

HTA

8/10 preguntas contestadas correctamente

2/10 preguntas no se respondieron por falta de contexto (en una la rta estaba en una imagen, en la otra lo menciona en una parte de un texto)

0/10 preguntas presentaron alucinaciones

¿A partir de qué cifras de presión arterial en consultorio se diagnostica hipertensión arterial en adultos?

RESPUESTA	ESPERADO
<p>Para diagnosticar hipertensión arterial (HTA) en adultos en el consultorio, se adoptan valores promediados de, al menos, dos tomas de tensión arterial sistólica (TAS) iguales o mayores a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica (TAD) iguales o mayores a 90 mmHg. Dichas mediciones deben ser obtenidas en, al menos, dos consultas realizadas en diferentes días.</p> <p>Excepcionalmente, valores promedio de presión arterial muy elevados (igual o mayor a 180/110 mmHg) en una única consulta, en personas asintomáticas, permitirían establecer el diagnóstico de HTA, a menos que estos valores puedan atribuirse a causas secundarias transitorias.</p>	<p>Se considera hipertensión a valores de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Se requiere el promedio de dos o más mediciones en dos o más visitas.</p>

valor limítrofe de presión arterial

RESPUESTA	ESPERADO
<p>Según las guías presentadas, el punto de corte adoptado para el diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 18 años o más es de cifras iguales o mayores a 140/90 mmHg.</p> <p>No obstante, algunas guías como la de Multisociedades, definen HTA (estadio I) como cifras de Presión Arterial (PA) de 130-139/80-89 mmHg. Estas cifras, si bien no alcanzan el umbral diagnóstico general de 140/90 mmHg, representan un valor elevado que algunas directrices ya categorizan como una etapa inicial de hipertensión.</p>	<p>valores limítrofes de PA (PAS 131-139 mmHg o PAD 86-89 mmHg)</p> <p>(lo dice en la pag 113 pero esta hablando del rastreo del dx)</p>

¿En qué casos se recomienda utilizar el Monitoreo Domiciliario (MDPA) o Ambulatorio (MAPA) para confirmar el diagnóstico?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>El Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) es considerado el método de referencia y presenta mayor precisión para el diagnóstico de la Hipertensión Arterial (HTA). El Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial (MDPA) es muy probablemente comparable al MAPA tanto para el diagnóstico como para el seguimiento en pacientes hipertensos.</p> <p>Ambos métodos son recomendados por su ventaja en la toma de la Presión Arterial (PA) fuera del consultorio, lo cual resulta particularmente útil para el diagnóstico de la hipertensión de guardapolvo blanco y para su aceptación en poblaciones vulnerables.</p>	<p>Se recomienda para confirmar el diagnóstico en personas con presión arterial limítrofe o hipertensión nivel 1 en consultorio, principalmente para descartar hipertensión de guardapolvo blanco o detectar hipertensión oculta.</p>

¿Cómo medir la presión arterial?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>Para medir la presión arterial de manera precisa, se deben seguir los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección del brazo: Elegir el brazo que presente los valores más elevados. 2. Elección y colocación del manguito: <ul style="list-style-type: none"> ○ El manguito debe cubrir del 80% al 100% de la circunferencia del brazo en adultos. ○ Colocar el borde inferior del manguito 2 cm por encima del pliegue del codo. 3. Preparación del paciente (aplicable a MDPA y TPAC): <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar el consumo de alimentos, cafeína, mate y tabaco la media hora previa a las 	

mediciones.

- Permanecer sentado, tranquilo y en silencio por al menos 5 minutos antes de la medición.
- El paciente debe estar sentado, con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, sin cruzar las piernas.

4. Medición:

- Con tensiómetro automático validado (método oscilométrico):
 - Presionar el botón, aguardar a que el aparato devuelva la cifra de presión arterial y anotarla tal cual se muestra, sin redondeos.
 - Esperar 30 segundos y repetir la operación (en caso de que el proceso no se repita automáticamente).
 - Promediar ambas mediciones y registrar el valor final, evitando el redondeo de cifras.
- Con tensiómetro aneroides:
 - Colocar la campana del estetoscopio sobre la arteria humeral, sin que quede cubierta por el manguito.
 - Insuflar el manguito 20 a 30 mmHg por encima del punto en que desaparece el pulso radial.
 - Desinflar a una velocidad de 2 mmHg/segundo, para detectar el momento preciso en que aparecen los ruidos de Korotkoff.
 - Realizar al menos 2 mediciones, promediando las mismas. Si la diferencia entre las tomas es mayor a 10 mmHg en la Presión Arterial Sistólica (PAS) y/o 5 mmHg en la Presión Arterial Diastólica (PAD), realizar al menos una medición adicional.

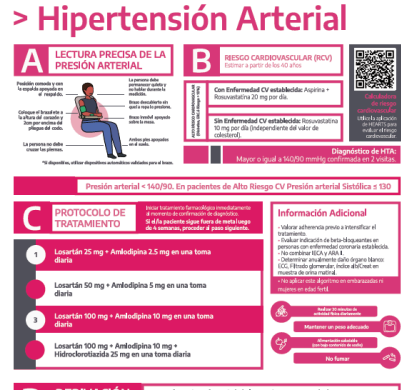
5. Registro: Consignar en la historia clínica tanto el brazo utilizado como los valores (promedio sin redondear).

Se recomienda siempre emplear tensiómetros automáticos validados de brazo para obtener valores más precisos y reproducibles.

¿Cuál es la recomendación específica sobre la ingesta diaria de sodio y sal para pacientes hipertensos?

RESPUESTA	ESPERADO
Para pacientes con hipertensión arterial (HTA) de 18 años o más, se recomienda un plan alimentario saludable con una ingesta reducida de sodio. Esto equivale a 5 gramos de sal por día, lo cual aporta 2000 miligramos (mg) de sodio. Esta medida contribuye al control de la presión arterial y a la reducción de eventos cardiovasculares.	Se sugiere reducir la ingesta de sodio a menos de 2000 mg por día (lo que equivale a menos de 5 gramos de sal por día).

Algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención

RESPUESTA	ESPERADO
<p>El algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención se halla en el Anexo práctico 1 de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA), actualizada en 2024.</p> <p>Este algoritmo conforma la Vía Clínica Argentina, producto de un consenso alcanzado en el año 2022 entre múltiples actores de la comisión nacional de enfermedades cardiovasculares, con el fin de gestionar la HTA en el Primer Nivel de Atención (PNA). Dicha Vía Clínica resume las principales recomendaciones diagnósticas y terapéuticas destinadas a lograr el control de la HTA y el manejo de personas con elevado riesgo cardiovascular. Asimismo, integra los pilares del Plan Nacional de Diagnóstico y Control de la Hipertensión Arterial, en concordancia con la Iniciativa HEARTS de las Américas / OPS.</p> <p>Los fragmentos de contexto provistos no detallan los pasos específicos del algoritmo.</p>	<p>Anexo práctico 1: Vía Clínica Argentina - Algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.</p> <p>La Vía Clínica Argentina es el producto de un consenso alcanzado en el año 2022 entre múltiples actores en el marco de la comisión nacional de enfermedades cardiovasculares, para la gestión de la Hipertensión Arterial en el PNA. Resume las principales recomendaciones diagnósticas y terapéuticas cuyo fin es lograr el control de la Hipertensión Arterial y el manejo de las personas con elevado riesgo cardiovascular. Forma parte de los pilares del Plan Nacional de Diagnóstico y Control de la Hipertensión Arterial en concordancia con la Iniciativa HEARTS de las Américas / OPS. De esta forma no solo se actúa al nivel individual sino también al nivel de la gestión de los servicios de salud y los recursos, fomentando buenas prácticas, con sostenibilidad y de manera costo efectiva.</p>  <p>los pasos del algoritmo está en una img por eso no pudo responder</p>

--	--

¿Cuáles son los cuatro grupos de fármacos considerados de primera línea para el tratamiento de la HTA?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>Los cuatro grupos de fármacos considerados de primera línea para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) con igual jerarquía son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) 2. Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAII) 3. Antagonistas de Calcio dihidropiridínicos (AC-D) 4. Diuréticos del grupo tiazida o símil tiazida (TZ-STZ) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diuréticos tiazídicos o análogos. 2. Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA). 3. Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA II). 4. Bloqueantes Cálculos (Calcioantagonistas).

¿Cuáles son las estrategias/medidas para prevenir el desarrollo de HTA?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>Las estrategias/medidas para prevenir el desarrollo de Hipertensión Arterial (HTA) se centran en la adopción de estilos de vida saludables. Estas incluyen:</p> <p>Una alimentación saludable con reducción del contenido de sodio.</p> <p>La práctica regular de actividad física.</p> <p>La prevención del consumo de tabaco.</p> <p>La prevención del uso nocivo de alcohol.</p> <p>La prevención y el tratamiento de la obesidad.</p> <p>Intervenciones dirigidas a controlar el estrés, la ansiedad y la depresión.</p>	<p>Estilo de vida saludable (AF, alimentación, sodio, tabaco, alcohol, estrés/ansiedad).</p>

¿Cuál es la diferencia fundamental entre una Urgencia Hipertensiva y una Emergencia Hipertensiva?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>La diferencia fundamental entre una urgencia hipertensiva y una emergencia hipertensiva radica en la presencia o ausencia de daño agudo de órgano blanco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una Urgencia Hipertensiva se define por valores de presión arterial (PA) mayores a 180/120 mmHg, pero sin síntomas ni signos que evidencien lesión aguda en curso en órganos diana. Generalmente, estos pacientes se encuentran asintomáticos. • Una Emergencia Hipertensiva, en cambio, presenta valores de PA elevados (similares a la urgencia) acompañados de síntomas específicos y signos de daño agudo de órgano blanco. Estos pueden incluir dolor precordial, disnea, síntomas visuales o neurológicos (como cefalea, convulsiones, alteraciones visuales o de la conciencia), entre otros, que indican afectación de órganos como el corazón, cerebro, riñones o grandes vasos. <p>Por ende, la clave distintiva es la afectación aguda de órganos diana.</p>	<p>Ambas presentan PA elevada (generalmente >180/110 mmHg), pero la Emergencia Hipertensiva se acompaña de daño agudo de órgano blanco (corazón, cerebro, riñón, retina) y riesgo de vida inminente, mientras que la Urgencia no.</p>

farmacos Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y dosis en las que vienen	
RESPUESTA	ESPERADO

Los fármacos Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) y sus dosis son los siguientes:

Enalapril: Dosis baja: 5 mg c/12 hs ; Dosis media: 10 mg c/12 hs; Dosis alta: 20 mg c/12 hs

Lisinopril: Dosis baja: 5 mg/día; Dosis media: 10 mg/día ; Dosis alta: 20 mg/día

Perindopril: Dosis baja: 2,5 mg/día ; Dosis media: 5 mg/día; Dosis alta: 10 mg/día

Ramipril: Dosis baja: 2,5 mg/día; Dosis media: 5 mg/día ; Dosis alta: 10 mg/día

Tabla 5. **Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)**

Fármacos	Dosis baja	Dosis media	Dosis alta
Enalapril	5 mg c/12 hs	10 mg c/12 hs	20 mg c/12 hs
Lisinopril	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día
Perindopril	2,5 mg/día	5 mg/día	10 mg/día
Ramipril	2,5 mg/día	5 mg/día	10 mg/día

DM2

10/10 preguntas contestadas correctamente

¿Cuáles son los valores de glucemia plasmática en ayunas y HbA1c que confirman el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2?

RESPUESTA

Para confirmar el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, los valores de glucemia plasmática en ayunas (GPA) y Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) estandarizada son los siguientes:

- Glucemia plasmática en ayunas (GPA): Se requieren dos determinaciones con valores iguales o mayores a 126 mg/dl, realizadas en dos días distintos.
- Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) estandarizada: Se requieren dos determinaciones con valores iguales o mayores a 6,5%, realizadas en dos días distintos.

Es importante destacar que para el diagnóstico de diabetes mellitus se precisan dos determinaciones por encima del punto de corte diagnóstico, ya sea de un mismo método o de dos métodos diferentes.

ESPERADO

Se diagnostica con dos determinaciones de Glucemia Plasmática en Ayunas (GPA) **≥ 126 mg/dl** o dos determinaciones de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) **$\geq 6,5\%$** .

¿A partir de qué edad se sugiere realizar el rastreo de diabetes en la población general asintomática?	
RESPUESTA	ESPERADO
Se sugiere realizar el rastreo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la población general asintomática a partir de los 45 años mediante glucemia plasmática en ayunas (GPA).	Se sugiere realizar glucemia plasmática en ayunas a partir de los 45 años en la población general. En menores de esa edad, solo si presentan factores de riesgo.

¿Se recomienda el uso de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) como prueba inicial de rastreo para diabetes?	
RESPUESTA	ESPERADO
No, se sugiere no utilizar la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) como prueba inicial para la detección de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). El panel de expertos acordó que la HbA1c no aporta beneficio como test de rastreo comparado con la glucemia plasmática en ayunas (GPA), la cual presenta una sensibilidad similar, es más ampliamente disponible y de menor costo. Además, la HbA1c presenta baja sensibilidad como prueba de diagnóstico, mayor costo, menor disponibilidad y falta de estandarización en gran parte de los efectores.	No, se sugiere no utilizar la HbA1c como prueba inicial para la detección debido a su baja sensibilidad, mayor costo y menor disponibilidad en comparación con la glucemia en ayunas.

¿En qué casos de prediabetes se sugiere considerar el inicio de Metformina para prevenir la diabetes tipo 2?	
RESPUESTA	ESPERADO
Se sugiere considerar el inicio de metformina para prevenir la diabetes mellitus tipo 2 en personas con tolerancia a la glucosa alterada o glucemia alterada en ayunas que cumplen con alguna de las siguientes condiciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aquellas que ya implementan un programa intensivo de estilo de vida saludable pero continúan deteriorando sus 	Se sugiere en personas con Glucemia Alterada en Ayunas (GAA) o Tolerancia a la Glucosa Alterada (TGA) que no logran mejoras con cambios de estilo de vida, especialmente si son menores de 60 años o tienen un IMC > 35 kg/m² .

<p>valores glucémicos en los siguientes 3 a 6 meses.</p> <p>2. Aquellas que no adhieren a la adopción del programa intensivo de estilo de vida saludable (por negativa, accesibilidad u otros motivos).</p> <p>Esta indicación se da salvo que existan contraindicaciones para el uso de metformina. Podrían obtener un mayor beneficio aquellas personas con tolerancia a la glucosa alterada menores de 60 años o con un índice de masa corporal (IMC) superior a 35 kg/m².</p>	
--	--

¿Cuál es la meta general de HbA1c recomendada para la mayoría de los pacientes adultos con DM2?	
RESPUESTA	ESPERADO
La meta general de control glucémico recomendada para la mayoría de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es alcanzar una Hemoglobina glicosilada (HbA1c) del 7%, con el fin de reducir las complicaciones microvasculares y, probablemente, contribuir a la reducción de las macrovasculares. Este valor contempla un buen equilibrio entre la prevención de complicaciones y la evitación de hipoglucemias.	La meta general es alcanzar una HbA1c de 7% para reducir complicaciones microvasculares.

¿Cuál es la meta de HbA1c sugerida para pacientes ancianos frágiles o con expectativa de vida limitada (menor a 10 años)?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>Para pacientes ancianos frágiles o con expectativa de vida limitada, se sugiere considerar metas de HbA1c más flexibles, cercanas a 8%.</p> <p>Este enfoque es recomendado por guías como las de Colombia, Canadá y NICE para personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) que son</p>	Se sugieren metas más flexibles, con valores de HbA1c cercanos al 8% , para evitar riesgos de hipoglucemia.

funcionalmente dependientes, frágiles, con demencia o con una expectativa de vida reducida. El objetivo es lograr un balance más favorable entre los beneficios y los riesgos del tratamiento, especialmente el riesgo de hipoglucemias.	
--	--

¿Cuál es el fármaco de primera elección para iniciar el tratamiento en personas con DM2 sin contraindicaciones y con qué dosis?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>En personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) sin contraindicaciones, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico con metformina.</p> <p>La dosis sugerida es de 500 mg/día, preferentemente después de la cena. Se debe aumentar la dosis lentamente según la tolerancia del paciente, hasta una dosis máxima de 2550 mg/día, dividida en dos o tres tomas. Ante la intolerancia digestiva, se deberá elegir la dosis que equilibre el efecto antidiabético y los efectos adversos.</p>	<p>Se recomienda iniciar con Metformina (dosis de 500 a 2550 mg/día) debido a su eficacia, seguridad, bajo riesgo de hipoglucemias y beneficio cardiovascular.</p>

En pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular establecida que no alcanzan la meta, ¿qué grupo farmacológico se recomienda adicionar?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>En personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular establecida (coronaria, cerebral o periférica) que no alcancen la meta de hemoglobina A1c con uno o dos antidiabéticos, se recomienda adicionar un inhibidor del SGLT2 (iSGLT2), preferentemente empagliflozina. Como alternativa a los iSGLT2, se sugiere adicionar un análogo del GLP1 (aGLP1), siendo liraglutida la opción preferencial</p>	<p>Se recomienda adicionar un Inhibidor SGLT-2 (como Empagliflozina o Canagliflozina) o alternativamente un Análogo GLP-1 (Liraglutida), ya que han demostrado reducir la mortalidad y eventos cardiovasculares.</p>

--	--

¿Cuándo se recomienda iniciar el tratamiento directamente con insulina al momento del diagnóstico?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>Se recomienda iniciar el tratamiento directamente con insulina al momento del diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en personas que presenten hiperglucemia sintomática.</p> <p>Las manifestaciones de hiperglucemia sintomática que justifican esta indicación incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de peso (inexplicable). ● Cetonuria. ● Poliuria. ● Polidipsia. ● Polifagia. <p>En estos casos, se recomienda utilizar insulina NPH al momento de acostarse (bedtime) para evitar descompensaciones agudas como cetoacidosis o síndrome hiperosmolar hiperglucémico, y asociarla con metformina si no existen contraindicaciones.</p>	<p>Se recomienda iniciar insulina si el paciente presenta hiperglucemia sintomática (pérdida de peso, poliuria, polidipsia, polifagia) para evitar descompensaciones agudas.</p>

¿Con qué frecuencia se debe solicitar la HbA1c en un paciente que ya alcanzó sus metas y tiene un esquema estable?	
RESPUESTA	ESPERADO
<p>En personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 que mantienen la meta glucémica y un esquema terapéutico estable, se recomienda solicitar la Hemoglobina A1c cada 6 meses para el seguimiento.</p>	<p>Se recomienda realizar el control de HbA1c cada 6 meses en pacientes estables y en meta. (Cada 3 meses si no están en meta).</p>

