



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Hipertensión arterial y embarazo: una revisión actualizada del tema

High blood pressure and pregnancy: an updated review of the topic

Carlos David Boris Miclin¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No.2. Santiago de Cuba, Cuba..

Citar como: Boris Miclin CD. Hipertensión arterial: una revisión actualizada del tema. EsTuSalud [Internet]. 2025 [citado colocar fecha del acceso];7(2025):402. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/402>.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial en el embarazo es una condición que requiere atención y manejo cuidadoso para prevenir complicaciones maternas y fetales. La identificación temprana, el monitoreo adecuado y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar los resultados en mujeres embarazadas afectadas por esta condición.

Objetivo: describir las guías clínicas y recomendaciones actuales para el manejo de la hipertensión arterial durante el embarazo.

Métodos: se identificaron 87 artículos, de los cuales se incluyeron 21, más del 75 % de los últimos 3 años. Provenientes de buscadores académicos

como PubMed, MedLine, Ovid, ResearchGate y Google Scholar.

Desarrollo: la hipertensión arterial durante el embarazo es un tema de gran relevancia en la salud materno-infantil, ya que puede tener implicaciones significativas tanto para la madre como para el feto. A continuación, se presenta un resumen sobre este tema, que incluye definiciones, tipos, factores de riesgo, complicaciones, diagnóstico y manejo.

Conclusiones: las guías clínicas y recomendaciones actuales para el manejo de la hipertensión arterial durante el embarazo enfatizan la importancia de un diagnóstico preciso y una vigilancia cuidadosa para minimizar riesgos tanto para la madre como para el feto.

Palabras clave: Embarazo; Hipertensión arterial; Preeclampsia

ABSTRACT

Introduction: Hypertension in pregnancy is a condition that requires careful attention and management to prevent maternal and fetal complications. Early identification,

adequate monitoring, and timely treatment are essential to improve outcomes in pregnant women affected by this condition.



Este artículo está bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de los autores.



Objective: To describe the current clinical guidelines and recommendations for the management of hypertension during pregnancy.

Methods: 87 articles were identified, of which 21 were included, with more than 75% from the last 3 years. They came from academic search engines such as PubMed, MedLine, Ovid, ResearchGate, and Google Scholar.

Development: Hypertension during pregnancy is a highly relevant topic in maternal and child health, as it can

have significant implications for both the mother and the fetus. A summary of this topic is presented below, including definitions, types, risk factors, complications, diagnosis, and management.

Conclusions: Current clinical guidelines and recommendations for the management of hypertension during pregnancy emphasize the importance of accurate diagnosis and careful monitoring to minimize risks to both mother and fetus.

Keywords: Pregnancy; Arterial hypertension; Preeclampsia

Recibido: 06/01/2025

Aceptado: 07/06/2025

Publicado: 18/06/2025

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo complican el 5 al 10 % de las gestaciones en el mundo y son la principal causa de morbilidad materna, fetal y neonatal. Los riesgos maternos incluyen abrupcio placentario, enfermedad cerebrovascular, falla multiorgánica y coagulación intravascular diseminada. La preeclampsia genera en el feto aumento del riesgo de retardo del crecimiento intrauterino (25 %), prematuridad (27 %) y muerte intrauterina (4 %).⁽¹⁾

La incidencia de los trastornos hipertensivos se ha incrementado drásticamente en las últimas décadas. Una de las razones probables se relaciona con la edad avanzada del primer embarazo sumado al aumento de la prevalencia de obesidad y la existencia previa de factores de riesgo cardiometabólicos en las mujeres en edad reproductiva.⁽²⁾

Los trastornos hipertensivos del embarazo tienen una alta prevalencia mundial (alrededor de 32%) e integran el espectro de las complicaciones médicas más comunes durante el embarazo. En países con deficiencias en el servicio de salud, con gran cantidad de pacientes e inadecuados controles prenatales, las complicaciones se registran en 40 a 80% de las gestaciones. Los trastornos hipertensivos del embarazo son la primera causa de muerte materna en los países industrializados y la tercera en los que están en vías de desarrollo. Esto corresponde a 4 defunciones maternas y 150 de neonatos por cada 100,000 nacimientos, respectivamente.⁽³⁾

Esta enfermedad data de hace más de 2000 años, siendo en la actualidad uno de los mayores problemas para la salud de las madres y sus recién nacidos. Las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo se traducen en restricción del crecimiento intrauterino, hemorragias, infecciones e incremento de la mortalidad neonatal. El trastorno hipertensivo por el embarazo complica alrededor del 10% de

estos. Además, son causas para numerosas complicaciones entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente, mortalidad fetal y neonatal, parto pretermo test de Apagar bajo; en la madre puede ocasionar insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada (CID) y shock, entre otros.⁽⁴⁾

En una revisión sistemática de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos del embarazo representaron la segunda causa directa de muerte materna más común en el mundo y la primera en América Latina y el Caribe; el 12% de las muertes maternas en el mundo se deben a la eclampsia. La OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe. Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica, así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia.^(4,5)

En la actualidad, la enfermedad hipertensiva por el embarazo comprende un grupo de padecimiento patológico que tiene como denominador común la elevación de las cifras de la tensión arterial. Entre ellas tenemos a la principal y la más frecuente la preclampsia que es una complicación del trastorno hipertensivo por el embarazo y que puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.⁽⁵⁾

Como esta entidad continúa siendo la enfermedad de las teorías donde se han valorado diversos factores vasculo endoteliales, inmunológicos y genético-hereditario, para explicar la fisiopatología de la enfermedad hipertensiva gravídica y la solución definitiva de este problema parecen distantes; de ahí, que la atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para detectar la hipertensión arterial incipiente, y de ese modo, evitar su progresión grave de la enfermedad. La asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas, la diabetes mellitus, hipertensión crónica, antecedentes familiares de hipertensión arterial, cardiopatías, convulsiones y epilepsia. También encontramos la falta de interés y desconocimiento por parte de las gestantes, alimentación inadecuada, stress entre otros.⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta la importancia de un diagnóstico y tratamiento adecuados en estos casos se propone como objetivo describir las guías clínicas y recomendaciones actuales para el manejo de la hipertensión arterial durante el embarazo.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica mediante la consulta de las bases de datos: Scielo y PubMed, así como revistas de acceso abierto. Para su utilización, las publicaciones encontradas se sometieron a los criterios de inclusión de la revisión: pertinencia con la temática del estudio, que hacen una descripción detallada sobre los trastornos hipertensivos y el embarazo, haber sido publicadas con predominio de los últimos cinco años; ser artículos de revisión, originales, presentaciones de casos, tesis, entre otros, con disponibilidad de texto completo. Se excluyeron aquellas publicadas previas al año 2020, que no abordaran el tema seleccionado, así como cartas al editor,

editoriales y comentarios breves. De los artículos seleccionados según el objetivo de la investigación, se evaluaron inicialmente títulos y resúmenes. Aquellos en los que el resumen no arrojó información suficiente para su selección se les realizaron la lectura del texto completo. De los 87 elementos encontrados, 21 (24,13 %) cumplieron con estos criterios, con los cuales se realizó la presente investigación.

DESARROLLO

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de hospitalización, morbilidad grave, discapacidad a largo plazo y mortalidad tanto para las madres como para sus recién nacidos. Estas enfermedades afectan hasta el 10 % de todos los embarazos en todo el mundo. Este grupo diverso comprende la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la preeclampsia/eclampsia y la preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica. Los criterios para definir a los trastornos hipertensivos del embarazo han evolucionado durante las últimas cinco décadas.⁽⁷⁾

Los trastornos hipertensivos suelen ser diagnosticados en las visitas de atención prenatal, debido a que la mayoría de las mujeres se encuentran asintomáticas en el momento del diagnóstico. Sin atención prenatal las pacientes pueden presentar complicaciones graves como la eclampsia asociada con una morbilidad elevada. Por este motivo, la atención prenatal brinda la oportunidad de diagnóstico temprano, manejo, tratamiento y prevención de los trastornos hipertensivos del embarazo.⁽⁸⁾

La etiología de la pre-eclampsia/eclampsia permanece desconocida. Algunas de las más difundidas son el desequilibrio entre prostaciclina y tromboxano, el papel del óxido nítrico, la susceptibilidad genética, causas inmunológicas, alteración en la reactividad vascular y el riego sanguíneo, disminución del volumen vascular y la filtración glomerular, entre otros. En la patogénesis se incluyen la modificación de la función renal, las modificaciones hidroelectrolíticas y las alteraciones del flujo sanguíneo uteroplacentario.^(8,9)

Los mecanismos que desencadenan la enfermedad están ligados a diferentes etiologías que la preceden, como alteraciones vasculares en el desarrollo de la placenta que conducen a la liberación de mediadores tóxicos que contribuyen a una mala función vascular intraplacentaria y a nivel del organismo de la madre, sumado a un aumento de la resistencia vascular periférica junto a una sobreestimulación en la agregación plaquetaria y activación de los sistemas de coagulación corporales; adicional a esto, se relaciona la aparición de preeclampsia con una etiología genética con alta incidencia en alteraciones mediadas por interacciones genéticas paternas y maternas con el genotipo fetal que van a provocar la aparición de hipertensión arterial como respuesta.^(9,10)

Se considera a la preeclampsia como una entidad multifactorial donde intervienen factores de riesgo asociados a las características ginecológicas de la paciente, factores psicosociales y hereditarios, edad, raza, nutrición, o el padecimiento de enfermedades crónicas o propias del embarazo que vienen a ser antecedentes patológicos, por lo que el conocer e identificar dichas características favorece el reconocimiento de la enfermedad en estadios tempranos del embarazo, lo que permitirá un mejor manejo clínico para la madre, así como gestionar estrategias de acción con el fin disminuir la incidencia y las consecuencias de un mal control de la enfermedad.⁽¹⁰⁾

La preeclampsia se caracteriza de manera clínica como una hipertensión gestacional grave multisistémica que aparece a partir de las 20 semanas de gestación hasta el momento del parto y continúa hasta al menos unas semanas seguidas al posparto, con características significativas. La primera de estas es una elevación de la presión arterial, alcanzando niveles de presión sistólica mayores o iguales a 140 mmHg y presiones diastólicas mayores o iguales a 90 mmHg, con un pronóstico grave cuando esta progresa. También se acompaña de trombocitopenia, disfunción hepática y casos de insuficiencia renal de nuevo inicio y edema pulmonar, y desde recientemente se descarta la proteinuria y el edema generalizado como signos diagnósticos.⁽¹¹⁾

Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas. La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial. La Hipertensión que se presenta durante la gravidez, es una de las entidades obstétricas más frecuentes, y tal vez, la que repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre trayendo aparejadas graves y diversos factores de riesgo para madre e hijo.⁽¹²⁾

Las principales guías clínicas concuerdan que hipertensión en el embarazo corresponde a una presión arterial ≥ 140 mmHg (sistólica) / ≥ 90 mmHg (diastólica) por dos ocasiones separadas al menos por cuatro horas. Además, cuando la presión arterial supera los $\geq 160/110$ mmHg y persiste por más de 15 minutos es considerada hipertensión en rango severo.⁽¹³⁾

Un aspecto epidemiológico para destacar es que la prevalencia y la mortalidad de los trastornos hipertensivos del embarazo es que su prevalencia y mortalidad varían según la raza y el origen étnico. Las investigaciones reportan que las mujeres de etnia afroamericana tienen las cargas más altas en relación con la tasa de mortalidad materna 42,8 por 100 000 nacidos vivos en comparación con las mujeres blancas. Estas variaciones en los datos estadísticos mencionados probablemente reflejan dificultades para acceder a los sistemas de salud y las disparidades en los determinantes sociales de salud; en lugar de ser explicados por una condición fisiológica subyacente entre las mujeres.^(13,14,15)

La infección por SARS-CoV-2 durante el embarazo podría incrementar las probabilidades de preeclampsia y constituirse en un factor de alto riesgo. Se ha afirmado que el virus puede afectar diferentes vías moleculares como la señalización inflamatoria, angiogénesis, activación de trombina-plaquetas, hipoxia y el desequilibrio de los péptidos vasoactivos generando una situación idónea para iniciar preeclampsia.²³ Por lo tanto, es necesario controlar estrictamente a las pacientes con COVID-19, no solo por el alto riesgo de morbilidad materno-fetal secundario a las complicaciones respiratorias que genera sino además por el componente inflamatorio que representa para las mujeres con otros factores de riesgo para preeclampsia.⁽¹⁵⁾

A criterio del autor resulta de suma importancia realizar un tamizaje de riesgo a las todas las pacientes embarazadas, junto con una evaluación cardiovascular detallada evaluación la presencia de factores de riesgo o condiciones cardiometabólicas que favorezcan la aparición de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo.

Respecto al tratamiento de la hipertensión arterial durante el embarazo se debe tener en consideración que la elección del agente antihipertensivo debe basarse en las características del paciente, contraindicaciones para un fármaco en particular y preferencia del médico y del paciente. El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstétricas (ACOG por sus siglas en inglés) recomienda el uso de betabloqueantes y bloqueadores de los canales de calcio como agentes de primera línea para el tratamiento de la hipertensión. Labetalol un bloqueador mixto alfa y betaadrenérgico es el más usado en embarazo. No obstante, se debe tener precaución en mujeres con asma, particularmente cuando la enfermedad no está bien controlada, dado el ligero aumento del riesgo de estado asmático. También se debe vigilar hipoglicemia neonatal después del uso de labetalol.⁽¹⁶⁾

El metoprolol es menos estudiado, sin embargo, su uso se considera aceptable como alternativa. Atenolol está contraindicado durante el embarazo por su asociación con restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacimiento. El nifedipino de liberación prolongada es un bloqueador de los canales de calcio recomendado durante el embarazo, reduce la presión arterial en 60 minutos y es de fácil administración. Alfametildopa es un medicamento ampliamente estudiado, seguro durante el embarazo, pero se asocia con depresión como efecto secundario.⁽¹⁷⁾

Sin lugar a dudas, los avances en cuanto a la hipertensión arterial en la etapa grávido puerperal han permitido abarcar la misma desde varios puntos de vista y la posibilidad de la precocidad diagnóstica y el reconocimiento de los signos de severidad con lo que es posible disminuir los efectos sobre la morbilidad y mortalidad. A opinión de los autores aún es insuficiente el análisis en algunos aspectos como fue expuesto con anterioridad y se necesitan investigaciones al respecto.

Los diuréticos tiazídicos e hidralazina constituyen la segunda línea de tratamiento. Están recomendados para mujeres con hipertensión crónica debido a que son útiles y efectivos en la hipertensión posparto. Se recomienda vigilar el volumen de líquido amniótico y el crecimiento fetal durante su tratamiento. La hidralazina puede causar cefalea, temblores, taquicardia refleja e hipotensión.⁽¹⁸⁾

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, inhibidores directos de la renina y antagonistas de los receptores de mineralocorticoides están contraindicados en el embarazo debido a que pueden ocasionar malformaciones congénitas, insuficiencia renal fetal, restricción del crecimiento fetal y muerte. La evidencia recomienda usar medicamentos antihipertensivos adicionales si no se alcanzan los niveles objetivos de la presión arterial con la monoterapia de dosis estándar. Los medicamentos adicionales deben corresponder a una clase diferente de medicamentos elegidos entre las opciones de primera o segunda línea.^(19,20)

Cuando la presión arterial está muy elevada, los medicamentos antihipertensivos deben administrarse dentro de los 60 minutos para disminuir el riesgo de morbilidad materna grave. Estos medicamentos reducen la presión arterial en la mayoría (al menos 75 %) de las pacientes. Si las pacientes ya están tomando medicación diaria, es mejor agregar un fármaco de una clase diferente para tratar la hipertensión grave.⁽²¹⁾

Se considera que la preeclampsia se considera una patología de origen desconocido, pero de alta incidencia en el estado de salud materno y neonatal, llegando a ser una de

las más prevalentes en el mundo, con alta incidencia en Latinoamérica asociada no solo a muerte materna o neonatal, sino también a partos pretérmino y retardo del crecimiento intrauterino.

CONCLUSIONES

Las guías clínicas y recomendaciones actuales para el manejo de la hipertensión arterial durante el embarazo enfatizan la importancia de un diagnóstico preciso y una vigilancia cuidadosa para minimizar riesgos tanto para la madre como para el feto. El manejo incluye intervenciones no farmacológicas, como cambios en el estilo de vida y monitoreo regular de la presión arterial, así como el uso de antihipertensivos seguros durante el embarazo, como metildopa, labetalol y nifedipino. Además, se subraya la necesidad de un seguimiento multidisciplinario, que involucre obstetras y especialistas en medicina materno-fetal, para optimizar los resultados perinatales y garantizar la salud de la madre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.) Múnera Echeverri AG, Muñoz Ortiz E, Ibarra Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2021 [citado 09 de octubre 2024]; 28(1): 3-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003&lng=en.

2.) Vargas Vera RM, Placencia Ibadango MV, Vargas Silva KS, Toapanta Orbea Lisseth S, Villalobos Inciarte Noren E, Llor Goya Marcos A. Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 09 de octubre 2024];89(7):509-515. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000700002&lng=es.

3.) Arriaga García P, Montes Martínez V. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 09 de

octubre 2024];89(5):364-372. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000500364&lng=es.

4.) González PR, Haye MT, Germain AM, Hernández BO, Gutiérrez PJ, Nien S Jyh-Kae et al . Pregnancy and novel coronavirus: Worldwide reported experience. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre 2024];85(1):111-121. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000700016&lng=es.

5.) García Hermida MI, García Remirez CG, García Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. AMC [Internet]. 2020 [citado 10 de octubre 2024]; 24(4):[aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400006&lng=es.

6.) Verano Gómez NC, Castro Sánchez D, Espinosa Pire LN. Estudio diagnóstico sobre la necesidad de una guía de manejo para pacientes embarazadas que sufren hipertensión arterial que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Docente Ambato. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores [Internet]. 2021 [citado 10 de octubre 2024];8(4):61. Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2816>

7.) Peñarreta Quezada SX, Yanza Freire JA, Bejarano Muñoz FV. Actualización sobre las principales guías clínicas de manejo en trastornos hipertensivos del embarazo. Rev. inf. cient. [Internet]. 2023 [citado 12 de octubre 2024];102:[aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100064&lng=es.

8.) Lezcano Cabrera G, Sánchez Padrón A, Torres Álvarez Arling Y, Sosa Rodríguez OL, Álvarez Escobar María C, Corona Navarro Jean P. Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2019 [citado 12 de octubre 2024];41(5): 1242-1258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000501242&lng=es.

9.) García Hermida MI, García Remirez Celio G, García-Ríos Cecilia A. Comportamiento clínico

epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. AMC [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre 2024];24(4):1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400006&lng=es.

10.) Paredes García JI, Salcedo Cuadrado JJ, Maldonado Rengel R. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2023 [citado 12 de octubre 2024];37(2):72-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372023000200072&lng=es.

11.) Irusta PG. Trastornos hipertensivos de novo en el posparto: consideraciones sobre su diagnóstico, factores de riesgo y posibles estrategias de intervención. Hipertension y riesgo vascular [Internet]. 2024. [citado 12 de octubre 2024];4(2):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2024.09.001>

12.) Manzur Jattin F, Corrales Santander H, Pacheco Ayo C, Carbonell Riquett LF, González Oñate J, Ardila Saenz A, et al. Enfermedades cardio-metabólicas en el embarazo: Revisión sobre diagnóstico, tratamiento y proyección del riesgo cardiovascular a largo plazo. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre 2024];85(4):408-419. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000400408&lng=es.

13.) Arriaga García P, Montes Martínez V. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];89(5): 364-372. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000500364&lng=es.

14.) Gutiérrez Vela O, Nava Guerrero EN, Caballero Flores I, López Mora DY, Cisneros Rivera F, Perales Dávila J. Efectividad de un tratamiento acortado con sulfato de magnesio para prevención de eclampsia durante el puerperio. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];89(11): 865-874. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021001100004&lng=es.

15.) Vargas Vera RM, Placencia Ibadango MV, Vargas Silva KS, Toapanta Orbea Lisseth S, Villalobos Inciarte NE, Loor Goya MA. Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];89(7): 509-515. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000700002&lng=es.

16.) Ghelfi AM, Garavelli F, Passarino FA, Diodati SA, Calcaterra

MG, Hails EA, Kilstein JG, et al. Síndrome HELLP: características clínicas, analíticas y evolutivas observadas en dos años de experiencia [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];37(4):152-161. <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.05.003>

17.) Falla Zúñiga LF, Cleves Acevedo JC, Saldarriaga Gil W. Tratamiento de la eclampsia y miastenia gravis: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];86(6):583-590. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600583&lng=es.

18.) Vuan F, Marcalain V, Rodriguez L, Pedrozo L, Pazos G, Sanchez F et al . Hipertrigliceridemia severa durante el embarazo. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2022 [citado 13 de octubre 2024];7(3):53-57. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972022000300053&lng=es.

19.) Rojas Melo LJ, Cruz Ramírez V, Morros-González E, Imitola Madero A. Tiroidectomía en paciente embarazada con enfermedad de Graves sin respuesta a tratamiento médico: reporte de caso. Univ. Med. [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre 2024];61(3):65-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392020000300065&lng=en.

20.) Hinojal Toscano I, Marín Cid M. Nefritis como debut lúpico en el embarazo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre 2024];86(6):45-553. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600545&lng=es.

21.) Urquiza y Conde F, Hernández Pacheco JA. Estudios de imagen

cerebral en el diagnóstico diferencial de enfermedades hipertensivas del embarazo y convulsiones. Reporte de dos casos. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2020 [citado 13 de octubre 2024];88(4):261-270. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000400008&lng=es.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

CDBM: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, administración del proyecto, redacción, revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación externa.



Este artículo está bajo una licencia de [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de los autores.

