

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Hipertensión en el posparto

Mario Hidalgo R¹, Patricio Narváez B¹, Jorge Iglesias G², Sócrates Aedo M¹,
Paulina Lira M², Constanza Rivas E², Patricio Narváez B¹, Italo Campodónico G¹.

RESUMEN

La hipertensión después del parto puede derivar de la persistencia de hipertensión gestacional, de hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia o aparición de novo secundaria a diversas causas. Se estima que afecta al 0,3% al 27% de las pacientes. El enfrentamiento inicial como su manejo, no cuentan con lineamientos claros dada la carencia de estudios respecto a estas pacientes. La presente revisión tiene como objetivo exponer la aproximación al diagnóstico diferencial y manejo farmacológico de dicha patología, basado en la evidencia disponible.

Palabras clave: Puerperio, hipertensión, embarazo, preeclampsia.

SUMMARY

Postpartum hypertension may result from the persistence of gestational hypertension, chronic hypertension, preeclampsia, eclampsia or de novo appearance secondary to diverse causes. Affects an estimated 0, 3 to 27% of patients. Both the initial and handling confrontation, do not have clear guidelines given the shortage of studies on these patients. The present review is to describe the approach to the differential diagnosis and pharmacological management of this condition based on the available evidence.

Key words: Postpartum, hypertension, pregnancy, preeclampsia.

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Oriente de Peñalolén, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: Dr. Mario Hidalgo R. Av. Las Torres 5100 Peñalolén, Santiago, Chile. E mail: m.hidalgo.roco@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El 5% a 20% de los embarazos se complica con alguna forma de hipertensión arterial (HA), la que dependiendo del momento del embarazo puede ser pregestacional, gestacional o del posparto¹⁻⁴. Esta última, se define como la elevación tensional durante el puerperio que se observa en embarazos complicados por preeclampsia (PE), hipertensión crónica, hipertensión gestacional o hipertensión que se desarrolla *de novo*⁵.

INCIDENCIA

La real incidencia es difícil de determinar⁴. Por una parte, la literatura médica se ha centrado en el manejo prenatal y perinatal de estas mujeres y por otra, los estudios de investigación suelen estar limitados por el análisis de los datos de un único centro hospitalario, dirigidos a pacientes hospitalizadas en el puerperio inmediato, o reingresos a causa de preeclampsia y/o eclampsia, hipertensión severa o complicaciones relacionadas. No existen investigaciones que soporten la formulación de protocolos del manejo de la hipertensión en el posparto, y la poca literatura disponible al respecto se basa en experiencia no sistematizada. A pesar de las limitaciones, la prevalencia de la hipertensión *de novo* o preeclampsia posparto se estima entre el 0,3% y 27,5%⁵.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

El perfil hemodinámico del puerperio es tema pendiente de investigaciones. Dentro de los cambios cardiovasculares se incluye una disminución de la volemia en 16% al tercer día posparto, llegando a 40% al final de la primera semana. La resistencia vascular periférica aumenta al perderse el sector de baja resistencia que representaba el circuito placentario. El gasto cardíaco aumenta a 13% durante el puerperio inmediato y luego disminuye a 40% al final del puerperio³.

La presión arterial aumenta progresivamente durante los primeros cinco días después del parto, y llega a su máximo entre el tercer y sexto día. Ello se debería al aumento del volumen intravascular secundario a la remoción de líquidos desde el espacio extravascular y de los 950 mEq de sodio total acumulados durante el embarazo. Entre el tercer y el quinto día de posparto se ha observado natriuresis y se ha postulado que puede ser el resultado de un aumento en el péptido natriurético atrial (ANP). El ANP cumple funciones en la natriuresis y en la inhibición de la aldosterona, angiotensina II y vasopresina y se ha observado que aumenta durante la primera semana después del parto¹. La frecuencia

cardíaca, la presión arterial sistólica y diastólica deben volver a sus valores pregestacionales al final de la segunda semana posparto³.

ETIOLOGÍA

La HA después del parto, es multifactorial⁵, debiendo para su diagnóstico focalizar en los hallazgos clínicos, de laboratorio así como la evolución de las cifras tensionales.

En un periodo de 3 a 6 días después del parto, la forma más frecuente de elevación de cifras tensionales es la HA gestacional con PE ya sea, como primera presentación en el puerperio o como preexistente antes del parto. Generalmente esta forma de HA puerperal es agravada por sobrecarga de volumen, dolor, ansiedad y medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, derivados de la ergotamina, etcétera.

En la mayoría de las parturientas, la hipertensión materna y proteinuria, se reducen en la primera semana de puerperio no obstante no hay claridad respecto al preciso momento en que ello ocurre, por tanto dentro de la HA del puerperio pueden ocurrir situaciones relacionadas con persistencia o exacerbación de cifras tensionales y proteinuria en puérperas con HA gestacional con PE preexistente. Más aún es posible observar situaciones como eclampsia de aparición tardía y síndrome de HELLP (hemólisis, elevación enzimas hepáticas y reducción recuento plaquetario).

Otras situaciones infrecuentes, pero no menores de HA puerperal son las relacionadas con HA preexistente o no diagnosticada como en casos de nefropatía crónica, hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, estenosis de arteria renal, etcétera. Asimismo en casos de HA en el puerperio debe establecerse diagnóstico diferencial para condiciones maternas graves, como síndrome de vasoconstricción cerebral, síndrome hemolítico urémico trombosis venosa cerebral, accidente cerebrovascular, etcétera⁵⁻⁷.

COMPLICACIONES

Al parecer existen dos factores importantes que ayudan a predecir la duración de la HA en el puerperio y son 1) la severidad de la enfermedad antenatal y 2) el inicio temprano de la PE⁸. Es probable que la mayor perturbación hemodinámica explique la persistencia de la HA¹⁻⁵.

Las complicaciones maternas dependen de la gravedad y la etiología de la hipertensión, del daño a órganos blancos y a la calidad del manejo utilizado². Posibles complicaciones potencialmente mortales son agravamiento persistente de HA refractaria a tratamien-

to, insuficiencia renal aguda, síndrome HELLP, PE del puerperio, eclampsia, accidente vascular encefálico, edema de retina, coagulación intravascular diseminada, trombosis central o periférica, en particular embolia pulmonar, síndrome de distrés respiratorio del adulto⁵⁻⁷.

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

El principal objetivo clínico del tratamiento es prevenir la hipertensión severa, sus secuelas y el desarrollo de eclampsia. Por lo menos 29% de los casos de eclampsia ocurren en el posparto, la mayoría en las primeras 48 horas; 12% de los casos después de éstas, y sólo 2% después de 7 días. Los reportes suecos muestran que el 96% ocurre en las primeras 20 horas¹.

INDICACIONES DE MANEJO FARMACOLÓGICO

Existe consenso, en las distintas guías internacionales, que el manejo farmacológico se debe considerar si la HA es persistente sobre 150/100 mm/hg y/o crisis hipertensivas (cifras tensionales sobre 160/110 mmHg). Es válido el manejo agudo de la crisis y posterior tratamiento de mantención⁵⁻⁷.

El objetivo terapéutico es alcanzar cifras de presión arterial menor a 150/100 mmHg y ausencia de crisis hipertensivas. Se debe suspender en pacientes, sin HA crónica, si las cifras de presión se han mantenido estables por un periodo de 48 horas⁵⁻⁷.

CONSIDERACIONES RESPECTO A FÁRMACOS DE USO EN EL PUERPERIO

Los distintos fármacos y sus dosificaciones se describen en la siguiente Tabla 1⁷. En mujeres con HA gestacional se puede usar nifedipino o labetalol indistintamente como tratamiento de primera línea. Sin embargo, si se trata de una HA crónica el tratamiento de primera línea

es con labetalol, seguido de nifedipino y enalapril. Sin embargo, se recomienda iniciar enalapril si es necesario proporcionar protección renal, sobre todo en pacientes con diabetes pregestacional, de lo contrario sería pertinente el uso de nifedipino². Por su parte, labetalol se podría reservar en casos refractarios a tratamiento biasociado.

Respecto a la lactancia, podemos señalar que el labetalol así como el nifedipino y enalapril se excretan en cantidades mínimas en la leche materna. Respecto a los diuréticos, furosemida se puede ocupar en dosis bajas ante presencia de HA entre 3 a 6 días posparto, ya que elevaciones en este periodo correspondería al paso de líquidos del extravascular al intravascular y sería causante de aumento transitorio de presión arterial. Dosis mayores de diuréticos estarían contraindicados ya que pueden suprimir la lactancia⁵⁻⁷.

Respecto a metildopa, idealmente se debería cambiar este fármaco si lo usaba durante en el embarazo por el riesgo de sedación materna, sin embargo al evaluar beneficios sobre riesgos se puede usar en dosis de 250 mg cada 8 horas².

CONSIDERACIONES PARA ALTA MÉDICA

El 29% a 57% de las pacientes revierten hacia el tercer día después del parto y 50% a 85% lo hace al séptimo día, sin embargo un porcentaje de aproximadamente el 5% podría resolver posterior a las seis semanas⁷. La proteinuria generalmente resuelve al séptimo día². Sin embargo, no se debe iniciar estudio por proteinuria persistente antes de las seis semanas a no ser que el cuadro clínico amerite un estudio dirigido⁷.

El riesgo mayor de complicaciones maternas ocurre en las primeras 72 horas del parto, disminuyendo a partir del séptimo día, considerando evitar el alta hasta después de 72 horas de observación en mujeres con diagnóstico de preeclampsia moderada a severa no debería recibir alta médica hasta 72 horas de observación. Debe considerarse el alta en mujeres asintomáticas con proto-

Tabla 1. Formulaciones terapéuticas de antihipertensivos usados en el puerperio. Adaptado de Bramham et al, 2013⁷

Fármaco	Dosis
Labetalol	100 a 600 mg cada 8 ó 12 horas
Nifedipino	10 a 20 mg cada 8 ó 12 horas (máximo 60 mg)
Enalapril	5 a 20 mg cada 12 horas
Furosemida	40 mg por día
Metildopa	250 cada 8 ó 12 horas
Captopril	25 mg sublingual

colo de síndrome hipertensivo en vías de normalización, proteinuria de 24 horas con clara tendencia al descenso y que logren los objetivos de tensión arterial con o sin antihipertensivo por 24 a 48 horas⁸.

RIESGO DE RECURRENCIA

Las puérperas con mayor riesgo de complicaciones son aquellas que tienen su parto antes de la semana 34 de gestación y las que tienen otras comorbilidades (riesgo cardiovascular y daño a órgano blanco). Las mujeres con HA gestacional tienen 16% a 47% de riesgo de recurrencia y 2%-7%, de posibilidad de PE. Aquellas PE tienen 13% a 53% de riesgo de HA gestacional en el embarazo posterior y el 16%, riesgo de una nueva PE. Esta cifra se eleva al 25% si la PE se complicó con PE grave, eclampsia, síndrome HELLP o eclampsia; y provocó el parto antes de las 34 semanas; se eleva al 55% si se produjo antes de la semana 28 de gestación. La discusión sobre los embarazos futuros puede influir en las decisiones sobre el tratamiento en curso¹⁻⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHANDIRAMANI M, SHENNAN A, WAUGH J. Modern management of postpartum hypertension. *Trends Urology, Gynecol Sexual Health* 2007; 12: 37-42.
2. SANTANA HERNÁNDEZ G. Hipertensión arterial en el puerperio. *Electrón Rev Med* 2012; 34 (2). Disponible en: www.revmatanzas.sld.cu (Consultado el 7 de diciembre de 2013).
3. VELÁSQUEZ J. Hipertensión posparto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56(2): 141-6.
4. MAGEE L, SADEGHI S. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD004351.

Si una mujer necesita tratamiento farmacológico más allá de los 3 primeros meses después del parto y desea tener más embarazos en el futuro cercano, es necesario lograr el buen control de la presión arterial mediante fármacos seguros para el momento de la concepción.

CONCLUSIONES

Los síndromes hipertensivos no culminan necesariamente con el parto. De ahí nace la necesidad de seguimiento hasta el término del puerperio. Sin embargo, es muy necesario estudios de buen diseño, para orientar las líneas de tratamiento de estas pacientes, imprescindible para disminuir el riesgo de recurrencia y de enfermedad cardiovascular futura. Es necesario continuar con la investigación, particularmente debido a que el problema ocurre con mayor frecuencia entre el tercer y sexto día posterior al parto cuando la mayoría de las mujeres han dejado el hospital.

5. SIBAI BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206(6): 470-5.
6. TAN LK, DE SWIET M. The management of postpartum hypertension. *BJOG* 2002; 109(7): 733-6.
7. BRAMHAM K, NELSON-PIERCY C, BROWN MJ, CHAPPELL LC. Postpartum management of hypertension. *BMJ* 2013; 346: f894.
8. MARTÍNEZ D, ANDRADE C. Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión postparto. *Medicina Hospitalaria* 2013; 1(3): 61-64. Disponible: www.medicinahospitalaria.com (Consultado el 7 de diciembre de 2013).