

Guías ISH para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial

Título: 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines

Autores: Unger T, Borghi C, Schutte AE y colaboradores

Institución: Maastricht University, Maastricht, Países Bajos; University of Bologna, Bolonia, Italia; North-West University, Potchefstroom, Sudáfrica y otros centros participantes

Fuente: Hypertension 75(6):1334-1357, Jun 2020

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial y es responsable de 10.4 millones de muertes anuales. Esta enfermedad produce muchas comorbilidades e impacta en los costos de los sistemas de salud, por esto es importante realizar un adecuado diagnóstico y brindar los mejores tratamientos para lograr las metas en las cifras de presión arterial (PA).

En esta nueva publicación de *la International Society of Hypertension* (ISH) se refleja el esfuerzo por unificar conceptos de las diferentes guías creadas por las sociedades científicas de varias partes del mundo, incluidos Canadá y Japón, para disminuir el impacto de la HTA. Las recomendaciones de la ISH se ofrecen para ser utilizadas globalmente, de una forma práctica y simplificada y tienen en cuenta si están dirigidas para entornos de altos o de escasos recursos, ya que en estos últimos pueden no ser factibles, por ejemplo, las mediciones de la PA fuera del consultorio, el requisito de múltiples visitas para el diagnóstico de hipertensión o recomendar el uso de unipíldoras. Los autores diferencian entre recomendaciones óptimas, cuando hacen referencia a la mejor evidencia científica documentada y reunida por el panel, y recomendaciones esenciales cuando cumplen al menos con los estándares mínimos para ser efectuada y cuando lo óptimo no es posible, como, por ejemplo, por falta de disponibilidad.

Definición de HTA

De acuerdo con la mayoría de las guías internacionales, como la europea, se diagnostica HTA cuando la PA sistólica (PAS) en el consultorio o la clínica

es ≥ 140 mm Hg o la PA diastólica (PAD) es ≥ 90 mm Hg después de repetidas evaluaciones.

- Según las anteriores Guías de la *American Heart Association* (AHA, 2017) se denominaba HTA estadio 1 a la cifra entre 130-139/85-89 mm Hg; sin embargo, para 2020 el término cambia a PA normal alta y el rango está destinado a identificar a las personas que podrían beneficiarse de las intervenciones no farmacológicas o farmacológicas si clasifican en muy alto riesgo.

Esta guía, al igual que las últimas directrices europeas, recomiendan diagnosticar de HTA con tensiómetros digitales calibrados, los cuales son más confiables que el método clásico auscultatorio que ya no se considera de primera línea.

- En adultos mayores, jóvenes y niños, la forma más frecuente de HTA es la hipertensión sistólica aislada (PAS ≥ 140 mm Hg con PAD < 90 mm Hg).
- Los pacientes con HTA grado 1 o 2 deben recibir tratamiento farmacológico.

Tabla 1. Criterios de HTA basados en la consulta, en el MAPA y en la AMPA.

Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
PA normal	< 130	y	< 80
PA normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	≥ 160	y/o	≥ 100
PA en consulta	≥ 140	y/o	≥ 90
MAPA			
Promedio 24 h	≥ 130	y/o	≥ 80
Promedio diurno	≥ 135	y/o	≥ 85
Promedio nocturno	≥ 120	y/o	≥ 70
AMPA	≥ 135	y/o	≥ 85

HTA, hipertensión arterial; MAPA, monitoreo ambulatorio de presión arterial; AMPA, automedición domiciliar de la presión arterial.

Medición de PA y diagnóstico de HTA

Aproximadamente, entre el 10% y 30% de los sujetos que acuden a las clínicas debido a PA alta tienen hipertensión “de bata blanca” y entre el 10% y 15% tienen hipertensión enmascarada.

Recomendación esencial. Diagnóstico de HTA en la consulta médica

- La medición de la PA en el consultorio o la clínica suele ser la base para el diagnóstico y el seguimiento de la HTA.
- Siempre que sea posible, no se debe realizar el diagnóstico en una sola visita al consultorio. Por lo general, de 2 a 3 visitas al consultorio en intervalos de 1 a 4 semanas (según el nivel de PA) son necesarias para confirmar el diagnóstico de HTA.
- El diagnóstico se puede realizar en una sola visita si la PA $\geq 180/110$ mm Hg y hay antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV).
- Si es posible y está disponible, el diagnóstico de hipertensión debe confirmarse mediante la medición de la PA fuera del consultorio.

Recomendación óptima. Diagnóstico de HTA en la consulta médica

- Evaluación inicial: medir la PA en ambos brazos, preferiblemente de forma simultánea. Si hay una diferencia constante entre los brazos > 10 mm Hg en mediciones repetidas, se usa el brazo con la PA más alta. Si la diferencia es > 20 mm Hg, debe considerarse realizar más mediciones.
- Presión arterial de pie: medir en pacientes hipertensos tratados después de 1 min y de nuevo después de 3 min cuando hay síntomas que sugieren hipotensión postural, y en la primera visita en pacientes ancianos y personas con diabetes.

Recomendaciones para la toma de la PA

- Habitación tranquila con temperatura confortable.
- Antes de las mediciones: evitar fumar, tomar café y realizar ejercicio durante 30 minutos; la vejiga debe estar vacía y el paciente, permanecer sentado y relajado durante 3 a 5 min.
- Ni el paciente ni el personal deben hablar antes, ni durante las mediciones.
- El paciente debe estar sentado: el brazo descansa sobre la mesa con la mitad del brazo al nivel del corazón; respaldo apoyado en la silla; piernas sin cruzar y pies planos en el piso.
- Se debe realizar con dispositivo de brazalete electrónico validado (oscilométrico).
- Alternativamente, se puede usar un dispositivo con el método auscultatorio clásico adecuadamente calibrado (aneroide o híbrido, ya que los esfigmomanómetros de mercurio están prohibidos en la mayoría de los países).

- El tamaño del brazalete debe seleccionarse según la circunferencia del brazo del individuo (el manguito más pequeño sobreestima y el manguito más grande subestima la PA).
- Para los dispositivos de auscultación manual, el brazalete debe cubrir del 75% a 100% de la circunferencia del brazo del individuo. Para dispositivos electrónicos, los puños se usan de acuerdo con las instrucciones del dispositivo.
- En cada visita, se deben tomar 3 medidas con 1 minuto entre ellas. La primera se desecha y se calcula el promedio de las últimas 2 mediciones.

Si la PA de la primera lectura es < 130/85 mm Hg, no se requiere otra medición.

- La PA \geq 140/90 mm Hg en 2 a 3 visitas al consultorio indica hipertensión, si es \geq 180/110 mm Hg con antecedentes de ECV se podría diagnosticar en la primera visita.

Hipertensión de bata blanca: estos individuos tienen un riesgo cardiovascular intermedio, entre la PA normal y la hipertensión sostenida.

- El diagnóstico necesita confirmación con mediciones repetidas de la PA en el consultorio y fuera de este.
- Si el riesgo cardiovascular total es bajo y no hay daño de órgano blanco por hipertensión (DOB), es posible que el paciente no requiera tratamiento farmacológico.

Hipertensión enmascarada: estos pacientes tienen riesgo similar de presentar eventos cardiovasculares que en la hipertensión sostenida.

- El diagnóstico necesita confirmación con mediciones repetidas en el consultorio y fuera de este.
- Requiere tratamiento farmacológico con el objetivo de normalizar la PA fuera del consultorio.

Factores de riesgo cardiovascular

Más del 50% de los pacientes hipertensos tienen más factores de riesgo (FR) cardiovascular. Los FR adicionales más comunes son:

- Diabetes (15-20%).
- Trastornos de lípidos, colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad [LDLc] y triglicéridos elevados (30%). Sobrepeso/obesidad (40%)

- Hiperuricemia (25%).
- Síndrome metabólico (40%).
- Hábitos de vida poco saludables (p. ej. tabaquismo, consumo elevado de alcohol, estilo de vida sedentario).

Otros FR son: ácido úrico sérico elevado, enfermedades inflamatorias crónicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trastornos psiquiátricos y factores psicosociales estresantes que justifican un control eficaz de la PA.

La presencia de uno o más FR cardiovasculares adicionales aumenta proporcionalmente el riesgo de enfermedades coronarias, cerebrovasculares y renales en pacientes hipertensos.

El tratamiento combinado de la HTA y los factores adicionales de riesgo cardiovascular reduce la tasa de ECV más allá del control de la PA.

La estrategia terapéutica debe incluir cambios en el estilo de vida, control de la PA según metas y el tratamiento eficaz de los demás FR para reducir el riesgo cardiovascular residual.

Recomendación esencial. La evaluación de los factores adicionales de riesgo debe ser parte del diagnóstico en pacientes hipertensos, particularmente en presencia de antecedentes familiares de ECV.

Se debe evaluar el riesgo cardiovascular en todos los pacientes hipertensos. Se puede obtener una estimación fiable del riesgo cardiovascular en la práctica diaria al incluir:

- **Otros factores de riesgo:** edad (> 65 años), sexo (hombre > mujer), frecuencia cardíaca (> 80 latidos/min), aumento de peso corporal, diabetes, LDLc/triglicéridos elevados, antecedentes familiares de ECV, antecedentes familiares de hipertensión, menopausia de inicio precoz, tabaquismo, factores psicosociales o socioeconómicos.
- **DOB:** hipertrofia ventricular izquierda (con electrocardiograma [ECG]), enfermedad renal crónica (ERC) moderada a grave, tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) < 60 ml/min/1.73 m² y cualquier otra medida disponible de daño orgánico.
- **Enfermedad:** enfermedad coronaria previa (EC), insuficiencia cardíaca (IC), accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular, ERC estadio 3+.

Otros factores de riesgo, DOB o enfermedad	Normal alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS \geq 160 PAD \geq 100	
Sin otros factores de riesgo	Bajo	Bajo	Moderado	Alto
Uno o 2 factores de riesgo	Bajo	Moderado	Alto	
Tres o más factores de riesgo	Bajo	Moderado	Alto	Alto
DOB, ERC grado 3, DBT, ECV	Alto	Alto	Alto	

Figura 1. Clasificación simplificada del riesgo de hipertensión según factores adicionales de riesgo, daño orgánico mediado por hipertensión y enfermedad previa.

Para identificar el DOB se deben realizar los siguientes paraclínicos en todo paciente con HTA: creatinina sérica y TFGe; parcial de orina y ECG de 12 derivaciones.

DOB, daño de órgano blanco; ERC, enfermedad renal crónica; DBT, diabetes mellitus; ECV, enfermedad cardiovascular; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica.

Tratamiento de la HTA

Es importante realizar, previo al tratamiento, un buen diagnóstico y la clasificación del paciente, así como determinar el riesgo cardiovascular. En todos los pacientes (con hipertensión y aquellos en riesgo de presentarla) se debe identificar la administración de fármacos que puedan aumentar la PA o interferir en el efecto reductor de los antihipertensivos.

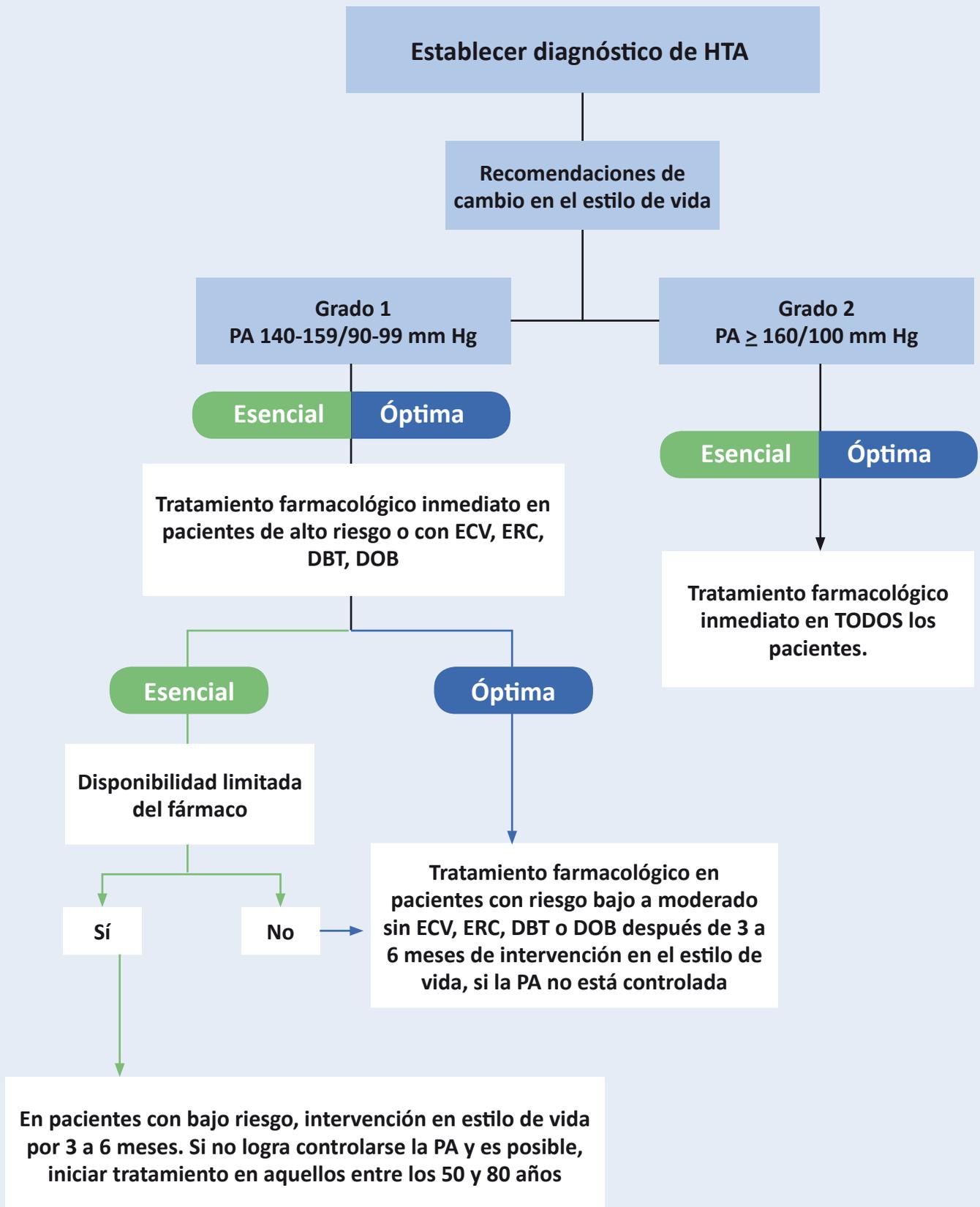
Cuando corresponda, considerar la posibilidad de reducir o eliminar los fármacos que elevan la PA. Si estos agentes son necesarios, se trata la PA para alcanzar el objetivo independientemente (recomendación esencial y óptima).

Tratamiento no farmacológico

Además del tratamiento farmacológico, los pacientes deben realizar cambios en el estilo de vida (primera línea de tratamiento), que no solo disminuyen el riesgo de complicaciones, sino que reducen el riesgo cardiovascular.

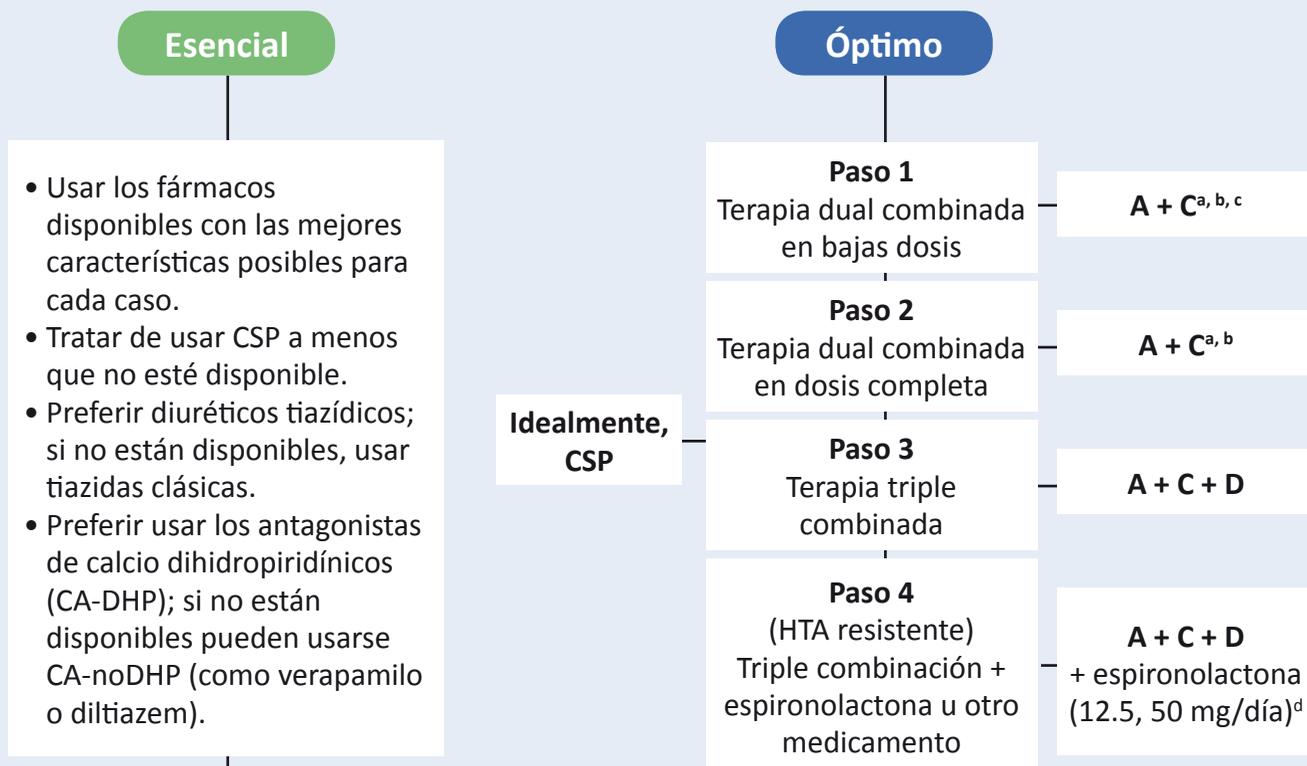
La PA presenta variaciones estacionales con niveles más bajos a temperaturas más altas y más altos a temperaturas más bajas.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial



Estrategia ISH para el tratamiento farmacológico

En general, el tratamiento farmacológico se indica como en el algoritmo principal; sin embargo, se debe individualizar de acuerdo con las comorbilidades del paciente.



Esencial Óptimo

Considerar el uso de betabloqueantes en HTA únicamente cuando haya condiciones específicas: insuficiencia cardíaca, postinfarto agudo de miocardio, fibrilación auricular, mujeres jóvenes que estén planeando embarazo.

- ^a Considerar monoterapia en pacientes de bajo riesgo o adultos muy mayores (> 80 años) o con fragilidad.
- ^b Considerar A + D en casos pos ACV, adultos mayores, insuficiencia cardíaca incipiente o intolerancia CA.
- ^c Considerar A + C o C + D en pacientes de raza negra.
- ^d Tener precaución con la espironolactona u otros ahorradores de potasio cuando la TFG sea < 45 ml/min/1.73 m² o el K⁺ sea > 4.5 mmol/l.

A ARA II o IECA
C CA-DHP
D Diurético tiazídico (como indapamida o clortalidona).

* Alternativas incluidas: amilorida, doxazosina (prazosina carece de evidencia significativa), eplerenona, clonidina o betabloqueantes. Bajas dosis generalmente se refiere a la mitad de la máxima dosis recomendada.

- Basados en ensayos clínicos aleatorizados, el beneficio de IECA o ARA II no ha demostrado ser idéntico en las diferentes poblaciones; por lo tanto, la elección de alguno de estos dos grupos dependerá de las características del paciente, la disponibilidad, el costo y la tolerabilidad.

CSP, terapia combinada en una sola píldora; CA-DHP, antagonistas del calcio dihidropiridínicos; CA-noDHP, antagonistas del calcio no dihidropiridínicos; HTA, hipertensión arterial; ARA II, antagonistas del receptor de angiotensina II; IECA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Tabla 2. Tratamiento no farmacológico.

Reducción de sal	<p>Existe una fuerte evidencia de una relación entre la ingesta alta de sal y el aumento de la PA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la sal agregada al preparar alimentos y en la mesa. • Evitar o limitar el consumo de alimentos con alto contenido de sal, como salsa de soja, comidas rápidas y alimentos procesados, incluidos panes y cereales con alto contenido de sal.
Dieta saludable	<p>Consumir una dieta rica en cereales integrales, frutas, verduras, grasas poliinsaturadas y productos lácteos y reducir los alimentos con alto contenido de azúcar, grasas saturadas y grasas trans, como la dieta DASH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la ingesta de verduras con alto contenido de nitratos, que reducen la PA, como las verduras de hoja y la remolacha. • Otros alimentos y nutrientes beneficiosos incluyen aquellos con alto contenido de magnesio, calcio y potasio, como paltas, nueces, semillas, legumbres y tofu.
Bebidas saludables	<p>Consumo moderado de café, té verde y negro.</p> <p>Otras bebidas que pueden ser beneficiosas incluyen el té de karkadé (hibisco), el jugo de granada, el jugo de remolacha y el cacao.</p>
Moderación del consumo de alcohol	<p>Existe una asociación lineal positiva entre el consumo de alcohol, la PA, la prevalencia de hipertensión y el riesgo de ECV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El límite diario recomendado para el consumo de alcohol es de 2 bebidas estándares para hombres y 1.5 para mujeres (10 g de alcohol/bebida estándar). • Evitar el consumo excesivo.
Reducción de peso	<p>El control del peso corporal está indicado para evitar la obesidad. En particular, debe tratarse la obesidad abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar puntos de corte étnicos específicos para el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura. • Alternativamente, se recomienda una relación cintura-altura < 0.5 para todas las poblaciones.
Dejar de fumar	<p>El tabaquismo es un factor de riesgo importante para las ECV, la EPOC y el cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda dejar de fumar y derivar al paciente a programas para hacerlo.
Actividad física regular	<p>El ejercicio aeróbico y de resistencia regular puede ser beneficioso tanto para la prevención como para el tratamiento de la HTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio aeróbico de intensidad moderada (caminar, trotar, andar en bicicleta, yoga o nadar) durante 30 min, de 5 a 7 días a la semana o entrenamiento en intervalos de alta intensidad, que consiste en alternar ráfagas cortas de actividad intensa con períodos posteriores de recuperación de actividad más ligera. • El entrenamiento de fuerza también puede ayudar a reducir la PA. • Realizar ejercicios de resistencia/fuerza de 2 a 3 días a la semana.
Reducir el estrés e inducir la atención plena	<p>El estrés crónico se ha asociado con la hipertensión. Los ensayos clínicos aleatorizados que examinan los efectos de la meditación/atención plena trascendental sobre la PA sugieren que esta práctica la reduce.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe reducir el estrés e introducir la atención plena o la meditación en la rutina diaria.
Medicinas complementarias, alternativas o tradicionales	<p>Una gran proporción de pacientes hipertensos usa medicinas complementarias, alternativas o tradicionales, aunque por ahora su uso no está respaldado.</p>
Reducir la exposición a la contaminación del aire y las bajas temperaturas.	<p>La evidencia respalda un efecto negativo de la contaminación del aire sobre la PA a largo plazo.</p>

Tratamiento farmacológico

- Menos del 50% de los adultos con HTA reciben tratamiento farmacológico para reducir la PA a pesar de que una diferencia de 20/10 mm Hg se asocia con una disminución del 50% en el riesgo cardiovascular.
- El no cumplimiento al tratamiento antihipertensivo afecta al 10% a 80% de los pacientes hipertensos y es uno de los factores para el control subóptimo de la PA.

Características del fármaco ideal

- Los tratamientos deben basarse en pruebas en relación con la prevención de la morbilidad/mortalidad.
- Establecer un régimen de una vez al día que proporcione el control de la PA las 24 horas.
- Asequible o rentable en relación con otros fármacos.
- Buena tolerabilidad.
- Información de los beneficios del uso del fármaco en las poblaciones a las que se va a administrar.

Metas del tratamiento para pacientes con HTA

- Esencial: reducir la PA al menos 20/10 mm Hg para lograr, idealmente, un valor < 140/90 mm Hg.
- Óptimo: en pacientes < 65 años, la PA objetivo es < 130/80 mm Hg, si el paciente lo tolera, pero no menos de 120/70 mm Hg. Para los pacientes > 65 años, la PA objetivo es de < 140/90 mm Hg, si el paciente lo tolera, pero individualizar cada caso, evaluar la fragilidad, independencia, funcionalidad y el contexto.

Recomendaciones de cumplimiento terapéutico (esencial y óptima)

Evaluar el cumplimiento con el al tratamiento antihipertensivo es apropiado en cada consulta y antes de la intensificación del tratamiento antihipertensivo. Considerar las siguientes estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico:

- Reducir la polifarmacia: uso de combinaciones de unipíldora y de dosificación una vez al día.
- Vincular el comportamiento de cumplimiento terapéutico con los hábitos diarios.
- Proporcionar retroalimentación del cumplimiento terapéutico a los pacientes.

- Monitorización domiciliaria de la PA.
- Recordatorio de medicamentos.
- Asesoramiento basado en el empoderamiento para la autogestión.
- Ayudas electrónicas para el cumplimiento terapéutico, como teléfonos móviles o servicios de mensajes cortos (SMS).
- Enfoque de equipo multidisciplinario de atención médica.

Tratamiento según comorbilidades

Hipertensión y enfermedad coronaria

- Existe una fuerte interacción epidemiológica entre la EC y la HTA, que representa el 25% a 30% de los infartos agudos de miocardio.
- Se recomiendan cambios en el estilo de vida (dejar de fumar, dieta y ejercicio).
- Metas: la PA debe reducirse si es $\geq 140/90$ mm Hg y tratarse para lograr un objetivo $< 130/80$ mm Hg ($< 140/80$ mm Hg en pacientes de edad avanzada).
- El tratamiento debe incluir: bloqueantes del sistema renina-angiotensina (A) o betabloqueantes (B), independientemente de los niveles de PA, con o sin antagonistas del calcio (C).
- Todos los pacientes deben recibir tratamiento hipolipemiante con un objetivo de LDLc ideal < 55 mg/dl.
- El tratamiento antiplaquetario con ácido acetilsalicílico es recomendado de rutina en estos pacientes.

Hipertensión y evento cerebrovascular previo

- La hipertensión es el factor de riesgo más importante para el ACV isquémico o hemorrágico.
- Meta: la PA debe reducirse si $\geq 140 / 90$ mm Hg y tratarse para lograr un objetivo $< 130/80$ mm Hg ($< 140/80$ mm Hg en pacientes de edad avanzada).
- Tratamiento: A, C o D (diurético tiazídico) son fármacos de primera línea.
- El tratamiento hipolipemiante es obligatorio con un valor objetivo de LDLc < 70 mg/dl.
- El tratamiento antiplaquetario se recomienda habitualmente para el ACV isquémico, pero no para el ACV hemorrágico, a menos que haya una indicación fuerte para administrarlo.

Hipertensión e insuficiencia cardíaca

- La hipertensión es un factor de riesgo para presentar IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr) y para IC con fracción de eyección preservada (IC-FEp). El resultado clínico es adverso y la mortalidad aumenta en pacientes hipertensos con IC.
- Se recomiendan cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) como a todos los grupos.
- La PA debe reducirse si $\geq 140/90$ mm Hg y tratarse para lograr un objetivo $< 130/80$ mm Hg pero $> 120/70$ mm Hg.
- El tratamiento con A, B y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides es eficaz para mejorar el resultado clínico en pacientes con IC-FEr establecida, mientras que para los diuréticos, la información se limita a la mejoría sintomática.
- Los antagonistas del calcio solo están indicados en caso de no lograr la meta de la PA.
- El inhibidor de la angiotensina-inhibidor de neprilisina sacubitril-valsartán se indica para el tratamiento de la IC-FEr como alternativa a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II).

Hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC)

- La hipertensión es un factor de riesgo importante para el surgimiento y la progresión de la albuminuria y cualquier forma de ERC.
- Una TFG más baja se asocia con hipertensión resistente, HTA enmascarada y PA elevada durante la noche.
- La PA debe reducirse si $\geq 140/90$ mm Hg y tratarse para lograr un objetivo $< 130/80$ mm Hg ($< 140/80$ mm Hg en pacientes de edad avanzada).
- Los IECA y los ARA II son fármacos de primera línea porque reducen la albuminuria además de lograr adecuado control de la PA. Se pueden agregar C y diuréticos de asa (D) si la TFGe < 30 ml/min/1.73m².
- Deben medirse de forma frecuente la TFGe, la microalbuminuria y los electrolitos en sangre.

HTA y diabetes

- La PA debe reducirse si $\geq 140/90$ mm Hg y tratarse con un objetivo $< 130/80$ mm Hg ($< 140/80$ mm Hg en pacientes de edad avanzada).
- La estrategia de tratamiento debe incluir A + C o A + D.
- El tratamiento debe incluir una estatina y lograr metas de reducción del LDLc (menor a 70 mg/dl o menor a 100 mg/dl, según la presencia o ausencia complicaciones de la DBT o de daño de orgánico).
- También debe administrarse tratamiento para reducir la glucosa y los lípidos de acuerdo con las guías actuales de tratamiento.

HTA y dislipidemia

- La PA debe reducirse igual que en la población general, preferentemente con inhibidores de RAS (ARA II o IECA) y antagonistas del calcio.
- Las estatinas son el tratamiento de elección para reducir los lípidos, con o sin ezetimibe, o inhibidor de PCSK9 (en el entorno óptimo).
- Se debe considerar la reducción de los triglicéridos séricos si > 200 mg/dl, especialmente en pacientes con hipertensión y DBT. Existen posibles beneficios adicionales al usar fenofibrato en el subgrupo de colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad (HDLc) bajo/triglicéridos altos.



**Sociedad Iberoamericana
de Información Científica**

SIIC, Consejo de Dirección:
Arias 2624
(C1429DXT)
Buenos Aires, Argentina
Tel.: +54 11 4702 1011
comunicaciones@siicsalud.com
www.siic.info

El texto de **Guías ISH para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial** fue seleccionado de la base de datos SIIC *Data Bases* y fue resumido objetivamente por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base de Unger T y col. 2020 *International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines*. Hypertension 75(6):1334-1357, Jun 2020. El contenido de GD es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales. Los médicos redactores no emiten opiniones o comentarios sobre los artículos que escriben. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC.
Impreso en la República Argentina, septiembre de 2021. Colección Guías Distinguidas, Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.