Guías ISH 2026: del control de la presión arterial a la implementación posible

Prof. Nicolás Renna, MD, PhD
Médico cardiólogo.
Expresidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA).
Fellow de la International Society of Hypertension (ISH) y de la European Society of Cardiology (ESC).

Comentario del artículo: Stergiou GS, Kario K, Aristizabal D, et al. 2026 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Journal of Hypertension. 2026;44(12):2157-2188. Publicación electrónica: 20 de octubre de 2026. DOI: 10.1097/HJH.0000000000004451.

El mensaje central de las Guías Globales de Práctica en Hipertensión de la International Society of Hypertension (ISH) 2026 es clínico y operativo: mejorar el control exige detectar antes, medir con rigor y tratar de acuerdo con el riesgo, sin perder de vista los recursos disponibles. La distinción entre atención esencial y óptima organiza esa propuesta. No es un detalle editorial: reconoce que una recomendación global solo será útil si puede adaptarse a sistemas sanitarios distintos.

La guía conserva el **umbral diagnóstico de hipertensión en consultorio en ≥140/90 mmHg, pero incorpora la categoría de presión arterial elevada para valores de 130–139 mmHg sistólica y/o 80–89 mmHg diastólica.** El cambio, por lo tanto, no consiste en llamar hipertenso a todo paciente desde 130/80. Consiste en reconocer que ese rango puede requerir una respuesta clínica más activa. **En atención óptima, si la presión elevada está confirmada y persiste luego de tres meses de cambios en el estilo de vida, se plantea considerar tratamiento farmacológico incluso en personas con bajo riesgo cardiovascular**.

Para que esa decisión sea segura, la guía coloca la calidad de la medición en el centro del manejo. La automedición domiciliaria estandarizada gana un papel principal para confirmar el diagnóstico y seguir la respuesta al tratamiento; una lectura casual en casa no la reemplaza. La medición ambulatoria de 24 horas conserva valor ante preguntas clínicas específicas, como hipertensión nocturna o efecto de guardapolvo blanco. En otras palabras, **no alcanza con tratar antes: primero hay que saber qué presión estamos tratando.**

También se amplía a más pacientes el objetivo de presión arterial <130/80 mmHg, incluidos muchos adultos mayores.

Esa meta debe individualizarse según fragilidad, tolerancia y circunstancias clínicas. **El objetivo no es perseguir un número de manera automática, sino reducir riesgo cardiovascular sin provocar efectos adversos evitables.** La valoración del riesgo cardiovascular y del daño de órgano debe orientar la intensidad terapéutica y la conversación con cada paciente.

Las recomendaciones sobre **inhibidores de la síntesis de aldosterona, denervación renal en pacientes seleccionados y participación de profesionales de salud entrenados amplían las herramientas disponibles**. Pero no sustituyen los pasos que con frecuencia fallan en la práctica: confirmar el diagnóstico, revisar adherencia, optimizar el esquema y descartar hipertensión secundaria cuando corresponde.

La lectura crítica para América Latina es que "óptimo" requiere condiciones concretas: dispositivos validados, capacitación, continuidad del seguimiento y medicamentos accesibles. La guía ofrece un marco global y contempla herramientas regionales de estimación del riesgo, pero su implementación debe considerar la disponibilidad y calibración local de esas herramientas. Si no se atienden estas condiciones, intensificar antes podría aumentar desigualdades y convertir una meta ambiciosa en una recomendación difícil de cumplir.

En síntesis, la guía propone pasar de una práctica centrada en umbrales aislados a un proceso: medir bien, confirmar, estimar riesgo, acordar una meta y sostener el tratamiento. Su aporte será real si logramos aplicar ese proceso con precisión, individualización y equidad.