

VOL. 2, NÚM 1

ISSN-L:3091-1893

doi 10.63803

PRISMA JOURNAL

Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva

Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Hypertensive Crises



Pedro Guadalupe Guillen Domínguez

Pedrogg1965@hotmail.com

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS

Tabasco - México



Luis Leonardo de la Cruz Martínez

urgmedicas2010@hotmail.com

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS

Tabasco - México



Hernán Sánchez Arias

scorpion_1798@hotmail.com

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS

Tabasco - México



Yadira Mateo Crisóstomo

yadiracrisostomo@hotmail.com

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco - México



Gestión editorial

- Fecha de recepción (Received): 17 de diciembre de 2025.
- Fecha de aceptación (Accepted): 18 de enero de 2026.
- Fecha de publicación (Published online): 23 de enero de 2026.

DOI: <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>

2026

Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva
Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Hypertensive Crises

Resumen	Palabras clave
<p>La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y el factor de riesgo modificable más importante para la enfermedad cardiovascular. Dentro de este espectro, las crisis hipertensivas representan la manifestación más grave del mal control tensional y se clasifican en urgencias hipertensivas, sin daño agudo a órganos diana, y emergencias hipertensivas, caracterizadas por daño orgánico progresivo que compromete la vida y requiere manejo inmediato. A pesar de los avances terapéuticos, estas crisis continúan siendo frecuentes en los servicios de urgencias y se asocian a elevada morbimortalidad, especialmente cuando no se tratan de forma oportuna. La evidencia demuestra que las crisis hipertensivas tienen una naturaleza multifactorial, resultado de la interacción entre factores clínicos y determinantes sociales de la salud. Entre los factores sociodemográficos destacan la edad avanzada, el sexo femenino en etapas postmenopáusicas, la pertenencia a grupos étnicos históricamente marginados y el bajo nivel socioeconómico, todos ellos asociados a peor control de la HTA, mayor prevalencia de comorbilidades y barreras de acceso a la atención sanitaria. Desde el punto de vista clínico, el mal control crónico de la presión arterial, la falta de adherencia terapéutica, la enfermedad renal crónica, la apnea obstructiva del sueño y la suspensión abrupta de antihipertensivos emergen como los principales factores de riesgo. Un enfoque integrativo permite comprender que las desigualdades sociales actúan a través de mediadores clínicos, potenciando la vulnerabilidad a las crisis hipertensivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión ● Crisis hipertensiva ● Determinantes sociales ● Factores de riesgo

Abstract	Keywords
<p>High blood pressure (HBP) is one of the main public health problems worldwide and the most important modifiable risk factor for cardiovascular disease. Within this spectrum, hypertensive crises represent the most serious manifestation of poor blood pressure control and are classified as hypertensive urgencies, without acute damage to target organs, and hypertensive emergencies, characterized by progressive organ damage that is life-threatening and requires immediate management. Despite therapeutic advances, these crises continue to be frequent in emergency departments and are associated with high morbidity and mortality, especially when not treated promptly. Evidence shows that hypertensive crises are multifactorial in nature, resulting from the interaction between clinical factors and social determinants of health. Notable sociodemographic factors include advanced age, female gender in postmenopausal stages, membership in historically marginalized ethnic groups, and low socioeconomic status, all of which are associated with poorer control of hypertension, higher prevalence of comorbidities, and barriers to accessing healthcare. From a clinical point of view, poor chronic blood pressure control, lack of therapeutic adherence, chronic kidney disease, obstructive sleep apnea, and abrupt discontinuation of antihypertensive drugs emerge as the main risk factors. An integrative approach allows us to understand that social inequalities act through clinical mediators, increasing vulnerability to hypertensive crises.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypertension ● Hypertensive crisis ● Social determinants ● Risk factors

Citar (APA7): Guillen Domínguez, P. G., Sánchez Arias, H., de la Cruz Martínez, L. L., & Mateo Crisóstomo, Y. (2026). *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva*. Prisma Journal, 2(1), 22–30. <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los mayores desafíos de salud pública del siglo XXI, con una prevalencia global estimada que afecta a aproximadamente 1.280 millones de adultos entre 30 y 79 años, según datos de la (Organización Mundial de la Salud, 2025). Esta condición crónica, caracterizada por una presión arterial persistentemente elevada, representa el principal factor de riesgo modificable para la carga mundial de enfermedad cardiovascular, incluyendo enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Sin embargo, su manifestación más aguda y potencialmente devastadora la crisis hipertensiva emerge como el epítome de un control deficiente sostenido, donde los valores tensionales alcanzan niveles que comprometen la integridad vascular y la función orgánica de manera inmediata.

Conceptualmente, las crisis hipertensivas se dividen en dos entidades con pronósticos y abordajes terapéuticos distintos: la urgencia hipertensiva, definida por elevaciones severas de la presión arterial (generalmente $\geq 180/120$ mmHg) sin evidencia de daño agudo en órganos diana, y la emergencia hipertensiva, situación crítica donde la hipertensión severa se acompaña de disfunción o daño agudo y progresivo en órganos como el cerebro, corazón, riñones o la vasculatura de grandes arterias (Whelton, Carey, Aronow, Casey, & Collins, 2018). Esta distinción no es meramente académica, ya que conlleva implicaciones terapéuticas inmediatas: mientras las urgencias generalmente requieren reducción gradual de la presión arterial en horas, las emergencias exigen reducción controlada en minutos u horas con monitorización intensiva.

A pesar de los avances en el tratamiento antihipertensivo y las estrategias de prevención, la incidencia de crisis hipertensivas persiste como un problema significativo en los servicios de urgencias a nivel global. Datos epidemiológicos recientes indican que aproximadamente el 1-2% de los pacientes hipertensos experimentarán una crisis hipertensiva a lo largo de su vida, con una incidencia anual que oscila entre 1 y 2 casos por 100,000 habitantes en países desarrollados, aunque estas cifras pueden ser considerablemente más elevadas en poblaciones con acceso limitado a servicios de salud (Du, Zhou, Wang, Du, & Ran, 2018). Más preocupante aún es la alta mortalidad asociada, particularmente en emergencias hipertensivas no tratadas adecuadamente, que puede alcanzar tasas de hasta el 79% al año siguiente del evento si no se instituye tratamiento adecuado.

Citar (APA7): Guillen Domínguez, P. G., Sánchez Arias, H., de la Cruz Martínez, L. L., & Mateo Crisóstomo, Y. (2026). *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva*. Prisma Journal, 2(1), 22–30. <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>

La génesis de una crisis hipertensiva rara vez es monocausal; más bien, representa la culminación de una compleja interacción entre factores predisponentes, condiciones clínicas subyacentes y determinantes sociales estructurales. Comprender esta red de influencias no es solo un ejercicio académico, sino una necesidad clínica urgente para diseñar intervenciones preventivas efectivas. Esta revisión narrativa busca explorar en profundidad los principales factores sociodemográficos y clínicos asociados con la presentación de crisis hipertensivas, integrando la evidencia científica actual para ofrecer una perspectiva holística que pueda informar tanto la práctica clínica como las políticas de salud pública. Esta revisión narrativa tiene como objetivo principal analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre los factores sociodemográficos y clínicos que se asocian significativamente con la presentación de crisis hipertensivas (Du, et al., 2018).

Desarrollo

Factores Sociodemográficos: Las Desigualdades en la Génesis de la Crisis

La distribución epidemiológica de las crisis hipertensivas revela profundas disparidades que reflejan inequidades estructurales en salud más que meras diferencias biológicas. La edad avanzada emerge como uno de los factores de riesgo más consistentes. Los mecanismos fisiopatológicos que explican esta asociación son múltiples: aumento de la rigidez arterial relacionada con la edad, disfunción endotelial progresiva, disminución de la sensibilidad barorrefleja, alta prevalencia de HTA sistólica aislada, y la frecuente polifarmacia que puede incluir interacciones medicamentosas o efectos adversos que afectan el control tensional (Du, Zhou, Wang, Du, & Ran, 2018). Los adultos mayores no solo presentan mayor incidencia de crisis, sino que también experimentan formas más graves y con mayor mortalidad, particularmente cuando coexisten síndromes geriátricos como la fragilidad o el deterioro cognitivo.

El género presenta una asociación más compleja con las crisis hipertensivas. Mientras la HTA crónica es más prevalente en hombres adultos jóvenes y de mediana edad, estudios epidemiológicos recientes han documentado que las mujeres, especialmente en la postmenopausia, presentan tasas similares o incluso mayores de emergencias hipertensivas. El estudio retrospectivo multicéntrico italiano de (Pinna, et al., 2014) encontró que las mujeres hospitalizadas por crisis hipertensiva eran significativamente mayores (media de 72 vs. 66 años) y tenían mayor prevalencia de emergencias

hipertensivas, particularmente encefalopatía hipertensiva, en comparación con los hombres. Estas diferencias podrían explicarse por factores hormonales (déficit de estrógenos postmenopáusicos), mayores tasas de HTA no controlada en mujeres mayores, diferencias en la adherencia terapéutica, o disparidades en la búsqueda de atención médica. Además, condiciones exclusivas del sexo femenino como la preeclampsia/eclampsia representan causas importantes de emergencias hipertensivas en mujeres en edad reproductiva (Whelton, Carey, Aronow, Casey, & Collins, 2018).

La raza, etnia y origen étnico constituyen quizás las variables sociodemográficas con la asociación más robusta y bien documentada con las crisis hipertensivas, particularmente en el contexto norteamericano, pero con patrones similares observados en otras regiones. Personas de ascendencia africana o afrodescendientes presentan una incidencia desproporcionadamente mayor de emergencias hipertensivas, peor control tensional crónico, y mayor mortalidad asociada a estas crisis en comparación con personas de raza blanca (Howard, et al., 2011). Esta disparidad representa un claro ejemplo de cómo los determinantes sociales de la salud se traducen en resultados médicos adversos. Los mecanismos subyacentes incluyen: mayor prevalencia de HTA de inicio más temprano y más severa; mayor frecuencia de fenotipos hipertensivos como la HTA resistente y la HTA de bata blanca invertida; acceso desigual a servicios de salud de calidad; barreras económicas para la adherencia farmacológica; exposición a factores de estrés psicosocial crónico como el racismo estructural; y diferencias en la respuesta a ciertas clases de antihipertensivos (Mills, Stefanescu, & He, 2020).

La evidencia epidemiológica es contundente al demostrar que el nivel socioeconómico es un predictor independiente y poderoso del control de la hipertensión y, por extensión, del riesgo de crisis hipertensivas. Individuos con menores ingresos, nivel educativo bajo, empleos precarios o carencia de seguro médico adecuado presentan sistemáticamente tasas más altas de HTA no controlada y de complicaciones agudas (Mills, Stefanescu, & He, 2020). Los mecanismos que explican esta asociación son multifacéticos y operan de forma sinérgica: el acceso limitado a atención primaria continua impide el seguimiento y la titulación del tratamiento; la incapacidad para costear medicamentos conduce a una adherencia intermitente o nula, un fenómeno bien documentado incluso en países con sistemas de salud avanzados (Fuchs & Whelton, 2020); la inseguridad alimentaria dificulta el mantenimiento de dietas cardiosaludables (bajas en sodio, ricas en potasio); la exposición crónica a ambientes de alto estrés psicosocial activa persistentemente el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal; y una menor alfabetización en salud compromete la comprensión de la enfermedad, las instrucciones terapéuticas y la capacidad de reconocer síntomas

Citar (APA7): Guillen Domínguez, P. G., Sánchez Arias, H., de la Cruz Martínez, L. L., & Mateo Crisóstomo, Y. (2026). *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva*. Prisma Journal, 2(1), 22–30. <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>

de alarma (Alshami, Romero, Avila, & Varon, 2018). Este conjunto de barreras crea un "ciclo de vulnerabilidad" donde la pobreza y la exclusión social se traducen directamente en un peor estado de salud y un mayor riesgo de emergencias.

Los factores culturales y de comportamiento, intrínsecamente ligados al contexto socioeconómico, también juegan un papel crucial. Las creencias y percepciones sobre la salud y la enfermedad, los estilos de comunicación con los proveedores de salud, el nivel de confianza en el sistema médico y las normas culturales relacionadas con la dieta, el ejercicio y el consumo de sustancias, varían significativamente entre grupos (Du, et al., 2018) Estas diferencias influyen directamente en la disposición a buscar diagnóstico, en la aceptación y adherencia a tratamientos farmacológicos a largo plazo, y en la probabilidad de acudir a urgencias ante síntomas prodrómicos.

Factores Clínicos: La Vulnerabilidad Fisiopatológica y las Fallas del Sistema

El escenario clínico más común que precede a una crisis hipertensiva es el fracaso en el manejo crónico de la HTA. Una proporción alarmantemente alta de pacientes que llegan a urgencias con una crisis (entre el 30% y el 50%) o bien desconocían por completo su diagnóstico de hipertensión, o bien, estando diagnosticados, presentaban una adherencia terapéutica subóptima o una intensidad de tratamiento claramente insuficiente para su grado de enfermedad. Esta realidad subraya las fallas críticas en los sistemas de detección, seguimiento longitudinal y manejo proactivo de la HTA crónica. (van den Born, et al., 2019).

Entre las comorbilidades que actúan como potentes multiplicadores de riesgo, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) destaca por establecer un círculo vicioso fisiopatológico. La hipertensión es a la vez causa y consecuencia del daño renal. La ERC, a través de mecanismos como la retención de sodio y agua, la activación inapropiada del Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) y la disfunción endotelial, genera un fenotipo de HTA particularmente resistente y lábil, muy propenso a crisis agudas (Judd & Calhoun, 2015). Pacientes en estadios avanzados de ERC o en terapia de reemplazo renal (diálisis) constituyen una población de riesgo elevadísimo.

Otra comorbilidad crítica e infradiagnosticada es la Apnea Obstructiva del Sueño (AOS). Su fisiopatología, caracterizada por hipoxia intermitente, microdespertares y una hiperactivación simpática sostenida, provoca picos tensionales nocturnos, anula el descenso fisiológico de la presión

arterial durante el sueño (patrón non-dipper) y contribuye a la resistencia al tratamiento antihipertensivo. El estudio prospectivo de (Muxfeldt, Margallo, Guimaraes, & Salles, 2014) proporcionó evidencia sólida al demostrar que los pacientes con HTA resistente y AOS severa no tratada tenían un riesgo significativamente mayor de sufrir eventos cardiovasculares mayores y crisis hipertensivas, riesgo que se reducía con el tratamiento adecuado de la apnea (generalmente con presión positiva continua en la vía aérea, CPAP).

La suspensión abrupta de medicación antihipertensiva, especialmente de agentes como betabloqueadores o clonidina que pueden causar un efecto rebote por supresión aguda, es un desencadenante iatrogénico bien conocido. Este escenario es particularmente común en dos contextos relacionados con determinantes sociales: en pacientes con acceso intermitente a medicamentos debido a barreras económicas, y en aquellos que suspenden el tratamiento por efectos secundarios que no comunican a su médico por barreras en la comunicación o falta de continuidad en la atención (Carey, et al., 2018)

Finalmente, diversos factores desencadenantes agudos. Entre ellos se encuentran el dolor severo (que activa la respuesta neuroendocrina del estrés), el estrés emocional agudo, condiciones médicas intercurrentes (infecciones sistémicas, quemaduras), interacciones medicamentosas (con antiinflamatorios no esteroideos, descongestionantes, etc.) y el consumo de sustancias simpaticomiméticas como la cocaína o las anfetaminas, las cuales provocan una liberación masiva de catecolaminas.

Interacción Factores Sociodemográficos-Clinicos: Un Modelo Integrativo

La verdadera comprensión del riesgo de crisis hipertensiva requiere trascender el análisis aislado de factores para examinar sus interacciones sinérgicas. Un modelo integrativo reconoce que los determinantes sociales operan principalmente a través de mediadores clínicos. Por ejemplo, la disparidad racial en crisis hipertensivas se manifiesta a través de mayores tasas de HTA resistente, mayor prevalencia de ERC en estadios avanzados, diagnóstico más frecuente de AOS severa, y menor adherencia farmacológica todos factores clínicos influenciados por el contexto social. Similarmente, el bajo nivel socioeconómico aumenta el riesgo no por un mecanismo directo, sino al limitar el acceso a diagnóstico y tratamiento de comorbilidades como la ERC y AOS, y al dificultar la adherencia a regímenes terapéuticos complejos. Esta perspectiva ecosocial tiene implicaciones prácticas cruciales:

Citar (APA7): Guillen Domínguez, P. G., Sánchez Arias, H., de la Cruz Martínez, L. L., & Mateo Crisóstomo, Y. (2026). *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva*. Prisma Journal, 2(1), 22–30. <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>

intervenciones puramente clínicas (como optimizar regímenes farmacológicos) tendrán efectividad limitada si no abordan simultáneamente las barreras sociales que impiden su implementación sostenida (Howard, et al., 2011).

Conclusión

La revisión de la evidencia disponible permite extraer conclusiones fundamentales sobre los factores asociados a las crisis hipertensivas:

- **Naturaleza multifactorial:** Las crisis hipertensivas son eventos multicausales donde convergen factores clínicos (comorbilidades, mal control tensional) y determinantes sociales (raza, nivel socioeconómico, acceso a salud) en una interacción compleja.
- **Disparidades como eje central:** Las inequidades sociales se traducen directamente en desigualdades en el riesgo de crisis hipertensivas. Las poblaciones históricamente marginadas (afrodescendientes, personas de bajos ingresos, adultos mayores con recursos limitados) cargan con una desigualdad desproporcionada, no por diferencias biológicas intrínsecas, sino por barreras estructurales al cuidado de la salud.
- **La prevención es viable:** Dado que el factor de riesgo más común es el mal control tensional crónico, la mayoría de las crisis hipertensivas son potencialmente prevenibles mediante estrategias de salud pública y manejo clínico adecuado.
- **Necesidad de abordajes integrados:** Las intervenciones efectivas deben combinar: (a) optimización del manejo clínico con énfasis en control estricto de la presión, detección y tratamiento de comorbilidades como ERC y AOS, y simplificación de regímenes terapéuticos para mejorar adherencia; (b) políticas de salud pública que aborden determinantes sociales, incluyendo acceso universal a medicamentos, programas de apoyo para adherencia, y educación comunitaria; y (c) sistemas de salud que prioricen el seguimiento longitudinal de poblaciones de alto riesgo.
- **Brechas en la evidencia:** Persisten necesidades de investigación, particularmente en: estudios sobre intervenciones dirigidas a reducir disparidades; evaluación de estrategias de manejo en contextos de recursos limitados; y análisis de la efectividad de modelos de atención multidisciplinarios para prevención secundaria tras una crisis.

En última instancia, reducir la incidencia de crisis hipertensivas requiere trascender el paradigma tradicional centrado en el episodio agudo para adoptar una visión comprehensiva que reconozca estas emergencias como fallas del sistema de manejo crónico de la HTA, profundamente influenciadas por el contexto social en el que viven los pacientes. Solo mediante este enfoque integral se podrá avanzar significativamente en la prevención de estas complicaciones potencialmente devastadoras de la hipertensión arterial

Referencias

- Alshami, A., Romero, C., Avila, A., & Varon, J. (2018). Management of hypertensive crises in the elderly. *Journal of geriatric cardiology*, 15(7), 504-512. <https://doi.org/https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2018.07.007>
- Carey, R., Calhoun, D., Bakris, G., Brook, R., Daugherty, S., Dennison-Himmelfarb, C., & Egant, B. (2018). Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*, 75(5), 53-90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000084>
- Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., & Xie, R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *journal of nursing sciences*, 5(3), 301-309. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.001>
- Du, S., Zhou, Y., Wang, Y., Du, X., & Ran, X. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301-309. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.001>
- Fuchs, F., & Whelton, P. (2020). High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension*, 75(2), 285-292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.1424>
- Howard, G., Cushman, M., Kissela, B., Kleindorfer, B., McClure, L., Safford, M., . . . Judd, S. (2011). Traditional risk factors as the underlying cause of racial disparities in stroke: lessons from the half-full (empty?) glass. *Stroke*, 42(12), 3369-3375. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.625277>
- Judd, E., & Calhoun, D. (2015). Management of hypertension in CKD: beyond the guidelines. *Advances in chronic kidney disease*, 22(2), 116-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.ackd.2014.12.001>
- Mills, K., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16, 223-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
- Muxfeldt, E., Margallo, V., Guimaraes, G., & Salles, G. (2014). Prevalence and associated factors of obstructive sleep apnea in patients with resistant hypertension. *American journal of hypertension*, 27(8), 1069-1078. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ajh/hpu023>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>: OMS.

- Pinna, G., Pascale, C., Fornengo, P., Arras, S., Piras, C., Panzarasa, P., . . . Semeraro, V. (2014). Hospital Admissions for Hypertensive Crisis in the Emergency Departments: A Large Multicenter Italian Study. *PLOS ONE*, 9(4), 935. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093542>
- van den Born, B.-J., Lip, G., Brguljan-Hitij, J., Creme, A., Segura, J., Morales, E., . . . Kahan, T. (2019). ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *European heart journal. Cardiovascular pharmacotherapy*, 5(1), 37-46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvy032>
- Whelton, P., Carey, R., Aronow, W., Casey, D., & Collins, K. (2018). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), 115. <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

Citar (APA7): Guillen Domínguez, P. G., Sánchez Arias, H., de la Cruz Martínez, L. L., & Mateo Crisóstomo, Y. (2026). *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la crisis hipertensiva*. Prisma Journal, 2(1), 22–30. <https://doi.org/10.63803/prisma.v2n1.03>