

Punto de partida

HTA confirmada ($\geq 140/90$ mmHg en consulta o umbrales fuera de consulta) o PA “elevada” con alto riesgo*.

Siempre: educación + cambios de estilo de vida (sal $\downarrow$, K $+$ adecuado, peso, ejercicio, alcohol $\downarrow$, tabaco 0) y automedición (AMPA/MAPA).



Inicio del tratamiento (preferente)

• Combinación en un solo comprimido (SPC) a dosis bajas

IECA o ARA-II + BCC dihidropiridínico o diurético tiazídico-like (clortalidona/indapamida).

- Considerar betabloqueador si hay indicación (IAM/angina, IC, FA).
- Evitar combinación IECA + ARA-II.

Ajustes por indicación

- Embarazo: nifedipino LP / labetalol / metildopa (evitar IECA/ARA-II).
- Cardiopatía isquémica/IC/FA: incluir betabloqueador.

¿Presión arterial en objetivo?

Sí

- Mantener SPC y simplificar número de pastillas.
- Refuerzo de adherencia y estilo de vida.
- Seguimiento periódico con AMPA/MAPA.

No → Titular / Escalar

- Subir a dosis medias/altas en la SPC.
- **Escalar a triple SPC** (IECA/ARA-II + BCC + tiazídico-like).
- Reevaluar control, efectos secundarios, K $+$ y TFGe.

¿PA en objetivo tras triple?

Opcional en casos seleccionados

- **Denervación renal** (Clase IIb): tras evaluación multidisciplinar y decisión compartida en HTA resistente no controlada.

Sí

- Mantener triple SPC si precisa o desescalar si hay efectos adversos.
- Continuar plan integral y automedición.

No → HTA resistente

- Confirmar adherencia; AMPA/MAPA; descartar HTA secundaria.
- **Añadir espironolactona 25–50 mg** (si K $+$ y TFGe).
- Si intolerancia: eplerenona u otras opciones; diurético de asa si ERC avanzada.
- Considerar beta/alpha-bloqueantes o centrales según el caso.

*PA “elevada” 120–139/70–89 mmHg: iniciar fármacos solo si riesgo alto (ECV, DM, ERC, riesgo $\geq 10\%$ o modificadores), tras intentar estilo de vida. Este esquema resume SEC 2024 (aval/traducción Guía ESC 2024).

