

## **I Reunión Científica SOGBA**

### **Ezeiza-Esteban Echeverría**

**23 y 24 de Abril de 2010**

- **MESA: DROGAS EN EL MANEJO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA**

Coordinador: Dr. Hernán Jensen

Experto: Dra. Verónica Pocar

Experto: Dr. Carlos Ortega Soler

Secretario: Dr. Ariel Ortega

Panelistas: Dr. Osvaldo Cantarelli

Dra. Ángeles Cordeiro

Dr. Gregorio Leibuscheff

Dr. Gustavo Litterio

Dr. Fernando López D'Amato

Dra. Carmen Rubio

Dr. Marcelo Ugarte

Dra. Norma Pereyra

Se plantearon cuatro consignas

#### **1. DEFINIR LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA. CONSENSUAR DEFINICIÓN PARA EL DEBATE.**

- Incremento brusco de la TA y/o acompañada de cefalea, epigastralgia, escotomas, edema de papila

Cifras tensionales para tratamiento

PS  $\geq$ 169/ PD  $\geq$ 109 c/ síntomas: Internación obligatoria y tratamiento INMEDIATO para proteger a la madre del ACV

PS  $\geq$ 169 / PD  $\geq$ 109 s/ síntomas: esperar las 2 hs. de control, con vigilancia activa de la misma.

PS  $\geq$ 139/ PD  $\geq$ 89: 24 a 48 hs. de control estricto.

- Laboratorio Proteinuria  $\geq$  5 gr/24 hs (V. Patol > 300mg/24hs – 2gr PEL), Plaquetas < 100000 mm<sup>3</sup>, Elevación GOT (>70) -GPT, Hemólisis (esquistositos en frotis de sangre periférica), LDH >600, Haptoglobina <0,8 (son para control y seguimiento)

#### **2. SULFATO DE MAGNESIO (INDICACIONES/ EFECTOS ADVERSOS)**

- Estudio más importante MAGPIE TRIAL( magnesium sulphate for prevention of eclampsia) con 10141 ptes, países en vías de desarrollo REDUCCION EFECTIVA DE LA ECLAMPSIA, países desarrollados, además disminución de mortalidad materna, DPPNI, efectos indeseables materno-fetales (menos concluyente)
- No evita EAP, hematoma hepático, IRA.
- Dosis PREVENCIÓN: 4 gr (bolo EV en 15 a 20 min.) MANTENIMIENTO 1 gr/h
- Se usa hasta 24 a 48 hs postparto.

- Magnesemia: 4,8 a 9,6 mg/dl; ROT (+) / abolido; FR <12/ >12patol; signos de IR( diuresis< 25 ml/h), TENER EN CUENTA DURANTE SU USO.

### 3. DROGAS HIPOTENSORAS

DROGA	INICIO	MANTENIMIENTO	EFEC. DESEADO
Labetalol (bloqueante $\alpha$ y $\beta$ )	20 mg EV c/10 min, hasta 80 mg	50- 800 mg (200 c/12 lo habitual)	PS/PD< 140/90
Hidralazina (VD de arteriolas)	5 mg EV c/ 10 min hasta 20 mg	10mg c/8hs-30mg c/6hs ( EV-VO)	No disponible OJO parálisis/ Sulf magnesio
Nifedipina ( bloq canales de Ca <sup>++</sup> )	10-20 mg VO, eval 20 min Pico 1 hora	Vida media 3 hs hasta 10 cada 6 hs	1-2da opción en la Emergencia
Clonidina (agonista $\alpha$ 2 adrenerg)	0,15 mg Ev	0,75mg en D 5% a 7 gotas	Dism PS 30 mmHg PD 20 mmHg
Alfa metildopa (agonista $\alpha$ adrenérgico)		Hasta 2 gr/ día	Control de la TA Es tratamiento de mantenimiento

**Maduración pulmonar fetal: betametasona (1 c/24hs x 2días) Dexa c/8hs x 24 hs (24 a 34 sem)**

### 4. CRITERIOS DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

- **GESTACIÓN DE TÉRMINO:** evaluación de vía de parto
- **Emb >34 sem :** criterios de preeclampsia grave. Expectante en Preeclampsia leve.
- **Emb <34 sem:** HTA incontrolable, SFA, RCIU, Eclampsia, DPPNI, EAP, IR, CID, HELLP, pródromos de eclampsia
- En nuestro medio la mayoría de las pacientes se terminan entre los 2 a 7 días del diagnóstico