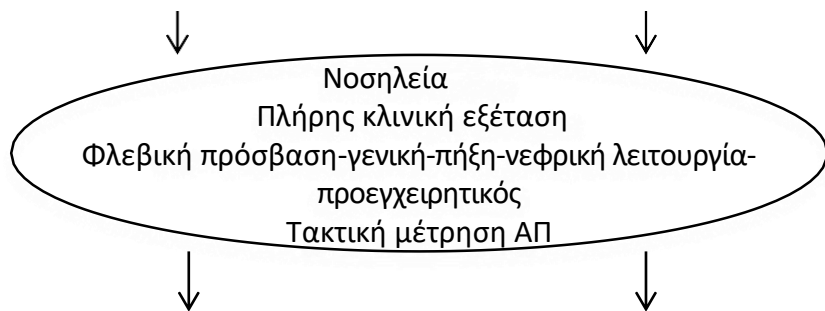


Πρωτόκολλο Αντιμετώπισης Βαριάς Προεκλαμψίας στην Αίθουσα Τοκετών

Βαριά Προεκλαμψία = επείγουσα κατάσταση
Υπέρταση με ΣΑΠ ≥ 160 mmHg και/ή ΔΑΠ ≥ 110 mmHg
Ξεκινήστε ή κλιμακώστε αντιυπερτασική θεραπεία



Απουσία σημείων
βαρύτητας:

Αντιυπερτασικά per os
Λαβεταλόλη (trandate®)

ή Νιφεδιπίνη (adalat,
Gloripir®) ή Νικαρδιπίνη

Παρουσία τουλάχιστον **1 σημείου βαρύτητας**
ή
αποτυχία αντιυπερτασικής θεραπείας per os σε

διπλή αγωγή: προχωρήστε σε θεραπεία IV:

τιτλοποίηση bolus IV αν **ΣΑΠ ≥ 160 mmHg ή ΔΑΠ ≥ 110 mmHg**

στη συνέχεια:
λαβεταλόλη IV (1^η εκλογή)
ή IV νικαρδιπίνη ή ουραπιδίλη
ή υδραλαζίνη IV (3^η εκλογή)

+ Θειικό Μαγνήσιο (MgSO₄)*

Παρακολούθηση ΑΠ / 10 λεπτά αρχικά
Στόχος ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg

*MgSO₄ Δόση εφόδου IV : 4g/30 min

Μετά δόση συντήρησης 1g/h IV

Παρακολούθηση για υπερδοσολογία MgSO₄: ↓ τενόντιων, βραδύπνοια

Προβλέψτε για γλυκονικό Ca 1g (σε υπερδοσολογία)

Βαριά Προεκλαμψία :

Τουλάχιστον 1 από τα ακόλουθα κριτήρια

- σοβαρή υπέρταση (ΣΑΠ ≥ 160 mmHg και/ή ΔΑΠ ≥ 110 mmHg) ή μη-ελεγχόμενη
- πρωτεϊνουρία > 3g/24h
- κρεατινίνη ≥ 1.1 mg/dl
- ολιγουρία ≤ 500 ml/24h ή ≤ 25 ml/h
- θρομβοπενία < 100 000/mm³
- ηπατική βλάβη SGOT/SGPT > 2 x φυσιολογικό
- επιγαστραλγία και/ή πόνος ΔΕ υποχονδρίου «σαν ζώνη»
εμμένουσα και έντονη
- θωρακικό άλγος, δύσπνοια, Ο.Π.Ο.
- νευρολογικά σημεία: έντονη κεφαλαλγία μη-
ανταποκρινόμενη στη θεραπεία, οπτικές ή ακουστικές
διαταραχές, τενόντια αντανάκλαστικά πιο έντονα

Σημεία ↑ βαρύτητας:

- ΣΑΠ ≥ 180 και/ή ΔΑΠ ≥ 120 mmHg
- Επιγαστραλγία και/ή έντονο εμμένον άλγος ΔΕ υποχονδρίου «σε ζώνη»
- Έντονες κεφαλαλγίες ανθεκτικές σε θεραπεία
- Οπτικές ή ακουστικές διαταραχές
- Νευρολογικό έλλειμμα
- Διαταραχές επιπέδου συνείδησης
- Επίταση τενόντιων αντανάκλαστικών

- ⇒ **Θειικό Μαγνήσιο***
- Εκλαμψία
 - Αναπνευστική ανεπάρκεια, ΟΠΟ
 - Σύνδρομο HELLP
 - ONA (διπλασιασμός κρεατινίνης ή τιμή > 1.1mgr/dl)

Αντιυπερτασικό IV	Τρόπος και προφυλάξεις χορήγησης	Στρατηγική τιτλοποίησης bolus IV: Ένδειξη ΣΑΠ ≥ 160mmHg και/ή ΔΑΠ ≥ 110 mmHg	Σε συνεχή IV έγχυση σε ξεχωριστή φλεβική γραμμή
<p>Λαβεταλόλη Labetalol (Trandate®)</p>	<p>1^η εκλογή</p> <p>Σε απουσία αντενδείξεων</p> <p>5mg/ml μέγιστη ημερήσια IV δόση : 220mg/24h</p>	<p>1^ο bolus: 20 mg IV σε >2 min (αναμονή 10min)</p> <p>↓ εάν αποτυχία*</p> <p>2^ο bolus: 40 mg IV σε >2 min (αναμονή 10min)</p> <p>↓ εάν αποτυχία*</p> <p>3^ο bolus: 80 mg IV σε >2 min (αναμονή 10min)</p> <p>↓ εάν αποτυχία*</p> <p>Συνεχίστε λαβεταλόλη 1 mg/kg/h IV και Προσθέστε 2^ο αντιυπερτασικό IV</p>	<p>0.5 έως 1 mg/kg/h</p> <p>Στόχος : ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg</p> <p><i>Καταγράψτε σε διάγραμμα παρακολούθησης</i></p>
<p>Νικαρδιπίνη Nicardipine (LOXEN®)</p>	<p>2^η εκλογή ή σε συνδυασμό</p> <p>αμπούλες 1mg/ml</p> <p><small>Δυνατή η χορήγηση με D/W 5% προς αποφυγή ερεθισμού σε παρατεταμένη χορήγηση (>24h)</small></p>	<p>Bolus 0,5 mg IV σε >2 min επανάληψη 3 φορές εάν αποτυχία*</p> <p>Συνεχίστε νικαρδιπίνη έως 4 mg/h IV Στη συνέχεια προσθήκη άλλου αντιυπερτασικού IV</p>	<p>0.5 έως 5 mg/h</p> <p>Στόχος : ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg</p>
<p>Ουραπιδίλη Urapidil (EUPRESSYL®)</p>	<p>αμπούλες των 50mg/10ml δηλαδή 5mg/ml</p>	<p>Bolus 6,25 έως 12,5 mg IV σε >2 min επανάληψη 3 φορές εάν αποτυχία*</p> <p>Συνεχίστε ουραπιδίλη 50 mg/h IV Στη συνέχεια προσθήκη άλλου αντιυπερτασικού IV</p>	<p>10 έως 60 mg/h</p> <p>Στόχος : ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg</p>

<p>Υδραλαζίνη (Nepresol®)</p>	<p>3^η εκλογή</p> <p>Σε απουσία αντενδείξεων</p> <p>Σε σκόνη, αμπούλα 25mg/2ml χρειάζεται διαλύτη</p>	<p>1^ο bolus: 5-10 mg IV σε >2 min (αναμονή 20min)</p> <p style="text-align: center;">↓ εάν αποτυχία*</p> <p>2^ο bolus: 10 mg IV σε >2 min (αναμονή 20min)</p> <p style="text-align: center;">↓ εάν αποτυχία*</p> <p>Προσθέστε άλλο αντιυπερτασικό IV</p>	<p>0.5 έως 1 mg/kg/h</p> <p>Στόχος : ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg</p> <p><i>Καταγράψτε σε διάγραμμα παρακολούθησης</i></p>
--	---	--	---

* αποτυχία = επιμονή ΣΑΠ \geq 160 mmHg και/ή ΔΑΠ \geq 110 mmHg μετά τα αναγραφόμενα στον πίνακα χρονικά διαστήματα (μόλις επιτευχθεί ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 90 mmHg, ελεγχόμενες για > 10 min, συνέχιση της αντιυπερτασικής αγωγής σε συνεχή IV έγχυση στην ελάχιστη αποτελεσματική δόση για την επίτευξη ΣΑΠ < 140 mmHg και ΔΑΠ < 110 mmHg).

ΠΡΟΣΟΧΗ !

Η Αντιμετώπιση της Βαριάς Προεκλαμψίας έχει **διπλή** στρατηγική Αντιμετώπισης:

1) Διαχείριση της Υπέρτασης με Αντιυπερτασική Αγωγή

ΚΑΙ

2) Προστασία από τους Εκλαμπτικούς Σπασμούς με Χορήγηση Θεϊκού Μαγνησίου (MgSO₄)

(οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντιεπιληπτικά δεν προστατεύουν από τους εκλαμπτικούς σπασμούς)

**Ομάδα Εργασίας Μαιευτικής
Αναισθησίας ΕΑΕ**