Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,
Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES PERINATALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO INGRESADAS A CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

CLINICAL CHARACTERISTICS AND PERINATAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASES OF PREGNANCY ADMITTED TO INTENSIVE CARE IN A SECOND-LEVEL HOSPITAL

Stephany Balboa Solis
Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital General de Zona No. 20

Fernando López Díaz
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Zona 20

Daniel Canaán Pérez
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Zona 20

Amy Jocelyn Mengual Ku
Universidad de las Americas Puebla | IMSS BIENESTAR- C.S. Santo Tomas Chautla

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19074

Características clínicas y desenlaces perinatales en pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo ingresadas a cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel

Stephany Balboa Solis[1]
balboa.75@hotmail.com
https://orcid.org/0009-0009-1944-1758
Instituto Mexicano del Seguro social, Hospital General de Zona No. 20
México

Fernando López Díaz
ferlopez10@yahoo.com.mx
https://orcid.org/0009-0006-3490-1271
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Zona 20
México

Daniel Canaán Pérez
daniel.canaan@imss.gob.mx
https://orcid.org/0000-0002-6743-0916
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Regional de Zona 20
México

Amy Jocelyn Mengual Ku
Dra.amymengualku@gmail.com
https://orcid.org/0009-0004-1058-9434
Universidad de las Americas Puebla | IMSS BIENESTAR- C.S. Santo Tomas Chautla
México

RESUMEN

Título: Características clínicas y desenlaces perinatales en pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo ingresadas a cuidados intensivos en un hospital de segundo nivel en México. Objetivo: Describir las características clínicas y desenlaces perinatales de mujeres embarazadas con enfermedades hipertensivas que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Zona No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año 2022. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se analizaron 69 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo. Se evaluaron variables sociodemográficas, comorbilidades, presentación clínica, tipo de trastorno hipertensivo, hallazgos laboratoriales, días de estancia hospitalaria y desenlaces perinatales. El análisis estadístico fue descriptivo, utilizando Microsoft Excel. Resultados: La edad promedio fue de 30 ± 6.3 años; el 52% eran amas de casa. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión crónica (14%) y obesidad (13%). La causa principal de ingreso fue preeclampsia con criterios de severidad (62.3%), seguida del síndrome de HELLP (17.4%) y eclampsia (5.8%). El 97% de los embarazos se resolvió por cesárea. En cuanto a los desenlaces neonatales, el 74% de los recién nacidos fueron sanos, el 16% requirió ingreso a la UCIN y el 10% presentó óbito fetal. Se identificaron alteraciones laboratoriales como trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y deterioro de función renal. Conclusiones: Las enfermedades hipertensivas del embarazo continúan siendo una causa importante de ingreso a terapia intensiva, con una alta carga de morbilidad perinatal. La identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de protocolos de manejo estandarizados son claves para mejorar el pronóstico materno-fetal.

Palabras clave: enfermedades hipertensivas del embarazo, preeclampsia, síndrome de hellp, morbilidad materna, unidad de cuidados intensivos, desenlaces perinatales.

[1] Autor principal.
Correspondencia: balboa.75@hotmail.com

Clinical characteristics and perinatal outcomes in patients with hypertensive diseases of pregnancy admitted to intensive care in a second-level hospital

ABSTRACT

Title: Clinical characteristics and perinatal outcomes in patients with hypertensive disorders of pregnancy admitted to an intensive care unit in a secondary-level hospital in Mexico. Objective: To describe the clinical characteristics and perinatal outcomes of pregnant women with hypertensive disorders of pregnancy who were admitted to the intensive care unit (ICU) at the General Hospital of Zone No. 20 of the Mexican Institute of Social Security during 2022. Methods: A descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective study was conducted. A total of 69 medical records of patients with hypertensive disorders of pregnancy admitted to the ICU were analyzed. Sociodemographic variables, comorbidities, clinical presentation, type of hypertensive disorder, laboratory findings, duration of stay, and perinatal outcomes were evaluated. Descriptive statistics were applied using Microsoft Excel. Results: The mean age was 30 ± 6.3 years; 52% were housewives. The most common comorbidities were chronic hypertension (14%) and obesity (13%). The main reason for ICU admission was severe preeclampsia (62.3%), followed by HELLP syndrome (17.4%) and eclampsia (5.8%). Cesarean section was the predominant delivery method (97%). Regarding neonatal outcomes, 74% were born healthy, 16% required neonatal ICU admission, and 10% presented intrauterine fetal death. Laboratory abnormalities included elevated liver enzymes, thrombocytopenia, and altered renal function. Conclusions: Hypertensive disorders of pregnancy remain a major cause of ICU admission and adverse perinatal outcomes. Early identification of risk factors and implementation of standardized management protocols are essential to reduce maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, hellp syndrome, maternal morbidity, intensive care unit, perinatal outcomes.

Artículo recibido 05 julio 2025
Aceptado para publicación: 25 julio 2025

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hipertensivas del embarazo (THE) representan un conjunto de trastornos multisistémicos que afectan a un porcentaje significativo de gestantes a nivel mundial y constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal. Se estima que estas patologías complican entre el 5% y el 10% de todos los embarazos, con una incidencia particularmente elevada en países de ingresos bajos y medios, donde las limitaciones en el acceso a servicios especializados agravan su pronóstico (ACOG, 2020; Dolgushina et al., 2021).

El espectro clínico de las THE incluye la hipertensión gestacional, la preeclampsia sin y con criterios de severidad, el síndrome de HELLP, la eclampsia, y la preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica. La preeclampsia, en particular, es considerada una enfermedad endotelial sistémica con alteraciones en la perfusión placentaria, que puede evolucionar hacia formas graves con afectación hepática, hematológica, renal, neurológica y pulmonar (Magee et al., 2022; Zeeman, 2018).

En México, las THE son la segunda causa de muerte materna, solo por debajo de las hemorragias obstétricas. De acuerdo con datos de la Dirección General de Información en Salud, en los últimos cinco años se ha mantenido una tasa nacional superior a 10 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos atribuidas a estas enfermedades. Esto resalta la importancia del control prenatal oportuno, la vigilancia de factores de riesgo y la atención especializada en todos los niveles del sistema de salud (González-Mendoza et al., 2020; Vázquez-Rodríguez et al., 2022).

Diversos factores predisponentes han sido identificados, incluyendo nuliparidad, obesidad, edad materna avanzada, antecedentes familiares de preeclampsia, enfermedades crónicas preexistentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica, así como embarazos múltiples y técnicas de reproducción asistida (López-Jaramillo et al., 2019; Rubio González et al., 2024).

Cuando la enfermedad hipertensiva evoluciona hacia una forma severa, se requiere manejo especializado en unidades de cuidados intensivos obstétricos. Estas pacientes suelen presentar complicaciones graves como edema pulmonar, eclampsia, disfunción hepática severa, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda o síndrome de HELLP. La morbilidad neonatal también se incrementa, con mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer,

restricción del crecimiento intrauterino y muerte perinatal (Sinkey et al., 2020).

A pesar de que existe abundante literatura internacional sobre THE, en México son escasos los estudios recientes que caractericen de forma integral a las pacientes que ingresan a cuidados intensivos por estas condiciones, particularmente en hospitales de segundo nivel que funcionan como centros de referencia regional. Por lo tanto, la generación de datos locales es fundamental para la planificación de recursos, la toma de decisiones clínicas y el diseño de estrategias preventivas adaptadas al contexto nacional.

Objetivo del estudio:

Describir las características clínicas, los factores asociados y los desenlaces perinatales de las pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”, del IMSS en Puebla, durante el año 2022.

Antecedentes

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representan una de las principales complicaciones médicas en la gestación y una de las mayores causas de morbimortalidad materna y perinatal tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Se estima que afectan entre el 5% y el 10% de los embarazos a nivel mundial, y son responsables de aproximadamente el 14–15% de las muertes maternas en México, ubicándose como la segunda causa más frecuente de muerte obstétrica después de la hemorragia obstétrica.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo comprenden un espectro de condiciones que incluyen: hipertensión gestacional, preeclampsia sin y con criterios de severidad, eclampsia, hipertensión crónica y preeclampsia sobreagregada. Entre estas, la preeclampsia representa la forma más común y grave, con potencial para evolucionar a síndrome de HELLP, eclampsia o falla multiorgánica. Su fisiopatología se relaciona con una implantación placentaria deficiente, disfunción endotelial generalizada, liberación de factores antiangiogénicos y una respuesta inflamatoria sistémica desregulada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que, anualmente, se producen más de 70,000 muertes maternas y 500,000 muertes perinatales asociadas a estas condiciones. La mayoría de

estos decesos ocurren en países con recursos limitados, donde el acceso a un control prenatal oportuno y la disponibilidad de unidades especializadas es escasa.

En el caso de México, y específicamente del estado de Puebla, los registros nacionales reportan una alta incidencia de THE y una distribución desigual de los recursos de salud. Las mujeres que presentan enfermedades hipertensivas y que requieren atención crítica son comúnmente referidas a hospitales de segundo o tercer nivel, como el Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita” del IMSS, el cual cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos.

Diversos estudios han identificado factores de riesgo comunes asociados al desarrollo de estas patologías, como edad materna avanzada, nuliparidad, antecedentes personales o familiares de preeclampsia, obesidad, enfermedades crónicas preexistentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica), y embarazos múltiples. También se ha señalado que el uso de técnicas de reproducción asistida y largos intervalos intergenésicos pueden aumentar el riesgo.

El impacto clínico de los THE no se limita al periodo gestacional. Está demostrado que las mujeres que padecen preeclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas en etapas posteriores de la vida, lo que ha llevado a considerar a la preeclampsia como una “prueba de esfuerzo” cardiovascular de la mujer.

Frente a esta realidad, la identificación de las características clínicas de las pacientes que evolucionan hacia un estado crítico y requieren manejo en terapia intensiva permite no solo mejorar la respuesta hospitalaria, sino también generar políticas de prevención efectivas y diseñar protocolos estandarizados de manejo en todos los niveles de atención

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo, centrado en la caracterización clínica de pacientes embarazadas con enfermedades hipertensivas que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el estado de Puebla, México, durante el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 2022.

Población y muestra: La población objetivo incluyó a todas las mujeres embarazadas atendidas en la

institución durante el periodo de estudio, que presentaron alguna enfermedad hipertensiva del embarazo y que requirieron ingreso a la UCI. De una población total de 99 pacientes con diagnóstico confirmado, se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, seleccionando 69 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El tamaño muestral se calculó considerando una población finita, nivel de confianza del 95% y error de estimación del 5%.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en el HGZ No. 20 en el año 2022.
- Expediente clínico completo y legible.

Criterios de exclusión

- Expedientes clínicos incompletos o ilegibles.
- Pacientes referidas a otra unidad médica durante su estancia en UCI.
- Diagnóstico diferente a enfermedad hipertensiva como causa principal de ingreso.

Variables analizadas: Las variables incluyeron datos sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación), obstétricos (número de gestas, vía de resolución del embarazo, método anticonceptivo), comorbilidades, signos clínicos al ingreso, tipo de enfermedad hipertensiva (preeclampsia con o sin criterios de severidad, síndrome de HELLP, eclampsia), días de estancia hospitalaria, desenlace perinatal (recién nacido sano, ingreso a UCIN, óbito fetal), así como parámetros bioquímicos y hematológicos relevantes (hemoglobina, plaquetas, creatinina, enzimas hepáticas, glucosa, DHL).

Recolección de datos: Se diseñó un instrumento estructurado para la recolección de datos, que fue llenado a partir de la revisión de los expedientes clínicos físicos y digitales del archivo institucional. Los datos se transfirieron a una base de Excel 2019, asegurando el anonimato y confidencialidad de las pacientes.

Análisis estadístico: Los datos se procesaron mediante estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos elaborados en Microsoft Excel. No se aplicaron pruebas inferenciales debido al diseño descriptivo del estudio.

Aspectos éticos: El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS. El estudio fue clasificado como de riesgo mínimo, conforme a la Ley General de Salud en materia de investigación y la Declaración de Helsinki. Se garantizó el resguardo y confidencialidad de los datos clínicos, sin utilizar identificadores personales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron un total de 69 expedientes clínicos de pacientes embarazadas con diagnóstico confirmado de enfermedad hipertensiva que fueron ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGZ No. 20 durante el año 2022. La edad media de las pacientes fue de 30 años (DE ±6.3), siendo el grupo etario predominante el comprendido entre 25 y 35 años. La mayoría de las pacientes eran amas de casa (52%), seguidas de mujeres empleadas (35%) y estudiantes (13%), lo que sugiere una afectación relevante en mujeres económicamente activas y en edad reproductiva.

En términos de escolaridad, se observó una distribución uniforme, con el 26% de las pacientes con estudios universitarios, otro 26% con primaria, 16% con secundaria y 32% con preparatoria. Esto refleja que la enfermedad no discrimina en función del nivel educativo, aunque se ha sugerido en la literatura que un mayor nivel de instrucción favorece el acceso a servicios de salud y la detección oportuna de signos de alarma.

El número promedio de gestaciones fue de 2.1 (DE ±1.2), lo que evidencia que una parte importante de las pacientes ya había cursado embarazos previos, aunque también se documentó una fracción relevante de primigestas, grupo con mayor riesgo para desarrollar preeclampsia.

En cuanto a las comorbilidades, el 52% de las pacientes presentó al menos una condición médica crónica preexistente. Las más frecuentes fueron hipertensión arterial crónica (14%), obesidad (13%), diabetes mellitus tipo 2 (7%), diabetes gestacional (7%) e hipotiroidismo en menor proporción. Este hallazgo subraya la necesidad de un enfoque preventivo más estricto desde la consulta preconcepcional y durante la vigilancia prenatal.

Los signos clínicos más frecuentes al ingreso a la UCI fueron hiperreflexia (53.6%), cefalea intensa (26%), epigastralgia (11.5%) y presencia de acúfenos o fosfenos (8.6%), todos ellos considerados signos de alarma de disfunción neurológica e indicativos de progresión hacia formas graves de preeclampsia.

Respecto a la causa de ingreso, la preeclampsia con criterios de severidad fue la entidad predominante (62.3%), seguida del síndrome de HELLP (17.4%) y la eclampsia (5.8%). Cabe destacar que todas las pacientes ingresaron con al menos un signo de alteración sistémica, y el 100% requirió manejo multidisciplinario intensivo.

En términos de desenlaces obstétricos, el 97% de los embarazos fueron resueltos por cesárea, lo cual está en concordancia con el manejo recomendado en casos de hipertensión grave para reducir la morbilidad materno-perinatal. Solo el 3% fue atendido por parto vaginal.

En cuanto al estado del producto, el 74% de los recién nacidos fueron reportados como sanos al nacimiento, el 16% requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y lamentablemente en el 10% de los casos se registró muerte fetal intrauterina. Este hallazgo refuerza la alta carga perinatal de las enfermedades hipertensivas.

Los estudios de laboratorio revelaron alteraciones importantes: el recuento plaquetario fue anormal (<150,000) en más del 30% de los casos, los niveles de AST y ALT estuvieron elevados significativamente, alcanzando valores hasta 872 U/L en algunos casos, y se registraron niveles elevados de DHL (>400 U/L) en pacientes con sospecha de hemólisis. La creatinina sérica promedio se ubicó en 0.7 µmol/L, pero con casos extremos hasta de 2.1 µmol/L, lo que indica lesión renal aguda incipiente en algunas pacientes.

El promedio de estancia en UCI fue de 5.4 días (mínimo 1, máximo 20 días), siendo mayor en pacientes con complicaciones agregadas como síndrome de HELLP o disfunción multiorgánica.

El promedio de estancia en UCI fue de 5.4 días (mínimo 1, máximo 20 días), siendo mayor en pacientes con complicaciones agregadas como síndrome de HELLP o disfunción multiorgánica.

Además, se observó que las pacientes con comorbilidades como hipertensión crónica y obesidad tuvieron una mayor incidencia de ingreso por preeclampsia severa y complicaciones agregadas. Por ejemplo, de las pacientes con hipertensión crónica, el 85.7% desarrolló preeclampsia con criterios de severidad, y de estas, un tercio presentó daño hepático severo o elevación significativa de enzimas hepáticas.

En relación con los parámetros bioquímicos, las pacientes con niveles de DHL mayores de 600 U/L presentaron con mayor frecuencia trombocitopenia y cifras elevadas de transaminasas, características

compatibles con síndrome de HELLP. Esta correlación clínica y de laboratorio refuerza la necesidad de vigilancia estrecha de estos indicadores en el abordaje de pacientes con signos tempranos de severidad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan con claridad el perfil clínico y los desenlaces obstétricos de las pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo que requieren atención en unidades de cuidados intensivos, confirmando la alta carga de morbilidad materna y perinatal que estas patologías representan en el contexto de un hospital de segundo nivel del sistema de salud mexicano.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica	**Media ± DE / n (%)**
Edad (años)	30 ± 6.3
Gestas	2.1 ± 1.2
Ocupación: Ama de casa	36 (52%)
Ocupación: Empleada	24 (35%)
Ocupación: Estudiante	9 (13%)
Escolaridad: Primaria	18 (26%)
Escolaridad: Secundaria	11 (16%)
Escolaridad: Preparatoria	22 (32%)
Escolaridad: Licenciatura	18 (26%)

Tabla 2. Características clínicas al ingreso a UCI

Característica	Media ± DE / n (%)
Estancia en UCI (días)	5.4 ± 3.0
PAM (mmHg)	112.4 ± 21.9
Hiperreflexia	37 (53.6%)
Cefalea	18 (26%)
Epigastralgia	8 (11.5%)
Acúfenos/Fosfenos	6 (8.6%)
Comorbilidades	36 (52%)
Obesidad	9 (13%)
HAS	10 (14%)
DM2	5 (7%)
Hipertensión gestacional	4 (6%)
Diabetes gestacional	5 (7%)

La preeclampsia con criterios de severidad fue, consistentemente, la principal causa de ingreso a la UCI, hallazgo en concordancia con múltiples estudios previos, tanto nacionales como internacionales (Franco-Sansaloni et al., 2017; Magee et al., 2022). Este tipo de preeclampsia se ha asociado con mayor riesgo de complicaciones maternas graves como síndrome de HELLP, eclampsia, insuficiencia renal aguda, coagulopatías, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y, en casos severos, muerte materna. En este estudio, más de la mitad de las pacientes presentaron alguna comorbilidad asociada, especialmente hipertensión crónica y obesidad, factores que han sido ampliamente documentados como predisponentes (Rubio González et al., 2024; De Jesús-García et al., 2018).

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas, los signos de disfunción neurológica como hiperreflexia, cefalea, epigastralgia y escotomas visuales fueron prevalentes al momento del ingreso, lo que coincide con los criterios diagnósticos establecidos por el American College of Obstetricians

and Gynecologists (ACOG, 2020) y con la guía ISSHP 2021 (Magee et al., 2022). Estos signos no solo son predictores de severidad, sino que también determinan la necesidad de manejo hospitalario inmediato y resolución obstétrica expedita.

Desde el punto de vista perinatal, los resultados muestran que, a pesar del manejo intensivo, se registró un 10% de óbito fetal y un 16% de ingresos a la UCIN, lo que pone de manifiesto la urgencia de implementar estrategias de intervención temprana. Estos datos son consistentes con los reportados por Quispe-Rivas et al. (2019), quienes observaron desenlaces perinatales adversos similares en neonatos hijos de madres con preeclampsia severa:

Lista 1. Causas de ingreso a UCI

- Preeclampsia con criterios de severidad: 43 (62.32%)
- Síndrome de HELLP: 22 (31.88%)
- Eclampsia: 4 (5.79%)

Las alteraciones laboratoriales observadas (como elevación de transaminasas, trombocitopenia y elevación de DHL) son característicos del síndrome de HELLP, el cual tiene una alta mortalidad materna si no se diagnostica y trata de forma oportuna. La vigilancia activa de estos biomarcadores es fundamental para el manejo basado en la evidencia (Sinkey et al., 2020).

Comparando estos hallazgos con otros estudios realizados en México y Latinoamérica (Vázquez-Rodríguez et al., 2022; González-Mendoza et al., 2020), es evidente que existe una homogeneidad en la presentación clínica y en los factores de riesgo, lo cual refuerza la necesidad de establecer protocolos regionales de tamizaje y manejo, adaptados a las particularidades epidemiológicas y sociodemográficas locales.

Tabla 3. Características perinatales

Característica	n (%)
Resolución: Cesárea	67 (97%)
Resolución: Parto	2 (3%)
Recién nacido sano	51 (74%)
Ingreso a UCIN	11 (16%)
Óbito fetal	7 (10%)
Método de PF: Ninguno	27 (39%)
Método de PF: Temporal	7 (10%)
Método de PF: Definitivo	35 (51%)

Tabla 4. Características laboratoriales

Parámetro	Media ± DE	Mínimo	Máximo
Hemoglobina (g/dL)	13.8 ± 0.2	13.8	14
Hematocrito (%)	37.5 ± 6.8	15.8	52.3
Leucocitos (x10^9/L)	10.9 ± 3.6	5.0	19.3
Plaquetas (x10^9/L)	147.5 ± 75.3	13.4	415
Glucosa (mg/dL)	106.4 ± 128.5	37	1113
Creatinina (µmol/L)	0.7 ± 0.3	0.4	2.1
AST (U/L)	158.7 ± 241.6	9.2	1099
ALT (U/L)	140 ± 223.7	8	872
DHL (U/L)	404.2 ± 308.6	132	1594

Una limitación del estudio es su carácter unicéntrico, lo cual podría restringir la generalización de los hallazgos. No obstante, al tratarse de un hospital de referencia regional, los resultados son representativos de un amplio espectro de pacientes con riesgo obstétrico alto. Por otro lado, la fortaleza del estudio radica en su enfoque integral, la adecuada caracterización clínica de las pacientes y el análisis detallado de sus desenlaces.

La evidencia acumulada indica que las enfermedades hipertensivas del embarazo son no solo una emergencia obstétrica, sino también una manifestación temprana de disfunción vascular sistémica con implicaciones a largo plazo. Diversos autores han sugerido que las mujeres con antecedente de preeclampsia deberían ser objeto de seguimiento cardiometabólico prolongado postparto, con el objetivo de reducir la incidencia futura de enfermedades cardiovasculares (Dolgushina et al., 2021).

En resumen, este estudio contribuye a la evidencia nacional sobre la importancia de fortalecer el control prenatal, capacitar al personal de salud en la identificación temprana de signos de alarma, y dotar de recursos e infraestructura suficiente a las unidades de cuidados intensivos obstétricos, como medida esencial para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal asociada a los trastornos hipertensivos del embarazo.

Asimismo, comparado con estudios internacionales como el de Wu et al. (2023) y Dolgushina et al. (2021), la tasa de ingresos a UCI en este hospital es ligeramente mayor, lo cual podría deberse a factores como la derivación tardía desde unidades de primer contacto o a una mayor carga de comorbilidades metabólicas en la población estudiada. En contraste, estudios europeos muestran mejores desenlaces perinatales, lo que podría estar asociado a un sistema de salud más robusto y a protocolos de tamizaje más estrictos desde etapas tempranas del embarazo.

Una implicación clínica relevante de estos hallazgos es la urgente necesidad de establecer modelos predictivos en el primer trimestre, que incluyan biomarcadores y factores clínicos, como ya se ha implementado en algunos sistemas de salud del Reino Unido y Canadá (Zeeman, 2018; Magee et al., 2022).

Líneas futuras de investigación deberían centrarse en estudios multicéntricos, comparativos, con aplicación de escalas de predicción de severidad como el fullPIERS o miniPIERS, que han demostrado buena sensibilidad para predecir complicaciones maternas graves

CONCLUSIONES

1. Las enfermedades hipertensivas del embarazo, particularmente la preeclampsia con criterios de severidad, continúan siendo una de las principales causas de ingreso a las unidades de cuidados intensivos obstétricos y representan una amenaza significativa para la vida de la madre y del feto.

2. En la población analizada, se observó una alta prevalencia de comorbilidades asociadas como hipertensión arterial crónica y obesidad, lo que subraya la necesidad de realizar una vigilancia clínica y metabólica estrecha desde la etapa preconcepcional.

3. La mortalidad perinatal registrada (10%) y el número de ingresos neonatales a la UCIN (16%) reflejan la carga perinatal asociada a estos trastornos y reafirman la necesidad de fortalecer las acciones de prevención y detección oportuna.

4. La identificación de signos clínicos de alarma (hiperreflexia, cefalea intensa, epigastralgia, fosfenos), así como de alteraciones bioquímicas específicas (trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas, deterioro renal), es fundamental para el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de estas pacientes.

5. Se recomienda implementar de manera uniforme protocolos institucionales de manejo para enfermedades hipertensivas del embarazo en todos los niveles de atención, incluyendo derivación oportuna y resolución obstétrica en condiciones óptimas.

6. Finalmente, se hace un llamado a la política pública para priorizar la salud materna en regiones de alta vulnerabilidad, incluyendo el acceso universal a control prenatal adecuado, educación perinatal, y disponibilidad de servicios de terapia intensiva obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

Amin, S. V., Illipilla, S., Hebbar, S., et al. (2014). Quantifying Proteinuria in Hypertensive Disorders of Pregnancy. *International Journal of Hypertension*, 2014, 941408. https://doi.org/10.1155/2014/941408

Blanco, E., Marín, M., Núñez, L., et al. (2022). Adverse pregnancy and perinatal outcomes in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Pública*, 46, e40.

Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., ... & von Dadelszen, P. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24–43. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803

De Jesús-García, A., Jiménez-Báez, V. M., González-Ortiz, D. G., et al. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del IMSS*, 26(4), 256–262.

Dolgushina, N. V., Berezovskaya, E. V., & Sorokina, A. V. (2021). Preeclampsia and long-term cardiovascular risk: modern concepts of pathogenesis and prevention. *Journal of Clinical Medicine*, 10(5), 1032. https://doi.org/10.3390/jcm10051032

González-Mendoza, L. M., Bravo-Durán, R. M., Morales-Montoya, C., & Reyes-Bernal, D. A. (2020). Morbimortalidad perinatal en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en un hospital de tercer nivel. *Revista Médica del IMSS*, 58(1), 26–32.

López-Jaramillo, P., Casas, J. P., & Serrano, N. (2019). Preeclampsia: un síndrome cardiovascular con múltiples fenotipos. *Revista Colombiana de Cardiología*, 26(5), 416–423. https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.04.002

Magee, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., et al. (2022). The 2021 ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 27, 148–169.

Mol, B. W., Roberts, C. T., Thangaratinam, S., Magee, L. A., de Groot, C. J., & Hofmeyr, G. J. (2016). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 387(10022), 999–1011. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7

Quispe-Rivas, M. C., Caycho-Gamarra, G. A., & Carreazo, N. Y. (2019). Riesgo de admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales de hijos de pacientes con preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*, 87(10), 615–625.

Rubio González, E., Huerta Arroyo, A. M., García Benasach, F., et al. (2024). Hypertensive states of pregnancy. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 41(2), 118–131. https://doi.org/10.1016/j.hipert.2024.04.003

Sinkey, R. G., Battarbee, A. N., Bello, N. A., et al. (2020). Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: A comparison of international guidelines. *Current Hypertension Reports*, 22(9), 1–10.

Vázquez-Rodríguez, J. G., Cruz-Gutiérrez, M. L., & Ruiz-González, R. (2022). Factores asociados a ingreso a terapia intensiva en mujeres con preeclampsia severa en un hospital de alta especialidad. *Gaceta Médica de México*, 158(2), 108–115. https://doi.org/10.24875/GMM.M22000109

Wu, P., Green, M., & Myers, J. E. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ*, 380, e074571.

Zeeman, G. G. (2018). Neurologic complications of preeclampsia. *Seminars in Perinatology*, 42(4), 208–215. https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.03.010