

Autores: María Luisa Rodríguez Aguiar, Francisco José Padial Cordón, María Dolores Flores Rubio

## 1. DEFINICIÓN

Se define crisis hipertensiva (CH) como aquella elevación aguda de las cifras de presión arterial (PA) por encima de las normales, y que motiva una consulta médica de urgencia. En la práctica diaria el término crisis hipertensiva se presta a confusión (algunos organismos indican distintos umbrales de cifras de PA, véase Anexo 1), por ello, cabe diferenciar en el presente protocolo tres situaciones que cursan con cifras elevadas de PA, éstas son; urgencia hipertensiva, emergencia hipertensiva y pseudocrisis hipertensiva.

### Situaciones que cursan con cifras elevadas de Presión Arterial

**URGENCIA HIPERTENSIVA (UH).** Elevación aguda de la PA en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos que no implica una afectación grave de órganos diana y que, por tanto, no supone un riesgo vital inmediato. Permite un tratamiento más progresivo (horas-días) con medicación oral y un abordaje inicial extrahospitalario.

**EMERGENCIA HIPERTENSIVA (EH):** elevación aguda de la PA que se acompaña de alteraciones orgánicas graves (fundamentalmente a nivel cardíaco, cerebral o renal). Suponen un riesgo de lesión irreversible, amenazan la vida del paciente y requieren un descenso precoz de las cifras de PA en el plazo de pocas horas con la administración de tratamiento intravenoso a nivel hospitalario. Entre las EH se encuentran: la encefalopatía hipertensiva, la hipertensión arterial maligna, el ICTUS, el edema agudo de pulmón, el síndrome coronario agudo, la disección aortica, la eclampsia y los síndromes derivados del aumento brusco de catecolaminas.

**SEUDOCRISIS HIPERTENSIVA O FALSA UH.** Elevación tensional aguda asintomática sin repercusión orgánica, reactiva a estímulos agudos como dolor intenso o cuadros de ansiedad. Habitualmente no precisa tratamiento específico ya que los valores de PA se normalizan cuando desaparece el factor desencadenante.

En Anexo 2 se describe la hipertensión arterial maligna

En Anexo 3 aparecen descritos los signos de exploración física que sugieren la afectación de órganos diana

En Anexo 4 se puede consultar las principales diferencias entre urgencia y emergencia hipertensiva

03/07/2020 12:41:09  
CELDRÁN GIL, FRANCISCO  
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-cb76e4bb-bd19-e0de-5602-0050569b280

01/07/2020



Página 1 de 13

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**  
  
(Documento firmado electrónicamente al margen)

## 2. ATENCIÓN INICIAL TELEFÓNICA

|                               | Atención inicial telefónica                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PALABRAS CLAVE                | RECOMENDACIONES DESDE CCU                                                                                                                                                                          |
| Cefalea<br>Mareo<br>Epistaxis | Preguntar si tiene disponibilidad de un tensiómetro para la toma de PA. Si ya lo ha hecho y aparece cifra elevada indicar al llamante que el paciente debe estar en reposo, en un lugar tranquilo. |

## 3. EVALUACIÓN INICIAL.

### 3.1. Recogida de datos de filiación completos

### 3.2. Anamnesis para crisis hipertensivas

| Anamnesis para crisis hipertensivas  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Antecedentes personales y familiares | <p>Interrogar sobre la existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes y tiempo de evolución de la hipertensión (HTA)</li> <li>- Crisis hipertensivas previas</li> <li>- Tratamiento antihipertensivo y adherencia</li> <li>- Cifras habituales de PA</li> <li>- Presencia de otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular conocida</li> <li>- Circunstancias psicosociales</li> <li>- Enfermedades concomitantes y antecedentes de patologías asociadas a HTA (feocromocitoma, hiperaldosteronismo, hipertiroidismo, insuficiencia aórtica, etc.)</li> <li>- Uso de fármacos que pueden elevar la PA (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], corticosteroides, venlafaxina, etc.)</li> <li>- Consumo de drogas (alcohol, cocaína, anfetaminas)</li> </ul> |
| Síntomas acompañantes                | <p>Interrogar sobre síntomas que puedan sugerir la afectación de órganos diana:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea</li> <li>- Mareo</li> <li>- Síntomas visuales</li> <li>- Síntomas neurológicos</li> <li>- Vómitos</li> <li>- Dolor torácico</li> <li>- Disnea</li> </ul> <p>Es recomendable dedicar especial atención a la detección de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del estado de conciencia</li> <li>- Síndrome confusional agudo</li> <li>- Focalidad neurológica</li> <li>- Dolor torácico agudo</li> <li>- Síntomas de insuficiencia cardíaca</li> <li>- Shock</li> <li>- Embarazo</li> </ul> <p>En la UH el paciente puede estar asintomático.<br/>En Seudocrisis, interrogar sobre manifestación del dolor y de la ansiedad</p>                     |

En Anexo 3 aparecen descritos los signos de exploración física que sugieren la afectación de órganos diana (EH)

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**  
(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 2 de 13

### 3.3 Exploración física y pruebas complementarias

| Impresión diagnóstica tras anamnesis     | Exploración física y pruebas complementarias                                                                           |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Urgencia Hipertensiva                    | Confirmar cifras de PA*<br>Constantes vitales                                                                          |
| Emergencia Hipertensiva<br>(Ver Anexo 3) | Confirmar cifras de PA*<br>Constantes vitales<br>ECG<br>Glucemia capilar<br>Análisis de orina simple con tira reactiva |
| Seudocrisis Hipertensiva                 | Confirmar cifras de PA*<br>Valorar dolor<br>Valorar ansiedad                                                           |

\* Realizar varias lecturas en condiciones basales, postura correcta, brazal adecuado

### 3.4 Diagnóstico diferencial

Unas cifras de PA superiores al rango normal sugieren una HTA mal controlada y sólo en el caso en que el usuario hace una consulta urgente (por cualquier sintomatología relacionada) entonces se considera como una crisis hipertensiva. Los tipos de crisis hipertensivas descritos en este protocolo suponen a su vez los principales diagnósticos diferenciales.

### 3.5 Diagnóstico o aproximación diagnóstica

| Códigos CIE asociados a CRISIS HIPERTENSIVA |                                             |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>401.1</b>                                | Hipertensión no complicada; Benigna         |
| <b>401.9</b>                                | Hipertensión no complicada; no especificada |
| <b>401</b>                                  | Hipertensión esencial                       |

## 4. TRATAMIENTO.

- Reposo en decúbito, en una habitación tranquila, durante 15-30 minutos y repetir la toma de PA, de esta forma se controlarán las cifras tensionales hasta en un 45% de los pacientes.
  - Si el paciente no ha tomado su medicación pautada es posible que sólo haya que restaurarla.
  - Si se sospecha una **Seudocrisis Hipertensiva**, se pueden utilizar ansiolíticos como benzodiazepinas (lorazepam 1 mg vo).
  - En caso de dolor se administra metamizol magnésico en capsulas 575 mg 1-2 capsulas por vía oral.

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**  
  
(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 3 de 13

- El uso de fármacos por vía intravenosa debe restringirse para la emergencia hipertensiva o para las situaciones de urgencia hipertensiva que, por las características clínicas del paciente, puedan desembocar en emergencia. También está indicado en aquellas circunstancias que contraindiquen el uso de la vía oral, como la cirugía urgente o el postoperatorio inmediato.
- Si a los 30 minutos de estar en reposo en un lugar relajado, y de haberle administrado ansiolíticos o analgésicos (o ambos) en caso de ansiedad o dolor, el paciente tiene unas cifras de PAS <160-180 mmHg y de PAD <100-120 mmHg, y estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo, se procede al alta domiciliaria reintroduciendo su medicación si no la estaba tomando, incrementando la dosis o añadiendo otro fármaco (uno de ellos debe ser un diurético, sobre todo si el enfermo no sigue las recomendaciones de una dieta hiposódica).
- Si la hipertensión arterial no era conocida, no se administra ninguna medicación hipotensora, sino que se recomienda seguimiento ambulatorio en las siguientes 24-48 horas para evaluar la necesidad de tratamiento antihipertensivo.
- Si, por el contrario, tras lo comentado anteriormente las cifras de PAS son superiores a 180 mmHg o las de PAD son superiores a 120 mmHg, iniciaremos tratamiento preferentemente por vía oral frente a la sublingual, por tener una acción más lenta con uno de los siguientes fármacos, cuya elección dependerá de las características de cada paciente:

| IECAS            |                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Captopril 25 mg  | Puede repetirse a los 30' hasta llegar a dosis de 75 mg<br>Inicio de acción a los 15-30' y máximo efecto en 1-2 horas |
| Beta Bloqueantes |                                                                                                                       |
| Atenolol 50 mg   | Dosis 25-50 mg vo cada 24 horas dosis máxima 100 mg/24 horas                                                          |

- Cuando la elevación de la tensión arterial se acompaña de alteraciones estructurales y funcionales graves en los órganos diana hablamos de emergencia hipertensiva (EH). Requiere descenso rápido de la PA, no necesariamente a cifras normales, de preferencia con fármacos vía parenteral y en un centro hospitalario que permita la monitorización continua de las constantes vitales. El objetivo es reducir las cifras tensionales en un plazo de tiempo más o menos corto, desde minutos a pocas horas, en función del tipo de EH. En general, se recomienda una reducción de la PA en torno al 20-25% de la inicial, entre los primeros minutos hasta las 2h, ya que la normalización brusca puede provocar episodios de isquemia tisular. Según la EH el abordaje terapéutico es distinto. A continuación, se detallan las diferentes patologías y su tratamiento según los fármacos disponibles en la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia (Anexo5).

|                                                                                    |                |                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 01/07/2020     | <b>Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia</b><br>C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-<br>2ª Planta<br>30005 Murcia |  |  | Puesto y firma:<br><b>Director Gerente 061.</b><br><b>D.Francisco Celdrán Gil</b><br><br>(Documento firmado electrónicamente al margen) |
|                                                                                    | Página 4 de 13 |                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                         |

**Abordaje ante Emergencia Hipertensiva**

**ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA.** Incremento brusco y sostenido de PA con síntomas neurológicos: cefalea intensa y progresiva, náuseas, vómitos y alteraciones visuales con/sin afectación de retina

|            |                                               |                              |
|------------|-----------------------------------------------|------------------------------|
| <b>TTO</b> | Tratamiento iv con <b>Labetalol, Urapidil</b> | Contraindicado<br>Nifedipino |
|------------|-----------------------------------------------|------------------------------|

**ACV ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO.** No tratar PA<220/110 en ACV isquémico.

**No tratar** PA<185/110 en ACV hemorrágico

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>TTO</b> | Si la PA se mantiene bajo estos límites 60 min tras la primera medición o es > 185 mmHg en el ACV hemorrágico se inicia tratamiento hipotensor vía oral con <b>Captopril</b> (evitar la vía sublingual).<br>Si la vía oral no es posible o la PA > 230/120 en dos lecturas separadas 5 min se requiere tratamiento hipotensor urgente iv con <b>Urapidil o Labetalol</b> . | Contraindicado<br>Nifedipino |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|

**EDEMA AGUDO DE PULMÓN (EAP)**

|            |                                                                                                                                                      |                             |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>TTO</b> | Tratamiento de elección nitratos y diuréticos de ASA IV: <b>Nitroglicerina y Furosemida iv</b> . Si no son efectivos se puede usar <b>Urapidil</b> . | Contraindicado<br>Labetalol |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

**SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA).** A menudo la elevación de la PA está relacionada con el estrés que supone el propio dolor precordial. Se recomienda disminuir un 20% la PA inicial en un plazo de 1-3 h

|            |                                                                                                                                          |                              |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>TTO</b> | <b>Nitroglicerina iv</b> es el tratamiento de elección.<br><b>Morfina</b> como analgésico potente es un tratamiento coadyuvante efectivo | Contraindicado<br>Furosemida |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|

**DISECCIÓN AORTICA.** Dolor torácico transfixiante y elevación PA. Iniciar tratamiento inmediato. Objetivo alcanzar PAS< 120 mmHg en 5-10 min. Reducir la frecuencia cardiaca a 60lpm y la contractilidad miocárdica para disminuir el estrés sobre la pared aórtica

|            |                                                   |
|------------|---------------------------------------------------|
| <b>TTO</b> | <b>Labetalol iv</b> es el tratamiento de elección |
|------------|---------------------------------------------------|

**ECLAMPSIA/PREECLAMPSIA GRAVE.** Elevación de la PA y aparición de proteinuria a partir de la semana 20 de gestación en mujeres normotensas. **EH** cuando PA > 170/110 precisando tratamiento iv. Evitar descensos bruscos de PA con el fin de no provocar hipoperfusión uteroplacentaria y daño fetal

|            |                                                   |                                                |
|------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>TTO</b> | <b>Labetalol iv</b> es el tratamiento de elección | Contraindicado:<br>Nitroglicerina<br>Captopril |
|------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|

**Síndromes originados por un aumento de catecolaminas.** El exceso de liberación de catecolaminas al torrente sanguíneo produce una hiperestimulación, dependiente de la dosis, del sistema nervioso simpático, con el consecuente aumento proporcional de la PA. Dicha situación puede aparecer en pacientes afectados de feocromocitoma, en consumidores de sustancias simpaticomiméticas (cocaína, anfetaminas y derivados...) o por interacciones farmacológicas graves (tiramina con IMAO). Se recomiendan descensos de la PA inicial del 20% en 2-3 h en las sobredosis de cocaína y hasta el control de los paroxismos en el feocromocitoma.

|            |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TTO</b> | <b>Nitroglicerina iv</b> es el tratamiento indicado<br><b>Labetalol</b> puede empeorar la hipotensión y la taquicardia, por lo que en la actualidad no se recomienda excepto cuando la causa sea la supresión brusca de la administración de beta-bloqueantes |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

03/07/2020 12:41:09  
CELDRÁN GIL, FRANCISCO  
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-cb76e4bb-bd19-e0be-5602-0050569b6280

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



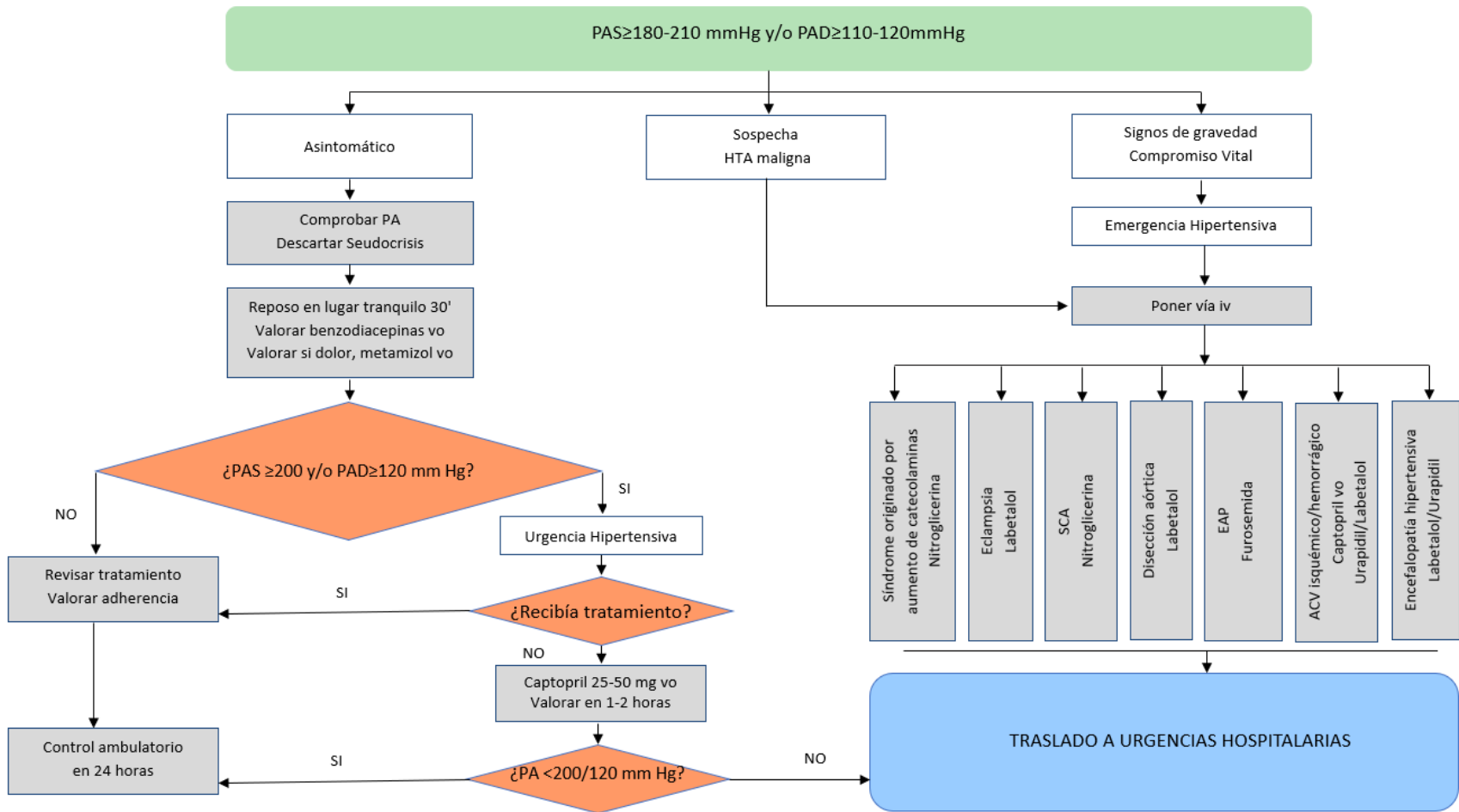
Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**

(Documento firmado electrónicamente al margen)

03/07/2020 12:41:09  
CEDRAN GIL FRANCISCO  
Este es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y los fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-cb76e40b-bd19-ecde-5602-0050569b6280



CRISIS HIPERTENSIVA



|                |                                                                                                                               |                     |                |                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/07/2020     | Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia<br>C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ªPlanta<br>30005 Murcia | <br>UNE-EN ISO 9001 | <br>UNE 179002 | Puesto y firma:<br>Director Gerente 061.<br>D.Francisco Celdrán Gil<br><br>(Documento firmado electrónicamente al margen) |
| Página 6 de 13 |                                                                                                                               |                     |                |                                                                                                                           |



La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



## 5. PROCEDIMIENTO.

El tratamiento se implementa siguiendo el algoritmo anterior y prestamos especial atención a:

- Comprobar la PA
- Repetir la medición en 15-30' después de haber iniciado el tratamiento farmacológico permitiendo en ese espacio de tiempo que el usuario esté en reposo en un lugar tranquilo

En Anexo 6 aparece información específica sobre la toma de PA

## 6. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

La brusca reducción de la PA puede inducir una isquemia en los órganos diana.

El descenso de PA a unas cifras de PAS<210 mmHg o PAD <120 mmHg debe realizarse en el transcurso de varias horas.

En ningún caso la PA debe descender por debajo de las cifras habituales del paciente.

Los fármacos antihipertensivos deben utilizarse, inicialmente de manera aislada y en la dosis más baja recomendada. Más adelante si la respuesta no es satisfactoria, se incrementa la dosis de forma progresiva y se asocian otros fármacos hipotensores hasta controlar las cifras de PA.

Nunca olvidar la “regla de oro”: siempre se trata al paciente y no la presión arterial.

Se ha demostrado que con 30-60 minutos de reposo se pueden controlar el 45% de las crisis hipertensivas que se remiten a hospitales.

## 7. CRITERIO DE DERIVACIÓN.

Todas las urgencias hipertensivas se derivarán a su médico de Atención Primaria para el correcto control de la tensión arterial y el ajuste de tratamiento crónico si fuera preciso.

Deben ingresar en área de observación del servicio de urgencias los pacientes que:

03/07/2020 12:41:09  
CELDRÁN GIL, FRANCISCO  
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificadocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-cb76e4bb-bd19-e0de-5602-00505696280



01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.  
D.Francisco Celdrán Gil**  
  
(Documento firmado electrónicamente  
al margen)

Página 7 de 13

- Presenten una urgencia hipertensiva con factores pronósticos desfavorables (diabetes con mal control metabólico, antecedente de ictus o de cardiopatía isquémica)
- Se sospeche un seguimiento inadecuado de las recomendaciones establecidas o en los que no sea posible realizar control ambulatorio estrecho en las siguientes 24-48 horas.
- Sean sospechosos de EH. En este caso:
  - Canalizar una vía venosa periférica
  - Monitorizar presión arterial y frecuencia cardíaca
  - Sondaje vesical
  - Valoración periódica del estado de conciencia
  - Administrar oxigenoterapia y derivar al hospital de forma urgente
  - Se puede plantear tratamiento oral si el estado del paciente lo permite, se prevé una demora en el traslado y no hay clínica de ictus (en la fase aguda de un ictus es frecuente encontrar valores de PA muy elevados como respuesta fisiológica para mantener la perfusión cerebral de la zona afectada, y precisamente para respetar esta perfusión cerebral es importante no administrar tratamientos antihipertensivos, excepto si la PA está por encima de 220/120 mmHg, que entonces es mejor tratarla, con el objetivo de disminuirla un 10-15%).

En caso de precisar traslado hospitalario para una EH se realizará en una ambulancia de soporte vital avanzado (SUAP/UME).

Prestar especial atención ante las siguientes situaciones clínicas con vistas a la activación de Códigos Especiales:

| Situación clínica                                                                                          | Código         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Paciente con dolor torácico y signos electrocardiográficos de síndrome coronario agudo con elevación de ST | CÓDIGO INFARTO |
| Paciente con focalidad neurológica sugestiva de accidente cerebrovascular agudo                            | CÓDIGO ICTUS   |

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**  
  
(Documento firmado electrónicamente  
al margen)

Página 8 de 13



## 8. INDICADORES.

| GRUPO 1 | INDICADORES DE ACTIVIDAD                                                        |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1.01    | Número de asistencias en emergencia hipertensiva en SUAP/UME.                   |
| 1.02    | Número de asistencias de pseudocrisis hipertensivas en SUAP                     |
| 1.03    | Número de asistencias en urgencias hipertensivas en SUAP                        |
| 1.04    | Tiempo de activación de las unidades asistenciales en emergencias hipertensivas |
| GRUPO 2 | SEGURIDAD                                                                       |
| 2.01    | Adecuación de la actuación al procedimiento.                                    |
| 2.02    | Tasa de mortalidad "in situ".                                                   |
| GRUPO 3 | CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA                                                      |
| 3.01    | Cumplimentación correcta de la Historia Clínica.                                |
| 3.02    | Tasa de pacientes con emergencia hipertensiva que se le hace ECG.               |
| 3.03    | Tasa de pacientes con emergencia hipertensiva que es derivado a hospital.       |
| GRUPO 4 | SATISFACCIÓN                                                                    |
| 4.01    | Nivel de calidad percibida por el usuario (encuesta de satisfacción)            |
| 4.02    | Tasa de reclamaciones.                                                          |

## 9. BIBLIOGRAFÍA.

Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Palenzuela Martín S, García Quintana JM, Llamas Quiñones L, y Montero Pérez FJ. Urgencia hipertensiva. En: Jiménez Murillo L y Montero Pérez FJ, editores. Medicina de urgencias y emergencias. 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2018; 229-31

Arbe G, Pastor I, Franco J. Aproximación diagnóstica y terapéutica de las crisis hipertensivas. Medicina clínica. 2018; 150 (8): 317-322.

Martín-Rioboó E, García Criado EI, Fonseca del Pozo FJ. Crisis hipertensiva [internet]. Madrid: Semergen AP [consultado 03 de mayo de 2019]. Disponible en [http://urgenciasadultos.dpcsemergen.com/Ftalleres/2\\_13\\_1.pdf](http://urgenciasadultos.dpcsemergen.com/Ftalleres/2_13_1.pdf)

Jimenez M, Gavira JJ. Crisis hipertensiva [internet]. Navarra: Clínica Universidad de Navarra [última revisión septiembre 2018] [consultado 05 de marzo de 2019]. Disponible en <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-crisis-hipertensiva>

Williams B, Spiering W et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72 (2): 160.e1-e78

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
Director Gerente 061.  
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente  
al margen)

Página 9 de 13

Albadalejo Blanco C, et al. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. Hipertens Riesgo Vasc. 2014; 31 (4): 132-42

Gomez Bravo RL, Anguita Leblic I, Fernandez Dominguez JJ. Urgencia y emergencia hipertensiva. En: Menchaca Anduaga MA, Huerta Arroyo A, Cerdeira Varela JC, Martinez. Manual de Procedimientos de Enfermería SUMMA 112. 1º Ed. Madrid: Comunidad de Madrid; 2013. p. 177-94.

## 10. ANEXOS

Anexo 1. Definición de crisis HTA en base a cifras de PA según distintas guías de consenso.

|                                                     |                |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| Guía Europea de las sociedades de HTA y cardiología | ≥180/120 mmHg  |
| Sociedad Española de HTA                            | ≥ 210/120 mmHg |

Anexo 2. Hipertensión maligna.

| DEFINICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elevación aguda y rápidamente progresiva de la PA con cifras en rango de grado 3 (especialmente PAD ≥ 130 mmHg) asociada a la afectación del fondo de ojo en forma de retinopatía hipertensiva grado III (hemorragias y exudados algodonosos) o grado IV de Keith-Wagener (edema de papila) junto a lesión arteriolar difusa aguda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Variable, aunque hasta el 25% de los casos pueden ser asintomáticos. La <u>cefalea</u> y las <u>alteraciones visuales</u> son los síntomas más frecuentes. Puede aparecer en cualquier forma de hipertensión, ya sea esencial o secundaria, especialmente en la de causa renovascular, glomerular o secundaria a fármacos. Las lesiones vasculares que se producen provocan lesiones isquémicas afectando a diferentes órganos, como cerebro, corazón, páncreas, intestino y riñón. El riñón es uno de los órganos más afectados en la HTA maligna, aproximadamente en el 65% de los casos. La anemia hemolítica microangiopática es una complicación posible como consecuencia del daño endotelial generalizado. |
| TRATAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| El objetivo inicial del tratamiento antihipertensivo es reducir la PA diastólica a 100-105 mmHg en las primeras 2-6 h, con un descenso máximo del 25% de la PA inicial, mediante fármacos IV tipo <u>labetalol</u> o <u>nitroprusiato</u> (no disponible en nuestra gerencia 061). Una vez controlada la PA, se sigue con tratamiento oral. Los inhibidores del sistema renina-angiotensina (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II) son los fármacos de elección en estos pacientes por su efecto antihipertensivo y antiproteinúrico.                                                                                                     |

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
Director Gerente 061.  
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 10 de 13

Anexo 3. Signos de la exploración física que sugieren afectación de órganos diana.

| Exploración                | Signos de afectación de órganos diana                                                                                                                                            |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exploración cardiopulmonar | Taquicardia, Taquipnea, 3º tono o galope, ortopnea, crepitantes, ingurgitación yugular, edemas, soplo abdominal, asimetría de pulsos, signos de mala perfusión periférica, shock |
| Exploración neurológica    | Alteración de la consciencia, coma, desorientación, crisis convulsivas, focalidades neurológicas o rigidez de nuca                                                               |
| Fondo de ojo               | Presencia de hemorragias, exudados (algodonosos o duros) o papiledema                                                                                                            |
| Renal                      | Edemas, oliguria, proteinuria, hematuria                                                                                                                                         |

Anexo 4. Diferencia entre urgencia y emergencia hipertensiva.

| URGENCIA HIPERTENSIVA                               | EMERGENCIA HIPERTENSIVA                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Presión arterial elevada sin lesión de órgano diana | Presión arterial elevada en presencia de lesión de órgano diana     |
| No ponen en peligro la vida del paciente            | Habitualmente emergencias que ponen en peligro la vida del paciente |
| Se trata a lo largo de varias horas o días          | Requiere reducción inmediata de la presión arterial (1 hora)        |
| Se trata generalmente con fármacos por vía oral     | Se trata con fármacos por vía intravenosa                           |

03/07/2020 12:41:09

CELDRÁN GIL, FRANCISCO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-cb76e4bb-bd19-e0de-5602-00505696280

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ª Planta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
Director Gerente 061.  
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente  
al margen)

Página 11 de 13

Anexo 5. Características de fármacos.

| Fármaco           | Administración Dosis                                                                                                                          | Inicio Acción | Duración | Efectos Adversos                                                                                     | Indicaciones                                                                   | Contraindicaciones                                                                                                                         |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Captopril</b>  | 25 mg<br>Comprimidos vo                                                                                                                       | 15-30'        | 4-6h     | Tos<br>Síntomas digestivos                                                                           | Crisis HTA                                                                     | Alergia a IECA<br>Embarazo<br>Porfiria                                                                                                     |
| <b>Nifedipino</b> | 10 mg<br>Cápsulas vo                                                                                                                          | 5-15'         | 3-5 h    | Edemas<br>Cefalea, Hipotensión<br>TQ refleja<br>Nauseas vértigos<br>Nerviosismo astenia              | Crisis HTA<br>Angina de esfuerzo<br>Angina Prinzmetal<br>Enfermedad de Reynaud | Embarazo<br>Precaución en IAM.<br>ICC, IH, IR en ancianos                                                                                  |
| <b>Atenolol</b>   | 50-100 mg<br>Comprimidos vo                                                                                                                   | 1-2 h         | 24h      | Bradicardia<br>Hipotensión<br>Broncoespasmo<br>Isquemia periférica<br>Mareo<br>Parestesia<br>Cefalea | HTA<br>Arritmias (TPSV)<br>Angina pecho<br>IAM                                 | BAV 2-3ºgrado<br>Alergia<br>Bradicardia<br>Shock cardiogénico<br>Síndrome sinusal<br>Feocromocitoma<br>Acidosis metabólica<br>Asma<br>EPOC |
| <b>Labetalol</b>  | 100mg/amp 20ml iv:<br>20mg(4ml) iv lento<br>cada 5 min hasta<br>cifra normal de TA o<br>máx. 100mg 1<br>ampolla.<br>Perfusión 2mg/min         | 5-10'         | 3-6h     | Bradicardia<br>Hipotensión<br>Broncoespasmo<br>Isquemia periférica<br>Bloqueo AV                     | Crisis HTA<br>Eclampsia<br>Feocromocitoma                                      | BAV 2-3ºgrado<br>Alergia<br>Bradicardia<br>Shock cardiogénico<br>Síndrome sinusal<br>Feocromocitoma<br>Acidosis metabólica<br>Asma<br>EPOC |
| <b>Urapidil</b>   | 50 mg/amp 10ml iv:<br>25 mg (1/2 amp) iv<br>en 20". Repetir en 5<br>min misma dosis.<br>Sino respuesta en 15<br>min: 50 mg(1amp) iv<br>en 20" | 3-5'          | 4-6 h    | Cefalea<br>Sudoración<br>Palpitaciones                                                               | Crisis HTA                                                                     | Embarazo<br>IAM<br>Estenosis aortica<br>Precaución en<br>insuficiencia hepática<br>grave                                                   |
| <b>Furosemida</b> | 20 mg/amp 2ml.                                                                                                                                | 5'            | 2h       |                                                                                                      | EAP                                                                            | Hipotensión                                                                                                                                |

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ªPlanta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
Director Gerente 061.  
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente  
al margen)

|                       |                                                                                                                                                                                                |      |       |                                                  |                       |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nitroglicerina</b> | <p>50 mg/amp10 ml:<br/>Diluir 1 amp en 500 ml SG5% cristal</p> <p>5 mg/amp 5 ml:<br/>3amp en 250 SG5% cristal a 7 gotas/min (21ml/h)</p> <p>Incremento de 3 en 3 gotas/min; de 9 en 9 ml/h</p> | 2-5' | 5-15' | <p>Cefalea</p> <p>Vómitos</p> <p>Taquicardia</p> | <p>SCA</p> <p>EAP</p> | <p>Hipotensión severa</p> <p>Shock cardiogénico</p> <p>Anemia grave</p> <p>Tto con inh de fosfodiesterasa para disfunción eréctil (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo)</p> |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anexo 6. Información sobre la toma de PA

**Medición esfigmomanométrica de la Tensión Arterial**

Es muy importante una buena técnica para una medición correcta, pues determina el abordaje y manejo de estos cuadros clínicos.

El ambiente debe ser lo más tranquilo posible, evitar ruidos, así como expresiones que aumenten la ansiedad del paciente.

El paciente debe estar sentado de forma confortable durante 5 minutos, con la espalda apoyada (o acostado) y con la zona superior del brazo sin ropa o que no comprima. Las piernas no deben estar cruzadas. El brazo debe estar extendido y apoyado al nivel del corazón.

El esfigmomanómetro debe estar debidamente validado y calibrado.

El manguito o brazalete debe abarcar 2/3 del brazo y situarse 2-3 cm por encima del espacio antecubital. Si es excesivamente ancho medirá cifras erróneamente elevadas y si es excesivamente estrecho, las cifras serán erróneamente bajas. La dimensión debe ser un 20% más del largo del diámetro del brazo del paciente.

**A tener en cuenta:**

Realizar una medición de PA en ambos brazos, y si existiese diferencia, se considera la medida más alta como tensión del paciente

En embarazadas a partir de la semana 20, se recomienda medir la PA con la paciente en decúbito lateral izquierdo o sentada

Preferentemente tomar en el MSD ya que suele ser el de mayor tensión. Nunca en brazo de mastectomía, fistula arteriovenosa o amputación parcial de miembro(mano)

La PA varía a lo largo del día, siendo más baja a primera hora de la mañana y más alta a última hora de la tarde.

La PA se puede tomar en MMII, y hay que tener en cuenta que la PAS es 10-40mmHg superior al brazo, mientras que la PAD puede ser igual

01/07/2020

**Gerencia de Urgencias y Emergencias  
Sanitarias Región de Murcia**  
C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-  
2ªPlanta  
30005 Murcia



Puesto y firma:  
**Director Gerente 061.**  
**D.Francisco Celdrán Gil**

(Documento firmado electrónicamente al margen)

Página 13 de 13