



**Doi:** <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.785>

**Recibido:** 2026-03-31

**Aceptado:** 2026-04-14

**Publicado:** 2026-04-28

## **Pre-eclampsia y trastornos hipertensivos: diagnóstico y manejo**

## **Pre-eclampsia and hypertensive disorders: diagnosis and management**

**Autor**

**Jesika Maricela Padilla Yopez<sup>1</sup>**

[jesika.padilla@upec.edu.ec](mailto:jesika.padilla@upec.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0006-8215-2033>

**Universidad Politécnica Estatal Del Carchi**

Tulcan – Ecuador

Cómo citar

Padilla Yopez. J. M. (2026) Pre-eclampsia y trastornos hipertensivos: diagnóstico y manejo 5(2) 595-610



## Resumen

El presente artículo abordó la preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo como un problema prioritario de salud materna y perinatal, debido a su elevada carga clínica y a su capacidad de generar complicaciones graves para la madre y el feto. El objetivo fue analizar la evidencia científica reciente sobre el diagnóstico y manejo de estas entidades, con énfasis en los criterios diagnósticos actuales, las estrategias terapéuticas y el seguimiento posparto. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de enfoque descriptivo y analítico, basada en la búsqueda, selección y síntesis de literatura científica publicada en bases de datos indexadas y documentos técnicos relevantes. Los resultados mostraron que el abordaje contemporáneo de la preeclampsia superó el modelo diagnóstico limitado a la proteinuria y adoptó una visión multisistémica sustentada en la identificación de daño orgánico materno y disfunción uteroplacentaria. Asimismo, se evidenció que los biomarcadores angiogénicos aportaron valor en la estratificación del riesgo, que el tratamiento antihipertensivo oportuno y el uso de sulfato de magnesio continuaron siendo pilares del manejo, y que la determinación del momento del parto siguió siendo decisiva en la evolución clínica. Se concluyó que la atención de estos trastornos requirió un enfoque integral, actualizado y continuo, extendido al puerperio y a la prevención del riesgo cardiovascular futuro.

**Palabras clave:** preeclampsia, trastornos hipertensivos del embarazo, diagnóstico, manejo clínico, salud materna



## Abstract

This article addresses preeclampsia and hypertensive disorders of pregnancy as a priority maternal and perinatal health problem due to their high clinical burden and their potential to cause serious complications for both mother and fetus. The objective was to analyze recent scientific evidence on the diagnosis and management of these conditions, with an emphasis on current diagnostic criteria, therapeutic strategies, and postpartum follow-up. To this end, a descriptive and analytical literature review was conducted, based on the search, selection, and synthesis of scientific literature published in indexed databases and relevant technical documents. The results showed that the contemporary approach to preeclampsia has moved beyond the diagnostic model limited to proteinuria and adopted a multisystemic perspective based on the identification of maternal organ damage and uteroplacental dysfunction. Furthermore, it was shown that angiogenic biomarkers provided value in risk stratification, that timely antihypertensive treatment and the use of magnesium sulfate remained cornerstones of management, and that determining the timing of delivery continued to be crucial in clinical outcomes. It was concluded that the management of these disorders required a comprehensive, up-to-date, and continuous approach, extending to the postpartum period and the prevention of future cardiovascular risk.

**Keywords:** preeclampsia, hypertensive disorders of pregnancy, diagnosis, clinical management, maternal health



## Introducción

La preeclampsia y los demás trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una de las principales preocupaciones de la obstetricia contemporánea, no solo por su frecuencia, sino por la magnitud de sus consecuencias maternas y perinatales. A escala mundial, la preeclampsia afecta aproximadamente al 3 %–8 % de las mujeres que culminan un embarazo, mientras que el conjunto de los trastornos hipertensivos del embarazo puede comprometer hasta el 8 %–10 % de las gestaciones. Su relevancia clínica radica en que estas entidades se asocian con convulsiones, hemorragia cerebral, edema pulmonar, lesión renal aguda, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, prematuridad y muerte materna o fetal, lo que las convierte en un problema prioritario de salud pública y en un desafío permanente para los sistemas sanitarios, especialmente en contextos de recursos limitados (World Health Organization [WHO], 2025; Fowosere, 2024).

El interés por desarrollar este trabajo surge de la necesidad de revisar de manera actualizada una patología cuyo diagnóstico oportuno sigue siendo decisivo para modificar el pronóstico materno-fetal. Aunque en las últimas décadas se han producido avances relevantes en la comprensión fisiopatológica de la enfermedad, la utilidad de los biomarcadores angiogénicos, la estratificación del riesgo y la vigilancia posparto, en la práctica clínica persisten retrasos diagnósticos, variabilidad en la clasificación de los casos y diferencias en los umbrales terapéuticos utilizados entre guías y escenarios asistenciales. Esta situación es especialmente sensible porque la preeclampsia no constituye un fenómeno aislado, sino una expresión multisistémica que puede evolucionar rápidamente desde formas aparentemente leves hacia cuadros graves con compromiso neurológico, hepático, renal, hematológico y placentario, exigiendo decisiones clínicas precisas en tiempos cortos (Magee et al., 2021; Countouris et al., 2025).

En la actualidad, se reconoce que el diagnóstico de preeclampsia no debe limitarse a la presencia clásica de hipertensión y proteinuria, ya que las recomendaciones internacionales más recientes enfatizan que la proteinuria no es obligatoria cuando existe hipertensión de novo acompañada de disfunción orgánica materna o disfunción uteroplacentaria. Este cambio conceptual ha mejorado la capacidad de identificar formas no proteinúricas, pero también ha incrementado la necesidad de que el personal de salud domine criterios diagnósticos más amplios y clínicamente integrados. De manera paralela, el uso complementario de biomarcadores como la relación sFlt-1/PlGF ha



mostrado utilidad para excluir preeclampsia en casos sospechosos y apoyar la toma de decisiones, aunque no reemplaza la valoración clínica ni los exámenes convencionales, por lo que su incorporación debe interpretarse con criterio y según disponibilidad local (Magee et al., 2021; Costa et al., 2022).

La importancia de esta revisión también se justifica porque el manejo de la preeclampsia y de los trastornos hipertensivos del embarazo no concluye con el parto. La evidencia reciente ha demostrado que estas pacientes presentan mayor riesgo de hipertensión persistente, rehospitalización y enfermedad cardiovascular futura, por lo que el abordaje debe ser entendido dentro de un continuo asistencial que abarque el periodo prenatal, intraparto y posparto. En ese sentido, la actualización sobre diagnóstico y tratamiento ya no puede reducirse a la prevención de eclampsia o a la indicación del momento del nacimiento, sino que debe integrar vigilancia hemodinámica, tratamiento antihipertensivo seguro, prevención de complicaciones maternas graves y seguimiento cardiovascular a largo plazo. Por ello, revisar de forma ordenada la evidencia más reciente resulta pertinente tanto para mejorar la práctica clínica como para fortalecer la toma de decisiones basada en criterios actualizados y consistentes (WHO, 2025; Countouris et al., 2025; Fowosere, 2024).

En este contexto, el presente artículo tuvo como objetivo analizar la evidencia científica reciente sobre la preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo, con énfasis en sus criterios diagnósticos actuales y en las estrategias de manejo materno-fetal más relevantes. De manera específica, se buscó sintetizar los cambios conceptuales en la definición diagnóstica, identificar los elementos clínicos y paraclínicos fundamentales para el reconocimiento oportuno de la enfermedad y exponer los principios terapéuticos contemporáneos orientados a reducir la morbimortalidad materna y perinatal, así como las complicaciones cardiovasculares posteriores al embarazo (Magee et al., 2021; Costa et al., 2022; Countouris et al., 2025).



## **Materiales y métodos**

Se realizó una investigación básica, no experimental, de diseño documental, con alcance descriptivo y analítico, estructurada como una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo. La metodología se organizó siguiendo un proceso de búsqueda, selección, depuración y síntesis de estudios, con el propósito de garantizar claridad, trazabilidad y reproducibilidad. Para fortalecer la transparencia del procedimiento, la redacción metodológica se orientó por los principios de la declaración PRISMA 2020, la cual actualizó las recomendaciones para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar evidencia en revisiones científicas. De esta manera, el estudio se centró en integrar información reciente y clínicamente relevante sobre criterios diagnósticos, herramientas de evaluación y alternativas terapéuticas aplicables al contexto obstétrico actual (Page et al., 2021).

El universo documental estuvo conformado por publicaciones científicas indexadas y documentos técnicos de alta relevancia académica, incluyendo artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica y consensos especializados publicados entre enero de 2021 y marzo de 2026. La búsqueda se efectuó durante marzo de 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Cochrane Library, debido a su amplia cobertura en ciencias de la salud y medicina basada en evidencia. La estrategia de búsqueda combinó términos libres y vocabulario controlado en español e inglés, empleando operadores booleanos AND y OR. Entre los descriptores utilizados constaron “preeclampsia”, “hypertensive disorders of pregnancy”, “gestational hypertension”, “diagnosis”, “management”, “treatment”, “screening” y “postpartum hypertension”. En concordancia con las recomendaciones metodológicas para revisiones, se integraron términos sinónimos dentro de cada concepto y se combinaron encabezamientos temáticos y palabras clave para aumentar la sensibilidad de la búsqueda (Lefebvre et al., 2025).

La muestra documental quedó constituida por los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión previamente definidos. Se incluyeron investigaciones con texto completo disponible, publicadas en español o inglés, centradas en mujeres embarazadas o puérperas con preeclampsia, hipertensión gestacional, hipertensión crónica con sobreagregación de preeclampsia o trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, siempre que abordaran de manera directa el diagnóstico, la clasificación, el monitoreo o el manejo clínico. Se excluyeron editoriales, cartas al



editor, comentarios breves, resúmenes sin texto completo, duplicados, publicaciones previas a 2021 y estudios enfocados en hipertensión no vinculada al contexto obstétrico. La selección se desarrolló en dos etapas: en la primera se revisaron títulos y resúmenes para verificar pertinencia temática, y en la segunda se realizó lectura completa de los textos potencialmente elegibles para confirmar su inclusión final en la revisión (Page et al., 2021; Lefebvre et al., 2025).

Para la recolección y organización de la información se elaboró una matriz de extracción en Microsoft Excel, en la que se registraron autor, año de publicación, país, tipo de estudio, población analizada, objetivo, criterios diagnósticos empleados, intervenciones o enfoques terapéuticos descritos y hallazgos principales. La valoración metodológica de los documentos se efectuó de acuerdo con el tipo de diseño de cada estudio, tomando como referencias listas de comprobación del Joanna Briggs Institute, institución que mantiene herramientas específicas de lectura crítica para distintos diseños y que ha reportado revisiones recientes de dichos instrumentos con el fin de mejorar su aplicabilidad y la evaluación del riesgo de sesgo. Este proceso permitió priorizar evidencia con mayor consistencia metodológica y utilidad clínica para la construcción del análisis final (JBI, 2026).

El análisis de la información se realizó mediante síntesis narrativa temática, debido a la heterogeneidad de los diseños incluidos, las diferencias entre poblaciones estudiadas y la diversidad de desenlaces clínicos reportados. La evidencia seleccionada se agrupó en cuatro ejes de análisis: definiciones y clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo, criterios diagnósticos actuales, estrategias de manejo materno-fetal y seguimiento posparto. Cuando existieron coincidencias entre estudios, se priorizaron las recomendaciones respaldadas por guías clínicas recientes, revisiones sistemáticas y documentos de consenso. No se efectuó metaanálisis, ya que el propósito del artículo fue integrar y discutir la evidencia disponible desde una perspectiva clínica y actualizada. Por tratarse de una investigación documental basada en fuentes secundarias de acceso científico, no fue necesaria la aplicación de consentimiento informado ni intervención directa sobre seres humanos.



## Resultados

La evidencia revisada muestra que el cambio más importante en el abordaje de la preeclampsia y de los trastornos hipertensivos del embarazo consiste en pasar de un modelo diagnóstico centrado casi exclusivamente en la proteinuria hacia una visión multisistémica de la enfermedad. En la actualidad, la preeclampsia se reconoce como hipertensión de novo después de las 20 semanas, acompañada de proteinuria y/o de disfunción orgánica materna o uteroplacentaria, y puede manifestarse incluso durante el intraparto o en el puerperio temprano. Asimismo, el síndrome HELLP se interpreta como parte del espectro de gravedad de la preeclampsia y no como una entidad totalmente separada. Esta reformulación tiene importancia clínica porque amplía el foco diagnóstico hacia la función renal, hepática, hematológica, neurológica y fetoplacentaria, reduciendo el riesgo de subdiagnóstico en pacientes sin proteinuria significativa (ISSHP, 2021; SOGC, 2022).

### Tabla 1.

*Hallazgos diagnósticos centrales identificados en la revisión*

Eje diagnóstico	Hallazgo principal	Implicación clínica
Definición actual	La proteinuria ya no es obligatoria para diagnosticar preeclampsia	Debe priorizarse la identificación de daño orgánico y disfunción uteroplacentaria
Momento de presentación	La enfermedad puede reconocerse en intraparto o posparto temprano	El alta obstétrica no elimina el riesgo clínico
Hipertensión crónica	La elevación aislada de PA no basta para diagnosticar preeclampsia sobreañadida	Se requieren datos clínicos, laboratoriales y fetoplacentarios complementarios
HELLP	Se integra dentro del espectro de preeclampsia	Debe tratarse como expresión grave, no como cuadro aislado
Enfoque de vigilancia	Se recomiendan parámetros maternos y fetales seriados	La conducta depende de progresión clínica y edad gestacional

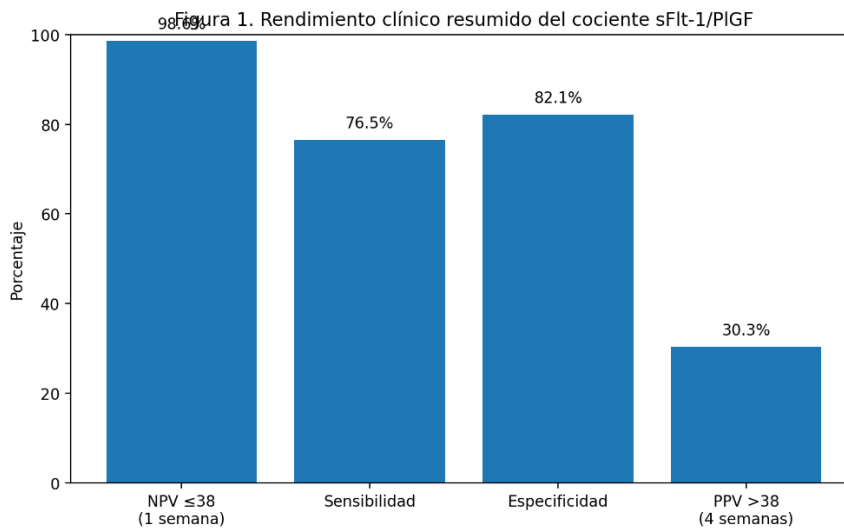
*Nota. Elaboración propia a partir de recomendaciones internacionales recientes sobre clasificación, diagnóstico y monitorización de los trastornos hipertensivos del embarazo.*

En términos epidemiológicos y de salud pública, la preeclampsia continúa siendo una causa mayor de morbimortalidad materna y perinatal. La Organización Mundial de la Salud señala que afecta aproximadamente entre el 3 % y el 8 % de las mujeres que dan a luz en el mundo y que los trastornos

hipertensivos explican una proporción sustancial de las muertes maternas globales. Desde esta perspectiva, la revisión confirma que no se trata solo de una complicación obstétrica frecuente, sino de un problema clínico con capacidad de evolucionar rápidamente hacia eclampsia, edema pulmonar, lesión renal aguda, desprendimiento placentario, prematuridad y muerte fetal o neonatal. Por ello, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno siguen siendo determinantes para modificar el pronóstico materno-fetal (World Health Organization [WHO], 2025).

### Figura 1.

#### *Rendimiento clínico resumido del cociente sFlt-1/PIGF*



Otro hallazgo relevante es que los biomarcadores angiogénicos han fortalecido su papel como herramientas complementarias de apoyo diagnóstico, especialmente en escenarios de sospecha clínica o incertidumbre. La relación sFlt-1/PIGF muestra un rendimiento predictivo superior al de sFlt-1 o PIGF por separado, con una sensibilidad combinada de 0,83, una especificidad de 0,88 y un área bajo la curva de 0,92 en la predicción de preeclampsia, según una revisión sistemática y metaanálisis reciente. Sin embargo, esa misma revisión advierte que la heterogeneidad en los puntos de corte, los subtipos de enfermedad y los diseños de estudio todavía limita la uniformidad de su aplicación clínica, por lo que estos marcadores no sustituyen la valoración obstétrica integral ni el juicio clínico. En consecuencia, su mayor fortaleza parece residir en mejorar la estratificación del riesgo y no en reemplazar los criterios clínicos tradicionales (ISSHP, 2021; Zhang et al., 2025).

**Tabla 2.***Principales intervenciones preventivas y de detección temprana*

<b>Intervención</b>	<b>Hallazgo sintetizado</b>	<b>Interpretación clínica</b>
Tamizaje 11–14 semanas	Combina factores clínicos, Doppler uterino y PIGF cuando está disponible	Mejora la estratificación del riesgo
Aspirina en alto riesgo	81–162 mg/día, preferible antes de 16 semanas	Disminuye sobre todo la preeclampsia pretérmino
Calcio	Útil cuando la ingesta dietética es baja	Complementa la prevención en contextos seleccionados
Ejercicio y control metabólico	Recomendados en mujeres con riesgo cardiometabólico	Refuerzan el abordaje preventivo integral
Aspirina universal	No se recomienda para mujeres sin aumento de riesgo	Evita sobretratamiento y baja rentabilidad clínica

*Nota. Síntesis elaborada a partir de guías clínicas recientes y revisiones de prevención con aspirina.*

En cuanto a la prevención, la literatura reciente respalda una estrategia orientada a la identificación temprana de embarazos con mayor riesgo y al inicio oportuno de intervenciones preventivas. Las guías contemporáneas recomiendan combinar factores clínicos maternos con herramientas complementarias, como Doppler de arterias uterinas y biomarcadores, cuando estos se encuentran disponibles. Dentro de las medidas preventivas, la aspirina a dosis bajas administrada antes de las 16 semanas en mujeres de alto riesgo se mantiene como una de las intervenciones con mejor respaldo, mientras que la suplementación con calcio resulta especialmente útil en contextos con baja ingesta dietética. La síntesis de la evidencia sugiere que la prevención más efectiva no depende de un uso indiscriminado de aspirina, sino de una adecuada estratificación del riesgo desde etapas tempranas del embarazo (SOGC, 2022).

Respecto al tratamiento antihipertensivo, los resultados revisados apoyan un enfoque más activo que el utilizado en años anteriores. El ensayo CHAP demostró que, en mujeres con hipertensión crónica leve durante el embarazo, una estrategia terapéutica dirigida a mantener cifras menores de 140/90 mmHg reduce eventos adversos importantes, incluyendo preeclampsia con criterios de gravedad, parto pretérmino médicamente indicado, desprendimiento placentario y muerte fetal o neonatal, sin incrementar la proporción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En ese estudio, el desenlace compuesto primario ocurrió en el 30,2 % del grupo tratado frente al 37,0 % del grupo control, con una razón de riesgo ajustada de 0,82. Estos resultados han influido de forma clara en la tendencia actual hacia el control más temprano de la hipertensión durante el embarazo, en lugar de esperar únicamente a cifras severas para intervenir (Tita et al., 2022; SOGC, 2022).

**Tabla 3.***Síntesis del manejo farmacológico y obstétrico*

Escenario clínico	Conducta respaldada por la evidencia	Comentario interpretativo
PA $\geq$ 140/90 mmHg	Iniciar o ajustar antihipertensivos	Refleja una estrategia de control más activa
PA $\geq$ 160/110 mmHg Riesgo de eclampsia	Tratamiento urgente Sulfato de magnesio	Constituye una emergencia obstétrica Sigue siendo la medida anticonvulsivante central
Preeclampsia <34 semanas	Manejo expectante en centros de alta complejidad	Solo si existe capacidad materno-neonatal adecuada
Preeclampsia 34–35+6 semanas	Discutir parto	Disminuye riesgo materno, con posible aumento de riesgo neonatal
Preeclampsia 36–36+6 semanas	Considerar inicio del parto	El balance se inclina progresivamente hacia finalización
Preeclampsia $\geq$ 37 semanas	Recomendar inicio del parto	Consenso fuerte entre guías recientes

Nota. Elaboración propia a partir de guías recientes y revisiones comparativas de tratamiento antihipertensivo.

### Discusión e interpretación

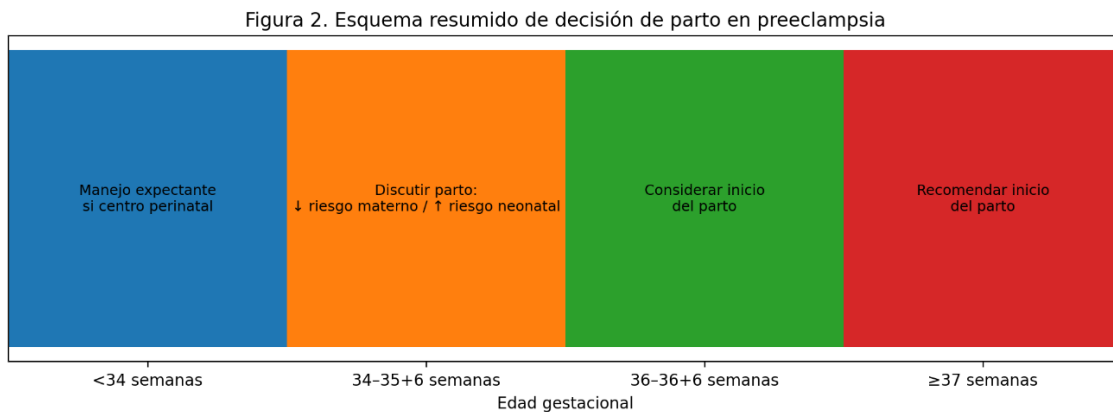
En los cuadros de hipertensión severa, la evidencia comparativa reciente indica que nifedipino e hidralazina intravenosa presentan eficacia similar para alcanzar el control tensional, sin diferencias significativas en variables como ingreso neonatal a UCI, peso al nacer, Apgar o tasa de cesárea. No obstante, una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados publicada en 2025 encontró que el nifedipino se asocia con un perfil de seguridad materna más favorable, al mostrar menores efectos adversos en comparación con la hidralazina intravenosa. Esta información resulta clínicamente útil porque respalda la elección de nifedipino como alternativa muy competitiva en escenarios donde se requiere rapidez terapéutica, facilidad de administración o existen limitaciones operativas para el uso intravenoso inmediato (Govindasamy et al., 2025).

La revisión también reafirma que el sulfato de magnesio conserva un papel central en la prevención y tratamiento de la eclampsia, mientras que la decisión sobre el momento del parto sigue siendo la intervención definitiva más importante en la evolución de la enfermedad. Las guías internacionales coinciden en que el manejo expectante puede considerarse antes de las 34 semanas en centros con capacidad materno-neonatal avanzada, mientras que desde las 37 semanas el inicio del parto se

recomienda de manera más consistente. Esto demuestra que el tratamiento moderno de la preeclampsia no se limita a reducir cifras tensionales, sino que implica valorar de manera dinámica el equilibrio entre estabilidad materna, madurez fetal y riesgo de progresión a complicaciones severas. En ese sentido, el control farmacológico, la profilaxis anticonvulsivante y la decisión obstétrica forman parte de una misma estrategia integral de manejo (ISSHP, 2021; SOGC, 2022; WHO, 2025).

## Figura 2.

*Esquema resumido de decisión de parto en preeclampsia*



En el periodo posparto, la literatura actual muestra que el riesgo clínico no desaparece con la finalización del embarazo. Un estudio longitudinal reciente evidenció que, a los seis meses y a los dos años después de un embarazo complicado por preeclampsia, las mujeres mantienen cifras de presión arterial más altas, mayor índice de masa corporal y mayor resistencia a la insulina en comparación con quienes cursaron embarazos normotensos. A ello se añade que las estrategias de eHealth y monitoreo remoto de presión arterial muestran potencial para mejorar la detección de hipertensión, la asistencia a controles y la readmisión hospitalaria, aunque la calidad global de la evidencia continúa siendo baja y heterogénea. Por tanto, la revisión sugiere que el puerperio debe entenderse como una etapa de vigilancia activa y como una oportunidad para iniciar prevención cardiovascular a mediano y largo plazo, más que como un simple periodo de cierre obstétrico (Henry et al., 2024; Rajkumar et al., 2025).

**Tabla 4.***Limitaciones metodológicas detectadas y perspectivas de investigación*

Área	Limitación observada	Necesidad futura
Diagnóstico clínico	Persisten diferencias entre protocolos y definiciones operativas	Mayor armonización internacional
Biomarcadores	Puntos de corte variables según edad gestacional y tipo de embarazo	Validaciones multicéntricas y algoritmos combinados
Monitoreo tensional	Uso de dispositivos no validados en una proporción importante de estudios	Estándares técnicos específicos para gestación y puerperio
Tratamiento agudo	Ensayos comparativos con tamaños muestrales modestos y protocolos heterogéneos	Estudios pragmáticos con desenlaces maternos y neonatales duros
Salud digital	Evidencia factible pero de calidad desigual	Ensayos aleatorizados y análisis de costo-efectividad
Seguimiento posparto	Escasez de estrategias de largo plazo orientadas a riesgo cardiovascular	Clínicas integradas madre-corazón y seguimiento más allá de 6 semanas

*Nota. Síntesis crítica elaborada a partir de revisiones y estudios recientes sobre biomarcadores, monitoreo ambulatorio, farmacoterapia y seguimiento posparto.*

Desde una perspectiva crítica, los estudios revisados también exponen limitaciones metodológicas que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. En biomarcadores, persiste heterogeneidad en los puntos de corte, la edad gestacional de aplicación y los desenlaces evaluados; en terapéutica aguda, varios ensayos mantienen tamaños muestrales moderados y diferencias en protocolos de intervención; y en salud digital, buena parte de la evidencia combina estudios observacionales con ensayos de calidad variable. En consecuencia, aunque la dirección general de la evidencia favorece un diagnóstico más amplio, una vigilancia más estrecha y un manejo más activo, todavía se requieren estudios multicéntricos estandarizados que permitan definir con mayor precisión qué herramientas aportan beneficios clínicos consistentes y cuáles siguen teniendo un valor principalmente complementario (Zhang et al., 2025; Govindasamy et al., 2025; Rajkumar et al., 2025).

## Conclusiones

La revisión permite concluir que la preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo continúan representando una de las principales amenazas para la salud materna y perinatal, no solo por su frecuencia, sino por su capacidad de evolucionar rápidamente hacia formas graves con



compromiso multisistémico. La evidencia analizada confirma que el enfoque diagnóstico actual ya no puede depender únicamente de la presencia de proteinuria, sino que debe incorporar de manera obligatoria la valoración integral del daño orgánico materno y de la disfunción uteroplacentaria. Este cambio conceptual mejora la identificación oportuna de casos atípicos o no proteinúricos y fortalece la toma de decisiones clínicas, especialmente en escenarios donde la progresión de la enfermedad puede ser rápida y silenciosa. En consecuencia, el diagnóstico temprano y la vigilancia clínica estructurada continúan siendo pilares fundamentales para disminuir complicaciones maternas, fetales y neonatales.

Asimismo, se concluye que el manejo contemporáneo de la preeclampsia requiere una estrategia integral que combine control tensional oportuno, prevención de convulsiones, vigilancia materno-fetal estrecha y adecuada determinación del momento del parto. Los hallazgos revisados muestran que el tratamiento antihipertensivo más activo ofrece beneficios clínicos importantes y que el sulfato de magnesio mantiene su papel esencial en la prevención y tratamiento de la eclampsia. Del mismo modo, los biomarcadores angiogénicos constituyen herramientas útiles para complementar la evaluación clínica y mejorar la estratificación del riesgo, aunque no reemplazan el juicio médico ni los criterios diagnósticos convencionales. Por tanto, la conducta terapéutica más efectiva no depende de una única intervención, sino de la integración coordinada de medidas diagnósticas, farmacológicas y obstétricas ajustadas a la gravedad del cuadro y a la edad gestacional.

La revisión demuestra que la preeclampsia no debe entenderse como un evento limitado al periodo gestacional, sino como una condición con repercusiones que pueden extenderse al puerperio y a la salud cardiovascular futura de la mujer. El seguimiento posparto, la detección de hipertensión persistente y la prevención de riesgo cardiometabólico deben considerarse parte del manejo completo de estas pacientes. Al mismo tiempo, persisten áreas que requieren mayor desarrollo científico, particularmente en la estandarización del uso de biomarcadores, en la validación de estrategias de monitoreo remoto y en la implementación de modelos de seguimiento a largo plazo. En síntesis, el artículo confirma que la atención de la preeclampsia y de los trastornos hipertensivos del embarazo exige una visión clínica amplia, actualizada y continua, orientada no solo a resolver la urgencia obstétrica inmediata, sino también a proteger la salud integral de la madre y del recién nacido.



## Referencias Bibliográficas

- Costa, M. L., Cavalli, R. de C., Korke, H. A., Cunha Filho, E. V. da, & Peraçoli, J. C. (2022). Diagnosis and management of preeclampsia: Suggested guidance on the use of biomarkers. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 44(9), 878–883. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1744286>
- Countouris, M. E., & Bello, N. A. (2025). Advances in our understanding of cardiovascular diseases after preeclampsia. *Circulation Research*, 136(6), 583–593. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.124.325581>
- Fowosere, V. (2024). Hypertensive disorders in pregnancy: Approach to diagnosis and management in general practice. *Australian Journal of General Practice*, 53(12 Suppl), S52–S55. <https://doi.org/10.31128/AJGP-01-24-7133>
- Govindasamy, V., Kamel, M. A., Volucke, G., Javed, A., Palchaudhuri, U., Kazi, S. I., Albanna, A., Akileh, M., Mukherjee, R., Nusrat, R., Qaiser, T., Elzain Hassan, E. I., Azhar, M. M., Hashmi, T. M., Ahmed, M., Hasan, A., & Ahmed, R. (2025). Efficacy and safety of nifedipine compared to intravenous hydralazine for severe hypertensive disorders in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Medical Sciences*, 13(3), Article 91. <https://doi.org/10.3390/medsci13030091>
- Henry, A., Mangos, G., Roberts, L. M., Brown, M. A., Pettit, F., O’Sullivan, A. J., Crowley, R., Youssef, G., & Davis, G. K. (2024). Preeclampsia-associated cardiovascular risk factors 6 months and 2 years after pregnancy: The P4 study. *Hypertension*, 81(4), 851–860. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21890>
- Joanna Briggs Institute. (n.d.). *Critical appraisal tools*. Retrieved March 31, 2026, from <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Featherstone, R., Littlewood, A., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Paynter, R., Rader, T., Thomas, J., & Wieland, L. S. (2025). Chapter 4: Searching for and selecting studies [Last updated March 2025]. In J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, et al. (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6.5.1). Cochrane. <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-04>
- Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., Kenny, L. C., McCarthy, F., Myers, J., Poon, L. C., Rana, S., Saito, S., Staff, A. C., Tsigas, E., & von Dadelszen, P. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international



practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169.  
<https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008>

- Magee, L. A., Smith, G. N., Bloch, C., Côté, A.-M., Jain, V., Nerenberg, K., von Dadelszen, P., Helewa, M., & Rey, E. (2022). Guideline No. 426: Hypertensive disorders of pregnancy: Diagnosis, prediction, prevention, and management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(5), 547–571.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.03.002>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rajkumar, T., Hennessy, A., & Makris, A. (2025). Remote blood pressure monitoring in pregnancies at risk of developing preeclampsia. *Current Hypertension Reports*, 27(1), Article 15. <https://doi.org/10.1007/s11906-025-01332-9>
- Tita, A. T., Szychowski, J. M., Boggess, K., Dugoff, L., Sibai, B., Lawrence, K., Hughes, B. L., Bell, J., Aagaard, K., Edwards, R. K., Gibson, K., Haas, D. M., Plante, L., Metz, T., Casey, B., Esplin, S., Longo, S., Hoffman, M., Saade, G. R., ... Andrews, W. W. (2022). Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 386(19), 1781–1792. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2201295>
- World Health Organization. (2025, December 10). *Pre-eclampsia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>
- Zhang, L., Feng, Y., Li, W., Sun, Q., Li, Y., Xing, W., & Ding, G. (2025). Predictive performance of sFlt-1, PlGF and the sFlt-1/PlGF ratio for preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 54(4), 102925. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2025.102925>

**Agradecimiento:** N/A

**Nota:** El artículo no es producto de una publicación anterior.