

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA			
PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	CODIGO: SRC-S1-G2	VIGENCIA: 15/04/2024	V4	PÁGINA 1 de 14

GUIA DE ATENCION MÉDICA PREHOSPITALARIA



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

CRISIS HIPERTENSIVA

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA2 de 14</p>

DEFINICION

Crisis hipertensiva: Se define como crisis hipertensiva al aumento agudo, súbito y considerable de la presión arterial, generalmente con presión sistólica superior a 180 mmHg y una presión diastólica superior a 120 mmHg.

Se clasifican en emergencia y urgencia hipertensiva:

- **Emergencia hipertensiva:** Es la elevación de la presión arterial diastólica con presión arterial diastólica por arriba de 120 mmHg, presenta una alteración aguda, estructural o funcional con evidencia de daño a órganos blanco, cerebro, corazón o riñones, pone en peligro la vida del paciente y requiere de la disminución de las cifras tensionales en breve tiempo, entre **30 y 60 minutos** para limitar el daño.
- **Urgencia hipertensiva:** Es la elevación de la presión arterial en pacientes habitualmente asintomático sin evidencia de signos o síntomas u otros datos de disfunción de órgano blanco, generalmente la presión arterial diastólica es mayor a 115 mmHg, la reducción de la presión debe ser en un periodo comprendido entre 24 y 48 horas hasta lograr valores apropiados por el paciente.

Causas de la crisis hipertensiva:

Las crisis hipertensivas pueden ser desencadenadas por una variedad de factores, que incluyen:

- Incumplimiento del tratamiento: No tomar los medicamentos para la presión arterial según lo prescrito por el médico.
- Consumo de ciertas sustancias: Uso de drogas ilícitas como la cocaína, anfetaminas u otras sustancias estimulantes.
- Consumo excesivo de alcohol: Ingerir grandes cantidades de alcohol puede aumentar temporalmente la presión arterial.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA3 de 14</p>

- Estrés extremo o emociones intensas: Situaciones de estrés agudo pueden desencadenar una crisis hipertensiva.
- Trastornos médicos subyacentes: Tales como enfermedad renal crónica, enfermedades del sistema nervioso central, tumores suprarrenales, apnea del sueño no tratada, entre otros.
- Medicamentos: Algunos medicamentos, como los descongestionantes de venta libre, pueden elevar la presión arterial en personas susceptibles.
- Preeclampsia o eclampsia: En mujeres embarazadas, la preeclampsia (presión arterial alta durante el embarazo) puede desencadenar una crisis hipertensiva.
- Otras condiciones médicas: Como el síndrome de feocromocitoma, en el cual un tumor en las glándulas suprarrenales puede liberar cantidades excesivas de hormonas que aumentan la presión arterial.

EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología de las crisis hipertensivas varía según la población y las condiciones de salud específicas, pero en general, se considera que estas crisis son relativamente comunes en personas con hipertensión arterial no controlada o mal controlada. Se estima que alrededor del 1-2% de las personas con hipertensión arterial experimentarán una crisis hipertensiva en algún momento.

Sin embargo, la incidencia exacta puede variar según la edad, el género, la raza/etnia y otros factores demográficos. Por ejemplo, las crisis hipertensivas pueden ser más comunes en ciertos grupos de edad, como los adultos mayores, y pueden ser más frecuentes en personas

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



LÍNEA AMIGA
863 2828



WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA4 de 14</p>

con condiciones médicas subyacentes como enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular.

Es importante destacar que las crisis hipertensivas pueden tener consecuencias graves si no se tratan adecuadamente, incluidos accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos, daño renal y otros problemas de salud.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La elevación de la presión arterial se puede desencadenar por varios procesos con efectos locales y sistémicos que provocan mayor elevación de la presión y daño vascular, una es funcional donde se dilatan las arteriolas cerebrales lo que produce riego cerebral excesivo y el otro proceso es estructural, ocurre daño agudo de la pared arteriolar con aumento de la permeabilidad, otro proceso fisiopatológico existente es el sistema renina angiotensina que desempeña un papel importante en la regulación de la tensión arterial, cuando disminuye el volumen sanguíneo, los riñones producen renina, enzima precursora de la angiotensina I, en los pulmones, la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) convierte la angiotensina I en angiotensina II, el vasoconstrictor más potente del organismo.

La angiotensina II provoca una constricción de los vasos sanguíneos y estimula la producción de aldosterona en la cápsula suprarrenal. La aldosterona hace que se retenga agua y sodio, aumentando el volumen plasmático. El aumento de volumen y la vasoconstricción elevan la presión arterial.

La fisiopatología es debida a aumentos súbitos de las resistencias vasculares sistémicas, probablemente relacionadas con los vasoconstrictores humorales.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA5 de 14</p>

Cuando existe una elevación severa de la presión arterial se produce lesión endotelial con necrosis fibrinoide de las arteriolas, la lesión vascular produce agregación de plaquetas y de fibrina, con interrupción de la función normal de autorregulación. La isquemia resultante hace que se liberen sustancias vasoactivas que completan el círculo vicioso.

CUADRO CLINICO

Las manifestaciones clínicas de disfunción de órganos blanco se desarrollan en forma progresiva a lo largo de horas o días. El daño a órganos blanco se manifiesta como deterioro funcional, anatómico o ambos del sistema nervioso central, aparato cardiovascular, sistema renal o retina.

La evaluación clínica es fundamental para el diagnóstico diferencial y tratamiento de la crisis hipertensiva, buscar signos y síntomas neurológicos focales o de lateralización, alteraciones visuales, ansiedad, cefalea, alteraciones en el estado mental, datos de insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón, disminución de los pulsos, dolor torácico o lumbar, embarazo, alteraciones renales, hemorragia retiniana y papi edema.

Emergencias neurológicas: Una de las emergencias hipertensivas más devastadoras que afectan el sistema nervioso central es la encefalopatía hipertensiva.

- **Encefalopatía hipertensiva:** Es secundaria a edema cerebral por pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, este riego sanguíneo es excesivo y se pierde la barrera hematoencefálica en las arteriolas y vénulas, y las alteraciones de los mecanismos de transporte de la membrana endotelial y la apertura de las uniones dan por resultado que exude líquido hacia el parénquima cerebral, los pacientes pueden presentar cefalea intensa, náusea y vómito, alteraciones visuales, alteración en el estado de alerta que varían desde la confusión o letárgica hasta el coma, nistagmos,

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA 6 de 14</p>

signos y síntomas de lateralización, los signos focales consisten en afasia, hemiparesia, convulsiones o parálisis de los nervios craneales, retinopatía **grado III-IV** observando hemorragia, exudados o papi edema, todos estos signos progresan rápidamente y originan coma y muerte. La valoración debe ser cuidadosa para descartar o hacer el diagnóstico diferencial con EVC, hemorragia subaracnoidea o neoplasias cerebrales.

- **Emergencias cardiovasculares:** Las alteraciones de la función ventricular secundarias a aumento de la pos carga, son el mecanismo con que un incremento agudo de la presión arterial afecta el sistema cardiovascular, lo que aumenta el consumo de oxígeno y disminuye el flujo sanguíneo coronario lo que produce insuficiencia cardíaca grave, edema agudo de pulmón, angina de pecho, infarto del miocardio o disección de aorta. La hipertensión arterial es la causa de disección aorta repentina e intensa.
- **Emergencia renal:** Cuando hay deterioro de la función renal en presencia de presión arterial alta se considera una emergencia hipertensiva.

ANTECEDENTES PERSONALES

1. **Factores hereditarios:** Se heredan las características de la presión arterial **en un 15 a 35%**.
2. **Factores Patológicos:** ERC, DM, HTA.
3. **Factores raciales:** Raza negra.
4. **Factores ambientales:** Estrés psicosocial, consumo de alcohol, niveles bajos de actividad física.
5. **Factores nutricionales:** Obesidad, incremento ponderal, aumento de la ingesta de sodio, baja ingesta de calcio y potasio.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA7 de 14</p>

EXAMEN FISICO

El examen físico consiste en medir la presión sanguínea en ambos brazos, debe estar enfocado a la valoración neurológica, cardiaca y pulmonar en busca de disfunción de órganos de forma rápida y asertiva, lo cual garantizara el éxito de nuestra atención Prehospitalaria.

DIAGNOSTICO APH

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas de disfunción de órganos blanco y no en las cifras de presión arterial obtenidas. El interrogatorio y examen físico serán dirigidos a la identificación de signos y síntomas de disfunción de órganos, considerar la edad, historia de hipertensión arterial, antecedentes de cardiopatía o nefropatía, tratamiento farmacológico antihipertensivo y uso de otros medicamentos, embarazo, enfermedades previas, etc., buscar signos y síntomas del sistema nervioso central como visión borrosa, hemiparesia y convulsiones, cefalea, mareos, en el aparato cardiovascular como dolor torácico isquémico o datos de insuficiencia cardiaca congestiva aguda, estas manifestaciones clínicas establecen el diagnóstico de emergencia hipertensiva, los síntomas tienen inicio gradual seguido de progresión rápida.

CODIGO CIE10

I10X

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA 8 de 14</p>

PLAN DE MANEJO APH

TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA.

Objetivo del tratamiento: Reducir la presión arterial diastólica inmediata y gradualmente hasta 100-110 mmHg o un 25% de la presión arterial media, esto limitará el daño.

- Tratamiento de la emergencia hipertensiva: Captopril 25 mg sublingual Nifedipino 10 mg sublingual, se puede repetir la dosis en 5-15 minutos. En la encefalopatía hipertensiva si al disminuir la presión arterial, la función neurológica se encamina al deterioro no se deberá administrar más medicación antihipertensiva. En el infarto y hemorragia cerebral y subaracnoidea la disminución de la presión arterial deberá ser cuidadosamente gradual. En las emergencias cardiovasculares cuando hay insuficiencia cardiaca o edema agudo de pulmón, además de la administración de oxígeno por cánula nasal, se administra morfina, capsulas de nitroglicerina sublingual y diuréticos de asa. En la disección de aorta la presión se debe disminuir hasta 100 mmHg.

TRATAMIENTO DE LA URGENCIA HIPERTENSIVA.

Objetivo: Reducir la presión arterial del 20% de la presión arterial media en un lapso de 24 a 48 horas.

- **Las medidas iniciales de la urgencia hipertensiva:** El primer paso es recibir la comunicación por parte del radio operador del CRUE sobre la existencia de una Urgencia en la comunidad. Se reciben los datos básicos (Nombre, edad, sexo, tipo de urgencia, estado actual, dirección del sitio de ocurrencia, etc.). Una vez obtenidos los datos básicos se acude al sitio según los protocolos de traslado. Una vez en el sitio se inicia el protocolo específico de atención. Colocar al paciente en posición supina, tomar la presión arterial, administrar la dosis de medicamento (administrar Captopril 25 mg sublingual o Nifedipino 10 mg sublingual), en caso de persistir la presión alta debe

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA9 de 14</p>

trasladarse el paciente a un servicio de urgencias para el control de la presión arterial y su complementación de estudios para clínicos. Valorar el estado neurológico del paciente, sobre todo el estado de alerta ya que pacientes con Escala Glasgow menor de 8 se deben intubar. Vigilar el patrón respiratorio. Una vez en la IPS de referencia se hace entrega formal al médico de turno informando los datos más relevantes de su estado clínico y las medidas tomadas en el plan de manejo inicial. En caso de ser necesario colabora con el manejo del paciente en maniobras de reanimación si así lo solicita el médico de turno. Una vez entregado el paciente a la IPS de Referencia colabora en la gestión de la remisión a una IPS de mayor complejidad si así es requerido.

INTERVENCIÓN DE AUXILIAR DE APH EN EL MANEJO PREHOSPITALARIA DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS:

1. Provee y mantiene la ambulancia con el equipo y material necesario. Verifica la funcionalidad del equipo biomédico.
2. Verifica que los tanques de oxígeno se encuentren llenos. En caso de servicio a domicilio mantiene comunicación con el médico para conocer el diagnóstico y estado clínico del paciente.
3. Exploración física del paciente.
4. Mantiene al paciente en reposo.
5. Coloca oxígeno por cánula nasal.
6. Toma signos vitales, tomando en cuenta puntos importantes para el registro de la presión arterial como: colocar el brazo del paciente al nivel del corazón con la palma de la mano hacia arriba, cerciórese de que ninguna ropa ajustada le apriete el brazo al paciente, envuelva el brazalete uniformemente alrededor del brazo, el extremo inferior debe estar 2.5 a 5 CM por encima del codo, coloque el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral y tome la presión en ambos brazos y varias veces.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



LÍNEA AMIGA
863 2828



WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA10 de 14</p>

7. Coloca electrodos de electrocardiograma para monitorizar el ritmo cardiaco.
8. Instala y mantiene una vía venosa permeable de preferencia de calibre grueso. Se instala pulsoxímetro y trazado electro cardiográfico. Realiza glucómetria para determinar la glucosa en sangre.
9. Administra medicamentos indicados y vigila efectos adversos a éstos como hipotensión.
10. Informa y orienta al paciente sobre su enfermedad y estado clínico para disminuir su angustia, si su estado de conciencia lo permite.
11. Verifica que exista autorización para realizar medidas terapéuticas y de traslado (recoger firmas) y que la familia reciba la información necesaria. Decidido el traslado asegura al paciente en la camilla por medio de correas y lo protege del medio ambiente.
12. Mantiene comunicación con el radio operador para asegurar la recepción del paciente.
13. Informa al personal de enfermería del centro hospitalario las condiciones en que se encontró al paciente, el estado clínico, incidencias, medidas y tratamientos realizados durante el traslado.
14. Verifica la firma de recepción del médico que recibe y acepta el ingreso. Regresando a la base central repone material y medicamentos utilizados y limpia la unidad.

CRITERIOS DE REFERENCIA APH

- a)** No descenso de la tensión arterial con el manejo instaurado.
- b)** Afectación de órgano blanco: corazón, riñón, cerebro, etc.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
GUIA DE ATENCION MEDICA
PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA



PROCESO:
REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA

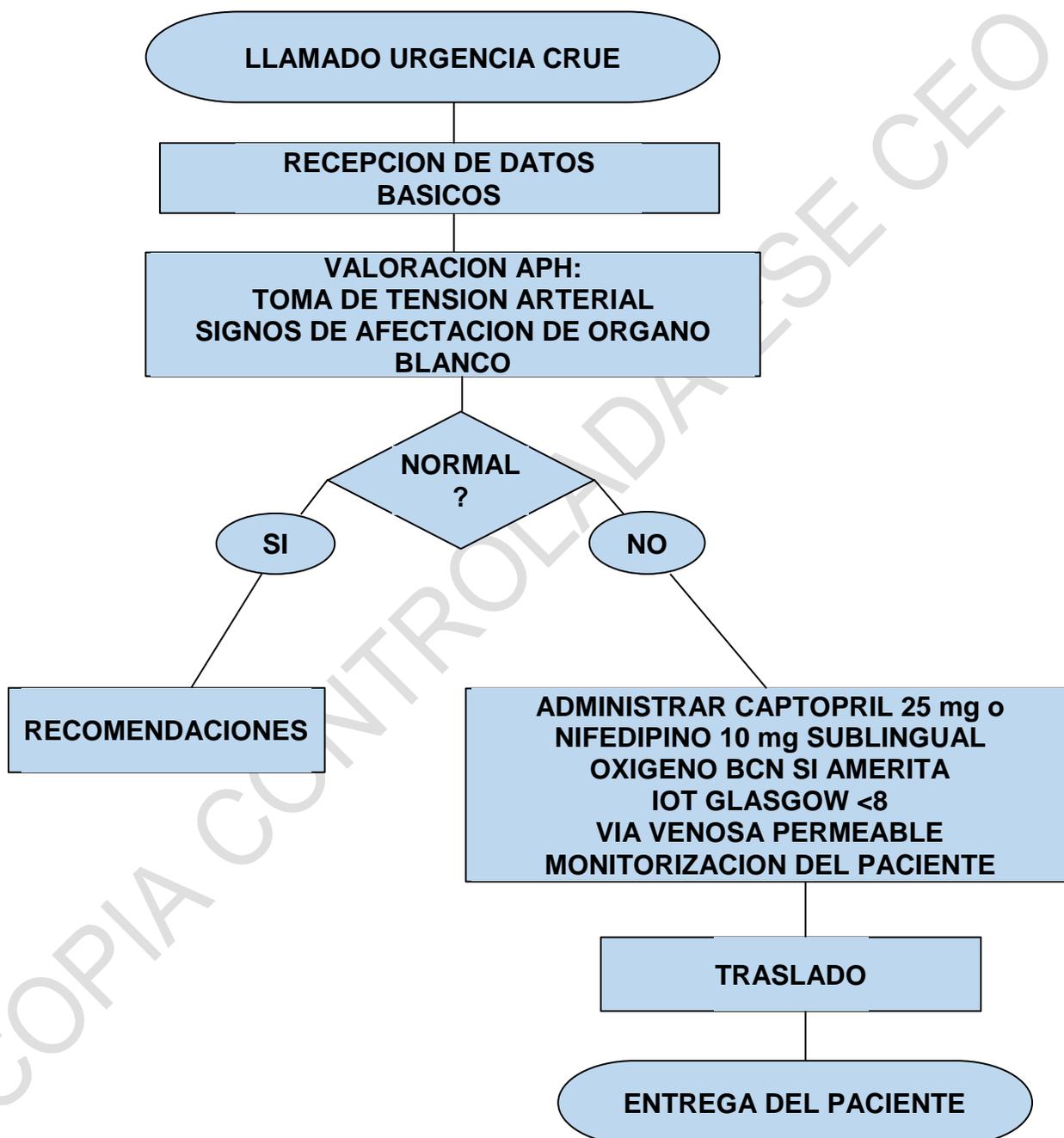
CODIGO: SRC-S1-G2

VIGENCIA: 15/04/2024

V4

PÁGINA 11 de 14

FLUJOGRAMA



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

WHATSAPP
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA12 de 14</p>

BIBLIOGRAFIA

- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J.,... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA, 311(5), 507-520.
- Varon, J., & Marik, P. E. (2007). The diagnosis and management of hypertensive crises. Chest, 131(6), 1949-1962.
- Elliot, W. J. (2022). Hypertensive Emergencies. En UpToDate. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/hypertensive-emergencies>.
- American Heart Association. (2020). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Obtenido de https://www.heart.org/-/media/cpr-files/resources/cpr-guidelines-2020-executive-summary-pdf-ucm_497475.pdf?la=en&hash=8D542F3864652C7868EC03C0BBF8DDC1D22F0C6E.
- Norma Oficial Mexicana NOM -020-SSA 2-1994 Para la Protección de Servicios de Atención Médica en Unidades Móviles tipo ambulancia.
- Manual de Procedimientos del Programa de ISSSTEMERGENCIAS y traslados en Delegaciones Estatales 1996.
- Memorias de ISSSTEMERGENCIAS 2000 de la Coordinación General de Atención al Derechohabiente.
- American College of Surgeons Committee on Trauma Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Manual del Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma. 6ª ed. 1997; 23: 349-359. Kaplan. Tratamiento de la hipertensión arterial. Hoechst 6ª ed. pág 10 y 11.
- Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Manual de Terapéutica Médica. Ed. McGraw-Hill Interamericana 3a Ed. 1997; 78-89.
- Tintinalli. Medicina de Urgencias Vol 1 Ed. McGraw-Hill interamericana 3a ed. 1997; 227-231, 284-294.
- Oparil, Weber. Hipertension: A companion to Brenner and Rector The Kidney. W.B. Saunders Company 5th ed 2000: 715.
- Dabrow A. Control de la hipertensión. Nursing, octubre, 1999. Borghi C., Cosentino E. Crisis Hipertensivas. Guía Práctica de Hipertensión Arterial.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G2</p>	<p>VIGENCIA: 15/04/2024</p>	<p>V4</p>	<p>PÁGINA13 de 14</p>

Momento Médico Iberoamericana; 2002. p. 7-23.

- Ceballos Atienza R., Calvo Gomez C., Gil Extremera B. Tratamiento de la Hipertensión, Actualización en el control y toma de decisiones clínicas en Hipertensión Arterial. Alcalá la Real (Jaén): Editorial Formación Alcalá; 2002. p.97-136.
- Cáceres LórigaFM.,Pérez López H. Crisis Hipertensivas: actualización terapéutica. Rev. Cubana CardiolCirCardivasc 2000; 14(2): 124-132. [Texto completo]
- Coca A., De la Sierra A. Urgencias y Emergencias Hipertensivas. Guía de tratamiento de Hipertensión Arterial 2ª ed. Barcelona: Editorial Médica JIMS; 2001. p. 63-68.
- Flórez J., Armijo J.A. y Mediavilla A. Fármacos Antihipertensores. En: Farmacología Humana. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p.697-708.
- Gorostidi Pérez M., Baeza Arosa A., Jáuregui Amézaga A., Marín Iranzo R.. Urgencias en Hipertensión Arterial; Revisiones de la Sociedad española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Hipertensión 1999; 16 (3): 38-57 [Resumen]
- JNC 7 Report. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2003. [Texto completo] [Traducción SAMFYC]

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad





CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**GUIA DE ATENCION MEDICA
PREHOSPITALARIA CRISIS HIPERTENSIVA**



PROCESO:
REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA

CODIGO: SRC-S1-G2

VIGENCIA: 15/04/2024

V4

PÁGINA14 de 14

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento:	25/11/2013
3	Modificación del documento: Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> Actualización de la vigencia Se actualiza logo institucional 	08/11/2021
4	Modificación del documento: Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> Modificación del contenido de los ítems: Epidemiología, Etiología, cuadro clínico, plan de manejo APH Actualización de la vigencia. Ajustes estructurales. 	15/04/2024
<p>Nombre: Danna Alejandra Roa Charry Contratista área de referencia y contrareferencia.</p>		
<p>Nombre: Camilo Sepúlveda Tovar Agremiado Asistir área Garantía de la Calidad.</p>		
<p>Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área Garantía de la Calidad.</p>		
<p>Nombre: Abelardo Bermeo Andrade. Subgerente Técnico Científico.</p>		
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

