MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
LIMA CENTRO
HOSPITAL SANTA ROSA

N° 40 - 2025
DG-HSR-MINSA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral

Lima, 21 febrero del 2025

VISTO:

El Memorando N°000290-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de febrero del 2025, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Informe N°000009-2025-UORGANIZACION/HSR, de fecha 06 de febrero del 2025, emitida por la Unidad de Organización, Nota Informativa N° 000050-2025-OGC/HSR, de fecha 29 de enero del 2025, Nota Informativa N°022-2025-MINSA-HSR-OGC-VST, de fecha 28 de enero del 2025, emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad, Memorando N° 000061-2025-JDEYCC/HSR, de fecha 21 de enero del 2025, emitida por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, e INFORME N°000045-2025-OAJ/HSR, de fecha 11 de febrero de 2025, de la Oficina de Asesoria Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo". La protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad de Estado, regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante la Ley N° 29414, se establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, en cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, establece las disposiciones para elaboración de los Documentos Normativos;

Que, cabe mencionar que la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, en el numeral 5.1 Definiciones Operativas de sus Disposiciones Generales, establece que: "Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica";

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". El cual

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA - CIUDAD - DIRECCIÓN GENERAL - HOSPITAL SANTA ROSA - VºBº

MINISTERIO DE SALUD - JEFE OEPE - HOSPITAL SANTA ROSA - VºBº
C. RAZURI

HOSPITAL SANTA ROSA - ASESORÍA JURÍDICA - VºBº
R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA - GESTIÓN DE LA CALIDAD - VºBº

MINISTERIO DE SALUD - Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos - HOSPITAL SANTA ROSA

establece que las 10 patologías más frecuentes de atención en hospitalización deben contar con Guías de Práctica Clínica;

Que, el Informe N°000041-2024-JSE/HSR, de fecha 12 de setiembre de 2024, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, precisa la necesidad de actualizar las Guías de Práctica Clínica de las patologías más frecuentes en el Servicio de emergencia, los mismo que fueron aprobadas con Resolución Directoral N° 76-2020-MINSA-HSR-DG, dentro de ellas menciona la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva"; con el fin de uniformizar el abordaje en emergencia;

Que, asimismo, mencionan que con la nueva versión actualizada en todos sus campos tienen como base las guías que rigen a nivel internacional, el manejo del paciente con crisis hipertensiva; siendo esta patología de mayor frecuencia en la población adulta, según las estadísticas propias del hospital Santa Rosa registrada en el año 2023, el 82.1 % de atenciones en emergencia, corresponden a Medicina y de las cuales en el cuadro principal de Morbilidades de enero a diciembre del 2023 el 2.3% corresponde a cuadros de hipertensión arterial;

Que, precisan también que los beneficios del presente documento técnico e impactos positivos, es que el personal que labora en el hospital Santa Rosa tiene en este documento, una base para poder tener un manejo uniforme acorde a las patologías internacionales y que permiten un manejo apropiado y de calidad a los pacientes; racionalizando de la mejor manera posible los recursos humanos y materiales del hospital;

Que, con Memorando N° 000061-2025-JDEYCC/HSR de fecha 21 de enero de 2025, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos remite a la Oficina de Gestión de la Calidad el anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva", corregido de acuerdo a lo solicitado con el documento Memorando N° 000425-2024OGC/HSR, con el fin de continuar con el trámite correspondiente;

Que, con Nota Informativa N°000050-2025-OGC/HSR, de fecha 29 de enero del 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad, le hace llegar la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Nota Informativa N°022-2025-MINSA-HSROGC-VST, respecto a la actualización del anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva"; el mismo que fue revisado por el Médico Auditor el cual es conforme;

Que, Informe N° 000009-2025-UORGANIZACION/HSR, de fecha 06 de febrero del 2025, la Unidad de Organización, emite el Informe Técnico considerando los cambios sustanciales del nuevo anteproyecto de Guía Técnica: "Guía de Practica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva" perteneciente al anexo de la Resolución Directoral N° 76-2020-MINSA-HSR-DG;

Que, con Nota Informativa Nº 000290-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de febrero del 2025, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, alcanza a la Oficina de Asesoria Jurídica, el proyecto denominado "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva" para su actualización y aprobación, por lo que se emite la opinión técnica favorable, toda vez que el anteproyecto adjunto cumple con lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Prácticas Clínicas del Ministerio de Salud aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA;

Que, mediante Informe N°000045-2025-OAJ/HSR, la Oficina de Asesoria Jurídica opina que resulta jurídicamente viable aprobar la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva", la cual tiene como objetivo establecer recomendaciones basadas en las decisiones del tratamiento de pacientes con crisis hipertensivas, con la finalidad de disminuir las complicaciones en los pacientes que acuden al servicio de emergencia, la misma que se ciñe al lineamiento previsto por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y a la disposiciones establecida en la Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA, que resuelve aprobar las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud;

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD - DIRECCIÓN GENERAL - HOSPITAL SANTA ROSA - VºBº

MINISTERIO DE SALUD - JEFE OEPE - HOSPITAL SANTA ROSA - VºBº - C. RAZURI

HOSPITAL SANTA ROSA - ASESORÍA JURÍDICA - VºBº - R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA - GESTIÓN DE LA CALIDAD - VºBº

MINISTERIO DE SALUD - Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos - HOSPITAL SANTA ROSA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
LIMA CENTRO
HOSPITAL SANTA ROSA

N° 40 - 2025
DG-HSR-MINSA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral

Lima, 21 febrero del 2025

Con el visto de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De Conformidad con lo dispuesto en Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR la Guía Técnica: **"Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Crisis Hipertensiva"** cuyo documento anexo forma integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la difusión y cumplimiento de la Guía aprobada con la presente difusión.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER que la oficina de Estadística e informática efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: http://hsr.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

MINISTERIO DE SALUD JEFE OEPE VºBº HOSPITAL SANTA ROSA
C. RAZURI

HOSPITAL SANTA ROSA VºBº ASESORÍA JURÍDICA
R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA VºBº GESTIÓN DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos HOSPITAL SANTA ROSA

RNT/RMMH/gzv.

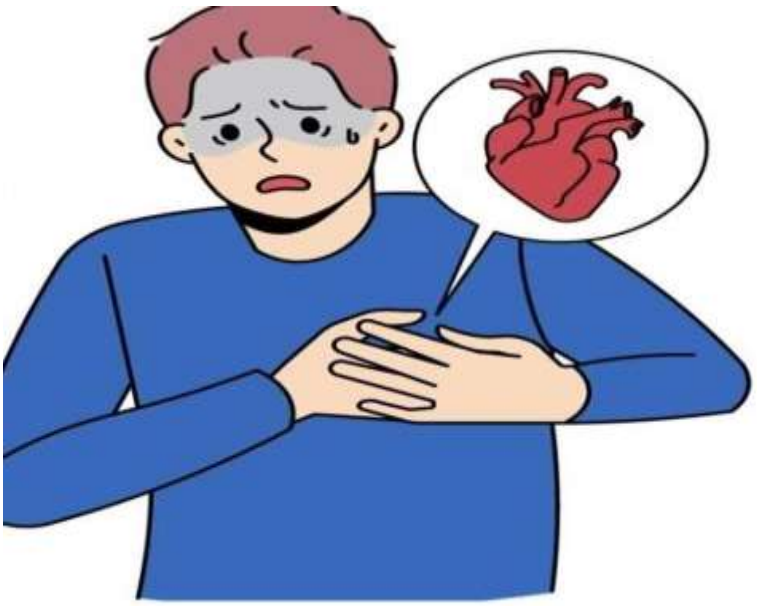
DISTRIBUCIÓN:

- Dirección General
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Oficina de Estadística e informática
- Archivo

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital Santa Rosa

HOSPITAL SANTA ROSA PUEBLO LIBRE

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
SERVICIO DE EMERGENCIA



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

ELABORADO POR:

- MC. Sarria Fernández, Ana Verónica
  Médico Emergenciólogo
- MC. García Quispe, Luis Maikel
  Médico Emergenciólogo
- MC. Gonzales Saavedra, Emilio
  Médico Emergenciólogo

REVISADO POR:

- Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
  MC. Contreras Terrones, Pedro Virgilio
- Jefatura del Servicio de Emergencia
  MC. Rojas Pérez, William
- Oficina de Gestión de Calidad
  MC. Cansino Bazán, Raquel

APROBADO POR:

- Director General del Hospital Santa Rosa
  M.C. Raúl Nalvarte Tambini

ÍNDICE

I. FINALIDAD 4
II. OBJETIVOS 4
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 4
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR 4
4.1 NOMBRE Y CÓDIGO 4
V. CONSIDERACIONES GENERALES 4
5.1 DEFINICIÓN 4
5.2 ETIOLOGÍA 5
5.3 FISIOPATOLOGÍA 6
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS 7
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 7
5.5.1 Medio Ambiente 7
5.5.2 Estilos de Vida 7
5.5.3 Factores Hereditarios 7
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS 7
6.1 CUADRO CLÍNICO 7
6.1.1 Signos y Síntomas 7
6.1.2 Interacción cronológica 8
6.2 DIAGNÓSTICO 8
6.2.1 Criterios de Diagnóstico 8
6.2.2 Diagnóstico diferencial 8
6.3 EXÁMENES AUXILIARES 9
6.3.1 De Patología Clínica 9
6.3.2 De Imágenes 9
6.3.3 De Exámenes especializados complementarios 9
6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA 9
6.4.1 Medidas generales y preventivas 9
6.4.2 Terapéutica 9
6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento 12
6.4.4 Signos de alarma 13
6.4.5 Criterios de Alta 13
6.4.6 Pronóstico 13
6.5 COMPLICACIONES 13
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 13
6.7 FLUXOGRAMA 14

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.....15

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

I. FINALIDAD

Contribuir con un manejo más seguro y de calidad a los pacientes que lleguen al Servicio de Emergencia con cuadros de crisis hipertensivas, racionalizando de la mejor manera posible los recursos humanos y materiales del hospital.

II. OBJETIVOS

- Establecer recomendaciones basadas en la evidencia de las decisiones y objetivos del tratamiento de pacientes con crisis hipertensivas.
- Disminuir la morbimortalidad por cuadros de crisis hipertensivas en los pacientes que acudan al Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo Santa Rosa.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía será aplicada en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo Santa Rosa.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y Tratamiento del paciente con crisis hipertensiva.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Diagnóstico	CIE 10
Hipertensión esencial primaria	I10
Enfermedad cardiaca hipertensiva	I11
Enfermedad renal hipertensiva	I12
Enfermedad cardiorenal hipertensiva	I13
Hipertensión secundaria, no especifica	I15.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Hipertensión (HTA) se define como una presión arterial (PA) elevada de forma mantenida. Las guías norteamericanas, propuestas por el American College of Cardiology, la American Heart Association y una serie de sociedades e instituciones relacionadas (ACC/AHA 2017), han definido HTA como unas cifras de PA iguales o superiores a 130/80 mmHg. Sin embargo, en Europa las guías ESC/ESH 2023 han mantenido el umbral definitorio de HTA en 140/90 mmHg. A continuación, se detallan los grados de hipertensión.

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada[b]	≥ 140	y	< 90

©ESC/ESH 2018

HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1,2, o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados

Crisis hipertensiva hace referencia a la elevación presumiblemente aguda y grave de la PA, con cifras de PA diastólica superior a 120 mmHg y/o PA sistólica por encima de 210 mmHg. Clásicamente, las crisis hipertensivas se dividen en urgencias y emergencias hipertensivas.

- Urgencias hipertensivas: Son situaciones de elevación aguda y grave de la PA sin lesión aguda de órgano diana.
- Emergencias hipertensivas: Son situaciones de elevación aguda de la PA acompañada de aparición o agravamiento de lesión de órgano diana (suele manifestarse como una disfunción aguda a nivel cardiovascular, cerebrovascular o renal). Las presentaciones típicas de una emergencia hipertensiva son:
  - Pacientes con HTA maligna, caracterizada por HTA grave (normalmente de grado 3: PAS≥180 y/o PAD≥110) asociada con cambios en el fondo de ojo (hemorragia en llama o papiledema), microangiopatía y coagulación intravascular diseminada, que se puede asociar con encefalopatía, insuficiencia cardiaca aguda y deterioro agudo de la función renal. La característica más importante de esta enfermedad es la necrosis fibrinoide de vasos pequeños en los riñones, la retina y el cerebro.
  - Pacientes con HTA grave asociada con otras entidades clínicas que requieren la reducción urgente de la PA, como la disección aórtica aguda, la isquemia miocárdica aguda o la insuficiencia cardiaca aguda.
  - Pacientes con HTA aguda grave causada por feocromocitoma asociado con daño orgánico.
  - Mujeres embarazadas con HTA grave o preeclampsia.

5.2 ETIOLOGÍA

Las crisis hipertensivas pueden producirse en pacientes con HTA previa o aparecer sin antecedentes de PA elevada, cualquier alteración en los múltiples sistemas de control de PA pueden desencadenarlas.

FACTORES DESENCADENANTES DE CRISIS HIPERTENSIVAS

HTA esencial mal controlada
HTA esencial sin seguimiento protocolizado Mala adherencia habitual o abandono terapéutico Suspensión de tratamiento antihipertensivo durante patología intercurrente, una hospitalización o un periodo perioperatorio Toma de sustancias presoras (fármacos, alcohol o drogas ilícitas)
Fármacos presores
Antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la COX 2, corticoides a dosis altas, anticonceptivos orales, antidepresivos, IMAOs, vasoconstrictores nasales, inmunosupresores anticalcineurínicos, eritropoyetina, tratamientos oncológicos (agentes alquilantes, fármacos anti-VEGF, fármacos inhibidores de los *checkpoint* inmunológicos), antirretrovirales
Alcohol
Consumo excesivo crónico Intoxicación aguda Deprivación
Drogas ilícitas
Anfetaminas, cocaína, drogas de 'diseño'
Patología renal
Patología parenquimatosa (glomerulonefritis, nefritis intersticiales agudas, vasculitis, síndrome urémico-hemolítico, tumores), patología vascular (estenosis arteriales, trombosis venosa), ERC avanzada
Patología endocrinológica
Hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, hipercortisolismo (síndrome de Cushing), otras alteraciones adrenales menos frecuentes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, acromegalia
Patología neurológica
Traumatismo craneoencefálico, ictus isquémicos o hemorrágicos, tumores, lesiones medulares, convulsiones, disautonomía familiar, síndrome de Guillain-Barré
Patología relacionada con el embarazo
Preeclampsia / eclampsia
Miscelánea
Dolor, ansiedad, quemaduras graves, radioterapia, coartación de aorta, ingesta abusiva de sodio en la dieta, fluidoterapia intravenosa con exceso de sodio, retención aguda de orina, SAHS

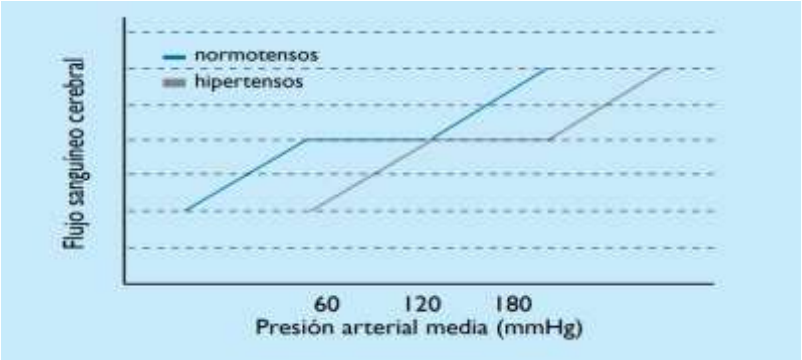
HTA, hipertensión arterial; COX, ciclooxigenasa; IMAOs, inhibidores de la monoamino oxidasa; VEGF, *vascular endothelial growth factor*; ERC, enfermedad renal crónica; SAHS, síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En una situación de PA muy elevada y de elevación súbita existe un daño arteriolar caracterizado por necrosis fibrinoide de la pared vascular y formación de trombos, lo que se traduce en el órgano afectado como un daño por hiperflujo e isquemia. Sin embargo, la autorregulación vascular de flujo en cada órgano permite que en situaciones de PA baja exista vasodilatación y en situaciones de PA elevada exista vasoconstricción, de manera que ante cambios significativos de PA el flujo sanguíneo en los tejidos sea más o menos constante. En casos de PA elevada solo habrá daño de órgano blanco si es que la PA se eleva a un nivel por encima de lo que este mecanismo de autorregulación vascular pueda compensar. Es necesario señalar que en las personas hipertensas esta autorregulación vascular funciona con valores más altos de PA, como se puede observar en la figura. Por tanto, cuando se atiende a un paciente con PA muy alta, se debe recordar que es muy probable que tenga esta curva de autorregulación vascular 'hacia la derecha' y que si se lo lleva a una 'presión normal', puede caer ya por debajo de lo que su autorregulación vascular puede compensar y, de esta manera, se provocaría un daño por hipoperfusión. Es por ello que cuando frente a pacientes con PA muy alta, solo se quiere descender la PA a un nivel seguro, no se pretende 'normalizarla'. Este nivel seguro, en la mayoría de los casos, es un descenso de 20%. Si se trata de una emergencia hipertensiva este descenso de 20 % del nivel de PA debe ser en una hora; pero, si se trata de urgencia hipertensiva, este descenso

será en 24 horas.

Autorregulación del flujo vascular cerebral.



5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de alta prevalencia. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo 1 de cada 3 personas adultas es hipertensa. En Perú, la estadística señala que 1 de cada 4 personas adultas es hipertensa. Por otro lado, la HTA, como factor de riesgo, es la principal causa de mortalidad a nivel mundial.
- Entre el 1% y el 2% de los pacientes hipertensos sufrirá una crisis hipertensiva en algún momento de su vida, siendo la probabilidad de presentar este cuadro más elevada en casos con HTA secundaria que en casos con HTA esencial. Asimismo, la incidencia en hombres es 02 veces mayor que en las mujeres.
- En una revisión sistemática reciente, se concluye que la prevalencia de las urgencias y emergencias hipertensivas, atendidas en el servicio de urgencias, se situaría en el 0,9 y 0,3%, respectivamente.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente

Estrés laboral.

5.5.2 Estilos de Vida

Mal control, abandono terapéutico, consumo de alcohol y/ drogas, consumo de tabaco, embarazo, alto consumo de sodio, obesidad, sedentarismo.

5.5.3 Factores Hereditarios

Antecedentes familiares de HTA, enfermedad prematura del corazón o síndrome coronario, hipercolesterolemia, diabetes.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

Urgencias hipertensivas:

- Asintomática (70-80% de los casos)
- Cefalea.
- Dolor torácico.
- Disnea.
- Vértigo.

Emergencias hipertensivas:

- Cefalea.
- Dolor torácico.
- Disnea.
- Vértigo.
- Síntomas neurológicos: somnolencia, letargo, agitación, convulsiones, alteraciones visuales.

6.1.2 Interacción cronológica

En los pacientes el cuadro clínico inicia de manera súbita con cualquiera de los síntomas/signos descritos y que pueden evolucionar de manera desfavorable a un accidente cerebrovascular o muerte súbita.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

- Historia clínica: Historia de HTA (momento de inicio de la clínica, evolución hasta el momento del ingreso, síntomas asociados); antecedentes personales (hábitos higiénico-dietéticos, enfermedades asociadas, factores de riesgo cardiovascular, repercusión sobre órganos diana, tratamientos y consumo de drogas, etc.); antecedentes familiares (HTA, enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales, obesidad, dislipemia),
- Examen físico: Determinar los niveles de PA, exploración sistemática: auscultación cardiopulmonar y datos sobre el pulso periférico, exploración abdominal, valorar la presencia de edemas y la existencia o no de simetría en los pulsos periféricos, exploración neurológica.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Cefalea.

Tumores cerebrales.

Tinitus.

Epistaxis.

Angina de pecho.

Epilepsia diencefalica autonómica.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

EKG: puede ser normal u observarse signos de hipertrofia ventricular izquierda o alteraciones del segmento ST que evidencian lesión coronaria aguda.

Urea, creatinina: detección de posible enfermedad renal.

Hemograma completo, electrolitos, proteínas totales: ante una emergencia hipertensiva.

Enzimas cardiacas: ante la presencia de síndrome coronario agudo.

Gasometría arterial: si hay sospecha de edema agudo de pulmón.

6.3.2 De Imágenes

Radiografía de tórax: detecta alteraciones que demuestran hipertensión de larga evolución. Evaluación de índice cardiotorácico, dilatación de cavidades, signos de congestión pulmonar, etc.

Tomografía cerebral: en casos de focalización neurológica.

Tomografía toracoabdominal: ante sospecha de disección de aneurisma aórtico.

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios

Ecocardiografía: Evaluación de la función y la estructura cardiaca.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

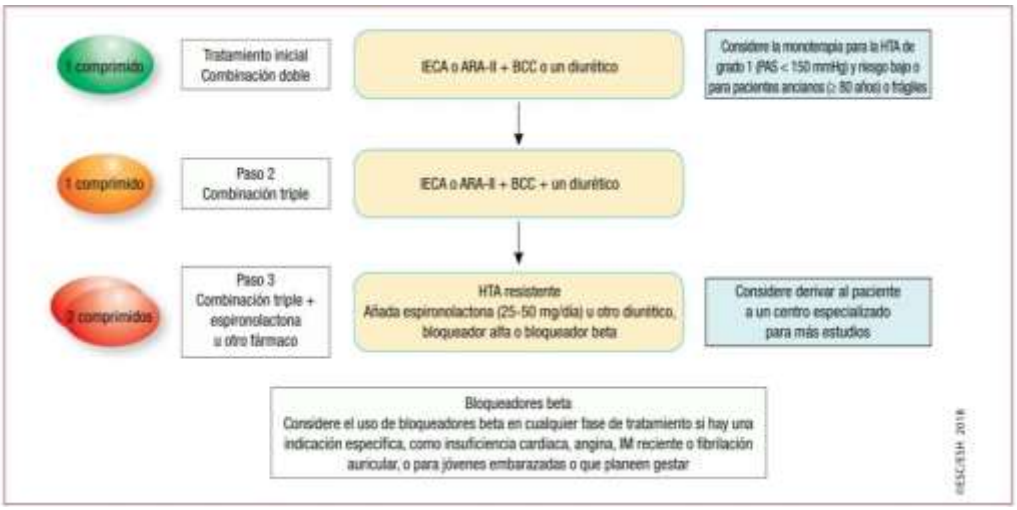
6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Restricción del contenido de sal en la dieta < 5gr. al día (Recomendación I, Nivel de Evidencia A)
- Se recomienda aumentar el consumo de verduras, frutas frescas, pescado, frutos secos y ácidos grasos no saturados (aceite de oliva), se aconseja el bajo consumo de carne roja y el consumo de productos lácteos bajos en grasa (Recomendación I, Nivel de Evidencia A).
- Se recomienda dejar de fumar, los servicios de apoyo y los programas para el abandono del hábito tabáquico (Recomendación I, Nivel de Evidencia B).
- Eliminar o al menos restringir el consumo de alcohol, menos de 14 unidades a la semana los varones y menos de 8 unidades a la semana las mujeres (Recomendación I, Nivel de Evidencia A).
- Está indicado el control del peso corporal para evitar la obesidad y mantener un IMC saludable (alrededor de 20-25) y una circunferencia de cintura adecuada (< 94 cm los varones y < 80 cm las mujeres) para reducir la PA y el riesgo cardiovascular (Recomendación I, Nivel de Evidencia A).
- Se recomienda el ejercicio aeróbico regular (al menos 30 min de ejercicio dinámico moderado 5-7 días a la semana) (Recomendación I, Nivel de Evidencia A).

6.4.2 Terapéutica

- **Urgencia hipertensiva:**

Si bien estos pacientes requieren la reducción de la PA, normalmente no es necesario hospitalizarlos, y la reducción de la PA se logra mejor con medicación oral según el algoritmo de tratamiento farmacológico de la siguiente figura:



Estrategia básica de tratamiento farmacológico para la HTA no complicada. Este algoritmo de tratamiento también es adecuado para la mayoría de los pacientes con daño orgánico, enfermedad cerebrovascular o EAP. ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BCC: bloqueadores de los canales del calcio; EAP: enfermedad arterial periférica; HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; IM: infarto de miocardio. Tomado de ESH (European Society of Hypertension) Guidelines for the management of arterial hypertension 2023.

DROGA	DOSIS INICIAL
CALCIOANTAGONISTAS AMLODIPINO NIFEDIPINO	 5 – 10MG 10-30MG
BETABLOQUEADORES (BB) BISOPROLOL CARVEDILOL LABETALOL	 2.5 – 5MG 12.5-25MG 100-200MG
DIURETICOS FUROSEMIDA	 20-40MG
IECAS CAPTOPRIL ENALAPRIL	 25-50MG 10-20MG
ALFABLOQUEADOR DOXAZOSINA	 1-2MG

- **Emergencia hipertensiva:**

Presentación Clínica	Plazos y objetivos de reducción de la PA	Tratamiento de primera línea	Tratamiento alternativo	Nivel de evidencia
HTA maligna con o sin insuficiencia renal aguda	Varias horas Reducir la PA media en un 20-25%	Labetalol Nicardipino	Nitroprusiato Urapidil	A
Encefalopatía hipertensiva	Reducción inmediata de la PA media en un 20-25%	Labetalol Nicardipino	Nitroprusiato	A
Evento coronario agudo	Reducción inmediata de la PAS a < 140 mmHg	Nitroglicerina labetalol	Urapidil	A
Edema pulmonar cardiogénico agudo	Reducción inmediata de la PAS a < 140 mmHg	Nitroprusiato o nitroglicerina (con un diurético de asa)	Urapidil (con un diuretico de asa)	A
Disección aórtica aguda	Reducción inmediata de la PAS a < 120 mmHg y la frecuencia cardiaca a < 60 lpm	Esmolol y nitroprusiato o nitroglicerina o nicardipino	Labetalol o metoprolol	A
Eclampsia y preclampsia grave/HELLP	Reducción inmediata de la PAS a < 160 mmHg y la PAD a < 105 mmHg	Labetalol o nicardipino y sulfato de magnesio	Considerar el parto	A

HELLP: Hemolisi, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas; PA: presión Arterial; PAD: Presión Arterial Diastólica; PAS: Presión Arterial Sistólica

Fármaco	Inicio de la acción	Duración de la acción	Dosis	Contraindicaciones	Efectos adversos
Esmolol	1-2 min	10-30 min	0,5-1 mg/kg en bolo i.v.; 50-300 µg/kg/min en infusión i.v.	Bloqueo AV de segundo o tercer grado, insuficiencia cardiaca sistólica, asma, bradicardia	Bradicardia
Metoprolol	1-2 min	5-8 h	2,5-5 mg bolo i.v. a lo largo de 2 min; puede repetirse cada 5 min hasta una dosis máxima de 15 mg	Bloqueo AV de segundo o tercer grado, insuficiencia cardiaca sistólica, asma, bradicardia	Bradicardia
Labetalol	5-10 min	3-6 h	0,25-0,5 mg/kg en bolo i.v.; 2-4 mg/min en infusión hasta lograr el objetivo de PA, después reducir a 5-20 mg/h	Bloqueo AV de segundo o tercer grado, insuficiencia cardiaca sistólica, asma, bradicardia	Broncoconstricción, bradicardia fetal
Fenoldopam	5-15 min	30-60 min	0,1 µg/kg/min en infusión i.v., con incrementos de 0,05-0,1 µg/kg/min cada 15 min hasta lograr el objetivo de PA	Precaución en presencia de glaucoma	
Clevidipino	2-3 min	5-15 min	Infusión i.v. con 2 mg/h; aumentar cada 2 min con 2 mg/h hasta lograr el objetivo de PA		Cefalea, taquicardia refleja
Nicardipino	5-15 min	30-40 min	5-15 mg/h en infusión i.v., iniciar con una dosis de 5 mg/h, aumentar cada 15-30 min con 2,5 mg hasta lograr el objetivo de PA; después, reducir a 3 mg/h	Insuficiencia hepática	Cefalea, taquicardia refleja
Nitroglicerina	1-5 min	3-5 min	5-200 µg/min en infusión i.v., aumento de 5 µg/min cada 5 min		Cefalea, taquicardia refleja
Nitroprusiato	Inmediato	1-2 min	0,3-10 µg/kg/min en infusión i.v., aumento de 0,5 µg/kg/min cada 5 min hasta lograr objetivo de PA	Insuficiencia hepática o renal (contraindicación relativa)	Intoxicación por cianuro
Enalaprilato	5-15 min	4-6 h	0,625-1,25 mg en bolo i.v.	Antecedente de angioedema	
Urapidil	3-5 min	4-6 h	12,5-25 mg en inyección; 5-40 mg/h en infusión continua		
Clonidina	30 min	4-6 h	150-300 µg i.v. durante 5-10 min		Sedación, HTA de rebote
Fentolamina	1-2 min	10-30 min	0,5-1 mg/kg en inyección o 50-300 µg/kg/min en infusión i.v.		Taquiarritmias, dolor torácico

AV: auriculoventricular; HTA: hipertensión arterial; i.v.: intravenoso; PA: presión arterial.

Tipos de fármacos, dosis y características del tratamiento de las emergencias hipertensivas. Tomado de ESH (European Society of Hypertension) Guidelines for the management of arterial hypertension 2023.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Nitroprusiato: Se requiere un seguimiento frecuente ya que este fármaco puede producir una caída repentina y drástica de la presión arterial. El nitroprusiato se metaboliza a cianuro, lo que posiblemente lleve al desarrollo de toxicidad por cianuro (o, en raras ocasiones, tiocianato) que puede ser mortal. Este problema, que puede manifestarse en tan solo cuatro horas, se presenta con alteración del estado mental y acidosis láctica. Los factores de riesgo de intoxicación por cianuro inducida por nitroprusiato incluyen un período de tratamiento prolongado (>24 a 48 horas), deterioro subyacente de la función renal y el uso de dosis que exceden la capacidad del cuerpo para desintoxicar el cianuro (es decir, más de 2 mcg/kg por minuto). El riesgo de toxicidad se puede minimizar utilizando la dosis más baja posible, evitando el uso prolongado y monitorizando cuidadosamente al paciente (con especial atención a la acidemia inexplicable o a la disminución de las concentraciones séricas de bicarbonato).
- Nitroglicerina: Los principales efectos adversos son el dolor de cabeza (debido a la vasodilatación directa) y la taquicardia (resultante de la activación simpática refleja). No se produce acumulación de cianuro. Se ha informado metahemoglobinemia en pacientes que recibieron este agente durante más de 24 horas.

- Labetalol: Se debe evitar la hipotensión postural en aquellos pacientes que deambulan.

6.4.4 Signos de alarma

Encefalopatía hipertensiva.

Infarto cerebral.

Hemorragia intracraneal.

Hemorragia subaracnoidea.

Disfunción aguda del ventrículo izquierdo.

Edema agudo pulmonar.

Disección de aorta.

Infarto de miocardio.

Retinopatía.

6.4.5 Criterios de Alta

Habitualmente no es preciso el ingreso hospitalario para el manejo de las urgencias hipertensivas, siendo necesario un control ambulatorio inicial en un plazo corto de tiempo (días).

En casos de emergencia hipertensiva, el paciente será dado de alta, si se encuentra hemodinámicamente estable, no presenta signos de alarma, con medicación vía oral y con las condiciones de fondo controladas.

6.4.6 Pronóstico

La supervivencia de los pacientes que sufren una emergencia hipertensiva ha mejorado sustancialmente en las últimas décadas, aunque estos pacientes siguen con un riesgo alto y deben ser evaluados en búsqueda de HTA secundaria, con controles periódicos por el especialista.

6.5 COMPLICACIONES

Hemorragia intracerebral y subaracnoidea.

Síndrome coronario agudo.

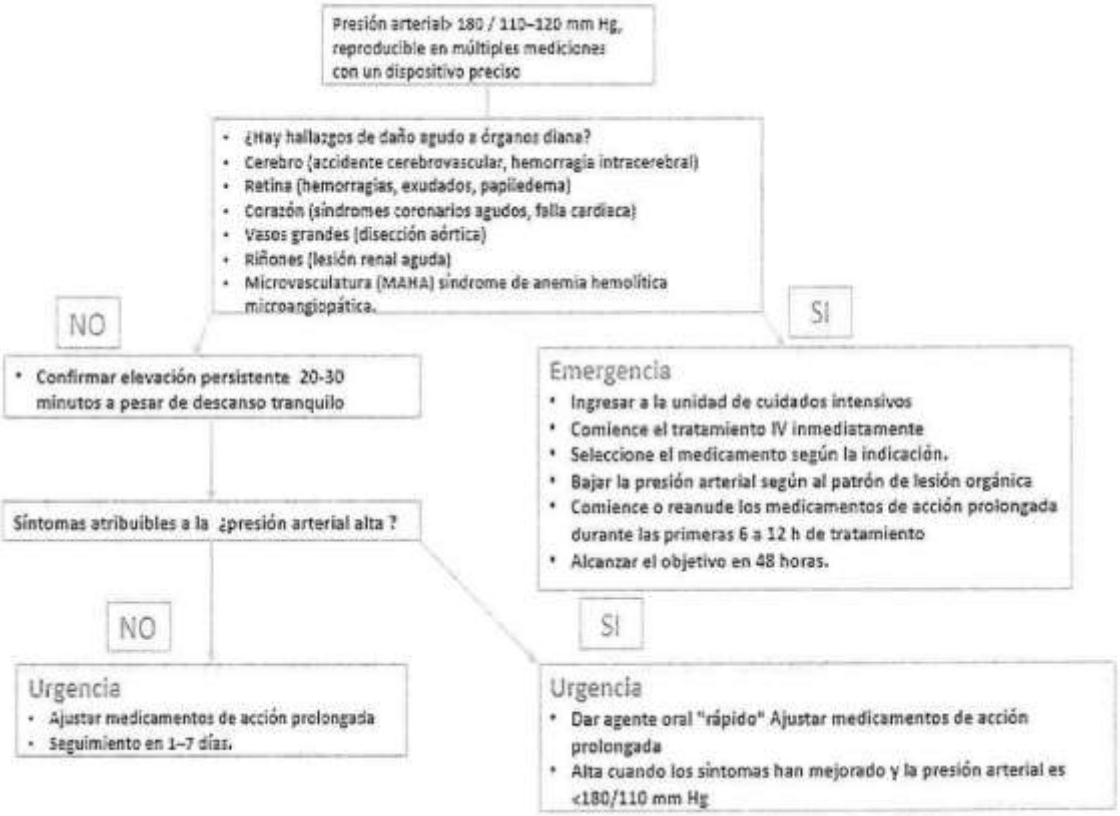
Edema agudo de pulmón y falla ventricular.

Muerte súbita.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Tras el alta hospitalaria, cuando la PA alcance un nivel seguro y estable con tratamiento oral, el paciente será contrarreferido a su Establecimiento de Salud de origen, con indicación de seguimiento y control médico especializado al menos una vez al mes hasta que se alcance el objetivo de PA óptimo y después seguimiento a largo plazo.

6.7 FLUXOGRAMA



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019;72(2):160.e1-e78.
2. Bande J, Herrero- Puente P, Gorostidi M, Santamaria Olomo R. Crisis hipertensivas. Sociedad Española de Nefrología. 2023.
3. Marín R, de la Sierra A, Armario P, Campo C, Banegas JR, Gorostidi M, en representación de la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2022. Med Clin (Barc). 2022;125:174-194.
4. Bernedo-Valdez A. Crisis hipertensivas. Rev Soc Peru Med Interna. 2017;30(3):168-171.
5. Delgado Martín AE, Sánchez López J, Sánchez López HJ. Manejo de las crisis hipertensivas. Med Integral. 2003;41(2):61-9.
6. Mayer SA, Kurtz P, Wyman A, et al. Clinical practices, complications, and mortality in neurological patients with acute severe hypertension: the Studying the Treatment of Acute hyperTension registry. Crit Care Med 2011; 39:2330.
7. Padilla Ramos A, Varon J. Current and newer agents for hypertensive emergencies. Curr Hypertens Rep 2014; 16:450.
8. Katz JN, Gore JM, Amin A, et al. Practice patterns, outcomes, and end-organ dysfunction for patients with acute severe hypertension: the Studying the Treatment of Acute hyperTension (STAT) registry. Am Heart J 2009; 158:599.
9. Johnson W, Nguyen ML, Patel R. Hypertension crisis in the emergency department. Cardiol Clin 2012; 30:533.
10. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44:870.
11. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013; 44:870.
12. Anderson CS, Selim MH, Molina CA, Qureshi AI. Intensive Blood Pressure Lowering in Intracerebral Hemorrhage. Stroke 2017; 48:2034.
13. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. Circulation 2010; 121:e266.
14. Royo_boyonada, M. Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular a las Guías Europeas. Rev Esp Salud Pública 2013; 87:103-120.
15. Mozaffarian, D. Heart disease and Stroke Stadistics. American Heart Association 2014; 129(3):228-292.
16. Cuda, R. Hypertensive Crises. Hosp Med Clin 2014; 10(3):111-127.
17. Salklc, S et all. Clinical Presentation Of Hypertensive Crises In Emergency Medical Services. Mat Soc Card 2014; 26(1)12-16.

18. Adebayo, O. Hypertensive Emergencies In The Emergency Department. Emerg Med Clin N Am 2015; 33:539-551.

19. Taylor, D. Hypertensive Crises: A Review Of Pathophysiology and Treatment. Crit Care Nurs Clin N Am 2015; 27:439-444.

20. Monnet, Xavier. What's new with Emergency Crises? Intensive Care Medicine 2015; 41(1): 127-130.

21. Welton, P. K. et all. Cardiology. Rev Card. 2016; 10(2):16-32

22. Piepoli, M el all. European Guidelines On Cardiovascular Disease Prevention In Clinical Practice. Eur Heart J 2016; 37:2315-2381.

23. Varounis, C et all. Cardiovascular Hypertensive Crises: Recente Evidence and Review of the Literature.

24. Yun Yang, Jeong. Overtreatment Of Asymtomatic Hypertension. Internal Medicine. JAMA 2018.

25. Johnson y col. Hypertension Crisis in the ED. Cardiol Clin 30 (2012) 533–543.

26. Gijón-Conde T, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018. https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001.

27. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension. diciembre de 2023;41(12):1874-2071.

28. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines.

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

www.hsr.gob.pe

HospitalSantaRosaPuebloLibre

hsrsantarosa

Hospital Santa Rosa