

Hipertensión arterial en el puerperio

Arterial hypertension in the puerperal period

Dra. Gretty Santana Hernández

Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Dr. Julio Rafael Alfonso Medina.
Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La hipertensión, junto a las hemorragias y las infecciones, es considerada una de las principales causas de morbimortalidad durante el puerperio; presentando un elevado riesgo de muerte entre las primeras 24 horas y la primera semana posparto. La mayoría de las puérperas hipertensas egresan en los primeros días después del parto, debiendo continuar su atención en el nivel primario de salud. Con el objetivo de responder interrogantes que con frecuencia se formula el personal médico que asiste a estas pacientes en la atención primaria, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Se expusieron aspectos relacionados con las causas y factores que favorecen la hipertensión arterial en el puerperio; su incidencia, complicaciones, tratamiento y seguridad de algunos fármacos durante la lactancia, con lo cual se espera contribuir a elevar la calidad de la atención médica al binomio madre-recién nacido en este período.

Palabras clave: atención primaria, causas de morbimortalidad fármacos, hipertensión, puerperio.

ABSTRACT

The hypertension together with the haemorrhages and the infections is considered one of the main causes of morbid-mortality during the puerperal period, presenting a high death risk in the period comprehended between the first 24 hours and the first week post-partum. Most of the hypertensive puerperal women leave the hospital in the first days after giving birth, and should continue their attention at the health primary level. With the purpose of answering the questions frequently

asked by the medical staff taking care of these patients, we carried out a bibliographic review on the theme, exposing aspects related with the causes and facts favoring the arterial hypertension in the puerperal period, their incidence, complications, treatments and safety of some drugs during the breast-feeding; with all that we hope to contribute rising the quality of the medical care to the binomial mother-new born in this period.

Key words: drugs, hypertension, morbimortality causes, puerperal period, primary care.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia la hipertensión arterial y el embarazo han constituido una continua preocupación. López Mora,⁽¹⁾ realiza un recorrido desde una descripción que aparece en el Papiro de Kahuncita —alrededor de 1850 años a.n.e—: “para prevenir a una mujer de morderse su lengua un día después del parto...”, hasta nuestros días, ha sido este un constante tema de investigación. Reflejando que los estados hipertensivos durante la gestación constituyen una importante causa de morbimortalidad materna y perinatal, siendo responsables de un 15 % de las muertes maternas y la primera causa de mortalidad fetal.

La incidencia de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y su contribución a la mortalidad materna, varía entre los países desarrollados y subdesarrollados.⁽²⁾

López-Jaramillo, et al.,⁽²⁾ reconocen que la mortalidad por HIE en Estados Unidos y Europa es de 10 por 100 000 nacidos vivos. En Latinoamérica y África, esta es de 220 y 430 por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente.

Un estudio comparativo de la mortalidad materna durante el año 2000 en Chile, Cuba y Estados Unidos, destaca a la hipertensión arterial (HTA) dentro de las tres primeras causas de muerte en estos países.⁽³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), en todo el mundo, cada año más de 4 000 000 mujeres desarrollaran preeclampsia (PE), cerca de 100 000 mujeres presentarán convulsiones eclámpticas y más del 90 % de esos casos ocurrirán en países en desarrollo.⁽¹⁾

En relación a la HTA crónica, se calcula que su prevalencia global en las mujeres es de 26,3 %, y en el transcurso de este milenio la prevalencia en mujeres que se embarazan, será aproximadamente del 3 %.⁽⁴⁾

El riesgo de desarrollar PE sobreañadida en la HTA crónica, se estima es de un 17 % a un 25 %.⁽⁵⁾

Los trastornos hipertensivos del embarazo son considerados un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares y de

mortalidad asociada. Se estima que la mujer que desarrolla hipertensión durante la gestación tiene mayor riesgo de padecer HTA pasado los 40 años, en relación con la no hipertensa.^(6,7)

Velásquez⁽⁶⁾ señala cómo los cambios fisiológicos del embarazo, entre los que se encuentran: gasto cardíaco aumentado, tendencia a la hipercoagulabilidad, aumento de marcadores de inflamación, sumado a una insulinoresistencia y dislipidemia posterior a la semana 20, hacen que la gestación sea considerada un síndrome metabólico transitorio. El que predispone a la disfunción endotelial, llegando a ser más acentuados en la paciente que desarrolla hipertensión; asociándose con un aumento de cuatro veces el riesgo de sufrir enfermedad isquémica cardíaca, dos veces en enfermedad cerebrovascular y de 5-9 veces de desarrollar diabetes mellitus.

En ocasiones, estos trastornos hipertensivos no quedan limitados al período gestacional, pueden extenderse, debutar o concluir en el puerperio: período comprendido desde final del parto hasta 6 o 8 semanas después del mismo, cuando se ha logrado la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer por completo.⁽⁸⁾

La hipertensión junto a las hemorragias y las infecciones, es considerada una de las principales causas de morbimortalidad durante el puerperio; con un elevado riesgo de muerte entre las primeras 24 horas y la primera semana posparto.⁽⁹⁾

La atención a la puérpera hipertensa merita especial atención. La mayoría de estas pacientes egresan en los primeros días después del parto, debiendo continuar su atención en el nivel primario de salud.

Por ser la HTA en el puerperio una entidad frecuente, cuyo seguimiento recae en los médicos de la atención primaria, se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema incluyendo los últimos diez años. En su mayoría, la búsqueda fue realizada en las bases de dato: Ebsco, Medlain, PubMed, Scielo, Hinari, Lilacs, Cochrane.

En esta revisión se exponen aspectos relacionados con las causas y factores que favorecen la HTA en el puerperio, su incidencia, complicaciones, tratamiento propuesto y seguridad de algunos fármacos durante la lactancia.

Se pretende así dar respuesta a interrogantes que con frecuencia se formula el personal médico que asiste a estas pacientes en la atención primaria.

Conocer algunos aspectos sobre la HTA en el puerperio, permitirá contribuir a garantizar una adecuada atención al binomio madre-recién nacido durante este importante período.

DISCUSIÓN

A continuación se da respuesta, según estudios y criterios de otros autores, a interrogantes que a menudo surgen cuando se asiste a una puérpera hipertensa en el nivel primario de salud.

¿A qué situaciones obedece la hipertensión en el puerperio?

Los trastornos hipertensivos durante la gestación han sido objeto de varios sistemas de clasificación. Una de las más aceptadas es la propuesta por el National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) de los Estados Unidos, publicada en julio de 1990, que actualizó su publicación en el año 2000, e incluye:^(10,11)

Hipertensión gestacional. HTA diagnosticada después de las 20 semanas, sin evidencia de proteinuria.

Preeclampsia-eclampsia. HTA diagnosticada después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria o compromiso de algún órgano blanco. Eclampsia, si se presentan convulsiones.

Hipertensión crónica. HTA presente antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las 20 semanas de gestación. También la hipertensión que persiste posterior al puerperio.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada. HTA presente antes del embarazo, en quien se incrementan los niveles de presión arterial, se detecta proteinuria por primera vez o se agrava una ya existente, o se añade trombocitopenia.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presencia de hipertensión en el puerperio obedece a una de las siguientes situaciones:⁽⁶⁾

-Gestante que presentó preeclampsia o hipertensión gestacional y continúa hipertensa en el puerperio.

-Hipertensa crónica que desarrollo o no preeclampsia sobreañadida durante la gestación o el puerperio.

-Hipertensión que se presenta por primera vez en el puerperio, pudiendo tratarse de: preeclampsia, eclampsia, HTA crónica o HTA transitoria.

¿Qué cambios hemodinámicos ocurren durante el puerperio?

El perfil hemodinámico del puerperio es tema aún sujeto a investigaciones. Dentro de los cambios fisiológicos cardiovasculares que se producen en este período se incluye una disminución de la volemia en un 16 % al tercer día posparto, llegando a un 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 un 13 % durante el puerperio inmediato y luego disminuye un 40 % al final del puerperio. La frecuencia cardíaca, la tensión arterial diastólica (TAD) y la tensión arterial sistólica (TAS) deben volver a sus valores pregestacionales al final de la segunda semana posparto.⁽⁸⁾

En igual período se ha observado excreción urinaria de sodio y se ha postulado que puede ser el resultado de un aumento en el péptido natriurético atrial (ANP) que cumple funciones en la natriuresis y en la inhibición de la aldosterona, angiotensina II y vasopresina.^(6,12)

Pero también se ha comprobado que en los primeros cinco días después del parto, la tensión arterial (TA) aumenta progresivamente y llega a su máximo valor entre el tercer y sexto día. Sospechándose se deba a la movilización del espacio extravascular al intravascular, de los seis a ocho litros de agua total del organismo y de los 950 mEq de sodio total acumulados durante el embarazo. Todo lo cual,

sumado al aporte hídrico durante el parto y primeras horas del puerperio, pudiera contribuir a la aparición de HTA en este periodo.^(6,12)

¿Cuál es la incidencia de los trastornos hipertensivos en el puerperio?

En el puerperio, la incidencia de estos trastornos varía según diferentes autores. Aunque casi todos coinciden en que el riesgo de desarrollar una preeclampsia-eclampsia es mayor en la primera semana postparto, fundamentalmente en las primeras 48 horas.

Velásquez⁽⁶⁾ describe que el 29 % de los casos de eclampsia ocurren en el posparto, la mayoría en las primeras 48 horas, 12 % de los casos después de estas, y solo un 2 % después de 7 días. También hace referencia a reportes suecos donde el 96 % ocurre en las primeras 20 horas.

Ghuman N, et al.,⁽¹³⁾ consideran que la incidencia de la preeclampsia en el puerperio tardío puede ser de un 6 %, incluso sin evidencia de este trastorno en el periparto o antes del parto.

Sabiri A, et al.,⁽¹⁴⁾ plantean que la eclampsia en el posparto ocurre frecuentemente en las primeras 48 horas, con una incidencia entre un 13 y un 37 %. En estudio realizado por estos autores la incidencia de la eclampsia en el puerperio fue de un 19 %, ocurriendo en la mayoría en las primeras 24 horas.

Magee L, et al.,⁽¹²⁾ en el estudio "Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto", hace referencia a datos del Confidential Enquiries into Maternal Deaths del Reino Unido (1997 a 1999), donde señalan que una de cada 15 muertes se atribuía a la hipertensión severa que se desarrollaba solo en el período posparto, en mujeres con preeclampsia prenatal. También hace referencia a una encuesta de 1992, que incluyó a todos los casos de eclampsia del Reino Unido, donde se demostró que el 44 % de los casos de eclampsia ocurren en el período posparto, generalmente dentro de las primeras 48 horas después del parto.

De Morales,⁽⁹⁾ plantea que aunque en casi todas las puérperas que desarrollan preeclampsia ante parto o en el parto la TA regresa a la normalidad en las primeras 24 a 48 horas, incluyendo valores de laboratorio que confirman la regresión del proceso, un pequeño número (25 %) no tiene estos resultados, incluso desarrollan preeclampsia o eclampsia.

Velásquez,⁽⁶⁾ considera que existen dos factores importantes que ayudan a predecir la duración de la hipertensión arterial en el puerperio y son: la severidad de la enfermedad antenatal y el inicio temprano de la preeclampsia. Señala además, que es probable que la mayor perturbación hemodinámica explique la persistencia de la hipertensión arterial en este período.

¿Concluyen los trastornos hipertensivos de la gestación al finalizar el puerperio?

Los trastornos hipertensivos relacionados con la gestación pueden quedar limitados al puerperio pero en ocasiones se extienden posterior a este o recurren en embarazos posteriores.⁽⁶⁾

Las mujeres con preeclampsia severa o eclampsia tienen riesgos de desarrollar hipertensión crónica en el futuro; la cual puede manifestarse inicialmente como la persistencia de hipertensión en el puerperio. El riesgo es de 14,8 %, en relación a

las mujeres que no presentan preeclampsia-eclampsia durante la gestación (5,6%).⁽¹⁵⁾

En el caso de la hipertensión gestacional, la TA debe normalizarse dentro de las primeras 48 horas o alrededor del 10mo día después del alumbramiento o puerperio; pero en algunas embarazadas puede ser una manifestación precoz de preeclampsia, o ser signos precoz de una hipertensión crónica latente e ignorada.⁽¹⁶⁾

Romero Gutiérrez, et al.,⁽¹⁷⁾ en un estudio donde analizan la evolución de la hipertensión gestacional a hipertensión crónica, determinaron que el 6.6% de las pacientes investigadas evolucionó a la cronicidad de la hipertensión. Los factores asociados con esta evolución fueron: la edad avanzada, los antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos previos y el sobrepeso.

Estos autores también hacen referencia a un estudio efectuado en Australia que reportó que un 3 % de mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia en el primer embarazo, tuvo hipertensión crónica diagnosticada al inicio de la segunda gestación. Igual describe otra investigación donde el 17 % de las pacientes evolucionó a hipertensión crónica diagnosticada en el segundo embarazo. Por tanto, señalan que el porcentaje de diagnóstico definitivo de hipertensión crónica en pacientes con hipertensión gestacional varía del 3 al 17 %, según la población estudiada.⁽¹⁷⁾

Ndayambagye, et al.,⁽¹⁵⁾ en estudio relacionado con la persistencia de HTA después del puerperio en mujeres con preeclampsia-eclampsia, determinaron que el (27,7 %) del total (195 mujeres) investigadas tuvo persistencia de la hipertensión después del puerperio.

Velásquez⁽⁶⁾, reconoce que estos trastornos hipertensivos se deben considerar como el inicio o tal vez la continuación de un sin número de eventos subclínicos aun ignorados. Plantea que para la preeclampsia, el parto únicamente soluciona la "crisis" temporal que produce el embarazo, mas no alivia definitivamente el trastorno.

¿Qué complicaciones pueden presentar estas pacientes durante el puerperio?

Dentro de las complicaciones que pueden presentar estas pacientes se describen: agravamiento persistente de la HTA que no responde a las medicaciones tradicionales, deterioro renal con oliguria o anuria, persistencia o desarrollo rápido de un síndrome HELLP, desarrollo de preeclampsia, eclampsia u otras alteraciones neurológicas, incluyendo alteración del estado mental, aparición de signos neurológicos focales, edema de retina o ceguera, dolor abdominal severo, alteración de las enzimas hepáticas, coagulación intravascular diseminada, evidencia de trombosis central o periférica, en particular embolia pulmonar, sepsis que no responde al tratamiento antibiótico, síndrome de distrés respiratorio agudo.^(9,18)

¿Cuándo indicar tratamiento antihipertensivo?

Durante la gestación existen varios esquemas de tratamiento propuestos para estos trastornos; la mayoría adaptados, ajustados, según las diferentes sociedades y organizaciones que estudian el tema, así como grupos de consenso que unifican criterios y crean protocolos con este fin.

Vázquez, et al.,⁽¹⁹⁾ plantean que el nivel de TA sobre el cual se debe iniciar el tratamiento antihipertensivo en la gestación, constituye aun un aspecto de debate e incluye no solo la valoración de la cifra de TA si no también la presencia de otros factores de riesgo materno-fetales y el daño de órganos diana. Hacen referencia a otras propuestas que sugieren actuar previamente en los cambios del estilo de vida y comenzar con tratamiento antihipertensivo en aquellas mujeres que persistan con cifras de TAS =140 mmHg o TAD = 90 mmHg, sobretodo si se trata de:

- HTA gestacional sin proteinuria.
- HTA crónica o preexistente antes de las 28 semanas de gestación.
- Preeclampsia.
- HTA crónica y evidencia de daño de órgano diana (corazón, riñón, retina).
- HTA crónica y preeclampsia sobreañadida.

Otros autores señalanque el objetivo primario del tratamiento en mujeres con hipertensión y preeclampsia severas es prevenir complicaciones cerebrales como la encefalopatía hipertensiva y la hemorragia. Clásicamente recomiendan iniciar tratamiento cuando la presión diastólica es 110 mmHg o 105 mmHg.⁽²⁰⁾

El consenso del grupo cubano de HTA y embarazo tiene establecido entre sus criterios que deben tratarse:^(19,21,22)

- Mujeres que persistan con cifras de TAS ≥ 150 mmHg, TAD = 100 mmHg.
- Pacientes con una toma única de TAS ≥ 160 mmHg, TAD ≥ 110 mmHg.

En el caso de las adolescentes, se recomienda iniciar tratamiento medicamentoso si TAD basal < 75 mmHg y presenten cifras sostenidas de este componente en valor = 100 mmHg.^(19,22)

¿Cuándo y cómo tratar la hipertensión en el puerperio?

En relación al puerperio hay muy poca información con respecto a cuándo y cómo tratar la hipertensión en este período, independientemente de los tipos de gravedad, para optimizar la seguridad materna y acortar la estancia hospitalaria.

En la *Guía Argentina para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión en el embarazo*, año 2004,⁽²³⁾ se reconoce que durante el período del puerperio inmediato, la hipertensión toma un tiempo más largo para resolverse y que puede haber, una disminución inicial de la TA, seguido por el desarrollo de hipertensión entre los días 3 y 6. Proponiendo que se deberá mantener el tratamiento antihipertensivo si TAS ≥ 155 mm Hg y/o si la TAD ≥ 105 mm Hg. Se discontinúan las medicaciones antihipertensivas si la TA permanece debajo del nivel hipertensivo durante por lo menos 48 horas.

En lo que respecta a la hipertensión posparto manifiesta, existe un consenso general en relación a que la hipertensión severa debería ser tratada para prevenir las complicaciones vasculares agudas en la madre, como el accidente cerebrovascular, pero no existe consenso para que sea necesario tratar la hipertensión posparto de leve a moderada, ya sea de reciente comienzo o no, e independientemente del tipo.⁽¹²⁾

La Canadian Hipertensión Society recomienda el tratamiento para las mujeres con hipertensión severa o síntomas y para aquellas mujeres con lesión orgánica e hipertensión gestacional moderada, es decir, TAD ≥ 100 mmHg, tres días después del parto y/o evidencia de daño en órganos diana. Proponiendo el uso de metildopa, nifedipina y timolol.^(6,12)

Las guías clínicas que se utilizan en América y Australia reconocen el aumento posnatal de la presión arterial y la posibilidad de que sea necesario incrementar los fármacos antihipertensivos en las mujeres con hipertensión prenatal, incluso crónica, pero no expresan recomendaciones específicas sobre cuándo debe iniciarse el tratamiento y cuál debería ser el objetivo terapéutico.⁽¹²⁾

Velásquez,⁽⁶⁾ hace referencia a propuestas británicas que recomiendan iniciar tratamiento antihipertensivo si la presión arterial es $\geq 150/100$ mmHg en los primeros 4 días posparto; ya que los mecanismos de autorregulación cerebral se pierden por encima de esta cifra de TA y esta puede aumentar en días posteriores.

Plantea considerar como primera opción beta-bloqueadores, antagonistas de canales del calcio e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).⁽⁶⁾

James P y Nelson-Piercy,⁽²⁴⁾ consideran que la metildopa debe evitarse en el postparto debido al riesgo de depresión en la madre. Plantean como primer agente de la línea el atenolol, más nifedipino o los inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), si otro agente se requiere.

En Guía del Hospital Clínico de Barcelona,⁽²⁵⁾ se propone en el caso de la preeclampsia, iniciar tratamiento hipotensor por vía oral a las 24-48 horas postparto si la paciente está hemodinámicamente estable y no presenta pródromos de eclampsia. Para ello proponen emplear dosis iguales o superiores a las empleadas por vía endovenosa. Reconocen habitual el incremento de la TA al tercer día postparto con la necesidad de reajustar el tratamiento para mantener la TA $\leq 160/110$ mm Hg. Empleando como fármaco de primera línea el labetalol, segunda línea los IECA, de ellos el enalapril y los bloqueadores de los canales del calcio como el nifedipino. Utilizan el sulfato de magnesio, de 24 a 48 horas posparto siempre que persista la clínica prodrómica de eclampsia.

En relación a la HTA crónica, todos los autores coinciden en que esta debe regresar a su esquema prenatal, debido a los cambios hemodinámicos que se presentan en este período, la hipertensa crónica puede requerir un aumento de la dosis durante esta etapa.^(6,21,23)

Coincidiendo con lo anterior, Peterson E, et al.⁽²⁶⁾ determinaron en su estudio que en las pacientes hipertensas crónicas y las que requieren de hidralazina intraparto se incrementa la necesidad de antihipertensivos en el puerperio.

Magee L, et al.,⁽¹²⁾ en un trabajo de revisión de ensayos sobre la prevención y tratamiento de la hipertensión posparto, concluye que no existen datos confiables que orienten el tratamiento de las mujeres con hipertensión posparto o con mayor riesgo de sufrir este trastorno. Señala que si un médico considera que la hipertensión es lo suficientemente severa como para tratarla, el agente utilizado debería basarse en su familiaridad con este fármaco.

¿Qué fármacos antihipertensivos pueden ser empleados durante el puerperio?

La elección del tratamiento depende de la etiología del trastorno subyacente y de la excreción del fármaco por la leche materna, pues los efectos de esta medicación en el neonato dependen de la dosis empleada, su excreción y concentración en la leche materna así como los efectos de la droga en la producción de leche. Considerando también la inmadurez del sistema excretor renal del neonato y los niveles que el fármaco alcance en su sangre.^(6,13)

Los diuréticos tiazídicos, a altas dosis, no son aconsejados en las mujeres que deciden amamantar pues disminuyen la producción láctea. Preocupaciones entorno a su uso incluyen: la trombocitopenia neonatal, la hipocaliemia y el ictero, aunque aun estos efectos no han sido demostrados.⁽¹³⁾

Dentro de las drogas simpaticolíticas la hidralazina es una de las más empleadas, sobre todo en el tratamiento de la hipertensión severa. Raramente su uso se extiende en el puerperio, al presentar efectos antihipertensivos impredecibles, una corta duración de su acción y al producir taquicardia refleja como efecto indeseable. Pese a su baja concentración en la leche materna no se recomienda como tratamiento de rutina o sea de mantenimiento en estos casos.⁽¹³⁾

La reserpina menos comúnmente usada ha sido reportada como causa de congestión nasal y aumento de las secreciones respiratorias en los neonatos.⁽¹³⁾

La metildopa, es una de las drogas mas antiguamente reconocidas en el tratamiento de la HTA durante la gestación, su uso puede extenderse en el puerperio, pero se recomienda precaución ante dosis altas y tratamiento prolongado pues puede producir letargia y depresión en la madre e interferir en las demandas del neonato.^(13,24,27)

Raramente, betabloqueadores como el propranolol, labetalol, atenolol y metoprolol, logran altos niveles en la leche materna para ser transferidos al neonato y poder inducir señales de bloqueo cardíaco neonatal. Aunque en relación al atenolol han sido reportados casos de letargo y bradicardia, la Asociación Americana de Pediatría avala su uso durante la lactancia, pero con precaución.^(5,13)

En relación a los bloqueadores de los canales del calcio, el más empleado es el nifedipino, aunque a veces su uso se limita por su efecto taquicardizante.⁽¹³⁾

Los IECA, contraindicados durante la gestación pero seguros durante la lactancia, son útiles en el tratamiento de la HTA en el puerperio, en particular en pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus y en enfermedad renal crónica. El enalapril es el más recomendado por su pobre excreción en la leche materna. El empleo de estos fármacos está avalado por la (APA). No se ha reportado el uso de otros IECA durante la lactancia.^(6,13,27-29)

La Sociedad de Ginecólogos y Obstetras de Canadá aceptan el uso del nifedipino, labetalol, metildopa y captopril como fármacos seguros durante la lactancia.⁽⁵⁾

Beardmore KS, et al. indican en su estudio que los IECA, metildopa, algunos betabloqueadores y anticálcicos parecen ser seguros en la lactancia materna.⁽³⁰⁾

¿Cuándo deben egresar estas pacientes? ¿Cómo debe ser su seguimiento posterior al egreso?

Las pacientes hipertensas en el puerperio deben ser alta hospitalaria después del tercer o cuarto día posparto, ya que el riesgo de hemorragia intracraneal y de eclampsia es menor después del tercer día.⁽⁶⁾

Se debe dar alta a la paciente siempre y cuando tenga una TA < 150/100 mmHg.^(6,13,25)

Todas las pacientes deben ser evaluadas como mínimo cada siete días durante las primeras doce semanas posparto, con el objetivo de identificar la evolución de la

hipertensión a la cronicidad así como regular el tratamiento farmacológico, entregando siempre instrucciones claras sobre sintomatología de encefalopatía hipertensiva y de eclampsia, en la primera semana posparto.^(6,13,25)

En ocasiones, los trastornos hipertensivos no quedan limitados al período gestacional, pueden debutar, concluir o extenderse posterior al puerperio. Es por ello que la atención a la puerpera hipertensa merita especial atención y su seguimiento debe realizarse hasta concluir las doce semanas postparto. Son junto a las hemorragias y las infecciones una de las principales causas de morbimortalidad durante este período. En los primeros cinco días después del parto, la TA aumenta progresivamente y llega a su máximo valor entre el tercer y sexto día, es en este período donde mayormente ocurren complicaciones como la PE y la eclampsia. La mayoría de los autores recomiendan el empleo de antihipertensivos si la TA es \geq 150/100 mmHg para evitar, fundamentalmente, complicaciones cerebrovasculares. Los fármacos más recomendados son betabloqueadores, IECA y anticálcicos. Conocer estos aspectos permitirá brindar una adecuada atención al binomio madre-recién nacido durante este importante período.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Mora J. Preeclampsia-eclampsia. Rev Latinoam Hipertensión [Internet]. 2007 [citado 26 Sep 2011]; 2(4): 117-27. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=170216979004>
2. López-Jaramillo P, Pradilla LP, Castillo VR, Lahera V. Patología socioeconómica como causa de las diferencias regionales en las prevalencias de síndrome metabólico e hipertensión inducida por el embarazo. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2007 [citado 26 Sep 2011]; 60: 168-78. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/ca/node/2052395>
3. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [citado 26 Sep 2011]; 69(1): 14-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100004&lng=es
4. Iñigo RCA, Torres GLG, Vargas GA, Angulo VJ, Espinoza OMA. Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2008 [citado 26 Sep 2011]; 76(4): 202-10. Disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
5. Seely EW, Ecker J. Clinical practice chronic hypertension in pregnancy. New England J Med [Internet]. 2011 [citado 26 Sep 2011]; 365: 439-6. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.nejm.org/whalecom0/doi/full/10.1056/NEJMcp0804872>
6. Velásquez JA. Hipertensión Postparto. Rev Colomb Obstetr Ginecol [Internet]. 2005 [citado 26 sep 2011]; 56: 141-46. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195214313005>

7. Garovic VD, Bailey KR, Boerwinkle E, Hunt SC, Weder AB, Curb D, et al. Hypertension in pregnancy as a risk factor for cardiovascular disease later in life. *J Hypertens* [Internet]. 2010 Apr [citado 26 Sep 2011];28(4):823-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/efetch/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=20087214>
8. Pérez C, Silva MA. Puerperio normal y patológico. En: Salina Portillo H, Parrra CM, Valdés RE, Carmona GS, Oropazo RG. *Guías Clínicas. Obstetricia*. Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile. 2005. p. 115-23.
9. Morales de RVB. Seguimiento de las pacientes con Hipertensión arterial inducida por el embarazo durante el puerperio. Trabajo de grado. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" Barquisimeto; 2001. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWQ240B332001.pdf
10. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2000 [citado 26 Sep 2011]; 183:S1-S22. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920346>
11. Roberts JM, Pearson G, Cutler Lindheimer M. Scientific Contributions. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. *Hipertensión* [Internet]. 2003 [citado 26 Sep 2011];41:437-45. Disponible en: <http://hyper.ahajournals.org/content/41/3/437.short>
12. Magee L, Sadeghi S. Prevención y tratamiento de la hipertensión posparto. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 No. 4. Oxford: Update Software. [citado 26 Sep 2011] Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203206398&DocumentID=CD004351>
13. Ghuman N, Rheiner J, Tendler BE, White WB. Hypertension in the postpartum woman: clinical update for the hypertension specialist. *J Clinical Hypertension* [Internet]. 2009 Dec [citado 20 Jul 2011];11(12):726-33. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecomonlinelibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1111/jch.2009.11.issue-12/issuetoc>
14. Sabiri A, Moussalit S, Salmi S, El Youssefi M. Miguil L'éclampsie du post-partum: épidémiologie et pronostic. Post-partum eclampsia: epidemiology and prognosis. *J Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. 2007 [citado 20 Jul 2011];36(3):276-80. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/article/118066>
15. Ndayambagye EB, Nakalembe M, Kaye Dan K. Factors associated with persistent hypertension after puerperium among women with pre-eclampsia/eclampsia in Mulago Hospital, Uganda. *J BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010 [citado 20 Jul 2011];10:12. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/12>
16. Lledó Guerrero AA. La hipertensión arterial y el embarazo: conceptos actuales del síndrome hipertensivo gestacional. *Rev Sociedad Paraguaya de Cardiología* [Internet]. 2005 [citado 20 Jul 2011];3(2):114-32. Disponible en:

<http://www.sscardio.org/wpcontent/uploads/2007/revisiones/lledoguerrerohtaembrazo.pdf>

17. Romero Guerrero G, Muro Barragán SA, Ponce Ponce AL. Evolución de hipertensión gestacional a hipertensión crónica. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [citado 20 Jul 2011]; 77(9):401-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom099b.pdf>
18. IntraMed [Internet]. Buenos Aires. c 1997-12 [actualizado 18 Nov 2008; citado 20 Jul 2011]. Lovesio C. Medicina Intensiva: Emergencias hipertensivas en el embarazo. Disponible en: <http://www.intramed.net/actualidad/contenidover.asp?contenidoID=56475>
19. Vázquez Vigoa A, Gómez Goliat R, Román Rubio P, Guzmán Parrado R, Méndez Rosabal A. Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Med [Internet]. 2005 Ago [citado 26 Ago 2011];44(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400010&lng=es.
20. Pinedo A, Ordenique L. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. Rev Ginecol y Obstetricia [Internet]. 2001 [citado 26 Agos 2011];47(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_47n1/complicaciones_mater.htm#
21. Consenso de Procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: MINSAP; 2010.
22. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M, Somoza ME. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2004 Ago [citado 26 Sep 2011];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200006&lng=es.
23. Lapidus AM. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004. Disponible en: www.sati.org.ar/files/.../Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf
24. James PR, Nelson- Piercy C. Management of hypertension before, during, and after pregnancy. Heart [Internet]. 2004 [citado 26 Sep 2011];90:1499-1504. Disponible en: <http://heart.bmj.com/content/90/12/1499.short>
25. Gómez O, Figueras F, Bellart J, Plaza A. Guía clínica hipertensión inducida por la gestación: hipertensión gestacional y preeclampsia. Servicio de Medicina Materno Fetal Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínico de Barcelona. [citado 23 Jun 2008]. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clínica/images/protocolos/patología_materna_y_obstetricia/hipertensión_inducida_por_la_gestación.pdf
26. Peterson E, Craigo S, House M. Risk factors for postpartum. Antihypertensivo medication requirement in severa preeclampsia. Hypertens Pregnancy [Internet]. 2010 [citado 26 Sep 2011];29(3):350-6. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10641950902968700>
27. Di Marco I, Basualdo MN, Di Petranonio E, Paladino S, Ingilde M, Domergue G, et al. Estados Hipertensivos del embarazo. Guía de práctica Clínica. 2010. Rev

Hosp Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2011 [citado 26 Sep 2011];30(2). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showIndex&id_revista=150&id_seccion=2465&id_ejemplar=7414

28. Trastornos Hipertensivos del Embarazo. Protocolos SEGO. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [citado 26 Sep 2011];50(7):446-55. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/151/151v50n07a13108003pdf001.pdf>

29. Ghanem FA, Movahed A. Use of antihypertensive drugs during pregnancy and lactation. Cardiovascular [Internt]. 2008 [citado 26 Sep 2011];26(1):38-49. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1527-3466.2007.00036.x/citedby>

30. Beardmore KS, Morris JM, Gallery ED. Excretion of antihypertensive medication into human breast milk: a systematic review. Hypertens. Pregnancy [Internet]. 2002 [citado 26 Sep 2011];21(1):85-95. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/PRG-120002912>

Recibido: 13 de diciembre de 2011.

Aprobado: 21 de enero de 2012.

Gretty Santana Hernández. Hospital Provincial Docente Ginecóbstétrico Julio Rafael Alfonso Medina. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: grettysh.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Santana Hernández G. Hipertensión arterial en el puerperio. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado: fecha de acceso];34(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema08.htm>