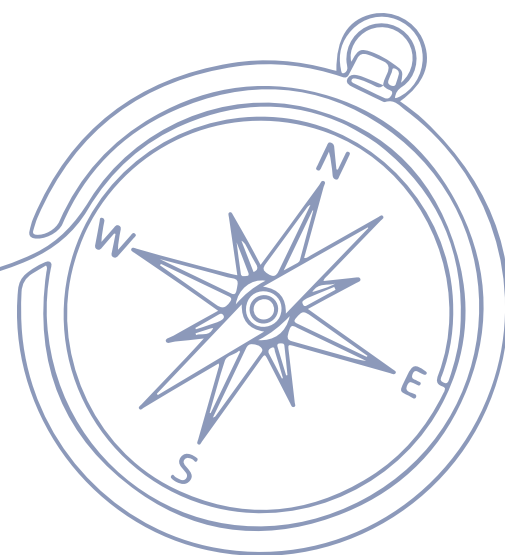




CRISIS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Fuente

Elaboración propia. 2026.

- **Ana Cristina Menéndez López.** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.
- **Alicia Sánchez Martínez.** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro del Pinatar. Murcia.
- **Carlos Pérez Llanes.** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro del Pinatar. Murcia.

CRISIS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Ana Cristina Menéndez López. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Alicia Sánchez Martínez. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro del Pinatar. Murcia.

Carlos Pérez Llanes. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro del Pinatar. Murcia.

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes y a tener siempre presente en nuestras consultas de Atención Primaria.

Definimos **crisis hipertensiva (CH)** como la elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir lesión en órganos diana. Considerándose como tal, cifras de PA sistólica ≥ 180 -210 mm Hg y PA diastólica ≥ 110 -120 mm Hg en función del documento de consenso consultado. Salvo para la hipertensión en el embarazo, en la que cifras de **PA $>170/110$ mm Hg son suficientes para producir preeclampsia y eclampsia.**

Debemos distinguir 4 situaciones:

Pseudo crisis hipertensiva o falsa Urgencia Hipertensiva (UH)

Elevación tensional aguda sin síntomas ni repercusión orgánica, normalmente secundaria a estímulos agudos como dolor intenso, estrés y ansiedad. **No** suele precisar **tratamiento** ya que los valores de PA se normalizan al desaparecer la causa.

Urgencia hipertensiva (UH)

Elevación brusca de la PA en paciente asintomático o con síntomas inespecíficos que no nos orientan hacia afectación de órganos diana, ni suponen riesgo vital inmediato. Permite un abordaje inicial **extrahospitalario** y tratamiento con medicación oral, ajustable en horas o días.

Emergencia hipertensiva (EH)

Elevación aguda de la PA con afectación orgánica grave (sobre todo a nivel cardíaco, cerebral o renal), con riesgo de lesión irreversible, y que amenaza la vida del paciente. Precisa **tratamiento hospitalario** para descenso de las cifras de PA en el plazo de pocas horas. Entre ellas se incluye la eclampsia.

HTA acelerada o maligna

Crisis hipertensiva que suele acompañarse de alteraciones visuales, se observan exudados retinianos o edema de papila. Puede asociarse a nefropatía o encefalopatía. Aunque habitualmente no supone un riesgo vital, se considera una forma de UH, y su tratamiento será hospitalario.

La **preeclampsia** es la hipertension de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertension preexistente con proteinuria, despues de las 20 semanas de gestacion.

La **eclampsia** es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia y cuyo tratamiento es el parto. Derivaremos para estabilizar, disminuir riesgos y prevenir convulsiones en la madre.

Algoritmo UH y EH



PAs > 180-210 mm Hg
PAd > 110-120 mm Hg

HISTORIA CLÍNICA
Antecedentes, toma de fármacos, alergias, síntomas (más frecuentes: cefalea, mareo, palpitaciones y epistaxis) pero son también importantes otros síntomas como diaforesis profusa (feocromocitoma), piel atrófica (Cushing)...

EXPLORACIÓN
Cardiopulmonar: Taquicardia, taquipnea, ortopnea, crepitantes, soplo abdominal, ingurgitación yugular, edemas, shock...
Neurológica: alteración de conciencia, desorientación, crisis convulsivas, rigidez nuca, focalidad neurológica...
Fondo de ojo: Hemorragias, exudados, papiledema...
Renal: Edemas, oliguria, proteinuria, hematuria...

Asintomático. Sin daño órgano diana

Excluida Pseudo crisis y Eclampsia por historia clínica

Urgencia Hipertensiva.
Reducción del 20% de la PA en 24-48 h.

Tras reposo de 10 min, si precisa
DIAZEPAM 5-10 mg oral
(sublingual no se absorbe)

Control de PA conseguido

No

Sí

¿Tomaba fármacos para la PA?

Mejoría clínica

No

Sí

Sí

No

Ajustar o reiniciar tratamiento para la PA

Control ambulatorio

Evidencia. Daño órgano diana

Emergencia Hipertensiva.
Reducción del 25% de la PA en una hora

 Llamar al 112

Soporte Vital: A, B, C.
Monitorización de la PA y canalizar vía venosa mientras llega el 112

Si todavía no ha llegado el 112:

- **Furosemida 1-2 amp IV** cada 30 min si sospechamos insuficiencia cardíaca y/o EAP
- Paciente con dolor **torácico** y **signos electrocardiográficos de Síndrome coronario agudo** se activará Código infarto.
- Paciente con focalidad neurológica sugestiva de accidente vascular agudo: se activará el Código Ictus.

Captopril 25 mg oral. Se puede repetir la toma cada media hora, hasta un máximo de tres veces. Inicio de acción 15-30 min, y máximo efecto 1-2 horas.
Si alergia: **Atenolol 50 mg** contraindicado en Insuficiencia Cardíaca, bloqueo, EPOC, asma e intoxicación por cocaína. O **Amlodipino 5-10 mg** Máximo efecto 1-6 horas. Evitarlo en bloqueo auriculo ventricular de alto grado.

Fuente: elaboración propia basada en Palmero-Picazo J, Rodríguez-Gallegos MF, Martínez-Gutiérrez R. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria Hypertensive crisis: an integral approach from primary care. Arch en Med Fam. 2020;22.

Recomendaciones básicas

Consideraciones ante un paciente con aumento agudo de PA en la consulta de Atención Primaria

- La reducción brusca de PA puede llevar a una isquemia en órganos diana. No podemos olvidar que muchos de los pacientes, son pacientes hipertensos crónicos con HTA mal controlada.
- Si es HTA conocido debemos indagar sobre la causa que ha podido desencadenar el episodio, como **infradosificación** de su tratamiento, **no adherencia** al mismo, dieta rica en **sal**, toma de **fármacos antiinflamatorios no esteroideos** o toma de otros fármacos inadecuados, **corticoterapia** prolongada, **enfermedad renal crónica**, etc.
- Si el paciente no es hipertenso: usar fármacos hipotensores de forma aislada y con la menor dosis posible, si no hay respuesta ir subiendo de forma paulatina.
- Descartar cualquier enfermedad asociada o no al proceso que pueda contraindicar uso de fármacos hipotensores. **Tratamos al paciente y no a la PA.**
- Si tiene ansiedad, administrar lorazepam 1 mg sublingual o vía oral, o diazepam 5-10 mg vía oral, no sublingual (recordemos que no se absorbe por esta vía de administración).
- Si tiene dolor, administrar metamizol magnésico 575 mg 1-2 cápsulas vía oral.

Criterios de derivación

- Ante una **emergencia hipertensiva** canalizar una vía venosa periférica, administrar oxigenoterapia y derivar al hospital de forma urgente.
- Si sospechamos de **hipertensión maligna**.
- Si tras abordaje inicial ante **urgencia hipertensiva** y pasadas 2-3 horas persisten valores de PA ≥ 200 y/o 120 mmHg.
- **Preeclampsia y eclampsia**. Gestante con preeclampsia con signos de severidad o eclampsia requiere hospitalización inmediata.

RECUERDA

- Si la elevación aguda de PA (crisis hipertensiva) produce daño en órgano diana se trata de una emergencia hipertensiva (EH), si no lo produce es una urgencia hipertensiva (UH) y se puede tratar de forma ambulatoria.
- Importancia de una **historia clínica** rápida y eficaz en relación patologías previas, toma de fármacos y adherencia, así como alergias y contraindicaciones para iniciar tratamiento urgente.
- En pacientes sin antecedentes de HTA ni de tratamiento hipotensor, se administrará vía oral: **captopril 25-50 mg** (contraindicado en pacientes con insuficiencia renal: creatinina >2 mg/dl, hiperpotasemia: potasio >5,5 mEq/ml, sospecha de HTA renovascular, pacientes monorrenos, embarazo) en caso de alergia usaremos **atenolol 50 mg** (contraindicado en insuficiencia cardíaca, bloqueo, EPOC, asma e intoxicación por cocaína) o **amlodipino 5-10 mg**.
- La UH puede presentarse de forma asintomática o con síntomas como palpitaciones, cefalea, mareo, epistaxis...
- La reducción brusca de PA puede llevar a una isquemia en órganos diana.
- La **preeclampsia** es la hipertensión de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertensión preexistente con proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Referencias

- Palmero-Picazo J, Rodríguez-Gallegos MF, Martínez-Gutiérrez R. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria. Arch Med Fam. 2020;22(1):27-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2020/amf201e.pdf>
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Chayán Zas, Faraldo Balado, Moliner de la Puente, Ríos Rey, González Paradela C. Urgencias y emergencias hipertensivas. Fistera [Internet]; 2020 [citado 2021 02 25]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/urgencias-emergencias-hipertensivas/>
- Ribera Guixa M, Caballero Humet I. Crisis hipertensiva. A partir de un síntoma. Actualización en Medicina Familiar. [Internet] 2014 [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1235