

Diagnóstico y manejo en primer nivel de atención de preeclampsia posparto de inicio tardío. Reporte de caso

Rivadeneira Josue

<https://orcid.org/0000-0002-3930-252X>

¹ Universidad de La Frontera, Doctorado de Ciencias Médicas, Temuco, Chile.

² Zero Biomedical Research, Quito, Ecuador.

⁴ Núcleo Milenio de Sociomedicina, Santiago, Chile.

Jácome-García Michelle

<https://orcid.org/0000-0003-1244-9529>

² Zero Biomedical Research, Quito, Ecuador.

Guerra-Tello María José

<https://orcid.org/0000-0002-3559-6794>

² Zero Biomedical Research, Quito, Ecuador.

Fuenmayor-González Luis

<https://orcid.org/0000-0001-6141-7692>

² Zero Biomedical Research, Quito, Ecuador.

³ Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, Ecuador.

García-Méndez Nayeli

<https://orcid.org/0000-0002-2251-8148>

¹ Universidad de La Frontera, Doctorado de Ciencias Médicas, Temuco, Chile.

⁴ Núcleo Milenio de Sociomedicina, Santiago, Chile.

Correspondencia: Josue Rivadeneira; j.rivadeneira01@ufromail.cl

Recibido: 08 de noviembre 2022

Aceptado: 10 de diciembre 2022

Resumen:

Introducción: La hipertensión posparto de inicio tardío se presenta desde las 48 horas hasta las 6 semanas postparto, afectando al 2% de los embarazos relacionados o no con antecedentes de hipertensión gestacional. La preeclampsia posparto tiene una incidencia del 5,7% a las 72 horas del parto y está asociada a varios factores maternos como la edad (≥ 35 años), etnia (negra) y obesidad ($\text{IMC} \geq 30$), presentando mayor riesgo en embarazos múltiples, madres añosas (mayores de 35 años) hogares con bajos ingresos económicos. Los síntomas más frecuentes de esta patología son cefalea, disnea, trastornos visuales y edema periférico.

Objetivo: Describir la experiencia en un centro de salud de atención primaria, el manejo de una paciente diagnosticada de preeclampsia posparto de inicio tardío, así como las características clínicas y factores de riesgo.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente indígena de 32 años con antecedente de parto gemelar quien en su control del puerperio a las 72 horas presentó hipertensión arterial, cefalea frontal, edema periférico y proteinuria estableciéndose el diagnóstico de preeclampsia posparto de inicio tardío. No fue posible la referencia a un segundo nivel de atención por las características culturales de la paciente por lo cual recibió manejo clínico y tratamiento en el primer nivel de atención presentando una evolución favorable sin complicaciones.

Conclusiones y recomendaciones: La hipertensión posparto de inicio tardío es una patología poco frecuente en el puerperio, infradiagnosticada, con complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo, por lo cual su diagnóstico, diferenciación y manejo debe ser óptimo en base a las recomendaciones existentes.

Palabras clave: Preeclampsia, Hipertensión, Hipertensión inducida en el embarazo, Puerperio, Atención primaria.

Diagnosis and management of late-onset postpartum preeclampsia at the first level of care. Case report.

Abstract

Introduction: Late-onset postpartum hypertension occurs from 48 hours to 6 weeks postpartum, affecting 2% of pregnancies related or not to a history of gestational hypertension. Postpartum preeclampsia has an incidence of 5.7% at 72 hours postpartum and is associated with several maternal factors such as age (≥ 35 years), ethnicity (black) and obesity ($\text{BMI} \geq 30$), presenting higher risk in multiple pregnancies, elderly mothers (older than 35 years) low-income households. The most frequent symptoms of this pathology are headache, dyspnea, visual disturbances and peripheral edema.

Objective: To describe the experience in a primary care health center, the management of a patient diagnosed with late-onset postpartum preeclampsia, as well as the clinical characteristics and risk factors.

Case presentation: We present the case of a 32-year-old indigenous patient with a history of twin birth who in her puerperium control at 72 hours presented arterial hypertension, frontal headache, peripheral edema and proteinuria establishing the diagnosis of late-onset postpartum preeclampsia, after which treatment was initiated at the first level of care, making referral difficult due to cultural characteristics.

Conclusions and recommendations: Late-onset postpartum hypertension is an infrequent pathology in the puerperium, underdiagnosed, with short and long-term cardiovascular complications, so its diagnosis, differentiation and management should be optimal based on existing recommendations.

Keywords: Pre-Eclampsia [MeSH], Hypertension [MeSH], Hypertension, Pregnancy-Induced [MeSH], Postpartum Period [MeSH], Primary Care.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Josue, Jácome-García Michelle, Guerra-Tello María José, Fuenmayor-González Luis, García-Méndez Nayeli. Diagnóstico y manejo en primer nivel de atención de preeclampsia posparto de inicio tardío. Reporte de caso. Rev Fac Med (Quito). 2023; 48(1): 27-31



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

Introducción

Los trastornos hipertensivos en el embarazo definidos como el conjunto de patologías relacionadas a valores elevados de presión arterial durante el periodo de gestación o puerperio son los causantes del 14% de muertes maternas a nivel mundial¹, además, es una de las morbilidades más frecuentes de la gestación, afectando al 10% de los embarazos².

La hipertensión posparto de inicio tardío se define como el incremento de presión arterial en 2 o más tomas separadas por 4 horas con valores mayores o iguales a 140/90mmHg³, diagnosticada desde las 48 horas hasta la sexta semana postparto^{4,5}. Es una patología frecuente, con una prevalencia que llega hasta el 2% de las gestaciones⁶, caracterizándose por presentar asociaciones a diferentes factores de riesgos y un mayor riesgo cardiovascular en relación con otros grupos de preeclampsia gestacional^{7,8}.

En el primer nivel de atención médica, debido a la alta tasa de complicaciones, la función es diagnosticar, estabilizar y referir a centros de mayor complejidad (nivel II– III), pero que ocurre cuando no se puede cumplir con esta normativa^{9,10}, el presente reporte tiene como objetivo describir la experiencia en un centro de salud de atención primaria, el manejo de una paciente diagnosticada de preeclampsia posparto de inicio tardío, así como sus características clínicas y factores de riesgo.

Presentación del caso

Información del paciente

Mujer de 32 años, etnia e idioma Achuar, procedente del cantón Taisha, Ecuador, de bajos recursos económicos. No presenta antecedentes familiares de importancia.

Antecedentes ginecobstétricos: 5 gestas previas culminados mediante parto céfalo vaginal.

Última gesta

Presentó 5 controles en centro médico de la localidad, en los cuales se evidenció por examen físico un posible embarazo gemelar, no confirmado por falta de disponibilidad de ecografía y exámenes complementarios.

En mayo de 2019 acudió al centro de salud en fase expulsiva del parto por un embarazo gemelar de 38 semanas de gestación, iniciado en su domicilio y asistida por partera local. Se realizaron maniobras para recibir el primer producto en posición podálica, a los pocos minutos se recibe al otro recién nacido en posición cefálica, sin presentar complicaciones durante el alumbramiento; se mantuvo a la madre en observación durante 12 horas, posterior a lo cual la paciente solicitó la alta voluntaria, retornando a su domicilio.

Enfermedad actual y examen físico

A las 72 horas de evolución durante el puerperio, el equipo de salud realizó el control domiciliario donde la paciente informó cefalea frontal de moderada intensidad, 7/10 en escala visual análoga (EVA), presentando una presión arterial (P/A) de 150/100 mmHg y 152/100mmHg en una nueva toma a las 4 horas, frecuencia cardíaca (FC) de 83 latidos por minuto, frecuencia respiratoria (FR) de 22 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno (SO₂%) de 93% a aire ambiente, temperatura (T°) de 37.2°C, proteinuria 1+ en tirilla reactiva y una calificación en el Score MAMA de 6. Al examen físico se evidenció edema palpebral, miembros superiores y edema maleolar; el fondo uterino se encontraba a una altura de O-3 acompañada de hiperreflexia en miembros inferiores.

Diagnóstico

Asociado a estas manifestaciones clínicas, se estableció el diagnóstico de preeclampsia posparto con signos de severidad.

Manejo clínico y tratamiento

La paciente fue trasladada al centro de salud en donde se le colocó un catéter vesical y se inició tratamiento según el protocolo del Ministerio de Salud Pública con sulfato de magnesio (impregnación 4g en 20 minutos y mantenimiento 1g/hora por 24 horas) e hidralazina (5 mg IV lento si P/A \geq 160/110), ya que no se contaba con nifedipina oral como medicamento de primera elección para el manejo de crisis hipertensivas. A continuación, se solicitó referencia a segundo nivel de atención, sin embargo, la paciente se negó a aceptar la referencia argumentando no poseer recursos económicos necesarios para retornar a su

comunidad, por el temor surgido relacionado a la pandemia por COVID-19 y la dificultad para comunicarse con el personal médico del centro de referencia. Se solicitó el apoyo de los líderes sociales de la comunidad, pero no fue posible conseguir la evacuación de la paciente; razón por la cual, se continuó con la observación permanente en el centro de salud.

Tras 48 horas de evolución, la paciente solicitó el alta voluntaria para retirarse a su domicilio con los siguientes signos vitales: P/A de 118/76 mmHg; FC de 60 latidos por minuto; FR de 20 respiraciones por minuto; SO₂% de 98% a aire ambiente, T° de 36.6°C, Proteinuria negativa. Score MAMA: 0. No se administraron medicamentos antihipertensivos orales por falta de principio activo en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Se realizaron visitas domiciliarias subsecuentes durante 6 meses y se registraron tensiones arteriales dentro de los parámetros normales, sin

hallazgos clínicos patológicos, por lo que se consideró cuadro clínico superado sin ninguna complicación.

Discusión

La preeclampsia posparto representa el 0,3% de visitas a urgencias durante el puerperio^{8,11}, manteniendo una incidencia de 5,7% y presentándose con mayor frecuencia a las 72 horas postparto¹², similar a lo reportado en el caso. Fisiopatológicamente se asocia a dos factores: la movilización de líquidos y solutos (retenidos durante el embarazo) hacia el espacio intravascular, y al uso de medicamentos vasoconstrictores como Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES) o ergóticos, utilizados frecuente para la analgesia de las pacientes (6,13). Asociándose principalmente a la edad materna, la raza negra y la obesidad^{7,14} (Tabla 1), así como, con las gestaciones múltiples (1,98%) y hogares con bajos ingresos económicos (1,49%)⁴.

Tabla 1.- Análisis comparativo entre los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia posparto

Factores de riesgo	Bigelow y Col. (2014)		Redman y Col (2019)	
	Característica OR (IC 95%)		Característica OR (IC 95%)	
Edad	>40 años	4,0 (0,85-24,7)	≥ 35 años	1,67 (1-09 -2,57)
Raza	Negra	14,85 (3,12- 108,5)	Negra	1,98 (1,32 -2,97)
	Latino	10,25 (2,11 – 77,62)	-----	-----
IMC	≥30	3,52 (1,44 – 9,5)	≥30	2,32 (1,59 – 3,40)

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confianza.; IMC: Índice de Masa Corporal
Elaborado por autores

Con relación a las manifestaciones clínicas de esta patología Redman y col.⁷ informan que la cefalea es el síntoma referido con mayor frecuencia (68,6%), seguida de disnea (21,5%) y edema periférico (18,2%). Lo cual es corroborado por Al-Safi, et al.,⁵ quienes describen una prevalencia del 69,1% para la cefalea, 30,0% de disnea y 10,5% de edema. Bigelow y et al.,¹⁴ refieren que la cefalea aparece en el 85% de los pacientes y el edema periférico en el 28%. En un estudio comparativo entre pacientes con

preeclampsia anteparto y pacientes con preeclampsia posparto realizado por Vilchez, et al.,⁸ se identificó diferencias estadísticas en las manifestaciones clínicas de ambos grupos: cefalea, OR 0,2 (IC 95%: 0,1-0,3), visión anormal, OR 0,4 (IC 95%: 0,2-0,9), y edema periférico, OR 2,6 (IC 95%: 2,1-3,1)⁸. Logrando mediante estos factores de riesgo y manifestaciones clínicas brindar un panorama más amplio, facilitando el diagnóstico de esta patología como ocurrió en el caso descrito (Tabla 2).

Tabla 2.- Manifestaciones clínicas de la preeclampsia postparto

Síntoma/Signo	Al-Safi y Col (2011)	Bigelow y Col (2014)	Vilchez y Col (2016)	Redman y Col. (2019)
Cefalea	69,0%	85,0%	70,7%	68,6%
Disnea	30,0%	----	31,5%	21,5%
Visión anormal	21,1%	9,0%	22,8%	----
Edema periférico	10,5%	38,0%	35,9%	18,2%
Dolor abdominal	5,3%	----	8,7%	14,0%

Elaborado por autores

Para el tratamiento se recomienda el uso de antihipertensivos orales (nifedipino de acción prolongada) o parenterales (labetalol, hidralazina), asociado al uso de sulfato de magnesio, con el objetivo de prevenir otras complicaciones como la eclampsia, síndrome de HELLP, trombocitopenia, hipertensión crónica, entre otros^{6,12,15}. En caso de presentarse en primer o segundo nivel de atención, el personal médico de estos deberá encargarse del tratamiento inicial, logrando estabilizar a la paciente hasta su referencia a un centro de mayor nivel, por esta razón junto al tratamiento se deberá solicitar la referencia^{9,10}.

Sin embargo, este tipo de recomendaciones no toman en cuenta las características culturales y sociales de los pacientes, por ejemplo, la dificultad para comunicarse en un idioma materno diferente, los bajos recursos económicos para la movilización, el analfabetismo, el poco conocimiento en relación a la enfermedad, la falta de apoyo de la comunidad, entre otros, son factores que influyen en la toma de decisión de los pacientes que llevan a disminuir la adherencia al tratamiento, por lo cual, el tomar en cuenta estas características es de vital importancia para lograr disminuir el riesgo de complicaciones y la mortalidad relacionada estas patologías^{16,17}.

A pesar de esto, el caso descrito se manejó acorde a las guías de práctica clínica y con el tratamiento disponible en ese momento, se utilizó como tratamiento preventivo de eclampsia sulfato de magnesio y en el caso de los antihipertensivos, el uso de nifedipino oral no fue posible, ya que no se disponía en ese momento, en su lugar se utilizó hidralazina, considerado como medicamento de segunda línea para el tratamiento de emergencias hipertensivas en el Ecuador¹⁸.

Conclusiones y recomendaciones

La hipertensión posparto de inicio tardío es una patología poco frecuente en el puerperio, infra-diagnosticada, con complicaciones cardiovasculares a corto y largo plazo, por lo cual su diagnóstico, diferenciación y manejo debe ser óptimo en base a las recomendaciones existentes. De igual forma, en el primer nivel de atención se debe realizar un seguimiento continuo y estricto a las pacientes durante el puerperio para identificar de forma precoz este tipo de patologías, así como tener en cuentas las características socioculturales de las pacientes para facilitar su adherencia al tratamiento. Finalmente, es necesario proveer a los establecimientos de salud de primer nivel de atención los insumos y dispositivos médicos necesarios para ofrecer una atención médica oportuna y eficaz a la población.

Agradecimientos

ANID - MILENIO - NCS2021_013

Conflicto de interés

Los autores JR, MJ, MG y LF declaran no presentar conflicto de interés.

Financiamiento

El presente reporte de caso no cuenta con financiamiento externo, es autofinanciado.

Consentimiento informado

No se describen características que permitan identificar a la participante, sin embargo, previo a la redacción se obtuvo el consentimiento informado.

Referencias

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 1 de junio de 2014;2(6):e323-33.
2. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: A systematic review. Vol. 170, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2013. p. 1-7.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 202 Summary. *Obstetrics & Gynecology*. 1 de enero de 2019;133(1):211-4.
4. Wen T, Wright JD, Goffman D, D'Alton ME, Attenello FJ, Mack WJ, et al. Hypertensive Postpartum Admissions Among Women Without a History of Hypertension or Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 1 de abril de 2019;133(4):712-9.
5. Filetti LC, Imudia AN, Al-Safi Z, Hobson DT, Awonuga AO, Bahado-Singh RO. New onset delayed postpartum preeclampsia: Different disorders. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. julio de 2012;25(7):957-60.
6. Sharma KJ, Kilpatrick SJ. Postpartum Hypertension. *Obstet Gynecol Surv*. 1 de abril de 2017;72(4):248-52.
7. Redman EK, Hauspurg A, Hubel CA, Roberts JM, Jeyabalan A. Clinical Course, Associated Factors, and Blood Pressure Profile of Delayed-Onset Postpartum Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 1 de noviembre de 2019;134(5):995-1001.
8. Vilchez G, Hoyos LR, Leon-Peters J, Lagos M, Argoti P. Differences in clinical presentation and pregnancy outcomes in antepartum preeclampsia and new-onset postpartum preeclampsia: Are these the same disorder? *Obstet Gynecol Sci*. 1 de noviembre de 2016;59(6):434.
9. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Dirección Nacional de Normatización, editor. Quito; 2019.
10. Ministerio de Salud Pública. Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS - FCI). 1.a ed. Vol. 1. 2012.
11. Yancey LM, Withers E, Bakes K, Abbott J. Postpartum preeclampsia: Emergency department presentation and management. *Journal of Emergency Medicine*. 1 de abril de 2011;40(4):380-4.
12. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de junio de 2012;206(6):470-5.
13. Goel A, Maski MR, Bajracharya S, Wenger JB, Zhang D, Salahuddin S, et al. Epidemiology and Mechanisms of De Novo and Persistent Hypertension in the Postpartum Period. *Circulation*. 3 de noviembre de 2015;132(18):1726-33.
14. Bigelow CA, Pereira GA, Warmesley A, Cohen J, Getrajdman C, Moshier E, et al. Risk factors for new-onset late postpartum preeclampsia in women without a history of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de abril de 2014;210(4):338.e1-338.e8.
15. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period | ACOG [Internet]. [citado 10 de mayo de 2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/emergent-therapy-for-acute-onset-severe-hypertension-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
16. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev Hosp Ital BAires* [Internet]. junio de 2013 [citado 25 de noviembre de 2022];33(2):60-4. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14745_60-64-HI-33-2-2BARANI_A.pdf Available from:
17. Valera L, Carrasco MA, López R, Ramos P, von Bernhardt R, Bedregal P, et al. Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile Ethical guidelines for medical decision-making during COVID-19 pandemic in Chile. *ÉTICA MÉDICA Rev Med Chile*. 2020;148:393-8.
18. Ministerio de Salud Pública (MSP). Trastornos Hipertensivos en el embarazo [Internet]. 2016 [citado 22 de agosto de 2022]. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf