

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Retos en HTA

¿Qué hacer y cuando dejar de hacer? ¿y como lo hago? Pensemos en la presión arterial de la consulta.

Mencia Benítez Camps Médico de familia EAP Gòtic Barcelona

GdT HTA semFYC

Ángel C. Matía Cubillo Médico de familia CS López Saiz Burgos

GdT HTA semFYC



Declaración de actividades personales/profesionales

Mencia Benítez Camps

En los 3 últimos años he realizado las siguientes actividades personales y profesionales, relacionadas con la actividad

Cursos con actividades gammificadas (Camfic)

Curso de expertesa en HTA en colaboración Camfic y SCHTA

Profesora asociada UB , seminario de RCV.

Médico de familia EAP Gòtic. ICS

Colaborador con Sistemes d'Informació i suport a l'atenció primària (SISAP)

Cursos patrocinados por Chiesi y Sanofi



Declaración de actividades personales/profesionales

Ángel C. Matía Cubillo

En los 3 últimos años he realizado las siguientes actividades personales y profesionales, relacionadas con la actividad

Remuneración como ponente o docente en conferencias, mesas o cursos por parte de la Administración (SACYL), Universidad de Burgos (UBU), Colegio Oficial de Médicos de Burgos (COMBU), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Academia de preparación de oposiciones sanitarias Cuidando Formación e Industria Farmacéutica (AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Chiesi, Daiichi Sankyo, Ferrer, GlaxoSmithKline, Menarini, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer)



Caso clínico 1

- Juan de **60 años** es **fumador** de 35 paquetes/año, con **DM2** y **dislipemia**.
- Tratamiento: metformina 1000 mg (1-0-1), atorvastatina 20 mg (0-0-1)
- Acude a su médico como **consulta no demorable**, derivado desde la farmacia por presentar cifras de **PA 182/105 mmHg, asintomático**.
- Exploración sin hallazgos. **PA 184/103 mmHg**, FC 96 lpm.



Caso clínico 1

¿Qué nos deberíamos plantear hacer en este caso?

- Lo diagnosticamos de HTA e iniciamos tratamiento.
- Lo citamos para triple toma y AMPA.
- Sería candidato a realizar un MAPA.
- Deberíamos derivar a un servicio de urgencias hospitalario.



Caso clínico 1

Recomendaciones	GR	NE
Se recomienda la medición de la PA en el consultorio para el diagnóstico de la HTA, ya que es el único método en el que se basan el riesgo vascular, los beneficios y los umbrales y objetivos de PA relacionados con el tratamiento.	I	A
Se recomienda diagnosticar la HTA durante al menos dos visitas al consultorio (dentro de las 4 semanas), a menos que la PA en el consultorio indique HTA de grado 3 ($\geq 180/110$ mmHg) o los pacientes presenten síntomas relacionados con la hipertensión o haya evidencia de lesión en órgano diana o ECV.	I	C

Adaptada de McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024.



Caso clínico 1

Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults

SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

- Definition** – Severe hypertension in adults (often defined as systolic blood pressure ≥ 180 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 120 mmHg) can be associated with a variety of acute, life-threatening complications, any one of which is considered a hypertensive emergency. Much more common, however, is the relatively or completely asymptomatic patient with a blood pressure in the "severe" range (ie, $\geq 180/ \geq 120$ mmHg), often a mild headache, but **no** signs or symptoms of acute end-organ damage. This entity of severe asymptomatic hypertension is sometimes called **hypertensive urgency**. (See 'Introduction and definition' above.)
- Management** – The optimal management of patients with severe asymptomatic hypertension is unclear. However, in such patients, our overall approach is as follows (see 'Overall approach' above):
 - Rapidity of therapy** – We suggest lowering the blood pressure over a **period of hours to days** rather than longer periods of time (**Grade 2C**). The rapidity with which blood pressure should be brought to safe levels is controversial and **not** based upon high-quality medical evidence. This suggestion stems from and seeks to balance two major concerns. These include:
 - The risk of adverse events (eg, stroke or myocardial infarction) that may occur if the blood pressure is lowered too rapidly or to a level below the ability for autoregulation to maintain adequate tissue perfusion.
 - The potential risk of imminent cardiovascular events that may result from severe hypertension if the blood pressure is not quickly and sufficiently reduced. In patients visiting an emergency department for severe hypertension, potential legal ramifications partially motivate lowering the blood pressure over several hours.
 - Initial goal blood pressure** – Over this period, we suggest lowering the blood pressure **to $<160/<100$ mmHg** or to a level that is no more than 25 to 30 percent lower than the baseline blood pressure (**Grade 2C**). Thus, the short-term blood pressure target may need to be above 160/100 mmHg in patients who present with very high pressures, because cerebral or myocardial ischemia or infarction, or acute kidney injury, can be induced by rapid and aggressive antihypertensive therapy if the blood pressure falls below the range at which tissue perfusion can be maintained by autoregulation. This approach has not been well studied and is based mostly upon experience. In the long-term, the blood pressure should usually be reduced further (eg, $<140/<90$ or $<130/<80$ mmHg). (See 'Blood pressure reduction goal'



UpToDate®



Caso Clínico 2

- Juana tiene **30 años; no es fumadora**, ni presenta ningún factor de riesgo asociado.
- Como antecedentes destaca **madre con HTA**
- Acude a su médico, derivada desde la farmacia por presentar cifras de **PA 172/ 99 mmHg, asintomática..**

Exploración sin hallazgos.

PA 174/ 89 mmHg, (5)'162/82 mmHg (5)' 158/ 76 mmHg FC 96 lpm.



Caso clínico 2

¿Qué deberíamos hacer en este caso?

- La diagnosticamos de HTA e iniciamos tratamiento.
- La citamos para triple toma y AMPA o MAPA.
- No le damos importancia, claramente es porque está nerviosa.
- Deberíamos derivar a un servicio de urgencias hospitalario.



Caso clínico 2:

Siguiente visita y AMPA (por disponibilidad)

- **PA en consulta: 163/78 mmHg (media de 2 consultas más)**
- **IMC 27 kg/m²**
- **AMPA 5 días media de todas las medidas: 134/84 mmHg**



Caso clínico 2.

Con estos resultados...

- Claramente es una HTA de bata blanca
- El AMPA no es normal, diagnosticamos HTA esencial
- Sería candidata a realizar una MAPA.
- Deberíamos derivar a un servicio de nefrología para estudio.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

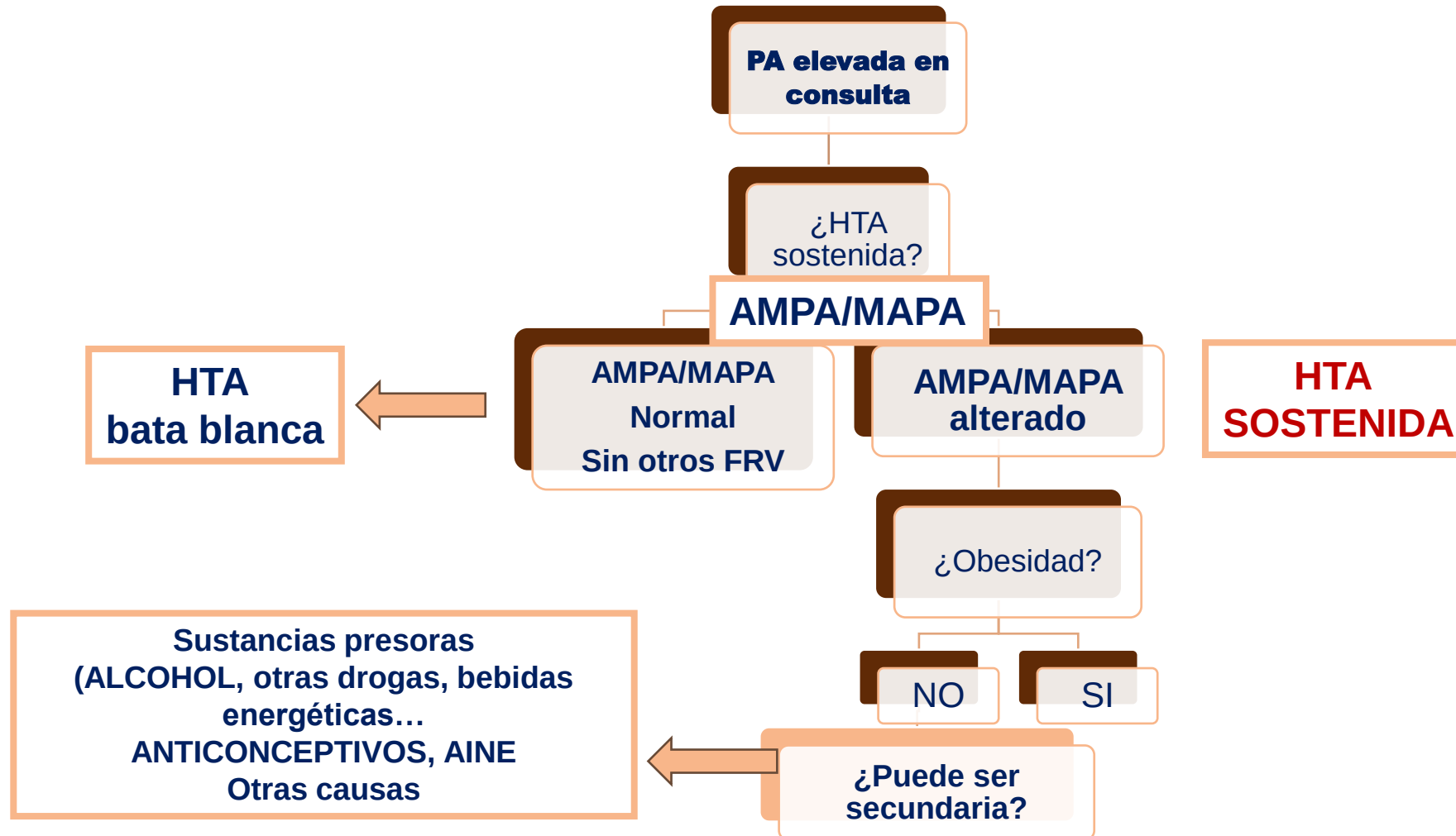
SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

MAPA

Lecturas	Promedio de presión arterial (SD)						Ventana bata blanca		
Lecturas totales :71	Sis	Dia	FC	PAM	PP		Sis	Dia	FC
Correcto : 69 (97,2%)	24 horas	128	78 (16)	83 (8)	105	50	Lecturas	3	3 3
Carga de PA	Despierto	134	82 (10)	88 (5)	116	53	Máx. 1ª hora	154	101 91
Lecturas diurnas ≥ 135/85 97,6%	Dormido	117	68 (7)	75 (4)	86	46	Periodo nocturno % Dip		
Lecturas nocturnas ≥ 120/70 51,9%							Sis Dia		
							Dip%	22,3	27,9

Fecha/hora	Sis	Dia	FC	Fecha/hora	Sis	Dia	FC	Fecha/hora	Sis	Dia	FC
29/01/2014				17:03	140	93	91	01:28	119	74	74
09:00	154	99	91	17:20	146	93	88	01:40	121	79	74
09:20	152	101	88	17:40	150	92	84	02:00	107	70	68
09:40	143	100	83	18:01	161	101	95	02:20	101	75	69
10:09	164	91	93	18:21	142	93	97	02:40	119	77	68
10:20	148	112	95	18:40	146	97	85	03:04	128	88	74
10:40	153	98	92	19:01	148	73	93	03:20	109	64	70
11:03	154	95	94	19:20	143	104	86	03:40	118	63	78
11:24	152	95	84	19:40	144	108	82	04:00	115	78	70
11:41	174	102	86	20:00	143	102	80	04:20	130	84	66
12:09	168	94	93	20:20	164	103	79	04:40	139	88	74
12:20	172	117	91	20:40	150	111	84	05:00	108	68	76
12:40	161	97	91	21:01	169	104	102	05:20	116	63	74
13:03	158	100	91	21:20	163	97	91	05:40	117	62	76
13:23	137	107	81	21:40	144	91	95	06:00	131	74	64
13:48	161	105	89	22:28	136	73	102	06:23	109	71	77
14:00	159	104	80	22:48	110	59	86	06:40	112	68	78
14:20	168	114	84	23:00	117	64	85	07:00	121	70	77
14:40	160	105	77	23:20	107	62	83	07:28	134	84	79
15:03	160	95	77	23:40	107	64	78	07:40	142	79	79
15:20	164	107	76	30/01/2014				08:29	136	93	91
15:40	153	113	80	00:00	106	62	78				
16:00	172	102	78	00:20	104	62	76				
16:20	174	129	90	00:40	117	64	72				
16:40	134	96	97	01:03	111	68	72				

Algoritmo de abordaje de la HTA en el paciente joven



Basado en: 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension.
Eur Heart J. 2024.





¿Dónde está el reto?

Qué hacer y qué no hacer: Medidas ambulatorias para confirmar el diagnóstico

- Usar AMPA/MAPA para confirmar el diagnóstico cuando haga falta
 - **No** HTA grado III
 - **Sí**, cuando es muy necesario asegurar el diagnóstico
- No confiarnos solo en una AMPA , especialmente si está en el límite de la normalidad
- **Sí** al seguimiento de la HTA de bata blanca
- **Sí** al seguimiento de la HTA de bata blanca, o enmascarada con medidas ambulatorias,



Caso clínico 3

- Hugo de **52 años** tiene una **HTA esencial** diagnosticada hace 6 años, buenos hábitos higiénico-dietéticos, con antecedente de **hipercalciuria**.
- Tratamiento: hidroclorotiazida 25 mg (0,5-0-0)
- Acude a consulta programada con su médico, en ECG se detecta una **HVI**, analítica sin hallazgos significativos.
- Exploración sin hallazgos. **AMPA cifras medias PA 138/86 mmHg.**



Caso clínico 3

¿Cuál sería el abordaje terapéutico idóneo?

- Aumentar la dosis de tiazida por la hipercalciuria.
- Su riesgo vascular es bajo, no modificaríamos el tratamiento.
- Deberíamos añadir al tratamiento ramipril 5 mg.
- Se podría cambiar a aliskireno 150 mg.



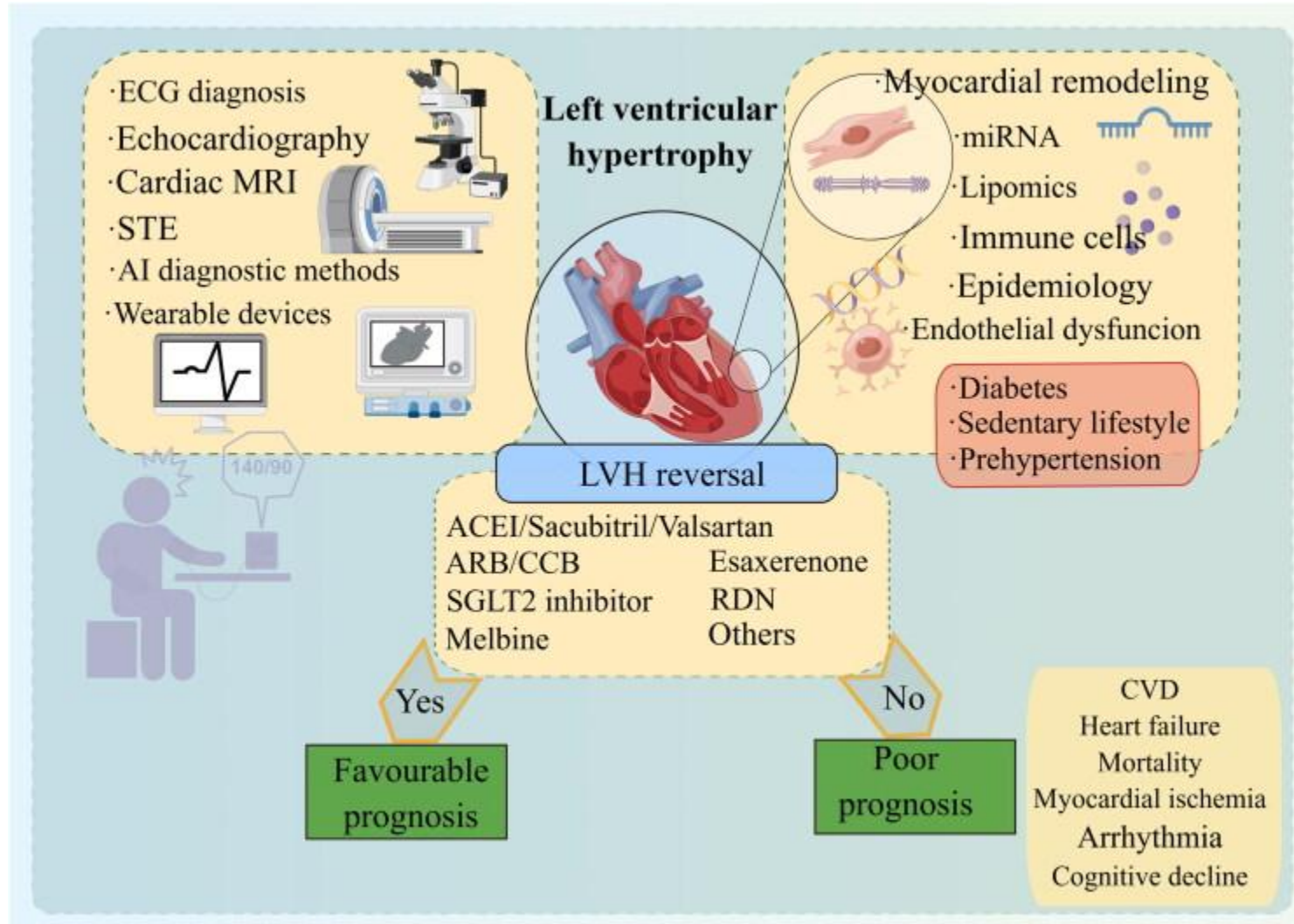
Caso clínico 3

Fases de la HTA	Otros factores de riesgo, daño orgánico o enfermedades	Grados de PA			
		Normal alta PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg	Grado 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg	Grado 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg	Grado 3 PAS ≥ 180 mmHg PAD ≥ 110 mmHg
Fase 1 (sin complicaciones)	Sin otros factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	1 o 2 factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
	≥ 3 factores de riesgo	Riesgo bajo-moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Fase 2 (enfermedad asintomática)	Daño orgánico, ERC de grado 3 o DM sin daño orgánico	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
Fase 3 (enfermedad establecida)	ECV establecida, ERC de grado ≥ 4 o DM con daño orgánico	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Adaptada de Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.



Caso clínico 3



ANNALS OF MEDICINE
2024, VOL. 56, NO. 1, 2405080
<https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2405080>

REVIEW ARTICLE

Han Y, Li Y, Wu Z, Pei Y, Lu S, Yu H, et al. Progress in diagnosis and treatment of hypertension combined with left ventricular hypertrophy. Ann Med. 2024;56(1):2405080.



Caso clínico 4

- Marta de **42 años** tiene una **HTA esencial** diagnosticada hace 2 años, buenos hábitos higiénico-dietéticos, con antecedente de **migraña**. No usa anticonceptivos porque **desea quedarse embarazada**.
- Tratamiento: medidas no farmacológicas
- Acude a consulta programada con su enfermera, analítica sin hallazgos significativos.
- Exploración sin hallazgos. **PA en consulta 147/ 89 mmHg. AMPA cifras medias PA 138/86 mmHg.**



Caso clínico 4

¿Cuál de las siguientes sería la menos correcta?

- Iniciar tratamiento con un diurético tiazídico o tiazídico like.
- Su riesgo vascular es bajo, no modificaríamos el tratamiento.
- Iniciar ramipril 5 mg con amlodipino 5 mg (combinación fija)
- Iniciar un beta bloqueante.



Caso 4: ¿Y por qué no la opción 3?

- Los antihipertensivos no parecen tener un efecto diferente en hombres y mujeres
- Algún estudio apunta a que las mujeres presentan con más frecuencia efectos adversos
- Puede usarse cualquier tipo de antihipertensivo en las mujeres, pero los **IECA y ARA II son altamente teratogénicos**
- **Deben evitarse en las mujeres con deseo gestacional**

2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens 2023;41: 1874



Efecto de los IECA durante la gestación

Resultados n estudios					Resultados n estudios				
Cualquier etapa embarazo					Primer trimestre				
		OR	IC 95%	Valor p			OR	IC 95%	Valor p
Cualquier malformación	7	2.16	(1.72, 2.71)	<.00001	Cualquier malformación	14	1.94	(1.71, 2.21)	<.00001
Cardiovascular	9	2.96	(2.57, 3.39)	<.0001	Cardiovascular	7	3.02	(2.60, 3.51)	<.0001
Sistema nervioso	3	2.02	(1.08, 3.78)	.03	Sistema nervioso	3	1.88	(0.73, 4.83)	.19
Urogenital	2	4.57	(2.11, 9.89)	.0001	Urogenital	1	3.60	(0.42, 30.51)	.24
Bajo peso al nacer	3	2.30	(1.20, 4.41)	.0004	Bajo peso al nacer	1	1.04	(0.59, 1.81)	.90
Abortos espontáneos	6	1.63	(1.30, 2.05)	<.0001	Abortos espontáneos	6	1.63	(1.30, 2.05)	<.0001
IVE	6	2.54	(1.41, 4.59)	.02	IVE	6	2.54	(1.41, 4.59)	.02
Óbito fetal	8	2.36	(1.17, 4.76)	.02	Óbito fetal	8	2.36	(1.17, 4.76)	.02
Parto pretérmino	9	1.69	(1.04, 2.76)	<.00001	Parto pretérmino	7	1.26	(0.84, 1.91)	.26

Buawangpong et al. Pharmacol Res Perspect 2020; 8:e00644.



¿Dónde está el reto?

¿Qué condiciona la elección del tratamiento?

- **Sí**, a evaluar las condiciones que acompañan al paciente con HTA
ISRA de elección ante HVI, nefropatía
- **No**, IECA /ARA II en la mujer embarazada o con deseo gestacional
- **No**, a evitarlos
 - Cuando no hay posibilidad de embarazo
 - Cuando la mujer no tenga deseo gestacional, siempre decidido de forma conjunta



Caso clínico 5

- Antonio de **66 años** con **HTA e hipercolesterolemia** diagnosticadas hace 12 años, tuvo hace 2 años un **ictus isquémico** con buena recuperación funcional.
- Tratamiento: AAS 100 mg (1-0-0), lisinopril 20 mg (1-0-0), HCTZ 50 mg (1-0-0), amlodipino 10 mg (0-0-1), atorvastatina 40 mg (0-0-1)
- Analítica: **Gluc: 108 mg/dl, CT: 178 mg/dl, LDL: 114 mg/dl, HDL: 55 mg/dl, TG: 171 mg/dl**, resto Normal.
- Exploración sin hallazgos. **Cifras persistentes en consulta de PA $\geq$ 140/90.**



Caso clínico 5

¿Qué sería erróneo en su abordaje terapéutico?

- Lo primero sería revisar la adherencia terapéutica.
- Podría ser una HTA pseudoresistente.
- Una buena opción sería añadir bisoprolol.
- Habría que solicitar un AMPA o MAPA.

Caso clínico 5

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



RCV supuestamente elevado
MAPA altamente recomendada

Edad ≥ 55 años.

DM tipo 2

Enfermedad renal crónica

Evento cardiovascular previo

HTA secundaria presunta/confirmada

Sospecha HTA resistente

SAOS o Síndrome piernas inquietas

Embarazo < 16 semanas

SCORE ≥ 3



ESC

European Society
of CardiologyEuropean Heart Journal (2024) 45, 3912–4018
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>

ESC GUIDELINES

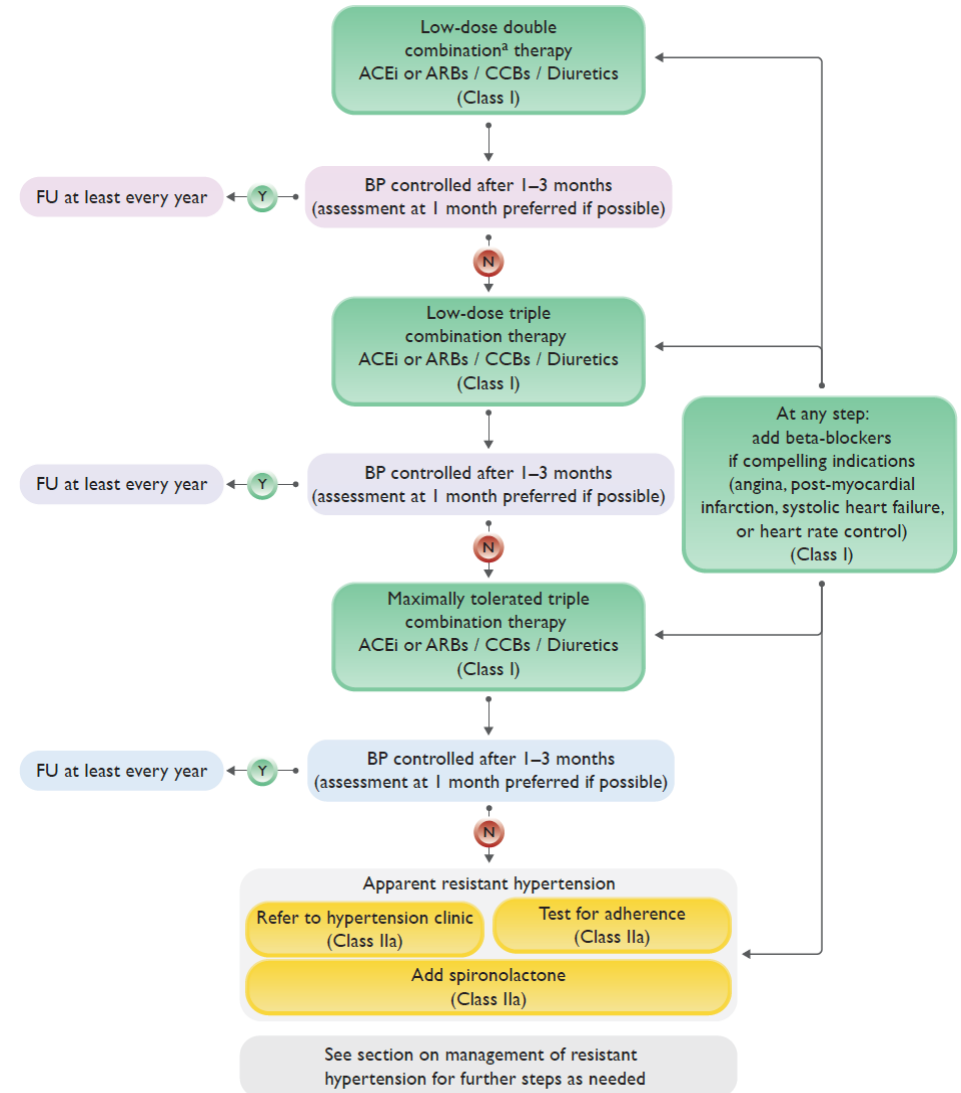
2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension

Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO)

Caso clínico 5

^aInitial monotherapy preferred

- Elevated BP category (120/70–139/89 mmHg)
- Moderate-to-severe frailty
- Symptomatic orthostatic hypotension
- Age ≥85 years





Caso Clínico 6

- Antonia de **87 años** con **HTA e hipercolesterolemia** diagnosticadas hace 20 años, tuvo hace 12 años un **ictus isquémico**. Deterioro cognitivo leve. Barthel 55.
- La visitamos a domicilio. Es una paciente frágil
- Tratamiento: AAS 100 mg (1-0-0), lisinopril 20 mg (1-0-0), HCTZ 50 mg (1-0-0), amlodipino 10 mg (0-0-1), atorvastatina 40 mg (0-0-1)
- Se ha caído en dos ocasiones, se mareaba con frecuencia al levantarse
- Exploración sin hallazgos. **Cifras de PA: 112/60 mmHg.**

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Caso clínico 6

¿Por qué se marea?

- Puede ser una hipotensión ortostática.
- Padece de vértigos crónicos
- Quiere llamar la atención
- Hace hipoglicemias.



Caso clínico 6

- Con la sospecha de hipotensión ortostática, le medimos la PA en

Decúbito: 115/67 mmHg

(media 2 determinaciones)

Bipedestación

(3 minutos): **98 /55 mmHg**

(15 minutos) **104/58 mmHg**

MAPA

Lecturas	Promedio de presión arterial (SD)						Ventana bata blanca		
	Sis	Dia	FC	PAM	PP		Sis	Dia	FC
Lecturas totales :72						24 horas	3	3	3
Correcto : 71 (98,6%)						Despierto	147	78	79
Carga de PA						Dormido			
Lecturas diurnas ≥ 135/85 17,0%									
Lecturas nocturnas ≥ 120/70 16,7%						Periodo nocturno % Dip			
							Sis	Dia	
						Dip%	14,4	19,3	



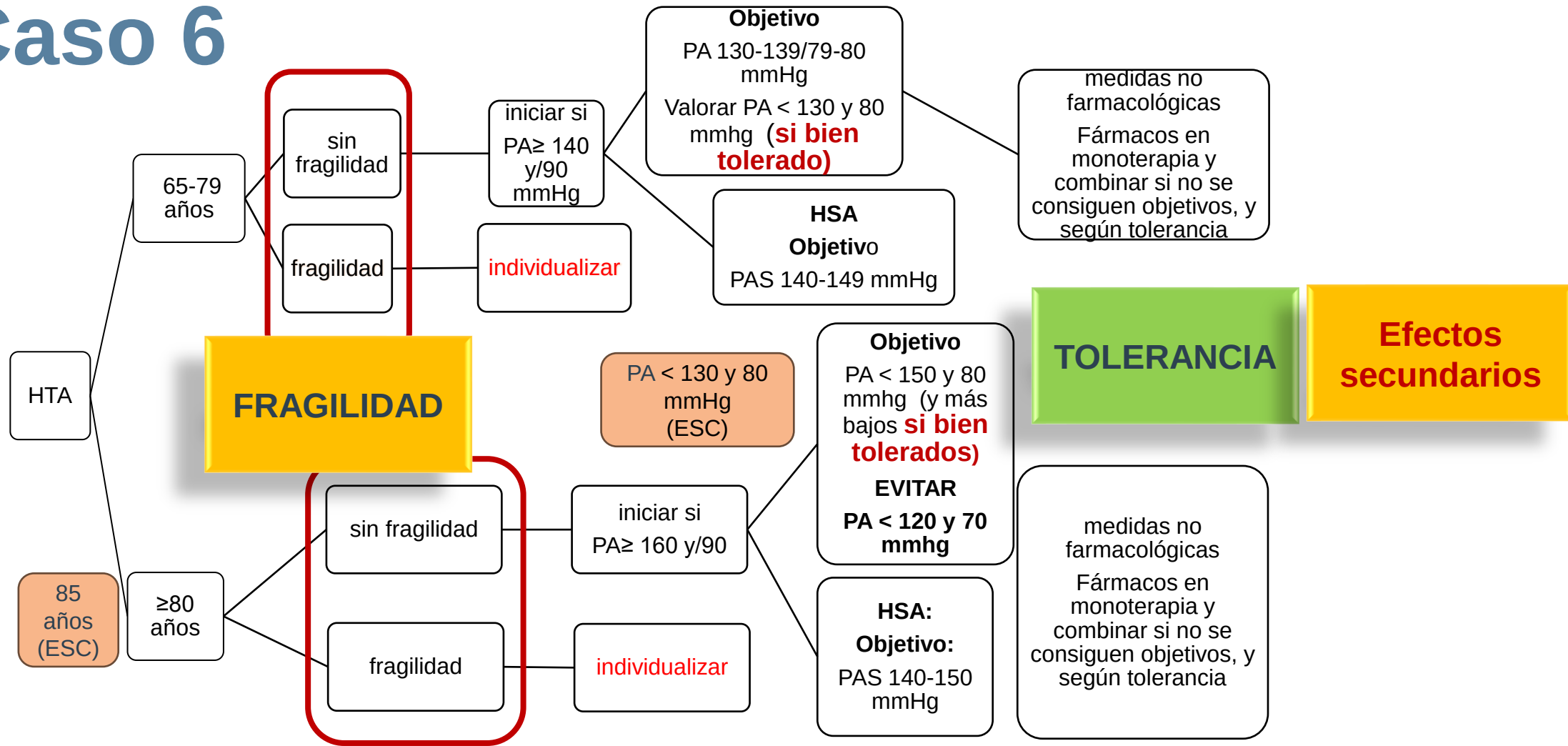
Caso clínico 6

¿Qué hacemos con el tratamiento antihipertensivo?

- Retiramos toda la medicación.
- Prescribimos betahistina
- Retiramos diurético
- Retiramos IECA o BCC



Caso 6



Curr Hypertens Rep 2024;26(5):225-36.
ESH 2023 J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071
ESC 2024 Eur Heart J. 2024



Caso 6:



Curr Hypertens Rep 2024;26(5):225-36.



¿Y qué hicimos?

- Tratamiento:

- AAS 100 mg (1-0-0)
- lisinopril 20 mg (1-0-0)
- ~~➤ HCTZ 50 mg (1 0 0)~~
- amlodipino 10 mg (0-0-1)
- atorvastatina 40 mg (0-0-1)

- A las 4 semanas

Sedestación: PA 132/ 67 mmHg

Bipedestación (3 min) 120/57 mmHg



¿Dónde está el reto?

- Saber cuando hay que intensificar el tratamiento, y cuando retirarlo
 - **No**, a añadir fármacos sin confirmar que realmente hay un mal control
 - **Sí**, a comprobar el control con medidas ambulatorias
 - **Sí**, a comprobar la adherencia antes de añadir más fármacos
 - **No**, a intentar conseguir un objetivo de control cueste lo que cueste
 - **Sí**, a retirar fármacos, si existen efectos adversos derivados
 - **Sí**, a hacer seguimiento y ver que la retirada no comporta efectos negativos

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



!Muchas gracias!

Hipertensión Arterial

✉ htagdt@semfyc.es

Coordinador/a:

Miguel Ángel María Tablado (Soc. Madrileña)

Miembros:

Mencia Benítez Camps (Soc. Catalana)

Ángel Carlos Matía Cubillo (Soc. Castellana y Leonesa)

Jesús-Martín Treviño Theriot (Soc. Vasca)

Antoni Dalfó Baqué (Soc. Catalana)

Elena Martínez Peña (Soc. Castellano y Leonesa)

Joan Torras Borrell (Soc. Catalana)

Manuel Domínguez Sardiña (Soc. Gallega)

Xiana Rodríguez Villalón (Soc. Gallega)