



Mi Universidad

Resúmenes

Luis Ángel Vasquez Rueda

resúmenes tercera unidad

Tercer parcial

Clínica de pediatría

Dr. Miguel De Jesus Garcia Castillo

Licenciatura En Medicina Humana

7mo Semestre Grupo "C"

Comitan De Domínguez, Chiapas, 11 de noviembre del 2024

enfermedades hipertensivas del embarazo (ehie)

la enfermedad hipertensiva del embarazo es una afección caracterizada por el aumento de la tensión arterial después de la semana 20 de gestación, esta puede dividirse en diferentes tipos dependiendo del nivel de severidad o las complicaciones que esta tenga, es el término número 1 del embarazo y complica a 1 de cada 10 embarazos, la principal preocupación es en relación con sus efectos perjudiciales hacia el feto y la madre, siendo esta una importante preocupación para el sector salud.

eclampsia

es una complicación de la preeclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos como las convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales, etc, edema pulmonar o abrupto placentario, puede aparecer hasta el décimo día postparto

preeclampsia: presencia de cifras tensionales mayores o igual a 140/90 mmhg con proteinuria mayor a 300mg/24 horas, creatinina sérica elevada mayor de 30mg/mmol, en la gestante mayor a las 20 semanas de gestación.

preeclampsia con datos de severidad: cifras tensionales igual o mayor a 160/110 mmhg y síntomas de compromiso de órgano blanco, que puede cursar con datos como cefalea, fosfenos, dolor en fémur, vómito, papiledema, clonus mayor a 3+, hipersensibilidad hepática, síndrome de Hellp, trombocitopenia, menores a 150000, elevación de las lipoproteínas de baja densidad o enzimas hepáticas elevadas (alt o ast).

hipertensión gestacional: hipertensión que se presenta después de la semana 20 de gestación, con proteinuria negativa

hipertensión crónica: presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmhg antes del embarazo o antes de la semana 20 de gestación hasta la 6ta semana postparto, asociada o no a proteinuria.

etiología: aun es desconocida, pero se tienen diferentes teorías sobre la causa probable de la enfermedad, siendo la más aceptada la de la invasión del trofoblasto defectuosa al músculo del útero, lo que aumenta las resistencias vasculares de las arterias espirales y disminuye la perfusión placentaria, de igual manera se asocia a una placentación anómala que condiciona hipoxia e isquemia placentaria, asociado a una disfunción del endotelio materno, posiblemente incrementada por predisposición inmunogenética, y una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica.

epidemiología: aproximadamente sucede en el 15% de los embarazos, así como representa el 15% de las muertes maternas, siendo el primer lugar en cuanto a complicaciones durante el embarazo.

factores de riesgo: enfermedades autoinmunes (LES, SAA), antecedentes de preeclampsia, DM2, HAS, nefropatía preexistente.

factores de riesgo de bajo riesgo: nuliparidad, años entre embarazos, imc mayor a 30, nivel socioeconomico bajo, antecedentes familiares de algun familiar con preeclampsia, edad materna mayor a 35 años, restriccion del crecimiento intrauterino, raza afroamericana.

factores de alto riesgo: antecedentes de preeclampsia, situaciones que reducen e flujo sanguineo uteroplacentario y/o provocan e enfermedades vasculares (antecedentes de hipertension diabetes, enfermedad renal, enfermedad autoinmune, gestacion multiple)

preeclampsia con criterios de severidad

es la presencia de preeclampsia en una embarazada mas uno de los siguientes signos o sintomas: cefalea persistente o de novo, alteraciones visuales o cerebrales, dolor toracico, disnea o eeema agudo de pulmon, epigastralgia o dlor en hipocondrio derecho, signos de disfuncion organica, hipertension severa (sistolica igual o mayor a 160 y diastolica mayor a 110mmhg)? o una s sospecha de desprendimie to placentario

preeclampsia con uno de los siguientes alteraciones de lanoratorio: elevacion de creatinina serica mayor a 1.1mg/dl, incremento de ast o alt mayor a 70uoi/l o dhl mayor a 600iu/l, disminucion de plaquetas por debajo de 100,000mm³,

sx de hellp: HEMOLISIS? ENZIMAS HEPTICAS ELEVADAS? TROMBOCITOPENIA

diagnostico: medicion de la presion arterial, se considera hipertension en el embarazo a unas cifras tensionales mayores de 140/90mmhg en 2 tomas con un margen de 4hrs a nivel de la arteria braquial.

al hacer la toma, se considera el valor del brazo con la cifra mas alta asi como realizar un control de la presion arterial de manera ambulatoria en la mañana y noche todos los dias

PROTEINURIA: considerar proteinuria con uno de los siguientes criterios

- proteinas mayores a 300mg en una recoleccion de 24 hrs (gold standar)
- presencia de 2+ (100-300mg/dl en una tira reactiva en una prueba al azar)
- cociente de proteinas/creatinina urinaria en una muestra de orina al azar mayor o igual a 0.3
- una tira reactiva negativa no descarta la proteinuria y requier de una confirmacion por un metodo cuantitativo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: biometria hematica completa con una medicion de plaquetas, pruebas de funcionamiento hepatico (enzimas, tiepos, bt, dhl, fibrinogeno), medicion de funcion mi no r nal (cratinina seric o cr) ... monitoreo cardiografico fetal ret (prueba fetal sin estres), ultrasonico.

CLINICA: todos se dx usando criterios dx definidos, incluyendo al momento de la presentacion, la pa, presencia o ausencia de proteinuria y la presencia de sintomas o hallazgos de laboratorio que sugieran daño en los organos blanco omas importantes.

hipertension cronica: asintomatica, criterios de pa (pa sistolica mayor de 140mmhg y pa diastolica mayor a 90mmhg medida en 2 tomas con un intervalo de 4 horas de diferencia,

- comienza antes de la semana 20 de gestacion
- no hay proteinuria de novo o daño a organo diana
- las px pueden desarrollar preeclampsia superpuesta si hay un aumento significativo de la pa o evidencia de nuevos daños en los organos diana.

HIPERTENSION GESTACIONAL: asintomatica

- pa sistolica mayor o igual a 140/90 mmhg
- comienza durante o despues de la semana 20 de gestacion
- sin antecedentes de hipertension preexistente
- no hay proteinuria o evidencia de datos a organos diana

preeclampsia sin criterios de severidad

- ocurre entre la semana 20 de gestacion hasta la semana 6 postparto
- criterios de hipertension en 2 tomas con al menos 4 horas de diferencia
- pa sistolica igual o mayor a 140mmhg pero menor de 160mmhg
- pa diastolica igual o mayor a 90mmhg pero menor de 110mmhg
- proteinuria igual o mayor a 300mg en orina de 24 horas
- relacion de proteina/creatinina al azar igual o mayor a 0.3
- tira reactiva igual o mayor a 2+

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

- a veces asintomatica pero no siempre
- ocurre entre la semana 20 de gestacion hasta las 6 semanas postparto
- pa sistolica igual o mayor a 160mmhg
- pa diastolica igual o mayor a 110mmhg
- no es necesario esperar 4 horas para confirmar el dx antes de dar tx
- pa en rango leve (pas 140-159mmhg y pad 90-109mmhg) con al menos uno de los siguientes criterios (trombocitopenia menor a 100,000 / deterioro de la funcion hepatica ast-alt mayor 2 el limite superior normal / datos de insuficiencia renal con creatinina al doble del valor basal o mayor a 1.1mg/dl / sintomas cerebrales como cefalea intensa o alt. del estado mental / sintomas visuales como estrocomas, fotofobia, vision borrosa / edema de pulmon con presencia de disnea que se confirma con rx de torax / edema periferico / nauseas y vomito / oliguria / accidente cerebrovascular)

ECLAMPSIA

- convulsiones que pueden ser tonico-clonico generalizadas, focales o multifocales
- las convulsiones generalmente son seguidas de signos premonitorios (cefalea, alteraciones en la vision)
- mas de un tercio de las px no muestran hallazgos clasicos de la preeclampsia antes de tener el primer evento convulsivo
- los mismos sintomas potenciales de la preeclampsia son caracteristicas graves

SA DE HELLP

- hemolisi (palidez, malestar / aumento de ldh al doble del limite superior de lo normal, / aumento de la bilirrubina / esquistocitos en el frotis de sangre periferica / anemia)
- elevacion de enzimas hepaticas (dolor en el cuadrante superior derecho / nauseas y vomitos / elevacion del AST y/o ALT por el doble del limite superior normal / hematoma hepatico que puede romperse y causar un hemoperitoneo)
- trombocitopenia (hemorragia es posible pero no es frecuente / plaquetas por debajo de los 100,000)

TRATAMIENTO

- prevencion: cuando hay un factor de riesgo alto o 2 moderados
- profilaxia con 81mg de acido acetilsalicilico entre las semanas 12 y 28 y continuar hasta el parto
- manejo de la presion arterial: alfamildopa 250-500mg via oral c/8 hrs / labetalol 100-400mg via oral / nifedipino 20-60mg via oral prolongado c/24 hrs / metoprolol 100-200mg via oral cada 8-12 hrs / hidralazina 25-50mg via oral cada 6 hrs
- labetalol es el farmaco de eleccion en las crisis hipertensivas
- contraindicados: IECAS / ARA-2 / tiazidas / atenolol
- preeclampsia con datos de severidad: terapia antihipertensiva / prevencion de la eclampsia con sulfato de magnesio / menor de 34 semanas de gestacion utilizar inductores de maduracion pulmonar (corticosteroides) / si es mayor a 34 semanas de gestacion se opta por la resolucion del embarazo
- eclampsia: sulfato de magnesio 4gr en 4 de solucion salina al 0.9% parra 4 minutos (recomendado como primera linea para prevenir eclampsia)
- si esta contraindicado o no hay disponibilidad del farmaco, o existe falta de respuesta se opta por utilizar fenitoina.
- crisis hipertensiva: el farmaco de primera linea es el nifedipino a una dosis de 10mg via oral cada 10-15 minutos (dosis maxima 50mg)
- se recomienda no bajar la TAM mas del 15% de golpe
- criterios diagnosticos del sx de hellp:
 - tennessee: plaquetas menor a 100000 / AST mayor a 70ui/l / esquistocitos ldh mayor a 600ui / ausencia de haptoglobina / bilirrubina indirecta igual o mayor a 1.1
 - mississippi: plaquetas menos a 50,000 / AST o ALT igual o mayor a 40ui y LDH igual o mayor a 600 / 2. plaquetas menos a 100,000 - mayor 50,000 / plaquetas menor a 150,000 - 100,000ui

Referencias bibliográficas:

- <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- <https://app.lecturio.com/#/article/3066>

MANEJO ANTEPARTO

- pruebas de bienestar fetal
- pruebas de no estres seriadas / ultrasonidos para el crecimiento fetal, evaluacion del flujo sanguineo de la placenta mediante doppler / evaluacion del volumen del liquido amniotico
- evaluacion periodica de la progresion de la enfer edad: presion arterial / laboratorios de preeclampsia

MOMENTO DE L PARTO

- este depende del control de pa y la gravedad de la enfermedad
- hipertension cronica: se debe interrumpir el ebarazo entre la semana 37-40 de gestacion
- hipertension gestacional: con preeclampsia sin datos de severidad a la semana 37 de gestacion
- preeclampsia con datos de severidad y sxd de hellp: en el momento del dx si es igual o mayor a 34 semanas de gestacion, y depennde del juicio vlinico si es antes de las 34 semanas de gestacion
- eclampsia: en el momento del dx independientemente de la edad gestacional

MANEJO INTRAPARTO

- manejo intraparto obstetrico estabdar
- monitorizacion cardiotocografica fetal continua
- cuidados en la administracion de liquidos en px con riesgo eelevado de de edema de pulmon
- vigilar y tratar la pa de rango severo con ntihipertensivos intravenosos
- profilaxis anticonvulsivante: esta indicado en px con preeclampsia con criterios de severidad, sxd de hellp, eclampsia
- contraindicado eh px con hipertension cronica, hipertension gestacional, o preeclampsia sin criterios de severidad
- administaracion de sulfato de magnesio con dosis de 4gr en 4 de solucion salina al 0.9% parr 4 minutos

- complicaciones:
 - restriccion del crecimiento intrauterino
 - oligohidramnios
 - desprendimiento prematuro de placenta normoincerta
 - alteracion del estado fetal que rewuiere parto por cesarea
 - prto pretermino

- RESOLUCION DEL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL
- causas maternas: hipertension severa / deterioro en la cuenta plaquetaria / hemolisi / deterioro de la funcion hepatica / deterioro de la funcion renal / sntomas neurologicos persistentes / datos premonitorio a e eclampsia
- causas fetales: desprendimiento prematuro de placenta normoincerta / restriccion del crecimiento intrauterino severo a/ estado fetal no del todo confiable o no confiable