6.3. Hipertensión arterial en la persona con DM2

PUNTOS CLAVE

1. La hipertensión es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en las personas con diabetes en España. Medir la presión arterial en cada visita de control no es un trámite.
2. Ante cifras elevadas en consulta, confirmar fuera de ella con AMPA o MAPA. La MAPA es el método de referencia y el único que identifica la hipertensión de bata blanca y la enmascarada.
3. El objetivo en la persona con diabetes es una presión inferior a 130/80 mmHg, siempre que se alcance sin efectos adversos. En fragilidad o edad avanzada, se debe individualizar.
4. IECA o ARA II como primer escalón y después combinación con un calcioantagonista o una tiazida. La combinación a dosis bajas rinde más que subir un solo fármaco al máximo.
5. Hay que evitar la inercia terapéutica: la mayoría de las personas con DM2 e hipertensión necesitarán dos o más fármacos.

1. Cribado y diagnóstico

La presión arterial debe medirse en todas las consultas de control de la persona con DM2. Esta guía adopta como umbral de confirmación diagnóstica en consulta ≥ 140/90 mmHg, el de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH): si se alcanza o se supera, el diagnóstico debe confirmarse con medidas fuera de la consulta: automedida domiciliaria (AMPA) o monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA). La MAPA es el método de referencia porque permite identificar la hipertensión de bata blanca y la enmascarada, pero no siempre está disponible, de modo que conviene manejar con soltura los umbrales de todos los métodos (Tabla 1; Kreutz R, 2024; Jones DW, 2025).

Tabla 1. Umbrales diagnósticos de hipertensión según el método de medida (mmHg)

Método	AHA/ACC 2025	ESH 2024
Presión arterial en consulta	≥ 130/80	≥ 140/90
AMPA	≥ 130/80	≥ 135/85
MAPA de 24 horas	≥ 125/75	≥ 130/80
MAPA diurna	≥ 130/80	≥ 135/85
MAPA nocturna	≥ 110/65	≥ 120/70

ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; AMPA: automedida domiciliaria de la presión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; ESH: European Society of Hypertension. Los umbrales estadounidenses y europeos no coinciden: conviene saber cuál se está aplicando antes de etiquetar a nadie.

Fuente: Basada en Benítez Camps M, 2024; Kreutz R, 2024; Jones DW, 2025.

2. Objetivo de control

El tratamiento de la hipertensión previene eventos cardiovasculares y frena la progresión de la enfermedad renal y de la retinopatía, de modo que debe iniciarse precozmente, combinando siempre medidas no farmacológicas y farmacológicas. En la persona con diabetes el objetivo es una presión arterial inferior a 130/80 mmHg, siempre que pueda alcanzarse de forma segura (ADA, 2026, secc. 10). En personas frágiles, de edad avanzada, con

hipotensión ortostática, caídas o alta carga terapéutica, el objetivo debe individualizarse y ser menos exigente: el riesgo de hipotensión y de caídas pesa aquí más que unos milímetros de mercurio. Una revisión Cochrane en población general con hipertensión no encontró que perseguir objetivos por debajo de 135/85 mmHg aportara más beneficio que el objetivo estándar de 140/90, aunque sí redujo el infarto y la insuficiencia cardíaca; no analiza de forma específica a la población con diabetes, que parte de un riesgo basal mayor (Arguedas JA, 2020).

El tratamiento farmacológico se inicia cuando la presión arterial es igual o superior a 140/90 mmHg. Conviene comenzar directamente con dos fármacos combinados, en lugar de monoterapia, cuando la presión de partida supera en más de 20/10 mmHg el objetivo: es una de las medidas más eficaces para evitar la inercia terapéutica.

El momento de la toma, en cambio, no modifica el pronóstico: en el ensayo TIME, con más de 21 000 personas con hipertensión, tomar la medicación antihipertensiva por la noche o por la mañana no cambió la incidencia de eventos cardiovasculares (Mackenzie IS, 2022). Lo realmente determinante es el cumplimiento: conviene pactar el horario que mejor garantice la toma diaria, simplificar la pauta con combinaciones a dosis fijas y comprobar la adherencia en cada visita antes de intensificar.

3. Medidas no farmacológicas

Véase la Tabla 2.

Tabla 2. Intervenciones sobre el estilo de vida y descenso esperable de la presión sistólica

Medida	En qué consiste	Descenso de PAS
Reducción de peso	Mantener un IMC de 20 a 25 kg/m². Perder peso si hay sobrepeso u obesidad.	5-20 mmHg por cada 10 kg
Dieta saludable (DASH)	Rica en frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y lácteos desnatados; baja en grasas saturadas y azúcares.	8-14 mmHg
Reducción de sal	Menos de 5 g de sal al día, equivalentes a unos 2 g de sodio.	2-8 mmHg
Actividad física regular	150-300 min/semana de ejercicio aeróbico moderado, o 75-150 de intensidad vigorosa, repartidos en varios días.	4-9 mmHg
Limitar el alcohol	No más de 100 g por semana en hombres y 50 g en mujeres. La opción más saludable sigue siendo no consumirlo.	2-4 mmHg
Abandono del tabaco	Dejar de fumar y evitar la exposición al humo.	Mejora el riesgo global
Sueño y manejo del estrés	Dormir de 7 a 9 horas, técnicas de relajación y tratamiento de los trastornos del sueño, incluida la apnea obstructiva.	2-10 mmHg

DASH: *Dietary Approaches to Stop Hypertension;* IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica.
Fuente: Adaptada de Jones DW, 2025. Los descensos son orientativos y no aditivos.

4. Tratamiento farmacológico

Véase la Tabla 3.

Tabla 3. Escalones terapéuticos en la hipertensión de la persona con DM2

Paso	Tratamiento
Paso 1	IECA o ARA II. Son de elección por su efecto nefroprotector, especialmente si existe albuminuria. No deben combinarse entre sí.
Paso 2	IECA o ARA II más un calcioantagonista o un diurético tiazídico o análogo.
Paso 3	IECA o ARA II más calcioantagonista más diurético tiazídico o análogo, a dosis optimizadas.
Paso 4	Confirmar primero que se trata de una hipertensión resistente. Después añadir espironolactona a dosis baja si el potasio es igual o inferior a 4,5 mmol/l, o un alfabloqueante o betabloqueante si es superior. Si persiste el mal control con cuatro fármacos a dosis óptimas, remitir a un servicio hospitalario para completar el estudio.

IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; ARA II: antagonista del receptor de la angiotensina II.

Fuente: Adaptada de Kreutz R, 2024, y Jones DW, 2025. Al usar bloqueantes del sistema renina-angiotensina conviene comprobar creatinina y potasio a las 1-2 semanas de iniciarlos o de subir la dosis.

ERRORES QUE CONVIENE EVITAR

1. Diagnosticar hipertensión con una sola medida en consulta, sin confirmación fuera de ella.
2. Combinar un IECA con un ARA II.
3. Quedarse en la monoterapia a dosis máxima en lugar de combinar dos fármacos a dosis moderadas.
4. Perseguir el objetivo con la misma exigencia en una persona de 50 años y en una de 88 años con fragilidad y caídas.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Medir la presión arterial en cada visita y, si en consulta es igual o superior a 140/90 mmHg, confirmarla con AMPA o MAPA antes de etiquetar.
2. Pactar un objetivo inferior a 130/80 mmHg si se tolera, y otro menos exigente en fragilidad, hipotensión ortostática o caídas.
3. Empezar con dos fármacos combinados (IECA o ARA II más calcioantagonista o tiazida) si la presión supera el objetivo en más de 20/10 mmHg.
4. Comprobar creatinina y potasio a las 1-2 semanas de iniciar un IECA o un ARA II o de aumentar su dosis.
5. Antes de añadir un cuarto fármaco, confirmar que se trata de una hipertensión resistente.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S216-45. doi:10.2337/dc26-S010
2. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2020;12(12):CD004349. doi:10.1002/14651858.CD004349.pub3
3. Benítez Camps M, Torras Borrell J, Ruiz Núñez O. Un repaso a las novedades en hipertensión 2023: morbimortalidad, objetivos, fármacos y alcohol 0,0. AMF. 2024;20(3).
4. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. Circulation. 2025;152(11):e114-218. doi:10.1161/CIR.0000000000001356
5. Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan ML, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. Eur J Intern Med. 2024;126:1-15. doi:10.1016/j.ejim.2024.05.033
6. Mackenzie IS, Rogers A, Poulter NR, Williams B, Brown MJ, Webb DJ, et al. Cardiovascular outcomes in adults with hypertension with evening versus morning dosing of usual antihypertensives in the UK (TIME study): a prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint clinical trial. Lancet. 2022;400(10361):1417-25. doi:10.1016/S0140-6736(22)01786-X