

Las visitas del paciente hipertenso, del diagnóstico al control

Paciente: _____ Historia: _____ Diagnóstico: ____/____/_____
Presión al diagnóstico: consulta ____/____ mmHg AMPA ____/____ MAPA de 24 horas ____/____
Riesgo: ☐ enfermedad cardiovascular ☐ diabetes ☐ enfermedad renal crónica ☐ lesión de órgano SCORE2: ____%
Objetivo de sistólica: ☐ 120-129 mmHg ☐ tan baja como sea razonablemente posible ☐ por debajo de 140 mmHg

Se rellena a mano. Para cada momento, cuándo toca y qué se hace, con su fuente debajo; la decisión es del médico responsable. Las cifras son de presión en la consulta, salvo que se diga otra cosa.

EL CALENDARIO

La primera cifra alta en la consulta

Con 140-159/90-99 mmHg, el diagnóstico se basa en la AMPA o la MAPA y, si no se pueden hacer, en medidas repetidas en más de una visita. Con 160-179/100-109, se confirma lo antes posible, por ejemplo en un mes, mejor fuera de la consulta. Con 180/110 o más, antes se descarta una emergencia hipertensiva. En la primera visita se mide en los dos brazos: si la sistólica difiere en más de 10 mmHg, en adelante se mide en el brazo más alto.

Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 6: con 140-159/90-99, clase I, nivel de evidencia B; desde 160/100, clase I, nivel C. Los dos brazos, clase I, nivel B (tabla de recomendaciones 1).

La confirmación

AMPA de 3 a 7 días o MAPA de 24 horas

AMPA: dos lecturas separadas 1-2 minutos por la mañana, antes del desayuno y de la medicación pero no nada más despertarse, y otras dos por la noche, durante al menos 3 días y mejor 7; hipertensión con una media de 135/85 mmHg o más. MAPA: hipertensión con una media de 24 horas de 130/80 o más, diurna de 135/85 o más o nocturna de 120/70 o más.

Guía ESC 2024 de hipertensión, figuras 4 y 5 y tabla 5.

La valoración inicial

al confirmar el diagnóstico

Analítica con glucemia en ayunas (y HbA1c si está alta), perfil lipídico, sodio, potasio, calcio, hemoglobina, TSH, creatinina con filtrado glomerular, sistemático de orina y cociente albúmina/creatinina; ECG de 12 derivaciones, y ecocardiograma si el ECG es anormal o hay signos o síntomas de cardiopatía. El riesgo, con SCORE2 de 40 a 69 años y con SCORE2-OP desde los 70, salvo que ya sea alto. La hipotensión ortostática. Debe considerarse el cribado del aldosteronismo primario con aldosterona y renina.

Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla 8 y tablas de recomendaciones 1, 3, 8, 9 y 13: creatinina, filtrado y cociente albúmina/creatinina, clase I, nivel de evidencia A; ECG, ecocardiograma y SCORE2, clase I, nivel B; hipotensión ortostática, clase IIa, nivel C; aldosteronismo primario, clase IIa, nivel B.

Al empezar el tratamiento

según la cifra y el riesgo

Con 140/90 mmHg o más confirmados, el estilo de vida y los fármacos se empiezan a la vez, sea cual sea el riesgo. Con 130-139/80-89 y riesgo alto, fármacos si sigue en 130/80 o más tras 3 meses de estilo de vida. Con presión elevada y riesgo bajo o medio, estilo de vida, y nueva medida y valoración del riesgo en un año. Casi siempre se empieza con dos fármacos a dosis bajas en un solo comprimido; con uno solo, a partir de los 85 años, con hipotensión ortostática sintomática, con fragilidad moderada o grave o con presión elevada (120-139/70-89 mmHg).

Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 17: con 140/90 o más y con 130-139/80-89 y riesgo alto, clase I, nivel de evidencia A; el estilo de vida con riesgo bajo o medio, clase I, nivel B. Tabla de recomendaciones 5: la nueva valoración en un año, clase IIa, nivel C. Tabla de recomendaciones 16: dos fármacos en un solo comprimido, clase I, nivel B. Las excepciones, figura 18.

Tras cada cambio

a los 1-3 meses, mejor al mes

La presión, mejor con AMPA, la tolerancia y la adherencia. Si no está en objetivo, el paso siguiente: de dos fármacos a dosis bajas a tres a dosis bajas, y después a tres a la dosis máxima tolerada, mejor en un solo comprimido; el betabloqueante, en cualquier paso si tiene una indicación propia. El efecto de cada ajuste se ve a las 1-2 semanas, pero el completo tarda más.

Guía ESC 2024 de hipertensión, figura 18 (cada escalón, clase I) y apartado 8.5.1; la AMPA en el seguimiento, clase I, nivel de evidencia B (tabla de recomendaciones 1). La guía AHA/ACC 2025 pide revisar la adherencia y la respuesta cada mes hasta el control (clase 1, nivel B-R).

La analítica de control

a las 2-4 semanas de empezar o subir un IECA, un ARA-II, un diurético o un antagonista del receptor de mineralocorticoides

Potasio, sodio y creatinina. Con un IECA o un ARA-II, una caída del filtrado de hasta el 30% es esperable y no obliga a suspenderlos; si la caída es mayor y persiste, se deriva de forma preferente para buscar otra causa, como una estenosis de la arteria renal. Con la espironolactona, iones y función renal poco después de empezar y a menudo después.

Guía AHA/ACC 2025: el plazo de 2-4 semanas y la caída del 30%. Guía ESC 2024 de hipertensión, apartado de la hipertensión resistente: la espironolactona.

Sí no se controla con tres fármacos hipertensión resistente aparente	Antes de nada, la adherencia (debe considerarse comprobarla de forma objetiva, si se puede), la técnica de medida y la confirmación con AMPA o MAPA, y los fármacos y sustancias que suben la presión. Después, debe considerarse añadir espironolactona y derivar a un centro con experiencia en hipertensión. El paso a paso, en la página de la hipertensión resistente del ESPACIO. Guía ESC 2024 de hipertensión: la definición y lo que la imita, tablas 10 y 11; comprobación objetiva de la adherencia, clase IIa, nivel de evidencia B (tabla de recomendaciones 7); espironolactona, clase IIa, nivel B (tabla de recomendaciones 16); derivación, clase IIa, nivel B (tabla de recomendaciones 12).
Controlada y estable al menos una vez al año	Revisión de la presión y de los demás factores de riesgo, con la hoja de la revisión de cada año. Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 19 (clase IIa, nivel de evidencia C) y figura 18.

EN CADA VISITA

La presión en casa y en la consulta, el pulso, para descubrir una fibrilación auricular, la adherencia, los efectos adversos y, si hay síntomas, la hipotensión ortostática (una caída de 20 mmHg o más de la sistólica o de 10 o más de la diastólica al ponerse de pie).

Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 1: el pulso, clase I, nivel de evidencia C; la hipotensión ortostática, clase IIa, nivel C.

LA ADHERENCIA, SIN CULPAR

Se pregunta sin culpar al paciente y se puede comprobar con lo que cuentan él o un familiar, la dispensación en la farmacia, el recuento de comprimidos, la detección del fármaco en sangre u orina o la toma observada. Ayudan un solo comprimido, una sola toma al día y la hora que mejor le venga.

Guía ESC 2024 de hipertensión, apartado 11.4 y tabla S14 del suplemento; la hora de la toma y el comprimido único, clase I, nivel de evidencia B (tabla de recomendaciones 16).

PARA ANOTAR CADA VISITA

	Fecha	Consulta	AMPA (media)	Pulso	Fármacos y dosis	Adherencia	Potasio, creatinina y filtrado	Próxima revisión
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Presión en mmHg; pulso en latidos por minuto; potasio en mmol/L; creatinina en mg/dL o $\mu\text{mol/L}$; filtrado glomerular en mL/min/1,73 m².

En el ESPACIO de hipertensión arterial de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-hipertension-arterial.html
CardioTeca (www.cardioteca.com), octubre de 2026. Planificador del ESPACIO de hipertensión arterial. Orienta: la decisión es del médico responsable.
Fuentes: guía ESC 2024 de presión arterial elevada e hipertensión y su suplemento; guía AHA/ACC 2025 de presión arterial alta.

La revisión de cada año del paciente hipertenso controlado

Paciente: _____ Historia: _____ Fecha: ____/____/____

Tratamiento: _____

Objetivo de sistólica: ☐ 120-129 mmHg ☐ tan baja como sea razonablemente posible ☐ por debajo de 140 mmHg

Una vez controlada y estable, debe considerarse revisar al menos una vez al año la presión y los demás factores de riesgo (guía ESC 2024 de hipertensión, clase IIa, nivel de evidencia C). Se rellena a mano, marcando lo que se ha revisado; cada punto lleva su fuente debajo y la decisión es del médico responsable.

LO QUE SE MIRA

☐ La presión en casa los 7 días antes de la visita

Dos lecturas por la mañana y dos por la noche; la media, ____/____ mmHg. Con la presión controlada, la AMPA también una o dos veces por semana.

Guía ESC 2024 de hipertensión, figura 4; la AMPA en el seguimiento, clase I, nivel de evidencia B (tablas de recomendaciones 1 y 35). La frecuencia con la presión controlada, de la guía práctica de medida de la ESH de 2021.

☐ La presión en la consulta con la técnica de la guía

Sentado tras 5 minutos de reposo, tres lecturas separadas 1-2 minutos y la media de las dos últimas: ____/____ mmHg. Pulso: ____ por minuto, ☐ rítmico ☐ irregular.

Guía ESC 2024 de hipertensión, figura 3; el pulso, clase I, nivel de evidencia C (tabla de recomendaciones 1).

☐ En objetivo ☐ sí ☐ no

Sistólica de 120-129 mmHg si se tolera y, si no, tan baja como sea razonablemente posible. Con 85 años o más o con hipotensión ortostática sintomática antes de tratar, un objetivo más laxo, por ejemplo por debajo de 140; también puede considerarse con fragilidad moderada o grave o con una esperanza de vida de menos de 3 años. Con la sistólica en objetivo y la diastólica en 80 o más, puede considerarse bajar la diastólica a 70-79.

Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 18: las dos primeras, clase I, nivel de evidencia A; 85 años o hipotensión ortostática, clase IIa, nivel C; fragilidad o esperanza de vida limitada y la diastólica, clase IIb, nivel C.

☐ El tratamiento la adherencia y la tolerancia

La adherencia y cómo se ha comprobado; los efectos adversos; la hipotensión ortostática si hay síntomas; los fármacos y sustancias que suben la presión (antiinflamatorios, paracetamol a 4 g al día, descongestionantes, anticonceptivos orales, corticoides, venlafaxina, regaliz, medicamentos efervescentes); si se puede pasar a un solo comprimido. Se mantiene de por vida si se tolera, también después de los 85 años; si la presión baja a medida que avanza la fragilidad, puede considerarse retirar fármacos.

Guía ESC 2024 de hipertensión: tabla S4 del suplemento (los fármacos y sustancias); de por vida, clase I, nivel de evidencia A (tabla de recomendaciones 17); retirar fármacos en la fragilidad, clase IIb, nivel C (tabla de recomendaciones 23).

☐ La analítica una vez al año

La de la valoración inicial. Con enfermedad renal crónica moderada o grave, creatinina, filtrado y cociente albúmina/creatinina al menos una vez al año.

Guía AHA/ACC 2025: la analítica de cada año. Guía ESC 2024 de hipertensión, tabla de recomendaciones 8: la enfermedad renal crónica, clase I, nivel de evidencia C.

☐ El riesgo y los hábitos recalcular y revisar

El riesgo con SCORE2 o SCORE2-OP. Sal por debajo de 5 g al día; 150 minutos o más a la semana de ejercicio aeróbico moderado; un IMC de 20-25 kg/m² y una cintura de menos de 94 cm en el hombre y de menos de 80 en la mujer; dieta mediterránea o DASH; alcohol por debajo de 100 g a la semana, y mejor ninguno; sin tabaco.

Guía ESC 2024 de hipertensión: los hábitos, clase I, nivel de evidencia A, salvo el alcohol, nivel B (tabla de recomendaciones 15); SCORE2 y SCORE2-OP, clase I, nivel B (tabla de recomendaciones 3).

☐ Si algo ha cambiado fuera de objetivo o con un efecto adverso

Se vuelve al calendario de las visitas, con revisión a los 1-3 meses de cada cambio, mejor al mes. Si no se controla con tres fármacos, se estudia como hipertensión resistente.

Guía ESC 2024 de hipertensión, figura 18.

PARA ANOTAR CADA REVISIÓN ANUAL

	Fecha	AMPA (media)	Consulta	En objetivo	Adherencia	Analítica	Riesgo	Cambios y próxima revisión
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Analítica: filtrado glomerular, cociente albúmina/creatinina y potasio. Riesgo: SCORE2 o SCORE2-OP, en porcentaje a 10 años.

En el ESPACIO de hipertensión arterial de CardioTeca: www.cardioteca.com/espacio-hipertension-arterial.html
CardioTeca (www.cardioteca.com), octubre de 2026. Planificador del ESPACIO de hipertensión arterial. Orienta: la decisión es del médico responsable.
Fuentes: guía ESC 2024 de presión arterial elevada e hipertensión y su suplemento; guía AHA/ACC 2025 de presión arterial alta; guía práctica de medida de la presión arterial de la ESH de 2021.