



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1138 - Enfermedad hipertensiva en el Puerperio

L. Bernabé Vera<sup>a</sup>, L. León Martínez<sup>b</sup>, A. Vázquez Ballesta<sup>c</sup>, M. Clemente García<sup>d</sup>, C. Flores Álvarez<sup>d</sup>, M.M. Antonio González<sup>e</sup>, A. Lueje Saorín<sup>c</sup> y O.J. Huerta de Mora<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Puérpera de 41 años que acude a consulta por tensión arterial elevada de 4 días de evolución. Durante la gestación y el parto ha presentado TA normal. Recién nacido por parto natural sin complicaciones. En el posparto inmediato TA 135/86 pero en la semana 10 del postparto ha comenzado con TA de hasta 180/110. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes personales: no AMC. No Qx. Hipotiroidismo gestacional en tratamiento con Eutirox 25 mg. No hábitos tóxicos. TA 180/110. FC 72 lpm. Tº afebril. Buen estado general. Eupneica en reposo. Bien hidratada, nutrida y perfundida. CyC: No adenopatías. Ni soplos carotídeos, ni IY. ACP: rítmica, sin soplos, mvc, sin sibilancias. ABD: blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas ni organomegalias, no signos de irritación peritoneal, RHA normales, PPRB negativa. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios conservados y simétricos. NRL: pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales centrados, fuerza conservada en las cuatro extremidades, maniobras cerebelosas normal, ROT presentes y simétricos, no signos de irritación meníngea, Romberg negativo. Esfera ginecológica: G1P0C0E0. Triple toma de TA: TAm 160/100. Analítica sangre: sin hallazgos significativos Anormales y sedimentos: sin alteraciones (no proteinuria, ni microalbminuria) ECG: ritmo sinusal, a 72 lpm, no alteraciones de la repolarización.

**Juicio clínico:** Enfermedad hipertensiva en el puerperio.

**Diagnóstico diferencial:** El perfil hemodinámico del puerperio es tema aún sujeto a investigaciones, por lo que son múltiples los artículos científicos que apoyan la necesidad de realizar una anamnesis detallada en busca de posibles factores etiológicos de hipertensión arterial postparto tales como: medicamentos como AINEs. Hipervolemia. Dolor y/o ansiedad. Enfermedad renal. Patología endocrina como aldosteronismo, sd. Cushing, hipertiroidismo, feocromocitoma...

**Comentario final:** En relación al puerperio hay muy poca información con respecto a cuándo y cómo tratar la hipertensión en este período, para optimizar la seguridad materna y acortar la estancia hospitalaria. Las pacientes hipertensas en el puerperio son dadas de alta después del 3º-4º día postparto, ya que el riesgo de hemorragia intracranal y de eclampsia es menor. Se debe dar de alta con cifras tensionales 150/100 mmHg. Deben ser evaluadas como mínimo cada siete días durante las primeras doce semanas postparto, con el

objetivo de identificar la evolución de la hipertensión a la cronicidad así como regular el tratamiento farmacológico. Existe consenso, en las distintas guías internacionales, sobre el comienzo del tratamiento cuando la hipertensión arterial es persistente con cifras de TA > 150/100 mmHg y/o existencia de crisis hipertensivas. Respecto a la lactancia, el labetalol así como el nifedipino y enalapril se excretan mínimamente en la leche materna, por lo que son los fármacos de elección. Destacar que la atención a la puérpera hipertensa realizada a través del médico de familia, es de especial importancia hasta concluir las doce semanas posparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención y tratamiento de la hipertensión postparto. Biblioteca Cochrane Plus, nº 3, 2008.
2. Importante revisión: Hipertensión posparto. <http://www.intramed.net/>
3. Hernández G, Medina J. Arterial hypertension in the puerperal period. Hospital Provincial Matanzas, Cuba.
4. Hidalgo M. Hipertensión en el posparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago Oriente, Chile.
5. Hernández-López GD. Preeclampsia posparto. Rev Hosp Jua Mex. 2012;79(3).
6. Velásquez J. Postpartum hypertension. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005;56.