

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Manejo de hipertensión arterial en Urgencias Pediátricas

Parra Manso Y, Tainta León L. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La hipertensión arterial en la infancia se define como el aumento de la tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAD) por encima del percentil 95, teniendo en cuenta la edad, peso y talla.

Se define urgencia hipertensiva como el aumento de TAS/TAD mayor de percentil 99 sin afectación de órgano diana y emergencia hipertensiva cuando sí hay afectación de alguno de estos precisando en ambos casos tratamiento antihipertensivo en función de la causa subyacente.

Grado de TA	0-15 años	≥ 16 años
Normal	<P90	<130/85 mmHg
Normal-alta	≥P90 a <P95	130-139/85-89 mmHg
HTA	≥P95	>140/90 mmHg
HTA grado 1	≥P95 a P99 + 5 mmHg	140-159/90-99 mmHg
HTA grado 2	>P99 + 5 mmHg	160-179/100-109 mmHg
HTA sistólica aislada	PAS ≥P95 y PAD <P90	≥140/<90 mmHg

Tabla referencia: Antón Gamero M. ¿Hay que medir la presión arterial en niños? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde? Hipertensión arterial en niños y adolescentes en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 211-219.

METODOLOGÍA (CASO CLÍNICO)

Niña de 7 años que acude a urgencias por cifras elevadas de tensión arterial (TA) determinadas por su pediatra. No antecedentes personales ni familiares de interés. Comentaba antecedentes de enfermedad mano-boca-pie las dos semanas previas.

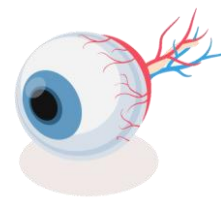
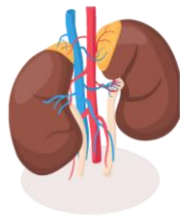
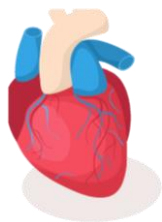
Había acudido hacía 4 días a nuestro servicio por edema facial, vómitos y decaimiento, sin otra clínica asociada, realizándose hemograma y bioquímica sanguínea sin alteraciones y sedimento de orina donde se objetivaba proteinuria y leucocituria, pautándose cefixima oral ante la sospecha de infección de orina.

En la actual consulta presentaba a la exploración leve cefalea y dolor epigástrico. En la exploración no se objetivó edema, soplo cardíaco ni epigástrico, ni otra alteración salvo leve hiperemia faríngea. Se tomó tensión arterial en consulta siendo TA en miembro superior derecho 144/92mmHg, miembro superior izquierdo 142/93mmHg, miembro inferior izquierdo 161/105mmHg. Se realizó analítica sanguínea con hemograma y bioquímica sin alteraciones. También se solicitó sedimento y bioquímica de orina donde se objetivó hemoglobina en orina con proteinuria negativa, con un filtrado glomerular estimado por fórmula de Schwartz de 93,86mg/dl/73m².

Se decidió ingreso en unidad de nefrología dada la sospecha de síndrome nefrítico iniciando tratamiento antihipertensivo oral. Tras estudio etiológico fue diagnosticada de glomerulonefritis hipocomplementemica de probable origen post-infeccioso.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN

La hipertensión arterial es la principal causa de morbimortalidad en países desarrollados. Si bien la prevalencia en pacientes pediátricos es del 2% con una incidencia de 0.4-0.6/100 pacientes al año, es una patología en aumento y es necesario su detección, conocimiento de su etiología y tratamiento precoz para evitar la progresión y consecuente afectación de órganos diana (fundamentalmente cardiovascular, riñón, sistema nervioso central y retina). Una de las causas más frecuentes en preescolares es la patología renal, siendo importante descartar otras etiologías como la coartación de aorta y el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño. De este modo, ante sospecha de HTA en urgencias se debe realizar una exploración física minuciosa, 3 determinaciones de TA, realizando toma de TA en ambos miembros superiores y un miembro inferior, así como analítica sanguínea y de orina, para descartar afectación orgánica.



Imágenes: Vector de Corazón creado por macrovector - www.freepik.es