

# HIPERTENSIÓN EN EL POSTPARTO

Irene Vico Zúñiga, Rebeca Jiménez Alfaro, Mercedes Valverde Pareja

## DEFINICIONES

La **hipertensión gestacional** se define como una tensión sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o una diastólica  $\geq 90$  mmHg en una paciente previamente normotensa que es gestante de más de 20 semanas y no tiene proteinuria o signos de disfunción orgánica. Este diagnóstico puede cambiar si se presentan las siguientes circunstancias:

- Si aparece proteinuria o signos de disfunción orgánica → **Preeclampsia**. Ocurre en 1/4 pacientes con hipertensión gestacional.
- Si las cifras de tensión arterial (TA) se mantienen elevadas a las 12 semanas del parto → **Hipertensión crónica**
- Si las cifras de TA se normalizan antes de las 12 semanas postparto → **Hipertensión arterial transitoria del embarazo**.

En la mayoría de las pacientes la hipertensión gestacional se normalizan en la primera semana postparto. Sin embargo, el tiempo medio de normalización de la TA en los casos de preeclampsia es de dos semanas. La tasa de recuperación es más lenta debido al periodo de resolución del daño endotelial, que no ocurre en los casos de hipertensión gestacional.

## MANEJO DE LA HIPETENSIÓN EN EL POSTPARTO INMEDIATO

La hipertensión en el postparto puede ser por persistencia de una hipertensión anteparto/intraparto o por su nueva aparición tras el mismo. La relacionada con la preeclampsia previa normalmente se resuelve espontáneamente en pocas semanas ( $16 \pm 9,5$  días) y prácticamente siempre está resuelta a las 12 semanas. Sin embargo, en algunos casos permanece elevada pasados los 6 meses del parto, en cuyo caso hay que tratarlo como una hipertensión crónica.

### En mujeres con hipertensión crónica:

Se debe continuar el mismo tratamiento que el que hubiera seguido durante el embarazo o ajustar el que tuviera antes del mismo.

### **En mujeres con preeclampsia ya diagnosticada:**

No hay evidencia en cuanto al mejor protocolo de seguimiento postparto. Si ha sido preciso el tratamiento con sulfato de magnesio se recomienda monitorizar la TA cada dos horas y repetir las determinaciones analíticas hasta que haya dos normalizadas consecutivas.

Hay que estar alerta porque la presión arterial puede ser más alta en el postparto que en el momento del parto o la gestación. Esto es debido a la combinación de varios factores que ocurren después del alumbramiento:

- La administración de solución salina en mujeres sometidas a cesárea o previa a la analgesia epidural
- La pérdida de la vasodilatación.
- La movilización del volumen extravascular.
- La administración de AINEs como analgésicos. Se deben evitar si la tensión no está bien controlada o en casos de insuficiencia renal, oliguria o trombocitopenia.
- El uso de derivados ergóticos para prevenir o tratar las hemorragias postparto

### **Las mujeres en las que la preeclampsia debuta después del parto:**

Los criterios diagnósticos de hipertensión grave o de síndrome HELLP son los mismos que durante el embarazo. Existe otra causa de hipertensión en el postparto que es más rara y es el hiperaldosteronismo primario. En estas pacientes las cifras de tensión son bajas durante el embarazo por el efecto natriurético de la progesterona y pueden presentar hipertensión con o sin hipokaliemia tras el parto.

Se debe realizar una correcta historia clínica que incluya la medicación administrada intraparto y el balance de fluidos durante el mismo. Se aconseja realizar una exploración física para buscar síntomas neurológicos, cardiacos o gastrointestinales, que estarían relacionados con iatrogenia farmacológica o de la sueroterapia.

La terapia antihipertensiva está indicada si las cifras de TA son  $\geq 150$  mmHg de presión sistólica o  $\geq 100$  mmHg de presión diastólica, tomada en dos

ocasiones separadas por un intervalo de 4-6 horas. Si es  $\geq 160/110$  se debe iniciar tratamiento en la primera hora. Sería preciso añadir el sulfato de magnesio si presenta cefalea o visión borrosa o si las cifras de TA son de hipertensión severa, ya que el riesgo de convulsión es más alto.

## **FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna no empeora la hipertensión arterial, pero hay que ajustar y elegir el tratamiento que combine la mayor eficacia hipertensiva con el menor riesgo para el recién nacido. De los grupos más frecuentemente utilizados destacamos:

- *Inhibidores beta-adrenérgicos*: se consideran seguros el propanolol, metoprolol y el labetalol por su baja concentración en leche materna (menos de un 2%)
- *Calcio-antagonistas*: pasan a la leche materna pero se consideran compatibles con la lactancia materna el diltiazem, nifedipino, nicardipina y el verapamilo.
- *Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)*: se transfieren a la leche en escasa cantidad pero los recién nacidos pueden tener más efectos hemodinámicos con estos medicamentos (hipotensión, oliguria, convulsiones), por lo que debe valorarse su estado antes de iniciar el tratamiento. No obstante, la Academia Americana de Pediatría los considera compatibles con la lactancia.
- *Antagonistas de la angiotensina II (ARA2)*: no hay información sobre su uso durante la lactancia.
- *Diuréticos*: se pueden usar aunque pueden disminuir el volumen de producción de leche materna.

## **SEGUIMIENTO EN EL PUERPERIO**

Si la TA no es severa o se normaliza el tratamiento antihipertensivo se debe retirar pero se recomienda dar el alta con tratamiento si las cifras son  $\geq 140$  mmHg.

Deben tener un seguimiento ambulatorio estrecho, aunque no hay un protocolo establecido. La ACOG propone el control de la TA a las 72 horas, ya

sea ingresado o en el domicilio y repetir a los 7-10 días postparto. Algunos pacientes precisan un seguimiento más largo, continuándolo el tiempo necesario hasta que los signos y síntomas de la preeclampsia hayan desaparecido. Si las cifras se mantienen normales con el tratamiento, se suele suspender a las 3 semanas para revalorar la necesidad de su continuidad, o antes si se presentan episodios de hipotensión.

Los fármacos a utilizar son los mismos que en las pacientes no gestantes, teniendo en cuenta los contraindicados con la lactancia materna como se ha dicho anteriormente. En caso de hipertensión grave con edemas significativo se puede añadir furosemida 20 mg cada 24 horas durante 5 días para facilitar el retorno a la normalidad. Algunas guías recomiendan evitar la alfametidopa por el riesgo de depresión postparto.

## **PRONOSTICO**

### **Riesgo de recurrencia**

En un metanálisis realizado en 2015 que incluye datos de 24.000 pacientes *con hipertensión gestacional* que volvieron a quedar embarazadas encontraron que un 22% de los casos desarrollaban de nuevo hipertensión (15% hipertensión gestacional y 7% preeclampsia).

De las 75.000 pacientes *con preeclampsia* el 20% desarrolló hipertensión en el siguiente embarazo y el 16% preeclampsia. El riesgo de recurrencia es mayor a menor edad gestacional en el momento del diagnóstico y a más severidad del cuadro. Si la preeclampsia no ha sido severa el riesgo es del 5-7% y si en el primer embarazo ha tenido una TA normal solo es del 1%. En caso de haber ocurrido en una gestación gemelar, el riesgo de recurrencia en una gestación única subsiguiente es menor.

Además del riesgo de que vuelva a aparecer en el siguiente embarazo, existen más probabilidades de restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino, desprendimiento de placenta y muerte fetal intrauterina debido a problemas en la placentación, sin que tenga que llevar de nuevo asociada la preeclampsia.

## **Pronóstico a largo plazo**

La hipertensión gestacional está asociada con el desarrollo posterior de hipertensión crónica y relacionada con la aparición de patología cardiovascular, la insuficiencia renal crónica y la diabetes mellitus.

### **Patología cardiovascular:**

Las mujeres con preeclampsia tienen mayor riesgo de hipertensión crónica (RR 3,7), cardiopatía isquémica (RR 2,16), ictus (RR 1,81) y trombosis venosa profunda (RR 1,79). El riesgo global de que las pacientes con o sin historia de preeclampsia desarrollen alguna de estas patologías entre los 50 y los 59 años de edad se ha estimado en un 17,8 y un 8,3%, respectivamente.

Aquellas pacientes con preeclampsia severa o de inicio temprano que tienen un parto pretérmino son las que mayor riesgo de patología cardiovascular tienen a lo largo de su vida, incluida la menopausia. El riesgo de muerte de causa cardiovascular es de 8 a 9 veces mayor.

### **Diabetes mellitus**

La hipertensión gestacional y la preeclampsia sin diabetes gestacional está relacionada con una incidencia de diabetes mellitus multiplicada por 2 en el futuro. Si además de tensión alta ha habido diabetes gestacional, el riesgo se aumenta 16-18 veces, que es más que el riesgo de desarrollar la diabetes después de una diabetes gestacional sin hipertensión (13 veces).

### **Insuficiencia renal**

El riesgo relativo de insuficiencia renal severa es de 4,7, pero el riesgo absoluto para esta patología es bajo, menos de un 1%. Parece que la preeclampsia no causa el daño renal agudo, pero sí desencadena un proceso de deterioro crónico.

### **Hipotiroidismo subclínico**

Un estudio de casos y controles encontró que las mujeres nulíparas que desarrollaron preeclampsia tenían el doble de probabilidades de desarrollar hipotiroidismo subclínico durante el embarazo y después del parto. El riesgo fue más fuerte en las mujeres con preeclampsia recurrente y sin anticuerpos anti-peroxidasa. En un estudio que incluyó a 25.000 mujeres embarazadas, las

mujeres con hipotiroidismo subclínico identificado durante el embarazo tenían un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia grave en comparación con las mujeres eutiroides (OR 1,6; IC del 95%: 1.1 a 2.4), después de ajustar por factores de riesgo de preeclampsia. Los niveles anormales de hormonas tiroideas parecen dañar las células endoteliales, que puede conducir a la preeclampsia y secuelas cardiovasculares a largo plazo.

## **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1122.

August P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. *Up To Date* Jan 2015.

Avan Oostwaard MF, Langenveld J, Schuit E et al. Recurrence of hypertensive disorders of pregnancy: an individual patient data metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015: 9

Magee LA, Pels A, Helewa M et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36:416-38.

NICE Clinical Guideline. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. January 11, 2012. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24122>).

Podymow T, August P. Postpartum course of gestational hypertension and preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2010; 29:294-300.

Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206:470-5.