

REVISTA ARGENTINA DE

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Control intensivo
de la presión arterial
en pacientes
con diabetes tipo 2

Discriminación racial
y de género al adaptar
el manejo médico
al tratamiento de la
hipertensión

Toma de posición
de amlodipina en embarazo

Duración del tiempo en
terapia
hipertensas crónicas
razadas

Revisión Narrativa:
Hiperaldosteronismo
primario (HAP) en el
embarazo

¿Más allá de la estimación
del riesgo cardiovascular:
¿Cuántos años de vida
adable podemos ganar
controlando los factores
de riesgo?

Inhibición de la enzima
convertidora de
angiotensina para distinguir
al hiperaldosteronismo
primario de la hipertensión
con renina baja



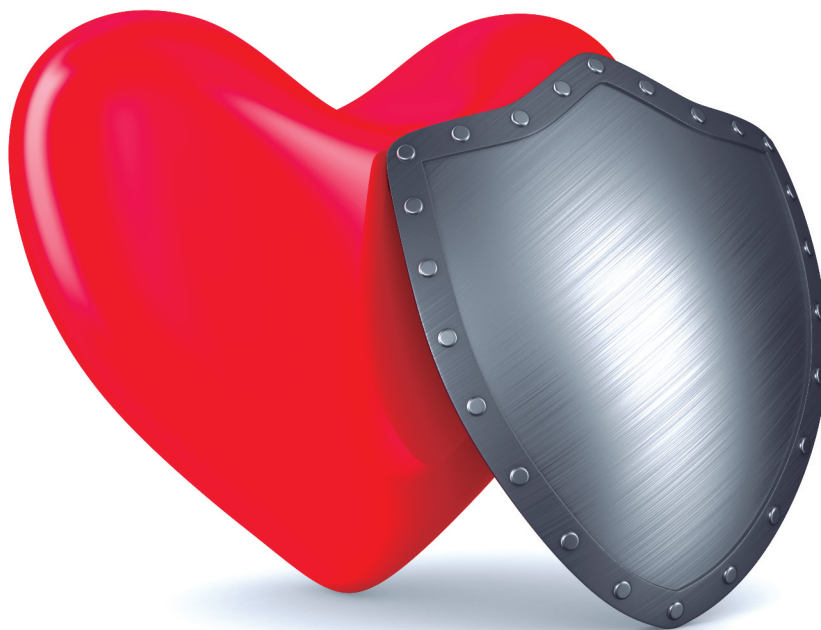
Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial

VOL.1 Nº1 | 03-2026

PELMEC®

Amlodipina 5/10 mg

LA VIGENCIA DE UN CLÁSICO



**El mejor calcioantagonista
para la hipertensión arterial**



5 mg: 30 y 60 comprimidos
10 mg: 30 y 60 comprimidos

1 TOMA
DIARIA **MÁS DE 24 HS**
DE PROTECCIÓN



LLEGÓ SAHITA!

La inteligencia artificial de la SAHA



La Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial tiene el enorme orgullo de anunciar que somos la primer sociedad médica científica que sumó la IA al servicio de los profesionales de la salud y la comunidad.

Ya disponible en nuestros sitios web!



WWW.RINCONDELHIPERTENSO.COM.AR



www.sahita.saha.org.ar

Autoridades

Consejo Editorial

Dirección Ejecutiva Dirección Científica

Dr. Gabriel Waisman
Dra. Analía Tomat
Dr. Julián Minetto

Comité Editorial

Dr. Omar Bertani
Dr. Marcelo Choi
Dr. Alejandro Díaz
Dra. Romina Díaz
Dr. Fernando Filippini

Dra. Albertina Ghelfi
Dra. Laura Graziani
Dr. Rodrigo Marañon
Dr. Juan Carlos Pereira Redondo
Dr. Alejandra Yeves

Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

Presidente Presidente anterior Vicepresidente 1° Vicepresidente 2° Secretario Prosecretario Tesorero Protesorero

Dr. Pablo Rodríguez
Dr. Nicolás Renna
Dr. Joaquín Serra
Dr. Diego Fernández
Dr. Alejandro Delucchi
Dr. Albertina Ghelfi
Dr. Marcelo Choi
Dr. Florencia Waisman

Vocales

Dr. Matías Arrupe
Dr. Marcos Baroni
Dra. Mariana Pérez
Dr. Christian Hötcht

Dra. María Inés Deregibus
Dr. Rodrigo Sabio
Dr. Gustavo Staffieri
Dr. José Cardozo

Dr. Juan Ignacio Pérez Duhalde
Dra. Ana Constanza Lagos
Dra. Mariela Gironacci
Dr. Diego Márquez

Asesores de Gestión y Relaciones Institucionales

Dr. Daniel Piskorz
Dr. Marcelo Orías
Dra. Judith Zilberman

Revisores de Cuentas

Dr. Mauro Ruise
Dr. Sergio Vissani
Dr. Gustavo Blanco

Staff

Presidente SAHA

Dr. Pablo Rodríguez

Consejo Editorial

- **Dirección Ejecutiva**

Dr. Gabriel Waisman

- **Dirección Científica**

Dra. Analía Tomat

Dr. Julián Minetto

Diseño

DG Claudio Petti

Publicidad

Cristina Cattaneo

Redacción y Administración

Teniente Gral. Juan Domingo Perón 1479, Piso 2 "4"

C1037ACA Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Teléfono (011) 4371-3019, Fax: (011) 4600-4651

REVISTA ARGENTINA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

es una publicación de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA). Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA). Registro DNDA en trámite.

Sumario



Revisión Narrativa: Hiperaldosteronismo primario (HAP) en el embarazo Dra. Anahí Lares - Dr. Julián Minetto	8
Toma de posición de amlodipina en embarazo Prof. Dra. Liliana S. Voto	16
Utilidad del tiempo en rango terapéutico en hipertensas crónicas embarazadas Dr. Julián Minetto	18
Control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2 Dr. Gabriel Waisman	22
Inhibición de la enzima convertidora de angiotensina para distinguir al hiperaldosteronismo primario de la hipertensión con renina baja Dr. Omar Bautista Bertani	24
Más allá de la estimación del riesgo cardiovascular: ¿cuántos años de vida saludable podemos ganar controlando los factores de riesgo? Prof. Mg. Méd. Carlos E. Leiva Sisnieguez	26
Discriminación racial y de género al adaptar el manejo médico al tratamiento de la hipertensión en América Latina Dr. Luis Alcocer	28

[R E V I S I Ó N]

Revisión Narrativa: Hiperaldosteronismo primario (HAP) en el embarazo

**Hiperaldosteronismo primario:
una causa subdiagnosticada de hipertensión
en el embarazo que aumenta significativamente
el riesgo materno-fetal.**

Dra. Anahí Lares

Médica. Residente de Clínica Médica HIGA San Martín de La Plata

Dr. Julián Minetto

Esp. Clínica Médica. Esp. Hipertensión Arterial. Esp. Docencia Universitaria (UNLP). Director Científico Revista Argentina Hipertensión Arterial. Docente Universidad Nacional La Plata: Cátedras Farmacología Aplicada-Medicina Interna C y D.

■ Introducción

El hiperaldosteronismo primario (HAP) es una causa frecuente y tratable de hipertensión secundaria, caracterizado por la secreción autónoma e inapropiada de aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales, lo que produce retención de sodio, excreción de potasio e hipertensión arterial. Las principales etiologías incluyen el adenoma suprarrenal productor de aldosterona (síndrome de Conn) y la hiperplasia suprarrenal bilateral. A diferencia del hiperaldosteronismo secundario, esta condición cursa con niveles suprimidos de renina plasmática. Su identificación es fundamental, ya que el tratamiento específico —ya sea quirúrgico o farmacológico con antagonistas de los receptores de mineralocorticoides— puede mejorar el control de la presión arterial, corregir alteraciones electrolíticas y reducir el riesgo cardiovascular. En el embarazo, puede haber algunas diferencias y características fisiológicas, clínicas y de tratamiento que son interesantes de mencionar, ya que no es una situación frecuente; asimismo, dadas las prevalencias reportadas, se cree que hay un subdiagnóstico de esta entidad, por lo que el objetivo de la revisión es hacer énfasis en estos puntos.¹

■ Epidemiología

La fisiología gestacional representa un desafío al momento de establecer la prevalencia HAP en el embarazo. Sabemos que la hipertensión arterial (HTA) es una complicación frecuente que afecta entre el 6-10 % de todas las gestaciones a nivel mundial, y que el HAP es la causa más común de HTA secundaria, estimándose entre el 6-11 % de todos los hipertensos, pero que aumenta a un 20 % en HTA resistente. Esto sitúa la prevalencia estimada de HAP en el embarazo entre el 0,6 y 0,8 %. De las HTA crónicas embarazadas las formas secundarias son 0,24 % totales, con mayor riesgo de efectos adversos fetales.^{2,3}

“El hiperaldosteronismo primario (HAP) es una causa frecuente y tratable de hipertensión secundaria, caracterizado por la secreción autónoma e inapropiada de aldosterona por parte de las glándulas suprarrenales [...]”

Además se cuenta con un número muy limitado de casos diagnosticados de HAP durante el período periparto. Excluyendo las formas familiares, se han reportado menos de 80 casos de mujeres embarazadas con HAP desde el primer informe en 1964. Una revisión sistemática de 2016 identificó informes que cubrían solo 40 embarazos en pacientes con AP, y otra revisión de 2022 analizó 83 pacientes (56 casos esporádicos y 27 de FH-1).^{1,3} Esta cifra tan baja de casos reportados sugiere un subdiagnóstico significativo de HAP antes y durante el embarazo.

■ Fisiopatología

Como se mencionó la fisiología normal del embarazo se presenta como un desafío significativo tanto para el diagnóstico como para el manejo del HAP. Estas dificultades surgen debido a las profundas alteraciones en el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y otros sistemas hormonales que ocurren durante la gestación.⁴

En el embarazo hay una regulación positiva del SRAA que es crucial para el equilibrio hidrosalino y bienestar fetal, por aumento hepático de angiotensinógeno dado por estimulación renal de estrógenos sumado a

“En el embarazo, puede haber algunas diferencias y características fisiológicas, clínicas y de tratamiento [...]”

una síntesis extrarrenal producida en ovarios y decidua materna. Esto conduce a un aumento significativo de la renina que aumenta 4 veces a las 10 semanas y 17 al momento de término. Por lo tanto, la aldosterona se eleva hasta 10 veces más hacia el final del embarazo, lo que provoca retención de sodio y sobrecarga de líquidos, esenciales para una perfusión placentaria adecuada.⁵

A pesar de este aumento de aldosterona, las mujeres embarazadas no suelen presentar síntomas de hiperaldosteronismo, como hipertensión o hipopotasemia, principalmente porque la progesterona, cuyos niveles aumentan progresivamente durante el embarazo, actúa como competidor de la aldosterona en el túbulo contorneado distal, bloqueando los receptores de mineralocorticoides y, por lo tanto, atenuando el efecto de la aldosterona. También se cree que la progesterona y prostaglandinas disminuyen la sensibilidad del receptor AT-1. Este efecto puede enmascarar el AP y, de hecho, se ha observado que la hipertensión y la hipopotasemia a veces aparecen o se exacerban en el posparto, cuando los niveles de progesterona disminuyen drásticamente.¹

A su vez, la deoxycorticosterona derivada de la 21-hidroxilación de la progesterona aumenta como mineralocorticoide; y también la LH y GnRh pueden llevar a una sobreproducción de aldosterona debido a la expresión aberrante de receptores en la zona glomerular suprarrenal que podría ser más pronunciada durante el embarazo por los altos niveles de gonadotropina coriónica humana.¹

Cabe destacar que las mujeres con preeclampsia mostraron una alta prevalencia de autoanticuerpos del receptor AG-II tipo 1, generando mayor sensibilidad a la AG-II. En modelos animales esta condición demostró más hipertensión y proteinuria además de otros efectos vasculares.¹ También se han encontrado receptores de prolactina en la glándula suprarrenal lo cual podría explicar un rol de la prolactina en la secreción de aldosterona, evidenciado por HTA posparto.¹

■ Historia natural

La evolución del HAP en el embarazo es altamente variable, siendo una condición de riesgo que puede empeorar

los niveles de presión arterial y generar hipokalemia, pero también se han reportado mejoras notables durante la gestación por la progesterona y empeoramiento posterior al posparto. Se desconoce exactamente su comportamiento, pero probablemente tenga que ver con el nivel y contrabalance de aldosterona/progesterona.⁶

Pensando en esta fisiopatología en aquellas pacientes “HTA nuevas” en posparto es importante pensar al HAP como causa, ya que se han reportado casos de este tipo que podrían ser explicados por la caída abrupta de la progesterona y el consecuente desenmascaramiento del fenómeno, potenciado posiblemente por niveles elevados de prolactina.⁷

En líneas generales el HAP ha mostrado en revisiones sistemáticas más incidencia de complicaciones en el embarazo que la población general, siendo una condición de alto riesgo obstétrico con 3 veces más riesgo de preeclampsia, aunque la prevalencia sea similar a otras HTA.

Sin embargo se han reportado mayores efectos fetales en esta población (parto prematuro, distrés respiratorio y RCIU).

Hay que tener en cuenta que al ser una entidad subdiagnosticada el reporte de las complicaciones materno-fetales en la condición no son el escenario real ya que hay un sesgo de selección por reportar sólo los casos graves.

Otro punto a tener en cuenta acerca del pronóstico es que hay gran cantidad de casos reportados con hiperaldosteronismo familiar 1 que cursa con un pronóstico más benigno por lo que es otra circunstancia que hace heterogéneo al análisis.⁸

■ Diagnóstico

El cociente renina aldosterona (CAR) es la prueba de detección más fiable para el AP. Sin embargo, la interpretación de este se vuelve complicada durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos del SRAA, donde aumentan los niveles de renina y de aldosterona. El aumento más prominente de la renina en comparación con la aldosterona puede disminuir el valor del CAR, lo que lleva a un mayor número de falsos negativos si se utilizan los valores de corte estándar no específicos del embarazo. Se ha descrito que en mujeres diagnosticadas con HAP, el 60 % mantiene bajos sus niveles de actividad de renina comparado con HT y normotensos.¹

Por otro lado no existen rangos de referencia específicos para el embarazo para el CAR, la aldosterona plasmática (PAC) o la concentración de renina directa (DRC) pero se ha propuesto como un criterio de alta sospecha de AP en mujeres embarazadas con hipertensión una PRA inferior a 4 ng/ml/h, junto con una con-

centración plasmática de aldosterona (PAC) elevada e hipopotasemia.

También se propuso la combinación de una ARR > 40 pmol/L/mU/L y una DRC < 20 mU/L como sugestiva para el diagnóstico de AP durante el embarazo.¹

Existen parámetros de normalidad por semanas para la aldosterona y la renina establecido en mujeres normotensas, donde los valores mayores a 2 desvíos estándar se pueden tomar como patológicos, sin embargo, no hay consenso de esto.⁴ Dado esta situación de hiperaldosteronismo hiperreninémico del embarazo, ambos valores son patológicos en un nivel más alto para la aldosterona y más bajo para la renina. Es así que los nuevos consensos toman los valores mencionados más elevados de renina.⁹

“Por otro lado no existen rangos de referencia específicos para el embarazo para el CAR, la aldosterona plasmática (PAC) o la concentración de renina directa (DRC) [...]”

Es necesario tener en cuenta los tratamientos establecidos, en particular el labetalol y la α -metildopa, que bloquean la secreción de renina inducida por el sistema simpático, lo que puede dar lugar a pruebas de falsos positivos y deberían retirarse previo al dosaje. Si no se controla la PA se puede usar hidralazina o nifedipina, conllevando riesgo de falsos negativos.

En cuanto a las pruebas de confirmación como la prueba de supresión con solución salina o la prueba de estimulación con captopril, no se recomiendan rutinariamente durante el embarazo debido al riesgo de sobrecarga de líquidos o efectos teratogénicos/tóxicos para el feto, así como los métodos de imagen se encuentran restringidos por la radiación.

Si quedan dudas diagnósticas o en el embarazo las pruebas de detección fueron negativas, se puede repetir en el posparto, a las 6 semanas ya se encuentran los descensos fisiológicos de ARP y la aldosterona. Se desconoce aún el rol de la lactancia para el diagnóstico.

De obtener una prueba diagnóstica positiva se recomienda iniciar tratamiento médico y continuar el estudio del subtipo posparto si hay buena respuesta. En caso de querer hacerlo durante el embarazo, sobre todo si no hay

“De obtener una prueba diagnóstica positiva se recomienda iniciar tratamiento médico y continuar el estudio del subtipo posparto si hay buena respuesta.”

buena respuesta al tratamiento médico antihipertensivo instaurado, se puede hacer resonancia magnética para buscar adenomas pero su precisión para el diagnóstico de subtipo (diferenciar unilateral de bilateral) es limitada.

■ Tratamiento

El tratamiento del HAP depende del subtipo del mismo. Sin embargo en el contexto de embarazo, se recomienda el tratamiento médico, a excepción de los casos en los que no haya buena respuesta al mismo¹. Para esos casos la resonancia magnética para la evaluación de glándulas suprarrenales está indicada.

En caso de hipertensión grave resistente con una lesión suprarrenal unilateral solitaria sospechosa de adenoma cortical y valores bioquímicos fuertemente sugestivos de AP se puede hacer directamente adrenalectomía sin realizar ni pruebas confirmatorias ni cateterismo, habiendo descartado previamente hipercortisolismo siendo el enfoque recomendado el uso combinado de cortisol libre urinario y cortisol salival nocturno, con valores de referencia específicos para el embarazo.

“En caso de hiperaldosteronismo, las drogas seguras en el embarazo fueron las más utilizadas en la bibliografía a pesar de no ser el tratamiento específico para el desorden hormonal: labetalol, alfametildopa y nifedipina.³”

En los casos de tratamiento quirúrgico, siempre que sea posible se recomienda realizar en el segundo trimes-

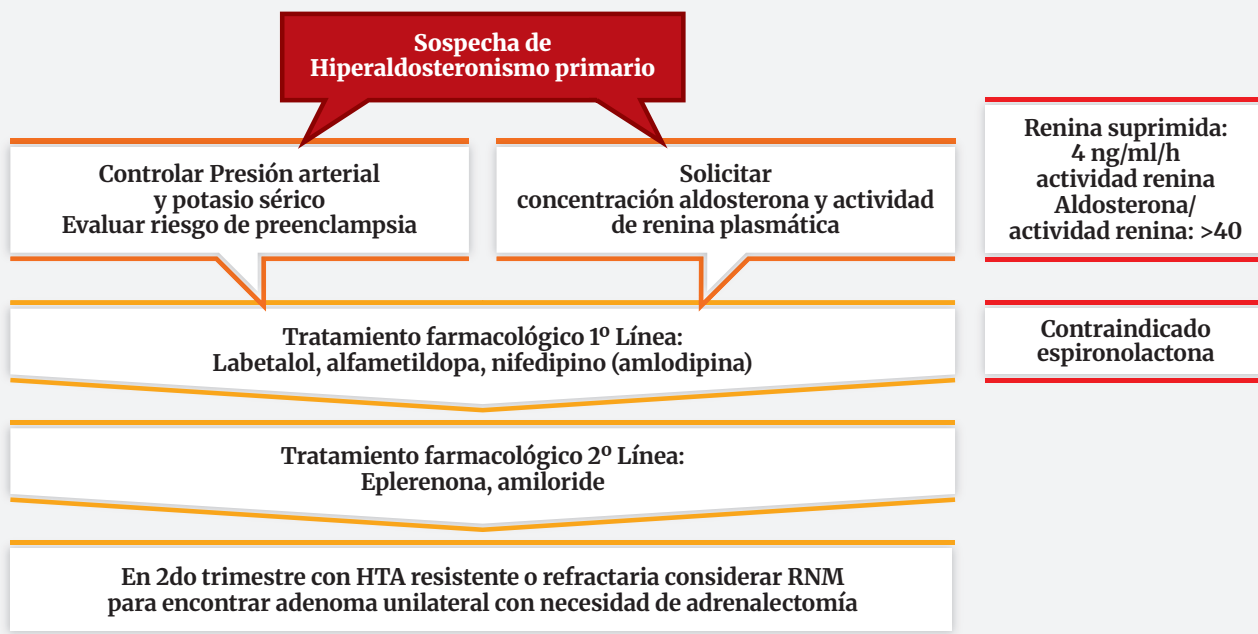


Figura resumen. Anahí Lares / Julián Minetto. Revista SAHA 2025.

tre. La experiencia de este tratamiento a nivel mundial en esta situación también es pobre con reportes de 11 casos en las últimas revisiones.

En caso de hiperaldosteronismo, las drogas seguras en el embarazo fueron las más utilizadas en la bibliografía a pesar de no ser el tratamiento específico para el desorden hormonal: labetalol, alfametildopa y nifedipina.³

Los antagonistas de mineralocorticoides que no han reportado en animales o en humanos ni alteraciones fetales o feminización han sido usados con muy baja frecuencia, hasta en 3 reportes de caso, por lo que la experiencia en el uso es pobre. Los consensos siguen recomendando como primera línea a las drogas clásicas, salvo que haya hipopotasemia y dejan para estos casos especiales a la Eplerenona (Clase B de clasificación OMS embarazo) o amiloride.⁹

La espironolactona está contraindicada y especialmente en el primer trimestre, ya que en animales se demostró feminización equivalente a dosis de 200 mg, y hasta nuestro conocimiento solo 1 reporte de caso de feminización en humanos.¹⁰

Todas estas recomendaciones están basadas en estudios observacionales y principalmente en la seguridad, ya que no hay ensayos clínicos realizados.

En el caso del hiperaldosteronismo-1 familiar donde el tratamiento es con una baja dosis de corticoide ex-

terno para suprimir la ACTH que libera la aldosterona, el tratamiento puede suspenderse si hay buen control en el primer trimestre para evitar riesgos teratogénicos, controlando la presión arterial y el potasio; y reiniciarse en el segundo trimestre.^{8,9}

■ Conclusiones

El hiperaldosteronismo primario durante el embarazo representa un desafío diagnóstico y terapéutico considerable debido a las modificaciones fisiológicas del sistema renina-angiotensina-aldosterona propias de la gestación, que pueden enmascarar sus manifestaciones clínicas. A pesar de su baja prevalencia reportada, el subdiagnóstico es probable, especialmente en cuadros de hipertensión nueva o exacerbada en el posparto. El reconocimiento oportuno de esta entidad es crucial, ya que se asocia con mayor riesgo materno-fetal y su tratamiento, aunque limitado por la seguridad fetal, puede mejorar significativamente los desenlaces. Ante la sospecha clínica, deben emplearse criterios diagnósticos adaptados al embarazo y, en casos seleccionados, considerar intervenciones específicas como la adrenalectomía en el segundo trimestre o el uso cuidadoso de antagonistas de mineralocorticoides seguros, siempre individualizando el abordaje en función del subtipo de HAP y la respuesta terapéutica ■

■ Referencias

- [1] Forestiero, V., Sconfienza, E., Mulatero, P. et al. Primary aldosteronism in pregnancy. *Rev Endocr Metab Disord* 24, 39–48 (2023). <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09729-6>.
- [2] Landau E, Amar L. Primary aldosteronism and pregnancy. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2016 Jun;77(2):148–60. doi: 10.1016/j.ando.2016.04.009. Epub 2016 May 6. PMID: 27156905.
- [3] Sanga V, Rossitto G, Seccia TM, Rossi GP. Management and Outcomes of Primary Aldosteronism in Pregnancy: A Systematic Review. *Hypertension*. 2022 Sep;79(9):1912–1921. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18858. Epub 2022 Jun 10. PMID: 35686552.
- [4] Wilson M, Morganti AA, Zervoudakis I, Letcher RL, Romney BM, Von Oeyon P, Papera S, Sealey JE, Laragh JH. Blood pressure, the renin aldosterone system and sex steroids throughout normal pregnancy. *Am J Med*. 1980;68:97–104. doi: 10.1016/0002-9343(80)90178-3.
- [5] Corsello SM, Paragliola RM. Evaluation and Management of Endocrine Hypertension During Pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Dec;48(4):829–842. doi: 10.1016/j.ecl.2019.08.011.
- [6] Malha L, August P. Secondary Hypertension in Pregnancy. *Curr Hypertens Rep*. 2015 Jul;17(7):53. doi: 10.1007/s11906-015-0563-z].
- [7] Ronconi V, Turchi F, Zennaro MC, et al. Progesterone increase counteracts aldosterone action in a pregnant woman with primary aldosteronism. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011;74(2):278.
- [8] Sanga V, Seccia TM, Rossi GP. A systematic review of pathophysiology and management of familial hyperaldosteronism type 1 in pregnancy. *Endocrine*. 2021 Oct;74(1):5–10. doi: 10.1007/s12020-021-02763-5.
- [9] Marta Araujo-Castro, Paola Parra Ramírez, Felicia A. Hanzu, Executive summary of the Spanish consensus for the diagnosis, management, and follow-up of primary hyperaldosteronism, *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Volume 71, Issue 8, 2024, Pages 355–364, ISSN 2530-0164, <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2024.05.007>.
- [10] Shah A. Ambiguous genitalia in a newborn with spironolactone exposure. In 93rd Annual Meeting of the Endocrine Society Boston. 2011. (Vol. 6).].



On Demand / Congresos / Webinars / Cursos en línea



ÚNASE HOY A SAHA.
Sea parte de nuestra
comunidad.

Sólo escanee
el código



www.sahadospuntocero.org.ar

H Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial

CITIZEN

TENSIÓMETROS DE BRAZO CHU304/CHU305

Clinically validated
ESH protocol

Avalados por



AUTORIZADOS POR
anmat

GARANTÍA
5 AÑOS
EXTENDIDA

Distribuidor Oficial

 **SILFAB**



 **Tecnología
japonesa**

LOSACOR®

LOSARTÁN + AMLODIPINA

**SINERGIA ANTIHIPERTENSIVA
CON CARDIOPROTECCIÓN INTEGRAL**



PRESENTACIONES

- **LOSACOR A:** 30 y 60 comprimidos recubiertos.
- **LOSACOR A 100:** 30 y 60 comprimidos recubiertos.

RACORVAL®

VALSARTÁN +
AMLODIPINA

AGRANDAR LA FAMILIA
HACE BIEN AL CORAZÓN



PRESENTACIONES

- **RACORVAL A 160 mg / 5 mg:** 30 y 60 comprimidos recubiertos
- **RACORVAL A 160 mg / 10 mg:** 30 y 60 comprimidos



[COMENTARIO DEL AUTOR]

Toma de posición de amlodipina en embarazo

Cambio de paradigma: Amlodipina como alternativa en la hipertensión arterial de la embarazada.

Prof. Dra. Liliana S. Voto MD PhD

Profesora Emérita Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires.

Académica en la International Academy of Perinatal Medicine.

Jefe Departamento Materno Infanto Juvenil, Hospital Juan A. Fernández, CABA.

Comentario del artículo: Ghelfi AM, Miranda G, Voto LS, et al. Toma de posición sobre el uso de amlodipina en el embarazo. Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial en la Mujer. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2024. DOI: 10.1016/j.hipert.2024.11.004.

■ Resumen del diseño del documento

Se trata de un documento de consenso y toma de posición elaborado por el Grupo de Trabajo de HTA en la Mujer de la SAHA, basado en revisión crítica de la literatura científica y encuestas a profesionales. El objetivo fue responder, con respaldo bibliográfico actualizado, a las principales dudas sobre el uso de amlodipina en pacientes embarazadas, antes, durante y después de la gestación, así como su compatibilidad con la lactancia.

■ Objetivos y variables

El documento no es un estudio experimental, pero define con claridad los interrogantes clínicos más frecuentes:

1. ¿Es útil amlodipina en mujeres jóvenes en edad fértil?
2. ¿Es segura su utilización durante el embarazo?
3. ¿Qué eficacia y perfil farmacológico presenta en el tratamiento de la HTA gestacional?
4. ¿Es compatible con el puerperio y la lactancia?

■ Resultados principales

Se destacan los siguientes puntos:

- Amlodipina es eficaz para el tratamiento de la HTA en el embarazo, incluyendo formas leves y crónicas.
- Su perfil de seguridad materno-fetal es comparable o incluso superior al de la nifedipina y la metildopa, fármacos tradicionalmente empleados.
- Su uso en el embarazo no se asocia a mayor riesgo de teratogenicidad ni efectos adversos neonatales.
- La evidencia disponible, incluyendo metaanálisis recientes, respalda su efectividad en la reducción de la PA sistólica y diastólica con baja incidencia de efectos secundarios.
- Su excreción en leche materna es baja y clínicamente irrelevante, permitiendo su uso durante la lactancia.

“La amlodipina, avalada por una creciente evidencia de seguridad y eficacia, se presenta como una opción terapéutica válida en todas las etapas: preconcepción, embarazo, puerperio y lactancia.”

■ Hallazgos relevantes sobre el tratamiento

La amlodipina se posiciona como una alternativa de valor frente a la escasez de formulaciones específicas de nifedipina de liberación sostenida (NIF-RETARD), actualmente discontinuadas.

Su perfil farmacocinético (vida media larga, buena biodisponibilidad oral, posología de una toma diaria) es ventajoso en escenarios como el puerperio y el seguimiento ambulatorio.

Su indicación en mujeres en edad fértil o con intención reproductiva también resulta razonable por su ausencia de efectos sobre la fertilidad y su buena tolerancia.

■ Conclusión y relevancia clínica

Este documento propone un cambio de paradigma en el abordaje de la HTA durante el embarazo en contextos donde las alternativas tradicionales son inaccesibles o presentan limitaciones. La amlodipina, avalada por una creciente evidencia de seguridad y eficacia, se presenta como una opción terapéutica válida en todas las etapas: preconcepción, embarazo, puerperio y lactancia. La postura de la SAHA constituye un valioso respaldo institucional que podría contribuir a mejorar la equidad y disponibilidad terapéutica para mujeres embarazadas con HTA ■

[COMENTARIO DEL AUTOR]

Utilidad del tiempo en rango terapéutico en hipertensas crónicas embarazadas

Tiempo en rango terapéutico: es un predictor de preeclampsia superior al control en consultorio, y reduce las complicaciones maternas mayor al 90%.

Dr. Julián Minetto

Unidad Enfermedades Cardio metabólicas HIGA San Martín de La Plata. Especialista en Clínica Médica. Especialista en Hipertensión Arterial (SAHA). Especialista Docencia universitaria (UNLP). Docente Facultad Ciencias Médicas Cátedras Farmacología Aplicada, Medicina Interna C y D.

Comentario en base a: Espeche, W., Minetto, J., Leiva Sisnieguez, C.E. et al. Time in therapeutic range and risk of preeclampsia in chronic hypertensive pregnant women. *Hypertens Res* 47, 2895–2901 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41440-024-01830-4>

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una de las principales causas de morbimortalidad materno fetal en el mundo, principalmente en la segunda mitad del embarazo¹, siendo la preeclampsia (PE) la complicación final.

La hipertensión (HA) crónica representa el factor de riesgo con mayor magnitud para el desarrollo de PE y su prevalencia se incrementó en la última década paralelamente al incremento de la obesidad y la edad materna¹.

El tratamiento farmacológico antihipertensivo ha demostrado disminuir los riesgos de diferentes eventos adversos durante el embarazo y es actualmente aceptado por las recomendaciones internacionales². Sin embargo, en la evolución no ha sido evaluado el tiempo en el cual la embarazada se encuentra en rango terapéutico adecuado. Este nuevo concepto (tiempo en rango terapéutico -TRT-) es un indicador de la carga hipertensiva³, y evalúa no solo las cifras y el control de la PA en una evaluación, sino también la variabilidad en el tiempo, siendo esta última asociada a eventos adversos a largo plazo en población general³.

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la relación entre el TRT de las mediciones de la PA en consultorio (PAC) y ambulatorias con el desarrollo de PE en embarazadas HA crónica.

En nuestro estudio reclutamos 166 hipertensas crónicas en su mayoría bajo tratamiento farmacológico (solo 2 no recibieron tratamiento) con riesgo de preeclampsia y se las siguió a lo largo del embarazo con un protocolo predeterminado donde se realizaron en 2-3 ocasiones, mediciones sistemáticas tanto en consultorio como del monitoreo ambulatorio de PA en 24 horas (MAPA) hasta la finalización de este, registrándose el desarrollo de preeclampsia, eclampsia o HELLP.

El 42 % tuvieron 2 evaluaciones en promedio a las 21,9 semanas de edad gestacional mientras que el 58 %

tuvo 3 evaluaciones con promedio a las 30 semanas.

Se dividió a las pacientes en grupos de control de PA de acuerdo con el porcentaje de visitas en que se encontraban controladas; tanto en el consultorio (<140/90 mmhg promedio PA Sistólica/PA Diastólica) como en el MAPA (Promedio de períodos: 24 horas <130/80 mmhg y Día <135/85 mmhg y Noche <120/70 mmHg).

El 28% (n=47) de las pacientes desarrolló preeclampsia. Cuando se observa el TRT tanto del consultorio como del MAPA (Figura 1) todos los grupos, a medida que tienen menos porcentaje de control, aumentan el riesgo absoluto del evento.

“Cuando se observa el TRT tanto del consultorio como del MAPA (Figura 1) todos los grupos, a medida que tienen menos porcentaje de control, aumentan el riesgo absoluto del evento.”

Interesantemente cuando se analiza el acuerdo entre los grupos de TRT de consultorio y ambulatorio, el mismo es bajo (6 %). Así, embarazadas con MAPA en el grupo 1 (0 % de control), tienen un control de TRT aceptable (grupo 3 y 4) en la mayor parte de las PAC (~70 %). Estos resultados podrían explicar el riesgo que continúan teniendo las embarazadas con HA enmascarada, hipotetizando que, en el transcurso de la gestación, existe un riesgo residual no detectado por el porcentaje de control de TRT con las mediciones de PAC que son desenmascaradas con el MAPA.

Finalmente, cuando analizamos el riesgo de preeclampsia en un modelo logístico ajustándolo por variables con desajuste inicial potenciales de modificar el ries-

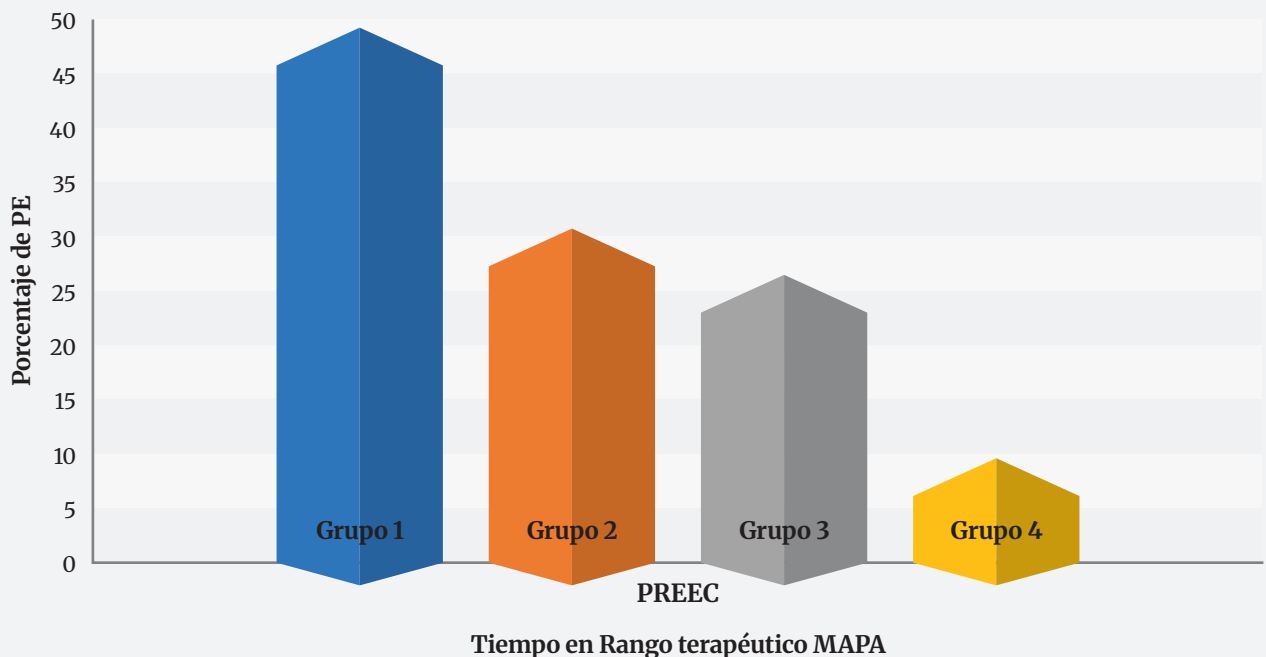


Figura 1. Porcentaje de PE según grupos de porcentaje de tiempo en rango terapéutico en MAPA.

“Estos resultados podrían explicar el riesgo que continúan teniendo las embarazadas con HA enmascarada, hipotetizando que, en el transcurso de la gestación, existe un riesgo residual no detectado por el porcentaje de control de TRT con las mediciones de PAC que son desenmascaradas con el MAPA.”

go de estas como: edad, aspirina, suplementos de calcio y también asimismo por el TRT PAC; el TRT del MAPA mantiene independencia en su información predictiva; jerarquizando esta evaluación por arriba de la anterior.

Como conclusiones del estudio, el TRT ambulatorio es un predictor independiente del riesgo de PE y a di-

ferencia del TRT de consultorio, un adecuado control en sucesivos MAPAs durante el embarazo disminuye >90 % de complicaciones maternas. Por lo tanto, este estudio sugiere la necesidad de 2-3 MAPAs durante el seguimiento en embarazos de alto riesgo con HA crónica tratadas como método ideal ■

■ Referencias

- [1] Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, Kenny LC, McCarthy F, Myers J, Poon LC, Rana S, Saito S, Staff AC, Tsigas E, von Dadelszen P. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2022 Mar;27:148-169. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.008.
- [2] Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *N Engl J Med* 2022; 386:1781-92.
- [3] Doumas M, Tsioufifis C, Fletcher R, Amdur R, Faselis C, Papademetriou V. Time in therapeutic range, as a determinant of all cause mortality in patients with hypertension. *J Am Heart Assoc.* 2017;6:e007131.

XXXII

Congreso Argentino de Hipertensión Arterial SAHA 2026

*"Enfoque interdisciplinario del riesgo
cardiovascular, más allá del tensiómetro"*

**SAVE
THE
DATE**

16, 17 y 18 de abril de 2026
Salones Puerto Norte. Rosario



Informes e inscripción:
www.saha.org.ar

SAHA Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial

[COMENTARIO RECOMENDADO]

Control intensivo de la presión arterial en pacientes con diabetes tipo 2

La presión arterial sistólica menor de 120 mmHg reduce eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes y alto riesgo cardiovascular.

Dr. Gabriel Waisman

Profesor Titular de la Cátedra de Terapéutica de la Maestría de Mecánica Vascular e Hipertensión Arterial, Universidad Austral. Médico de Planta y Coordinador de la UCARHEM (Unidad Cardio Reno Hepato Metabólica) del Instituto Cardiovascular Lezica. Ex Presidente de la SAHA (Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial)

Comentario basado en: Y. Bi, M. Li, Y. Liu, T. Li, J. Lu, P. Duan et al for the BPROAD Research Group. N Engl J Med 2025;392:1155-67



Los objetivos terapéuticos para la presión arterial sistólica (PAS) en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 (DM2) no están claros. Se incluyeron pacientes de 50 años o más con DM2, PAS elevada y alto riesgo de enfermedad cardiovascular en 145 centros clínicos de China. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir tratamiento intensivo con el objetivo de lograr una PAS inferior a 120 mmHg o tratamiento estándar con el objetivo de lograr una PAS inferior a 140 mmHg durante un máximo de 5 años. El resultado principal fue una combinación de accidente cerebrovascular no fatal, infarto de miocardio no fatal, hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte por causas cardiovasculares. De 12.821 pacientes (6.414 en el grupo de tratamiento intensivo y 6.407 en el grupo de tratamiento estándar), 5.803 (45,3 %) eran mujeres; la edad media (\pm DE) de los pacientes fue de $63,8 \pm 7,5$ años. Al año de seguimiento, la PAS media fue de 121,6 mmHg (mediana: 118,3 mmHg) en el grupo de tratamiento intensivo y de 133,2 mmHg (mediana: 135,0 mmHg) en el grupo de tratamiento estándar. Durante una mediana de seguimiento de 4,2 años, se produjeron eventos del punto final primario en 393 pacientes (1,65 eventos por 100 personas-año) en el

“...En pacientes con DM2 2, la incidencia de eventos cardiovasculares mayores fue significativamente menor con el tratamiento intensivo, que con el tratamiento estándar...”

grupo de tratamiento intensivo y en 492 pacientes (2,09 eventos por 100 personas-año) en el grupo de tratamiento estándar (cociente de riesgo: 0,79; IC 95 %, 0,69 a 0,90; $p < 0,001$). La incidencia de eventos adversos graves fue similar en ambos grupos de tratamiento. Sin embargo, la hipotensión sintomática y la hiperkalemia se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de tratamiento intensivo que en el grupo de tratamiento estándar. En pacientes con DM2 2, la incidencia de eventos cardiovasculares mayores fue significativamente menor con el tratamiento intensivo, que con el tratamiento estándar ■

[COMENTARIO RECOMENDADO]

Inhibición de la enzima convertidora de angiotensina para distinguir al hiperaldosteronismo primario de la hipertensión con renina baja

El tratamiento con antialdosterónicos demuestra ser muy eficaz en pacientes con hipertensión arterial y renina baja.

Dr. Omar Bautista Bertani

Médico especialista en Clínica Médica; especialista en Hipertensión Arterial (SAHA); especialista en Diabetología (Col. Med. PBA).

Unidad de Riesgo Cardiovascular y Metabólico (URCyM), Santa Teresita, Partido de La Costa, Buenos Aires, Argentina.

Comentario del artículo: Tsai CH, Brown JM, Parisien-La Salle S, Newman AJ, Wu VC, Lin YH, Vaidya A. ACE Inhibition to Distinguish Low-Renin Hypertension From Primary Aldosteronism. Hypertension. 2025 Jun;82(6):1046-1055

El concepto de hipertensión con renina baja (HRB) surge de una definición arbitraria, donde se acepta que un valor de actividad de renina plasmática (ARP) $<0,65$ ng/ml/h o una concentración directa de renina <15 μ U/ml definen a un estado de renina baja, el cual puede estar presente hasta en 20 a 30 % de los pacientes hipertensos.¹ En estos pacientes, evaluar los niveles de aldosterona y potasio plasmáticos es fundamental, para mejorar la precisión diagnóstica.² En el subgrupo de HRB que cursa con niveles de aldosterona plasmática >10 ng/dl se debe considerar la posibilidad diagnóstica de aldosteronismo primario (AP) y realizar estudios confirmatorios.² Los autores realizaron un estudio de cohorte retrospectiva con 756 pacientes con HRB y sospecha de AP que fueron sometidos a un test de captopril (TC). Para la distinción entre HRB y AP usaron cuatro criterios: (1) ARP <1 ng/ml/h y descenso <30 % en la concentración de aldosterona plasmática post TC: 57,8 % de los pacientes fueron catalogados como AP; (2) relación aldosterona/renina >30 post TC: 66,3 % catalogados como AP; (3) ARP <1 ng/ml/h post TC: 82,5 % catalogados como AP; y (4) aldosterona plasmática >11 ng/dl post TC: 95,1 % clasificados como AP. Las tasas de res-

“En el subgrupo de HRB que cursa con niveles de aldosterona plasmática >10 ng/dl se debe considerar la posibilidad diagnóstica de aldosteronismo primario (AP) y realizar estudios confirmatorios.²”

puesta completa o parcial luego del tratamiento dirigido con antialdosterónicos fueron altas (86,5 y 91,7 % respectivamente), independientemente de la interpretación del TC.

Los autores concluyen que el TC permitió mejorar la precisión diagnóstica en pacientes con AP; sin embargo, la terapia con antialdosterónicos proporcionó beneficios similares a todos los pacientes, más allá de los resultados del TC, lo cual la vuelve una estrategia a tener presente en escenarios de dificultad de acceso al diagnóstico bioquímico ■

■ Referencias

- [1] Mulatero P, Verhovez A, Morello F, Veglio F. Diagnosis and treatment of low-renin hypertension. Clin Endocrinol (Oxf). 2007 Sep;67(3):324-34.
- [2] Monticone S, Losano I, Tetti M, Buffolo F, Veglio F, Mulatero P. Diagnostic approach to low-renin hypertension. Clin Endocrinol (Oxf). 2018 Oct;89(4):385-396.

[COMENTARIO DEL AUTOR]

Más allá de la estimación del riesgo cardiovascular: ¿cuántos años de vida saludable podemos ganar controlando los factores de riesgo?


Una de las cohortes más grandes mundiales de pacientes con factores de riesgo cardiovascular muestra la carga y el beneficio de controlar cada uno de ellos.

Prof. Mg. Méd. Carlos E. Leiva Sisnieguez

Especialista jerarquizado en Clínica Médica, Hipertensión Arterial y Docencia Universitaria
Magíster en Enfermedades Cardiovasculares.

Miembro de la Unidad de Enfermedades Cardiometabólicas, HIGA San Martín de La Plata
Jefe de la Unidad de Investigación, HIGA San Martín de La Plata

Comentario sobre el trabajo: Global Cardiovascular Risk Consortium; Magnussen C, et al. Global Effect of Cardiovascular Risk Factors on Lifetime Estimates. N Engl J Med. 2025 Mar 30. doi: 10.1056/NEJMoa2415879. Epub ahead of print. PMID: 40162648.



La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte a nivel mundial. Cinco factores de riesgo modificables –hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, sobrepeso/obesidad, diabetes y tabaquismo– explican cerca de la mitad de esta carga. Sin embargo, el impacto a largo plazo, a lo largo de toda la vida, y el beneficio tangible en “años de vida saludable” que se puede obtener al controlar estos factores, especialmente en la mediana edad, no estaban del todo claros a escala global.

Por ello, desde el Consorcio de Riesgo Cardiovascular Global (GCVRC), se realizó un esfuerzo sin precedentes: se armonizaron y analizaron datos individuales de más de 2 millones de participantes, provenientes de 133 cohortes en 39 países de 6 continentes, incluida América Latina. Se estimaron el riesgo de ECV y de muerte por cualquier causa hasta los 90 años, y se calcularon las diferencias en años de vida libre de ECV y de vida total, comparando personas de 50 años con y sin estos cinco factores de riesgo.

Los resultados son contundentes. La ausencia de los cinco factores de riesgo a los 50 años se asocia con una expectativa de vida considerablemente mayor. En comparación con quienes presentan los cinco factores, las mujeres sin factores de riesgo ganan un promedio de 13,3 años adicionales libres de ECV y 14,5 años de vida. Para los hombres, estas cifras son de 10,6 y 11,8 años, respectivamente.

Incluso si se analizan los factores individualmente, la ausencia de tabaquismo y de diabetes por separado (en presencia de los otros cuatro) muestran la mayor ganancia en años libres de ECV y de vida total, respectivamente. Sin embargo, estos resultados presentaron heterogeneidad regional: por ejemplo, las mujeres sin HTA de Amé-

rica Latina (pero con los otros cuatro factores) mostraron la mayor ganancia de años libres de ECV (4,9 años) en comparación con aquellas con los cinco factores.

Con respecto a la modificación de los factores de riesgo, los individuos que tenían todos los factores a los 50-55 años, pero lograron controlar la HTA (lograr cifras <130 mmHg) entre los 55 y 60 años obtuvieron la mayor ganancia de años de vida libres de ECV. Por otro lado, dejar de fumar se asoció con la mayor ganancia de años de vida totales, seguido de cerca por el control de la HTA.

“La ausencia de los cinco factores de riesgo a los 50 años se asocia con una expectativa de vida considerablemente mayor.”

Este estudio global refuerza la importancia vital de la prevención primaria y el control agresivo de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente en la edad media de la vida. Ya no se trata solo de hablar de “riesgo cardiovascular”, sino también de “beneficio potencial” y “años de vida ganados”: controlar la presión arterial no solo reduce el riesgo cardiovascular a 10 años, sino que puede adicionar años, incluso más de una década, de vida activa y libre de eventos cardiovasculares.

En conclusión, la ausencia y el control de los factores de riesgo clásicos, con un énfasis particular en la HTA y el tabaquismo en la mediana edad, se asocian a una vida significativamente más larga y libre de eventos cardiovasculares ■

[COMENTARIO DEL AUTOR]


Discriminación racial y de género al adaptar el manejo médico al tratamiento de la hipertensión

La discriminación racial, de género o de etnia es un punto de abordaje en el control de la presión arterial en Latinoamérica.

Dr. Luis Alcocer. Médico Cardiólogo Clínico

Maestro en Salud Pública y Experto Certificado en Hipertensión Arterial. Presidente de la Inter-American Society of Hypertension. Director de GREHTA-Internacional. Instituto Mexicano de Salud Cardiovascular, México

Fuente: Racial and Gender Discrimination when Tailoring Medical Management to Hypertension Treatment in Latin America
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40168082/>



La discriminación racial y de género en el manejo de la hipertensión en América Latina es un problema significativo y complejo, impulsado por sesgos relacionados con el género, la etnia y el estatus socioeconómico. A pesar de que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la región, persisten disparidades en la atención médica, afectando desproporcionadamente a poblaciones marginadas como mujeres, minorías étnicas y grupos de bajos ingresos. Estas poblaciones enfrentan barreras como subrepresentación en ensayos clínicos, diagnósticos tardíos y acceso desigual a tratamientos recomendados por guías clínicas.

La diversidad de América Latina, marcada por diferencias raciales, étnicas, históricas y económicas, influye en la carga de las ECV y en las inequidades en la atención médica. Las disparidades económicas perpetúan un sistema de salud dividido, donde la calidad del tratamiento suele correlacionarse con el nivel socioeconómico, afectando negativamente los resultados de salud en comunidades pobres. La discriminación étnica, arraigada en prejuicios sociales, resulta en atención inadecuada y acceso limitado a tecnologías avanzadas, impactando especialmente a poblaciones indígenas y afrodescendientes. Asimismo, la discriminación de género agrava las desigualdades, con mujeres enfrentando desafíos biológicos y socioeconómicos que limitan su manejo óptimo de la hipertensión.

Para abordar estas inequidades, la Sociedad Interamericana de Hipertensión (IASH) propone cuatro posiciones consensuadas:

1. Reconocimiento de la discriminación: Se destaca que factores como etnia, género, estatus socioeconómico, edad o discapacidad afectan los resultados de salud. Se aboga por un manejo médico personalizado que respete las variaciones individuales del paciente sin

reforzar estereotipos o sesgos, evitando que estas características se usen como justificaciones para reducir la calidad de la atención.

2. Revisión de algoritmos de manejo de la hipertensión con sesgos étnicos: Los algoritmos de tratamiento basados en raza, fundados en creencias históricas inexactas, deben ajustarse a las condiciones socioeconómicas y culturales del paciente. La etnia no es un determinante biológico válido de la hipertensión, sino un marcador de disparidades socioeconómicas que afectan el acceso a la atención.

3. Derecho a tratamiento óptimo: Todo paciente con hipertensión tiene derecho a un tratamiento óptimo de por vida. El concepto y recomendación del empleo de un manejo diferenciado: “tratamiento básico”, aunque útil como estrategia económica transitoria en salud pública, perpetúa la desigualdad si se aplica indefinidamente. La IASH promueve el acceso universal y oportuno a un manejo adecuado de la mayor calidad posible.

4. Discriminación de género: Se subraya la necesidad de abordar las diferencias biológicas y socioeconómicas en el manejo de la hipertensión de las mujeres. Factores como la subrepresentación en ensayos clínicos y las barreras de acceso requieren enfoques sensibles al género, educación y empoderamiento para mejorar los resultados de salud. La implementación de estrategias integrales es esencial para superar estas barreras en el manejo de las mujeres que viven con hipertensión arterial. Esto incluye garantizar la participación equitativa en ensayos clínicos, desarrollar políticas de salud pública culturalmente adaptadas y promover iniciativas educativas dirigidas a profesionales y comunidades.

Los sistemas de salud deben dismantelar sesgos arraigados, mejorar el acceso para poblaciones desfavorecidas y asegurar tratamientos de igual calidad para minorías étnicas, socioeconómicas o de género.

En conclusión, combatir la discriminación en el manejo de la hipertensión en América Latina es crucial para reducir la carga de las ECV y lograr una atención médica equitativa.

En conclusión, combatir la discriminación en el manejo de la hipertensión en América Latina es crucial para reducir la carga de las ECV y lograr una atención médica equitativa. Las recomendaciones de la IASH, presenta-

das en este documento, ofrecen un marco práctico para avanzar hacia un manejo justo, inclusivo e integral de la hipertensión, con el objetivo de mejorar los resultados cardiovasculares en toda la región ■



DISCRIMINATION WHEN TAILORING MEDICAL MANAGEMENT TO HYPERTENSION TREATMENT IN LATIN AMERICA

Todo ser humano tiene derecho a proteger su salud por los mejores medios disponibles, que le permitan vivir el mayor tiempo posible en condiciones de calidad.



POSICIÓN 1

La discriminación por etnia, género, estatus socioeconómico, edad o discapacidad da lugar a peores resultados de salud. El tratamiento médico personalizado debe respetar las variaciones específicas del paciente y evitar el refuerzo de estereotipos o prejuicios.



POSICIÓN 2

La etnicidad, vista como una construcción social, con frecuencia conduce a microagresiones y discriminación que empeoran las disparidades en salud. En lugar de algoritmos médicos basados en la raza, deberíamos adoptar evaluaciones que tengan en cuenta los contextos socioeconómicos y culturales genuinos.

Los médicos y los proveedores de atención médica deben modificar su enfoque para la prestación de atención a quienes más la necesitan: las poblaciones desfavorecidas y minoritarias, las mujeres, los ancianos y los discapacitados.



IASH POSITION PAPER
OPPOSING DISCRIMINATION

POSICIÓN 3



Economía: Todo paciente tiene derecho a un tratamiento eficaz de la hipertensión, independientemente de sus circunstancias económicas. Los sistemas de salud deben establecer estándares universales que garanticen el acceso equitativo a tratamientos de calidad.



POSICIÓN 4

La discriminación de género afecta significativamente el tratamiento de la hipertensión en las mujeres, como lo demuestran los sesgos en la prestación de atención médica. Es esencial implementar estrategias sensibles al género, establecer iniciativas educativas Integrales y mejorar el acceso a la atención médica.



FARMACOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEL MECANISMO A LA PRÁCTICA

GRUPO DE TRABAJO



Farmacología y
Farmacoterapia

Modalidad: Exclusivamente virtual.



Dudas y consultas en
saha@saha.org.ar



Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial



SAHA- ISH

CURSO SUPERIOR BIENAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2026 - 2027

Organizado conjuntamente por



MODALIDAD VIRTUAL

- Destinado a médicos de Argentina y habla hispana de distintas especialidades afines (Clínica, Cardiología, Nefrología, Medicina Familiar, Medicina General) que deseen profundizar sus conocimientos en hipertensión arterial.
- 8 módulos mensuales por año, con clases asincrónicas y en vivo (integradoras) dictadas por destacados profesionales Nacionales e Internacionales.
- Organizado y avalado por la International Society of Hypertension y la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.
- Otorga los créditos suficientes para optar a la **Certificación en Hipertensión Arterial**, avalado por el Consejo de Certificaciones de Profesionales Médicos y la Academia Nacional de Medicina.

DIRECTOR

Dr. Nicolás Renna

CODIRECTORES

Dr. Dagnovar Aristizabal (ISH)

Dr. Marcelo Choi (SAHA)

INSCRIPCIÓN



Informes e inscripción en cursohta@saha.org.ar



HIPERTENSIÓN ARTERIAL, MECÁNICA, Y ENVEJECIMIENTO VASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 2026

Clases magistrales 2026

Director: Dr. Gustavo Staffieri

Coordinadores: Dr. Martín Koretzky
Dr. Pablo G. Pizzala



Hipertensión Arterial y
Mecánica Vascular

DOCENTES

- Dra. Roxana Mondino
- Dra. Albertina Ghelfi
- Dr. Martín Koretzky
- Dr. Gustavo Staffieri
- Dr. Pedro Forcada
- Dr. Alejandro Díaz
- Dr. Sebastián Obregon
- Dr. Juan Carlos Pereira Redondo
- Dr. Raul Preiser
- Dr. Pablo G. Pizzala
- Dr. Daniel Olano
- Dr. José Cardozo
- Dr. Gonzalo Miranda
- Dr. José Miguel Bragado
- Dr. Javier Sary
- Dr. José Pizzorno
- Dra. Mildren Del Sueldo

Modalidad: Exclusivamente virtual.



Informes e inscripción:
www.saha.org.ar

H Sociedad
Argentina de
Hipertensión Arterial