora; luego <160/100 en 2–6 horas, y sistólica de 130–140 en las siguientes 24–48 horas.

CONDICIÓN	META	FÁRMACO
Disección aórtica	Sistólica ≤120 en 20 min y FC ≤60	Primero esmolol o labetalol; el vasodilatador, después
Edema pulmonar	Sistólica <140	Nitroglicerina o nitroprusiato + diurético de asa; betabloqueador contraindicado
Síndrome coronario agudo	Sistólica <140	Nitroglicerina o esmolol
Hemorragia intracerebral	Sistólica ~140, nunca <130	Nicardipino o labetalol
Isquemia cerebral	No bajar salvo >220/120; <185/110 si va a trombólisis	Nicardipino o labetalol
Embarazo	Metas y fármacos distintos: ver sección 8	

Dosis IV en la emergencia hipertensiva (AHA/ACC 2025, tabla 26)

FÁRMACO	DOSIS	NOTAS
Nicardipino	Inicio 5 mg/h; subir 2.5 mg/h cada 5 min; máximo 15 mg/h	Contraindicado en estenosis aórtica avanzada
Labetalol	0.3–1 mg/kg (máx. 20 mg) IV lento cada 10 min, o infusión 0.4–1 mg/kg/h hasta 3 mg/kg/h	No en broncoespasmo, bloqueo AV de 2.º–3.er grado, bradicardia ni IC descompensada
Esmolol	Carga 500–1,000 µg/kg/min en 1 min, luego 50 µg/kg/min; subir de 50 en 50 hasta 300 µg/kg/min	No con betabloqueador previo, bradicardia ni IC descompensada
Nitroglicerina	Inicio 5 µg/min; subir 5 µg/min cada 3–5 min; máximo 200 µg/min	Solo en síndrome coronario agudo o edema pulmonar; no con hipovolemia
Nitroprusiato	Inicio 0.3–0.5 µg/kg/min; subir 0.5 cada 5 min; máximo 10 µg/kg/min, lo más breve posible	Línea arterial. Toxicidad por cianuro con ≥3 µg/kg/min o ≥3 días; evitar en evento cerebral
Hidralazina	10 mg IV lento (máx. 20 mg inicial); repetir cada 4–6 h; total 200 mg/24 h	Respuesta impredecible: no es de primera línea (fuera del embarazo)
Fentolamina	Bolo 5 mg; repetir cada 10 min; total 50 mg/24 h	Exceso de catecolaminas: feocromocitoma, cocaína, anfetaminas, retiro de clonidina

7 Hipertensión resistente y aldosteronismo primario

Resistente (AHA/ACC 2025 y consenso ACC 2026): ≥130/80 con al menos 3 clases a dosis máximas toleradas y mecanismos complementarios, incluido un diurético, o controlada con ≥4 clases. **Refractaria:** no controlada con ≥5 fármacos, incluidos una tiazida y un antagonista mineralocorticoide (ARM).

	RESIST (CONSENSO ACC 2026)	QUÉ HACER
R	Descartar pseudorresistencia	Apego, técnica de medición y bata blanca (presión fuera del consultorio)
E	Excluir sustancias que interfieren	Suspender o sustituir fármacos, suplementos y otras sustancias que suben la presión
S	Apoyar el estilo de vida	DASH, poco sodio y mucho potasio; ejercicio aeróbico y de resistencia; evitar alcohol; bajar de peso
I	Intensificar y optimizar fármacos	Dosis óptimas de primera línea, diurético suficiente y una sola tableta
S	Buscar causas secundarias	Aldosteronismo primario, ERC, apnea del sueño y otras según la historia
T	Transferir al especialista	Si se necesita ayuda con causas secundarias o si sigue sin control ≥6 meses

FUENTE	¿A QUIÉN BUSCAR ALDOSTERONISMO?
AHA/ACC 2025	A todo hipertenso resistente (clase 1), aunque el potasio sea normal: la hipokalemia solo aparece en 20–50 %.
Consenso ACC 2026	Medir renina y aldosterona **antes** de iniciar el ARM, para no falsear el tamizaje.
ESC 2024	Considerarlo en todo hipertenso confirmado.
Endocrine Society 2025	Sugiere tamizar a todo hipertenso.

Cómo: aldosterona y renina. No suspendas la mayoría de los antihipertensivos; solo el ARM. Corrige antes el potasio: la hipokalemia puede dar una aldosterona falsamente baja.

Positivo: renina suprimida, aldosterona ≥10 y cociente >20. Un tercio es unilateral (casi siempre adenoma; la cirugía puede curarlo) y dos tercios bilaterales (espironolactona). Si no es candidato a cirugía, inicia espironolactona; si lo es: prueba de supresión cuando el resultado es dudoso, tomografía y cateterismo de venas suprarrenales.

Antes del cuarto fármaco (consenso ACC 2026): cambiar a acción prolongada (amlodipino en lugar de nifedipino de liberación inmediata), a más potentes de la misma clase (clortalidona o indapamida en lugar de hidroclorotiazida; telmisartán en lugar de losartán) y a una sola tableta, idealmente ARA-II + calcioantagonista + tiazida.

DATO DEL ARTÍCULO **Cuarto fármaco: ARM.** ISH 2026: espironolactona a dosis baja es el cuarto fármaco preferido si el potasio es <4.5 mmol/L y la TFGe ≥30, con vigilancia estrecha; confirma antes la resistencia con monitoreo en casa o MAPA. En PATHWAY-2, la espironolactona bajó la sistólica en casa casi 9 mmHg más que placebo, y más que bisoprolol y doxazosina. Potasio y creatinina a 1–2 semanas y luego cada 3–6 meses; evitar con TFGe <30, hiperkalemia o embarazo posible sin anticoncepción. La amilorida fue no inferior a la espironolactona.

Quinto en adelante (según el caso): betabloqueador vasodilatador si hay indicación (insuficiencia cardiaca, infarto previo, fibrilación auricular), alfabloqueador, otro diurético si hay sobrecarga de volumen (de asa en ERC avanzada), y después vasodilatadores o agonistas alfa centrales.

DATO DEL ARTÍCULO **Lo nuevo** (solo en resistencia verdadera, después de un esquema de 4 fármacos con ARM y con especialista): baxdrostat, aprobado por la FDA en 2026, bajó la sistólica 8.7 y 9.8 mmHg más que placebo (1 y 2 mg; BaxHTN) y ~14 en MAPA (Bax24); hiperkalemia en ~3 % con la dosis alta. Aprocitentan: −3.8 mmHg a 4 semanas, con edema. En México todavía no están disponibles.

Estado según ISH 2026: baxdrostat, aprobado; lorundrostat, en revisión regulatoria; aprocitentan, aprobado en algunas regiones; zilebesirán (ARN de interferencia subcutáneo, efecto ≥6 meses), aún no comercializado; esaxerenona, solo en Japón.

DENERVACIÓN RENAL (CONSENSO ACC 2026)

Para pacientes seleccionados con sistólica de 140–180 y diastólica ≥90, TFGe ≥40, y resistencia pese a IECA o ARA-II, calcioantagonista, tiazida y ARM, o intolerancia a más fármacos. Expectativa: ~5–10 mmHg menos de sistólica a 6 meses; no es curativa y faltan datos de eventos cardiovasculares. No en displasia fibromuscular, estenosis o stent de arteria renal, ortostatismo neurogénico ni embarazo. ISH 2026 coincide: considerarla solo en centros expertos y casos seleccionados (TFGe ≥40, MAPA para descartar bata blanca).

8 Embarazo y posparto

TRASTORNO (ACOG)	DEFINICIÓN
Hipertensión crónica	Previa al embarazo o ≥140/90 en 2 ocasiones antes de la semana 20.
Hipertensión gestacional	≥140/90 en 2 tomas con ≥4 h de diferencia después de la semana 20, con presión previa normal, sin proteinuria ni datos de gravedad.
Preeclampsia	Lo anterior + proteinuria (≥300 mg en 24 h, cociente proteína/creatinina ≥0.3 o tira 2+ si no hay otro método), o sin proteinuria con cualquier dato de gravedad.

Datos de gravedad	≥160/110 (puede confirmarse en minutos); plaquetas <100,000; transaminasas al doble o dolor persistente en hipocondrio derecho/epigastrio; creatinina >1.1 mg/dL o el doble; edema pulmonar; cefalea nueva que no cede y sin otra explicación; alteraciones visuales.

Prevención

- **Ácido acetilsalicílico** a dosis baja si hay riesgo alto o moderado. ACOG y AHA: 81 mg/d, iniciar entre las semanas 12 y 28 (idealmente antes de la 16) y hasta el parto. ESC 2025: 75–150 mg en la noche de la semana 12 a la 36–37 (clase I A). GPC IMSS: 100 mg/d, antes de la semana 16.
- **Calcio** si la ingesta es baja: ESC 2025 con ingesta <600 mg/d (dosis baja <1 g/d tan eficaz como alta); GPC IMSS 1.5–2 g/d en zonas de baja ingesta.

Riesgo alto de preeclampsia (ESC 2025)
Trastorno hipertensivo en un embarazo previo, hipertensión crónica, ERC, diabetes tipo 1 o 2, enfermedad autoinmune como LES o síndrome antifosfolípido, reproducción asistida en el embarazo actual.

Moderado: nuliparidad, edad ≥40, intervalo entre embarazos >10 años, IMC ≥35, antecedente familiar de preeclampsia, embarazo múltiple.

DATO DEL ARTÍCULO **CHAP** (NEJM 2022, n = 2,408 con hipertensión crónica leve): tratar para <140/90 frente a tratar solo la hipertensión grave redujo el desenlace compuesto (30.2 vs 37.0 %; RR ajustado 0.82, IC 95 % 0.74–0.92) y la preeclampsia (24.4 vs 31.1 %), sin más recién nacidos pequeños para la edad gestacional (11.2 vs 10.4 %).

TEMA	AHA/ACC 2025 Y ACOG	ESC 2025
Cuándo tratar	Hipertensión crónica: tratar para <140/90 (clase 1)	Hipertensión gestacional: iniciar con ≥140/90; meta <140/90 (I B)
Fármacos de mantenimiento	Preferidos: labetalol y nifedipino de liberación prolongada	Metildopa (I B); labetalol, metoprolol y calcioantagonistas dihidropiridínicos (I C)
Hipertensión grave (≥160/110)	Confirmar en 15 min y tratar para <160/110 en 30–60 min: labetalol IV, hidralazina IV o nifedipino oral de liberación inmediata	Emergencia en hospital (I C): labetalol IV, urapidil, nicardipino, o nifedipino oral de acción corta o metildopa; hidralazina IV, segunda línea
Preeclampsia con edema pulmonar	—	Nitroglicerina IV
Contraindicados	Atenolol, IECA, ARA-II, inhibidores directos de renina, nitroprusiato y antagonistas mineralocorticoides (3: daño)	IECA, ARA-II e inhibidores de renina; diuréticos no aconsejados en hipertensión gestacional y preeclampsia
Nacimiento	Hipertensión gestacional o preeclampsia sin datos de gravedad: a las 37 0/7. Con datos de gravedad: a partir de las 34 0/7	Preeclampsia sin datos de gravedad: 37 semanas. Hipertensión gestacional: 39 semanas

Dosis en el embarazo (tablas de ACOG reproducidas en AHA/ACC 2025)

FÁRMACO	DOSIS	NOTAS
Mantenimiento oral		
Labetalol	200–2,400 mg/d en 2–3 tomas; se inicia con 100–200 mg cada 12 h	Evitar en asma, cardiopatía, bloqueo AV o bradicardia
Nifedipino de liberación prolongada	30–120 mg/d; se inicia con 30–60 mg una vez al día	Nunca sublingual
Metildopa	500–3,000 mg/d en 2–4 tomas; se inicia con 250 mg 2–3 veces al día	Menos eficaz en hipertensión grave; sedación y depresión
Hidroclorotiazida	12.5–50 mg/d	Segunda o tercera línea
Hipertensión grave (≥160/110 sostenida)		
Labetalol IV	10–20 mg, luego 20–80 mg cada 10–30 min hasta 300 mg acumulados; o infusión 1–3 mg/min	Inicio de acción 1–2 min
Hidralazina IV o IM	5 mg, luego 5–10 mg IV cada 20–40 min hasta 20 mg acumulados; o infusión 0.5–10 mg/h	Inicio 10–20 min; más hipotensión materna y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal

Nifedipino oral de liberación inmediata	10–20 mg; repetir a los 20 min si hace falta; luego 10–20 mg cada 2–6 h; máximo 180 mg/d	Inicio 5–10 min; taquicardia refleja y cefalea
Sulfato de magnesio	Carga IV de 4–6 g en 20–30 min; mantenimiento 1–2 g/h (ACOG)	Ajustar si hay insuficiencia renal u oliguria; vigilar reflejos, respiración y diuresis

SULFATO DE MAGNESIO

Para prevenir y tratar convulsiones en hipertensión gestacional o preeclampsia con datos de gravedad y en eclampsia (ACOG). Si hay toxicidad, suspender la infusión y dar gluconato de calcio IV (ESC 2025).

BIOMARCADORES SFLT-1/PLGF

En hospitalizadas de 23–35 semanas (PRAECIS), un cociente ≥40 predijo preeclampsia con datos de gravedad en 2 semanas: sensibilidad 94 %, especificidad 75 %, VPP 65 %, VPN 96 %. Complementa, no reemplaza, los criterios clínicos (ACOG 2024). ESC 2025: <38 descarta preeclampsia en los siguientes 7 días.

POSPARTO: EL RIESGO NO TERMINA CON EL PARTO

Revisar la presión 3–10 días después del alta (ACOG, citado por AHA 2025); el monitoreo en casa mejora la detección. Los AINE siguen siendo preferibles a los opioides para la analgesia (ACOG). El antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo es un modificador de riesgo cardiovascular en la mujer: presión al menos una vez al año.

LO QUE AGREGA ISH 2026

Meta <140/90 sin bajar demasiado. Con 140–159/90–109: monoterapia oral con labetalol o nifedipino de acción prolongada; metildopa como alternativa (aumenta el riesgo de depresión posparto). Con >160/110: hospitalizar y bajar a <160/105 en 2–3 horas. **Posparto:** presión diaria los días 3–7; cualquier antihipertensivo recomendado excepto metildopa. **Lactancia:** preferir enalapril, nifedipino de acción prolongada o amlodipino; los betabloqueadores pueden usarse y hay pocos datos con ARA-II.

9 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO
Diagnosticar o subir dosis con una sola toma mal hecha	Técnica estandarizada y confirmación fuera del consultorio (ISH 2026: monitoreo estandarizado en casa)
Agregar fármacos sin revisar el apego	ISH 2026: la falta de apego es un factor de riesgo cardiovascular modificable; revisarlo en cada visita y simplificar (una tableta, una vez al día)
Pasar el antihipertensivo a la noche "para proteger"	No hay evidencia de beneficio con la toma nocturna (ISH 2026)
Iniciar siempre con monoterapia	Dos fármacos en una tableta con ≥140/90, salvo las excepciones
Combinar IECA con ARA-II	Más daño sin beneficio; elegir uno
Betabloqueador de primera línea sin indicación	Reservarlo para insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular o frecuencia alta
Nifedipino sublingual o mandar a urgencias por cifras sin daño a órgano	Ajuste oral y seguimiento ambulatorio
Bajar rápido la presión en un evento cerebral isquémico	No tratar salvo >220/120, o <185/110 si va a trombólisis
Agregar el cuarto fármaco sin buscar aldosteronismo	Aldosterona y renina sin suspender casi ningún fármaco, con potasio corregido
Mantener IECA o ARA-II en quien busca embarazo	Cambiar a labetalol o nifedipino de liberación prolongada
Esperar a 160/110 para tratar a la embarazada con hipertensión crónica	Tratar para <140/90 (CHAP)

10 Preguntas tipo examen

1. **Hombre de 52 años, 134/84 confirmado en casa, sin diabetes, ERC ni ECV, PREVENT a 10 años 4 %. Según AHA/ACC 2025:**

A) Doble en una tableta · B) 3–6 meses de estilo de vida y fármaco si persiste ≥130/80 · C) Nada hasta 140/90

B. Con riesgo bajo, primero estilo de vida; si sigue ≥130/80, se inicia fármaco.

2. **Para la guía europea, ¿qué cifra en casa equivale a 140/90 en el consultorio?**

A) 130/80 · B) 135/85 · C) 140/90

B. 135/85. Para la americana, 130/80 es igual en ambos sitios.

3. **Paciente con 152/96 confirmado, 60 años, sin fragilidad. ¿Inicio recomendado por las tres guías?**

A) Amlodipino solo · B) IECA o ARA-II + amlodipino o tiazida en una tableta · C) Betabloqueador

B. Con ≥140/90 se inicia con dos fármacos de distinta clase, de preferencia en una tableta.

4. **Mujer de 68 años en consulta con 196/112, asintomática, sin datos de daño agudo. ¿Qué haces?**

A) Nifedipino sublingual · B) Enviar a urgencias · C) Ajustar el tratamiento oral y revisarla en pocos días

C. Hipertensión grave sin daño agudo: oral y sin prisa.

5. **Disección aórtica tipo B con 178/100 y FC 104. ¿Primer fármaco?**

A) Nitroprusiato · B) Esmolol · C) Hidralazina

B. Primero el betabloqueador (esmolol o labetalol) para FC ≤60; el vasodilatador después, para evitar taquicardia refleja.

6. **Hipertenso con 3 fármacos, potasio 4.2, presión en casa 148/90. ¿Siguiente paso según AHA/ACC 2025?**

A) Agregar espironolactona sin estudiar · B) Aldosterona y renina · C) Suspender todos los fármacos 4 semanas antes

B. Tamizar aldosteronismo en todo resistente aunque el potasio sea normal; no hace falta suspender casi ningún fármaco.

7. **Embarazada de 14 semanas con hipertensión crónica, 146/92 con labetalol. ¿Meta según CHAP y AHA/ACC 2025?**

A) <160/110 · B) <140/90 · C) <120/80

B. <140/90; además, ácido acetilsalicílico a dosis baja desde ahora.

8. **Embarazada de 32 semanas con 168/112 sostenido 15 minutos y sin acceso IV inmediato. ¿Opción válida?**

A) Nifedipino oral de liberación inmediata · B) Enalapril · C) Esperar 4 horas para confirmar

A. Hipertensión grave en el embarazo: tratar en 30–60 minutos; el nifedipino oral de liberación inmediata es de primera línea. IECA, contraindicados.

9. **Hipertensa en lactancia por preeclampsia que pide analgésico postcesárea. Según ACOG:**

A) Evitar todos los AINE · B) Preferir AINE sobre opioides · C) Solo opioides

B. Los AINE siguen siendo preferibles a los opioides; vigila la presión.

10. **En PRAECIS, un cociente sFlt-1/PlGF menor de 40 significa:**

A) Se descarta preeclampsia · B) Probabilidad <5 % de preeclampsia con datos de gravedad en 2 semanas · C) Puede darse de alta sin vigilancia

B. Es tranquilizador, pero no sustituye la vigilancia clínica.

11. **Hombre de 48 años con 134/86 confirmado en consultorio y en casa con técnica estandarizada, riesgo cardiovascular alto. Según ISH 2026:**

A) Observar hasta 140/90 · B) Iniciar tratamiento (monoterapia o doble a dosis baja) con meta <130/80 · C) Triple en una tableta

B. 130–139/80–89 es presión elevada y amerita tratamiento en la mayoría; con riesgo alto y sistólica cerca de 140 se puede usar doble a dosis baja.

12. **Mujer en posparto inmediato con hipertensión gestacional y antecedente de depresión. ¿Qué fármaco evitas según ISH 2026?**

A) Nifedipino de acción prolongada · B) Labetalol · C) Metildopa

C. La metildopa aumenta el riesgo de depresión posparto; en lactancia se prefieren enalapril, nifedipino o amlodipino.

Referencias

1. Jones DW, et al. 2025 AHA/ACC multisociety Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension. 2025;82:e212–e316. doi:10.1161/HYP.0000000000000249
2. McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45:3912–4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178
3. Grupo de Expertos en Hipertensión Arterial (GREHTA). Consenso Mexicano sobre Hipertensión Arterial 2026. Cardiovasc Metab Sci. 2026;37(1). doi:10.35366/122893
4. King JB, et al. Single-pill combination therapy for the management of hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2025;82. doi:10.1161/HYP.0000000000000258
5. Jamerson K, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients (ACCOMPLISH). N Engl J Med. 2008;359:2417–2428. doi:10.1056/NEJMoa0806182
6. Rodgers A, et al. Efficacy and safety of a novel low-dose triple single-pill combination of telmisartan, amlodipine and indapamide (GMRx2). Lancet. 2024;404:1536–1546.
7. Patel KK, et al. Characteristics and outcomes of patients presenting with hypertensive urgency in the office setting. JAMA Intern Med. 2016;176:981–988. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1509
8. Williams B, et al. Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2). Lancet. 2015;386:2059–2068. doi:10.1016/S0140-6736(15)00257-3
9. Davis LL, et al. Optimizing blood pressure care in patients with resistant hypertension: 2026 ACC Expert Consensus Decision Pathway. J Am Coll Cardiol. 2026. doi:10.1016/j.jacc.2026.08.028
10. Endocrine Society. Primary aldosteronism: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2025.
11. Stergiou GS, Kario K, et al. 2026 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. J Hypertens. 2026;44 (en prensa). doi:10.1097/HJH.0000000000004451
12. De Backer J, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. Eur Heart J. 2025;46:4462–4568. doi:10.1093/eurheartj/ehaf193
13. ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2020;135:e237–e260 (actualización interina 2023) y Clinical Practice Update: Biomarker prediction of preeclampsia with severe features. Obstet Gynecol. 2024;143:e153–e154.
14. Tita AT, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy (CHAP). N Engl J Med. 2022;386:1781–1792. doi:10.1056/NEJMoa2201295
15. IMSS. GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención (IMSS-020-08), actualización 2017.

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de las guías ni el juicio clínico. Las dosis son de referencia: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de las guías.

Videos de la serie, fuentes completas y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen