

Licenciatura en medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

CITLALI BERENICE FERNANDEZ SOLIS

Análisis de decisiones

8vo Semestre

Grupo: "B"

	<i>definición</i>	<i>Factor de riesgo</i>	<i>clínica</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>Tratamiento</i>
<i>Enfermedad hipertensiva crónica</i>	Definida como la presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140x90 mmHg antes del embarazo, antes de la semana veinte de gestación o hasta la semana sexta postparto, asociada o no a proteinuria.	Presión arterial materna Paridad Historia familiar de pre-eclampsia Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Edad materna Índice de masa corporal	TA igual o >140/90mmhg, <20 SDG No proteinuria Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	(TA>140/90mmHg • EGO normal (no proteinuria) • Creatinina normal	Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día • Nifedipino: Oral 30 a 90 mg/día, fraccionada en tres tomas Aumentar la dosis en períodos de 7 a 14 días hasta alcanzar el efecto deseado Dosis máxima 120 mg/día • Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica
<i>Hipertensión gestacional</i>	Hipertensión que se presenta después de la semana veinte de gestación, proteinuria negativa. En el postparto (12 semanas) cifra tensionales normales (Hipertensión Transitoria). Cifras elevadas (Hipertensión crónica)	Presión arterial materna (Presión arterial media) Edad materna Paridad Raza Historia familiar de pre-eclampsia Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida. Índice de masa corporal Comorbilidad : Diabetes mellitus Hipertensión arterial	No proteinuria >20 SDG, sin proteinuria ni otros signos de daño orgánico. Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	A >140/90 mmHg en dos o más ocasiones, con al menos cuatro horas de diferencia. Realizar perfil para evaluar función renal, electrolitos, biometría hemática completa, bilirrubinas, transaminasas al ingreso y posteriormente en forma semanal.	Alfametildopa de primera línea Diastólicas entre 80 y 100 mmHg Sistólicas menos de 150 Labetalol 100 400 mg vía oral Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica

		crónica Insuficiencia renal crónica Trastornos inmunológicos (LES, SAAF)			
<i>Síndrome de HELLP</i>	hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP).	aridad Historia familiar de pre eclampsia Diabetes mellitus Hipertensión arterial crónica Presión arterial materna Edad materna Índice de masa corporal	Hemólisis microangiopática Elevación de enzimas hepáticas Disminución del conteo de plaquetas Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema	Niveles de DHL mayor o igual a 600 U/l AST mayor o igual a 70 U/l Recuento plaquetario menor	Inicio de sulfato de magnesio Bolo inicial de 4 a 6 gramos seguidos de 1 a 2 gramos por hora intravenoso hasta las 24 horas postparto
<i>Preeclampsia con datos de severidad.</i>	Cifras tensionales mayor o igual 160x110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco. Puede cursar con cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema, Clonus mayor o igual a 3+, hipersensibilidad hepática, Síndrome HELLP, trombocitopenia (plaquetas menores a 150.000 mm ³ , elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), enzimas hepáticas elevadas (ALT o AST).	Indice de masa corporal Edad materna Paridad Raza Historia familiar de pre-eclampsia Presión arterial materna (Presión arterial media) Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.	A igual o >160x110 mmHg Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema, Clonus mayor o igual a 3+, hipersensibilidad hepática, Síndrome HELLP, trombocitopenia (plaquetas menores a 150.000 mm ³ , elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL),	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión asociada a proteinuria • ausencia de proteinuria, • hipertensión asociada a condiciones adversas 	<p>Labetalol Primera línea 20 mg en bolo hasta 40 mg cada 10 a 15 minutos, o en infusión 1 a 2 mg/minuto. Dosis máxima: 220 mg</p> <p>Nifedipina Primera línea 10 mg VO cada 10-15 minutos. Dosis máxima: 50 mg</p> <p>Hidralazina Segunda línea 5-10 mg en bolos o infusión a 0.5-10 mg por hora. Dosis máxima: 30 mg</p>

Pre-eclampsia

Hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90mmhg, proteinuria mayor a 300mg/24h, Creatinina Sérica elevada (>30 mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta dos semanas posparto.

- Nuliparidad
- Antecedentes de preclamsia en embarazo previo menor de 34 semanas
- Enfermedad autoinmune lupus eritematoso sistémico, sx de anticuerpos anti-fosfolípidos
- Embarazo múltiple
- Diabetes pre-gestacional
- Presión arterial >130/mmhg antes de 20 semanas

Hipertensión arterial
Disminución en el tono vascular
Incremento de la resistencia vascular y la inducción de la vasoconstricción por la disfunción endotelial
Es común encontrar endotelios glomerular

- Esfigmomanómetro de mercurio
- Aumento progresivo de 5-6mmHg,
- Disminución de la presión de 2-3mmhg
- Dos mediciones 15min
- Tira reactiva
- Recolección de orina de 24hrs
- Relación proteína

- Metildopa
- Labetalol (si se encuentra disponible)
- Hidralazina
- Antagonistas del calcio (nifedipino)
- Bloqueadores beta (metoprolol o propranolol)

Eclampsia

Es una complicación de la pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos, que incluye: convulsiones (eclampsia), hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retinal), enfermedad cerebrovascular, edema pulmonar, abruptio placentae

- Embarazo previo con preeclampsia
- Gestación múltiple
- Nefropatías
- Trastornos autoinmunitarios
- Diabetes mellitus de tipo 1 o 2
- Hipertensión crónica

- Dolor de cabeza intenso
- Alteraciones visuales
- Confusión
- Hiperreflexia
- Dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho del abdomen (que refleja isquemia hepática o distensión capsular)
- Náuseas y/o vómitos

TA igual o >160x110 mmHg en dos mediciones en 4 horas. •
Proteinuria mayor a 300 mg en orina de 24 horas

Creatinina sérica elevada (>30 mg/mmol)

Crisis: 4-6 gramo intravenoso en 5 minutos diluido en 100 mililitros de solución fisiológica a pasar en 5 minutos
Mantenimiento: 1 gramo intravenoso por hora (Diluir 900 mililitros de solución fisiológica con 10 gramos de sulfato de magnesio a pasar 100 mililitros por hora) por 24 horas

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada

Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

Historia familiar de pre-eclampsia Edad materna Paridad Raza Presión arterial materna (Presión arterial media) Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida. Índice de masa corporal

Hipertensión arterial TA igual o >140/90mmhg, proteinuria, y alteraciones en los niveles de plaquetas y enzimas hepáticas. Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema

20 sdg (TA>140/90mmHg ó proteinuria por tira reactiva en orina > 1+ ó cuantificación de proteínas en orina de 24 horas > 300mg/24 horas o índice de proteína:creatina >0.28), La hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, también se clasifica como hipertensión crónica

Metildopa: 250 mg a 1 g/día, en una a tres tomas al día • Nifedipino: Oral 30 a 90 mg/día, fraccionada en tres tomas Aumentar la dosis en períodos de 7 a 14 días hasta alcanzar el efecto deseado Dosis máxima 120 mg/día • Hidralazina: Iniciar con 10 mg diarios cada 6 o 12 horas, se puede incrementar la dosis hasta 150 mg/día de acuerdo a respuesta terapéutica

Bibliografía

del E Mbarazo, D. E. L. A. S. E. N. H. I. (s/f). *Detección, Diagnóstico y Tratamiento*. Gob.mx. Recuperado el 12 de abril de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

La P Reclampsia, D. E. (s/f). *Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Gob.mx. Recuperado el 12 de abril de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>