

CURSO
actualización de
urgencias

**Emergencia
hipertensiva: Labetalol
Vs Urapidil Vs
Nitroprusiato**



Cristina Alonso Prieto MIR 2
Noelia Martínez Pérez ADJUNTO

**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**



- Elevación grave de la PA.
- Aparición o empeoramiento de daño en órganos diana (cerebro, retina, sistema CV, riñón)
- EMERGENCIA VITAL: Reducción inmediata pero cuidadosa de la PA.



Diagnóstico

- La guía del American College of Cardiology y The American Heart Association hablan de elevación grave : **>180 y/o 120 mmHg.**
- La guía de la European Society of Cardiology y de la European Society of Hypertension definen una HTA grado 3 : **≥ 180 y/o a ≥ 110 mmHg.**
- **Lo prioritario es la velocidad de instauración de las cifras de PA.**

Manejo

- Manejo en ámbito hospitalario.
- Disminuir la PA inicial un 20-25% en las primeras 2h.
- Una disminución brusca puede llevar a episodios de isquemia tisular.

Emergencias hipertensivas

✓ Cardiovasculares

✓ Cerebrovasculares

✓ Renal

- Aneurisma disecante de aorta.
 - Edema agudo de pulmón (EAP).
 - Síndrome coronario agudo (SCA).

- Encefalopatía hipertensiva.
 - Hemorragia intracraneal en fase aguda.
- Ictus isquémico en fase aguda.

- Insuficiencia renal aguda.

Emergencias hipertensivas

✓ Exceso de catecolaminas

- Crisis de feocromocitoma.
 - Interacción de inhibidores de la monoamino oxidasa de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos.
 - Abuso de drogas simpaticomiméticas (cocaina).
- HTA acelerada o maligna
- Preeclampsia grave o eclampsia
- HTA perioperatoria.

-Valoración inicial según protocolo ABCD:

- Mantener la vía aérea permeable y oxígeno terapia. Pulsioximetría.
- Monitorización de la PA (se debe tomar en ambos brazos).
- ECG de 12 derivaciones y posteriormente monitorización electrocardiográfica.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Valorar el nivel de conciencia.

-Sondaje vesical con medición de la diuresis horaria.

-Gasometría arterial si sospecha de insuficiencia respiratoria.

➤ **Fármacos parenterales**

-La elección del fármaco se basa en la sospecha diagnóstica (órgano diana afectado), rapidez de acción, facilidad de administración y potenciales efectos secundarios.

Labetalol vs Urapidil vs Nitroprusiato

LABETALOL

Administración

Contraindicación

-Beta bloqueador no
cardioselectivo +
bloqueador alfa
adrenérgico selectivo.

-IV efecto antihipertensivo
rápido (5-10 min) dura 3-6
horas.

- En bolo IV: 20 mg y
repetir cada 10 min si
no hay respuesta.
Dosis máxima de 300
mg.
- Perfusión continua IV:
Dosis inicial 05-
2mg/min.

1. Alergia.
2. Shock cardiogénico
3. ICC
4. Bloqueo AV de II o III
grado.
5. Enfermedad del seno.
6. Bradicardia
7. Arteriopatía periférica
grave.
8. Asma bronquial/
broncoespasmo.

Labetalol vs Urapidil vs Nitroprusiato

URAPIDIL

Administración

Contraindicación

- Antagonista selectivo de los receptores alfa 1 postsinápticos periféricos y centrales.
- Vasodilatación por acción doble.
- Disminuye la resistencia periférica vascular y la PA sin modificar el gasto cardiaco ni producir taquicardia refleja.

- Bolo IV: 25 mg, repetir a los 5 min y si no hay respuesta, bolo de 50 mg.
- Dosis de mantenimiento mediante perfusión IV de 0,8 mg/kg/h.

- 1-Estenosis aórtica.
- 2-SCA.
- 3-Embarazo.

Labetalol vs Urapidil vs Nitroprusiato

NITROPRUSIAT ○

-Comienza a actuar en un min y una vez que se finaliza sus efectos duran 10 min.

-Nitrato que produce vasodilatación y activa los canales Na-K en la membrana celular

Administración

-Dosis:0.25-0.5 mcg/kg/min hasta 8-10mcg/kg/min (máximo 10 min).

Contraindicación

1. Embarazo.
2. Enfermedad renal.
3. Ambliopía del tabaco.
4. Atrofia óptica de Leber.
 Ojo!
INTOXICACIÓN.

1. Llabrés Díaz J y Blázquez Cabrera JA. Hipertensión arterial en Urgencias. Manejo clínico y terapéutico de las crisis hipertensivas. *Medicine*. 2007;9(88):5679-5685.
2. Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, García Criado E, Montero Pérez FJ. Urgencia hipertensiva. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. editores. *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación* (3ª edición). Elsevier España. Madrid 2004: 202-204.
3. Herrador Iradier I, Roca Muñoz A, Rodríguez Padial L. Crisis hipertensivas en urgencias. En: Julián Jiménez A. editor. *Manual de protocolos y actuación en urgencias* (2ª edición). Toledo 2004:265-271.
4. Mancia G, Baker G, Dominiczak A, Cifkova R, Fajard R, Germano G et als. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertension*. 2007; 25:1105-1187.
5. Goldstein LB. Blood pressure management in patients with acute ischemic stroke. *Hypertension* 2004; 43:137-141.