

# Carta al editor: Algunas observaciones sobre la hipertensión y el riñón.

**Recibido:** Junio 6, 2025.  
**Aceptado:** Junio 20, 2026.  
**Publicado:** Junio 20, 2026.  
**Editor:** Dr. Franklin Mora.


## Como citar:

Krämer C. Carta al editor: Algunas observaciones sobre hipertensión y riñón. REV SEN 2026;14(2):188-195.

DOI: <http://doi.org/10.56867/171>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448

 Copyright 2026, Cristian Krämer. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

## \* Autor de correspondencia

Email: Cristian Krämer.  
<cristiankramer@yahoo>/  
Dirección: Servicio de Nefrología, Hospital Ramos Mejía, calle General Urquiza 609, barrio Balvanera (Comuna 3), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
Teléfono: [41] (27) 0400.

Cristian Krämer  1.

1. Servicio de Nefrología, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

El autor advierte sobre la preocupante tendencia a subestimar el control de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con enfermedad renal, a favor de otros parámetros analíticos. Advierte que la toma de presión en el consultorio suele ser inválida debido al efecto de la "bata blanca" y al desconocimiento técnico. Aunque el Monitoreo Ambulatorio (MAPA) es útil para evaluar la presión nocturna, presenta limitaciones como restricciones de cobertura médica, costos y la incomodidad que altera el descanso del paciente. Para superar esta "zona de confort" médica, el autor propone lineamientos estrictos para una medición correcta:

Protocolo: Sentarse con respaldo, con los pies en el suelo, el brazo derecho completamente desnudo a la altura del corazón, en reposo y sin hablar. Las tomas acostadas no son confiables.

Dispositivo: Evitar tensiómetros de mercurio y aneroides descalibrados. Se recomiendan los digitales de brazo validados, utilizando manguitos adecuados al tamaño del brazo (o universales) para no sobreestimar las cifras.

Como solución principal, se promueve la Medición Domiciliaria de la Presión Arterial (MDPA) realizada por el propio paciente. Este método es tan eficaz como el MAPA, pero ofrece la ventaja de reflejar la vida cotidiana, permitir repeticiones ilimitadas y fomentar el compromiso del paciente con su enfermedad. Ante la falta de un consenso estricto, el autor sugiere un protocolo de 5 días (con 3 tomas diarias antes de las comidas), descartando los dos primeros días para promediar el resto y así garantizar un diagnóstico confiable.

**Palabras claves:** Hipertensión arterial, Monitoreo Ambulatorio de la presión arterial, Medición Domiciliaria de la presión arterial.

---

# Letter to the Editor: Some Observations on Hypertension and the Kidney.

## Abstract

---

The author warns about the worrying tendency to underestimate the control of high blood pressure (hypertension) in patients with kidney disease, in favor of other analytical parameters. He emphasizes that blood pressure measurements taken in the doctor's office are often unreliable due to the "white coat effect" and limited technical expertise. Although ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) is useful for assessing nighttime blood pressure, it has limitations, including insurance coverage restrictions, costs, and discomfort that disrupts sleep. To overcome this medical "comfort zone," the author proposes strict guidelines for accurate measurement:

**Protocol:** Sit with back support, feet flat on the floor, right arm completely bare, at heart level, at rest, and without talking. Measurements taken while lying down are unreliable.

**Device:** Avoid mercury and uncalibrated aneroid sphygmomanometers. Validated digital upper-arm blood pressure monitors are recommended, with cuffs appropriate to the arm size (or universal cuffs) to avoid over-estimating readings.

As a primary solution, home blood pressure monitoring (HBPM) performed by the patient is promoted. This method is as effective as ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) but offers the advantage of reflecting daily life, allowing unlimited repetitions, and fostering patient engagement with their condition. Given the lack of strict consensus, the author suggests a 5-day protocol (with 3 daily readings before meals), discarding the first two days and averaging the remaining readings to ensure a reliable diagnosis.

**Keywords:** Hypertension, Ambulatory blood pressure monitoring, Home blood pressure monitoring.

---

## ¿Quién sabe tomar la presión arterial?

Casi nadie duda de que hay que mantener la presión arterial lo más cerca posible del rango ideal. Más aún cuando sabemos (¿sabemos?) que, en el caso de los pacientes con enfermedad renal (IRC, síndrome cardiorrenal, DBT, glomerulopatías, enfermedad poliquística, etc.), el objetivo de la presión arterial es menor al menos 20 mmHg por debajo de lo óptimo para la población sin enfermedad renal, tanto en sistólica como en diastólica.

No obstante, estoy persuadido de que subestimamos la importancia de la HTA en todas estas patologías.

Nos conformamos con reducir la proteinuria, disminuir algo la creatinina, la glucemia, etc. Pero nos cuesta acordarnos de la potenciación de la HTA en estas patologías y, una vez que recorrimos con la mirada las cifras de los análisis, la presión arterial termina por ser ignorada.

A lo sumo preguntamos “¿Y qué tal su presión?”, y el paciente contesta “Bien...”.

Claro. Nunca se la tomó. O dice que está controlada porque toma medicación. Y nos damos por satisfechos.

O bien dice “Yo siempre tuve presión baja”, como si la “presión baja” existiese.

A menudo nos conformamos con esta respuesta, pero la enfermedad sigue siendo prevalente porque nos olvidamos de un factor esencial: la HTA.

Algunos toman la presión arterial en el consultorio, creyendo que eso determinará las cifras de TA del paciente, olvidando la “hipertensión de bata o de guardapolvo blanco”.

Pero la mayoría ignora el tipo de tensiómetro que hace falta para eso y, lo que es peor, que esa cifra es inválida para perfilar la TA diaria del paciente.

Ustedes dirán: “Pidámosle un Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial” (MAPA), y listo. Y aunque no está mal la idea, esta práctica tiene sus inconvenientes:

- 1 - La hacen los cardiólogos ya que a los nefrólogos no se nos permite facturarla (????)
- 2 - Regularmente sólo se pueden pedir dos MAPAs por año en las medicinas prepagas
- 3 - Las obras sociales tienen dificultad para aprobar la práctica
- 4 - No es lo mismo un equipo de MAPA que otro.
- 5 - El manguito se infla cada 15 minutos durante el día y cada 20 minutos durante la noche, lo que resulta extremadamente molesto y, en muchos casos, impide descansar correctamente.

Lo bueno es que nos permite evaluar la TA durante el sueño y determinar si el paciente presenta o no un descenso adecuado de la TA (deeper, non-deeper, hyperdeeper, etc.), lo cual es un predictor de enfermedad cardiovascular con eventos.

## **Entonces sí no es conveniente tomar la presión en nuestro consultorio, y es mayormente dificultoso pedir un MAPA o dos por año... ¿Qué hacer?**

El camino más cómodo es ignorar la presión arterial. Obvio. Es un problema más y no aparece en los análisis del paciente. Además, tomarla en invierno implica un “striptease” en el que el paciente se “pela” como una cebolla hasta que se le desnudan los brazos.

Abandonemos la “zona de confort” en pos de la sobrevida del paciente y negociemos con la HTA.

Acá surgen otras preguntas:

### **1 - ¿Desnudar el brazo íntegramente?**

Sí, para no apretar la arteria humeral.

### **2 - ¿Qué brazo?**

Aunque originalmente se nos indica que debemos tomar la presión en ambos brazos y elegir el que tenga la más alta, normalmente ese brazo es el derecho.

Sólo por una cuestión anatómica de la salida de la arteria subclavia, y por lo general comparte la presión arterial con el resto de las arterias.

Nunca supe por qué la gente (y los médicos), la toman en el izquierdo mayormente. ¿Será por una cuestión de ser diestro o zurdo? ... nunca lo sabré.

Una diferencia mayor a 5 mmHg entre el brazo derecho y el izquierdo, sugiere investigar atresia de la subclavia. Aunque estas cifras de diferencia, está en continuo esclarecimiento y la frecuencia de una atresia subclavia es estadísticamente baja.

La cuestión es que, si deseamos tomar la presión arterial del paciente en nuestro consultorio, debemos pedirle que se desnude todo su brazo derecho.

OK. ¿Y cómo seguimos?

Paciente sentado en silla con respaldo, con los pies apoyados en el piso, el brazo derecho sobre el escritorio a la altura del corazón, sin haber fumado durante los 30 minutos previos, habiendo descansado al menos 5 minutos antes de la toma y SIN HABLAR.

No vale la cifra tomada, ya sea de pie o de pie. Como bien decían mis viejos profesores de la residencia: “La presión se acuesta con el paciente y se levanta con él”.

Por eso hay que cuidar en la sala de internación las cifras ofrecidas por la enfermería, que suele tomarlas con el paciente acostado.

Lo mismo ocurre en la sala de hemodiálisis cuando se presenta hipotensión y acudimos a tomarle la presión en posición de Trendelenburg o con el sillón reclinado.

No confiemos demasiado en tales cifras.

Es hora de hacernos otra pregunta:

### **¿Con qué tensiómetro?**

Los de mercurio han sido expulsados de la esfera médica por razones que desconozco (¿por si se derrama mercurio?). ¿Por qué en la parte superior de la columna mercurial se forma un

“menisco” que nos impide leer correctamente la cifra? ¿Por qué es difícil mantener la columna bien perpendicular al piso?

Supongo que alguien agregará una respuesta lógica.

El anaeroide (el del relojito), funciona con un resorte que debería rectificarse cada 6 meses para su buen desempeño. Cosa que absolutamente NADIE hace.

Y en ambos casos, las dos gomas de estos modelos suelen chocar entre sí, lo que genera un ruido molesto. Ya de por sí, sostener la membrana del estetoscopio sobre la arteria (y NO bajo el manguito, como se suele hacer) también genera mucho ruido.

Entonces ahora les toca el turno a los digitales.

### ¿Qué tensiómetro de muñeca o de brazo?

Los tensiómetros digitales de muñeca NO ESTÁN VALIDADOS por ningún organismo en el Cono Sur. En EE. UU. y Europa existen algunas marcas validadas, pero no están a la venta acá.

En cambio, los digitales de brazo gozan de buenas opiniones. Pero en Argentina sólo una marca está validada por los organismos de auditoría. Aun así, son los de elección.

Consultar: [www.dablededucational.org](http://www.dablededucational.org) o el sitio web de la Sociedad Británica de HTA [www.bhsoc.org](http://www.bhsoc.org).

Ahora viene la próxima pregunta: Ya sabemos que debemos tomarla en el brazo derecho desnudo con un tensiómetro digital validado.

**¿Es lo mismo un brazalete que otro?** Si el paciente es delgado, obeso o culturista, ¿debemos usar el mismo brazalete?

Los brazaletes no son iguales.

La superficie de la vejiga de goma que se infla, es absolutamente distinta entre un tensiómetro y otro. Necesitamos que la vejiga de goma inflable rodee un 70% del brazo del paciente, ya que, al inflarse, la vejiga se adapta a los latidos de la arteria humeral. Si está rodeado sólo de tela, esta no es complaciente con el latido y sobreestima la presión arterial.

Entonces deberíamos tener dos brazaletes distintos para tomar la presión, según si logramos rodear correctamente el brazo (en el grande, la vejiga de goma mide aproximadamente 30 x 40 cm).

Afortunadamente, ya se venden BRAZALETES UNIVERSALES que parecen servir para ambos objetivos: brazos pequeños y grandes. En su defecto, sugiero contar con ambos brazaletes (uno común y otro para brazo grande).

Pero si nosotros no podemos confiar en la presión arterial que tomamos en el consultorio o en la sala (mucho menos en la que toman la vecina, la farmacia, la enfermera, la nuera, etc.),

## ¿Quién debería tomar la presión arterial teniendo en cuenta TODO lo que hemos descrito hasta ahora?

Pues... EL PACIENTE MISMO.

¿Cómo?

Sí, EL PACIENTE

Pero... ¿Dónde... cómo... cuándo... por qué?

Sé que no es lo más conveniente en nuestro país por cuestiones económicas, geográficas y sociales, pero el paciente debería tener un tensiómetro de esos con brazaletes, acorde con su brazo. O al menos, pedirlo prestado.

Además: no es lo mismo la vida corriente del paciente (familia, trabajo, traslados, etc) que tomarla durante sólo 24hs.

De esta manera inauguramos la MEDICIÓN DOMICILIARIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MDPA), que es CORRELATIVA CON EL MAPA.

Abajo les pongo las ventajas y desventajas de ambas según un artículo del 2012:

Tabla 83-2 Ventajas y limitaciones del MAPA y el MDPA\*

|              | MAPA  | MDPA   |
|--------------|---|--|
| Ventajas     | Evalúa la PA nocturna y la variabilidad a corto plazo | Evalúa variabilidad a mediano y largo plazo      |
|              | Realiza mediciones tanto en reposo como en actividad  | Bajo costo y amplia aceptación por los pacientes |
| Limitaciones | Costo elevado   | No permite evaluar la PA nocturna                |
|              | Escasa aceptación por los pacientes                   | Sólo realiza mediciones en reposo                |

\*Modificado con permiso de Barochiner J, Alfie J, Aparicio L y col. Evaluación del tratamiento antihipertensivo a través del monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA). Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2012; 32(1):9-13.

Repito que el MAPA y el MDPA son correlativos. O sea que ambos son mucho más confiables que la toma de cifras de presión en el consultorio o en la sala.

El MAPA se toma durante 24 h

### ¿Y la medición domiciliar de la presión arterial (MDPA)?

Bueno, acá hay discrepancias.

Pero se sabe que se requieren al menos 9 tomas para poder hacer diagnóstico

Se establecen informes de 3 días seguidos (4 veces por día), 5 días seguidos (3 a 4 veces por día), y 7 días seguidos (2 veces por día).

Como no existe consenso al respecto, yo, al menos, uso la de 5 días corridos, tomándola antes de desayunar, almorzar y cenar. De esa manera, en los dos primeros días (cuando el paciente está nervioso por el método y las cifras suelen ser más altas) los descarto y tomo el promedio de los tres días posteriores.

Pero, como expresé antes, no hay consenso entre autores y mientras se hagan no menos de 9 tomas, la elección de la cantidad de días es libre.

Una de las grandes ventajas de la MDPA, es el hecho de que podemos pedirla cuantas veces necesitemos. Y, además, el paciente SE HACE CARGO por su patología.

### Abreviaturas

HTA: hipertensión arterial.

TA: tensión arterial.

MDPA: Medición domiciliar de la presión arterial

MAPA: Medición ambulatoria de la presión arterial.

### Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

### Agradecimientos

No declarados.

### Contribuciones de los autores

**Cristian Krämer:** Conceptualización, curación de datos, investigación, visualización, redacción-borrador original.

### Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por el autor.

### Disponibilidad de datos o materiales

No aplica.

## Declaraciones

### Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar

No requerido.

### Consentimiento para publicación

No requerido.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Uso de IA generativa

El autor declara no haber utilizado IA generativa en este documento.

### Información de los autores

**Cristian Krämer:** Médico y Nefrólogo por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Jefe del Servicio de Nefrología, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-0944-0451>

---

## Referencias

1. Barrochiner J, Alfie J, Aparicio L, Et al. Evaluación del tratamiento antihipertensivo a través del monitoreo domiciliario de la presión arterial (MDPA). Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2012;32(1):9-13.

**DOI:** Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

---

## Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral respecto de los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.

---