

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2871>

## Actualización en el manejo de la Hipertensión Gestacional: Artículo de revisión

Update on the management of Gestational Hypertension: Review article

**María José Yanza Sasig**

mariajose\_15\_01@hotmail.com  
<https://orcid.org/0009-0006-7773-3036>  
Universidad Central del Ecuador  
Quito – Ecuador

**Cesar David Calvopiña Alvarez**

cesarc386@hotmail.com  
<https://orcid.org/0009-0008-2566-8804>  
Universidad Tecnológica Equinoccial  
Quito – Ecuador

**Karen Andrea López Vilaña**

karn.lopez19@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0000-7216-8222>  
Universidad Central del Ecuador  
Quito – Ecuador

**Mateo Gonzalo Villafuerte Castillo**

mateogvc@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0009-5289-8290>  
Universidad San Francisco de Quito  
Quito – Ecuador

**David Abraham Robayo Paguay**

robayo-david@hotmail.com  
<https://orcid.org/0009-0000-9763-3557>  
Universidad Central del Ecuador  
Quito – Ecuador

Artículo recibido: 14 de octubre de 2024. Aceptado para publicación: 28 de octubre de 2024.  
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen


La hipertensión gestacional (HG) afecta al 6%-10% de los embarazos, se define por hipertensión arterial después de la semana 20 en mujeres sanas y puede implicar graves complicaciones para madre e hijo si no se trata. Generalmente es temporal, pero requiere monitoreo y manejo adecuado. El objetivo principal es actualizar conocimientos sobre el manejo de la hipertensión gestacional. En octubre del 2024 se realizó un artículo de revisión acerca de la hipertensión gestacional y su manejo, este está basado en estudios de los últimos 5 años encontrados en base de datos como PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico. Se identificaron 20 estudios que cumplen con los criterios de inclusión e incluyen definición, fisiopatología, criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas, manejo y cuidados postparto del tema descrito. La hipertensión gestacional, que ocurre tras las 20 semanas en mujeres sanas, requiere diagnóstico y tratamiento temprano para prevenir complicaciones. Su manejo implica cambios en el estilo de vida y un enfoque multidisciplinario.

*Palabras clave:* hipertensión gestacional, manejo, antihipertensivo

## Abstract

Gestational hypertension (GH) affects 6%-10% of pregnancies. It is defined as high blood pressure after week 20 in healthy women and can lead to serious complications for mother and child if left untreated. It is generally temporary, but requires monitoring and proper management. The main objective is to update knowledge on the management of gestational hypertension. In October 2024, a review article was published on gestational hypertension and its management. This is based on studies from the last 5 years found in databases such as PubMed, MEDLINE, EMBASE and Google Scholar. 20 studies were identified that meet the inclusion criteria and include definition, pathophysiology, diagnostic criteria, clinical manifestations, management and postpartum care of the described topic. Gestational hypertension, which occurs after 20 weeks in healthy women, requires early diagnosis and treatment to prevent complications. Its management involves lifestyle changes and a multidisciplinary approach.

*Keywords:* gestational hypertension, management, antihypertensives

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Yanza Sasig, M. J., Calvopiña Alvarez , C. D., López Vilaña, K. A., Villafuerte Castillo, M. G., & Robayo Paguay , D. A. (2024). Actualización en el manejo de la Hipertensión Gestacional. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (5), 3404 – 3415.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2871>

## **INTRODUCCIÓN**

La hipertensión gestacional (HG) es una complicación que afecta aproximadamente al 6% a 10% de los embarazos en todo el mundo y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. Se define como el desarrollo de hipertensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg después de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas, sin la presencia de proteinuria u otros signos de preeclampsia.

A diferencia de la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional es una afección transitoria que generalmente se resuelve en las semanas posteriores al parto, pero que puede tener importantes implicaciones tanto para la madre como para el feto si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna. Si la hipertensión persiste después de las 12 semanas postparto, se considera hipertensión crónica y requiere manejo a largo plazo.

La hipertensión gestacional está relacionada con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves, como preeclampsia, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y desprendimiento de placenta. Estas complicaciones son prevenibles si se realiza un diagnóstico precoz y un manejo adecuado. Las guías clínicas actuales sugieren una vigilancia estrecha y un tratamiento individualizado para controlar la presión arterial sin afectar negativamente al feto.

## **METODOLOGÍA**

En octubre del 2024 realizamos un artículo de revisión acerca de la hipertensión gestacional y su manejo, la búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico de los últimos 5 años, en su mayoría trabajos a partir del año 2020. Se identificaron estudios relacionados con la definición, etiología, fisiopatología, criterios diagnósticos, manejo, tratamiento, manejo postparto y prevención del tema descrito. Entre 2019 y 2024 se encontró un total de veinte artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, básicamente que sean basadas en pacientes embarazada con manifestaciones clínicas o síntomas de hipertensión gestacional y actualizaciones en el tratamiento, elección del fármaco acorde a la edad gestacional, complicaciones asociadas, recomendaciones y medidas preventivas. Se excluyeron los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores.

### **Hipertensión Gestacional**

La hipertensión gestacional (HG) es una condición que se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo en mujeres que previamente no tenían hipertensión. Se define como una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en dos mediciones separadas por al menos 4 horas. Esta condición se caracteriza por no estar acompañada de proteinuria, es decir presencia de proteínas en la orina, ni de otros signos de daño orgánico, lo cual la distingue de la preeclampsia.

Una mujer en estado de gestación tendrá múltiples cambios fisiológicos, uno de ellos es la presión arterial que asegure el suministro adecuado de flujo sanguíneo y oxígeno al feto. En el primer trimestre se mantiene la presión arterial, sin embargo, en algunas mujeres puede descender por la estimulación de ciertas hormonas como el estrógeno y progesterona. En el segundo trimestre el valor normal de la presión arterial va a aumentar para brindarle un flujo sanguíneo al feto para su crecimiento. Llegando al tercer trimestre y a medida que se acerque la fecha de parto las cifras de presión arterial ascenderán por la compresión que ejerce el útero en crecimiento a los vasos sanguíneos abdominales, lo que incrementa la resistencia vascular periférica y puede estar acompañada de retención de líquido.

La HG puede resolverse espontáneamente después del parto o progresar a complicaciones más graves, como preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP. Se diagnostica generalmente en mujeres

que no habían mostrado signos de hipertensión antes del embarazo, y si la presión arterial permanece elevada después de las 12 semanas postparto, se considera hipertensión crónica.

Un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno puede ayudar en disminuir riesgo materno-fetales que pueden presentarse. Se debe evaluar mediante exámenes de laboratorio para evaluar la existencia de disfunción de órganos y mediante ecografía el adecuado crecimiento fetal, si existe progresión de HG puede desencadenar preeclampsia que se da en el 25% de las pacientes.

### Criterios diagnósticos

Existen varios criterios que ayudan a poder hacer un correcto diagnóstico:

- Presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg en dos ocasiones, al menos 4 horas de diferencia, en una mujer previamente normotensa.
- Ausencia de proteinuria significativa y otros signos de disfunción orgánica, se diferencia a la hipertensión gestacional de la preeclampsia.
- La hipertensión se diagnostica después de las 20 semanas de gestación.

### Factores de riesgo

La HG tiene múltiples factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar esta condición durante el embarazo. Estos factores pueden ser modificables como el estilo de vida o no modificables como la genética. A continuación, se detallan los principales factores de riesgo reconocidos (13,19,20):

**Edad Materna Avanzada:** Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional. A medida que aumenta la edad materna, también lo hacen los riesgos de complicaciones en el embarazo, incluyendo hipertensión y preeclampsia.

**Obesidad:** El índice de masa corporal (IMC) elevado antes del embarazo se asocia con un mayor riesgo de hipertensión gestacional. La obesidad pregestacional es un factor de riesgo independiente debido al aumento de la resistencia a la insulina y los desequilibrios hormonales que contribuyen a la hipertensión.

**Antecedentes Familiares:** Tener una historia familiar de hipertensión gestacional o preeclampsia en familiares de primer grado aumenta el riesgo de padecer esta condición. Esto sugiere que existen factores genéticos involucrados en el desarrollo de hipertensión durante el embarazo.

**Primiparidad:** Las mujeres que están embarazadas por primera vez tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional en comparación con aquellas que ya han tenido embarazos previos.

**Embarazos múltiples:** Se asocian con una mayor carga vascular y metabólica en el cuerpo de la madre, lo que aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional, preeclampsia y otras complicaciones relacionadas.

**Condiciones médicas subyacentes:** Las mujeres con enfermedades preexistentes como lo son: diabetes mellitus 1 y 2, hipertensión crónica, enfermedad renal, trastornos autoinmunes como lupus eritematoso sistémico, tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional debido a la vulnerabilidad de sus sistemas cardiovasculares y renales.

**Antecedentes de hipertensión gestacional o preeclampsia:** Las mujeres que han tenido hipertensión gestacional en embarazos anteriores tienen un mayor riesgo de recurrencia en embarazos

subsiguientes. Este riesgo puede variar en función de la severidad de la hipertensión previa y la presencia de otras complicaciones.

**Tabaquismo y consumo de alcohol:** Aunque los estudios sobre el tabaquismo en relación con la hipertensión gestacional son mixtos, existe evidencia de que el consumo excesivo de alcohol puede contribuir al desarrollo de hipertensión en el embarazo debido a sus efectos negativos en el sistema cardiovascular.

**Factores Ambientales y Psicosociales:** El estrés crónico y el nivel socioeconómico bajo también se han relacionado con un mayor riesgo de hipertensión gestacional. Las condiciones de vida adversas pueden incrementar el estrés oxidativo y la inflamación, lo que contribuye a la hipertensión.

**Intervalo Corto entre Embarazos:** Los estudios han mostrado que un intervalo corto entre embarazos, es decir, menos de 18 meses está asociado con un aumento en el riesgo de hipertensión gestacional. El cuerpo materno puede no haber tenido suficiente tiempo para recuperarse completamente de un embarazo previo.

### Fisiopatología

Normalmente en mujeres gestantes existen cambios o modificaciones a nivel fisiológico para mantener la tensión arterial dentro de los límites. Uno de ellos es la adaptación del sistema cardiovascular, al tener un aumento del volumen sanguíneo al mismo tiempo hay una expansión o dilatación del sistema de vasos. En cuanto al sistema renal se puede observar un aumento de excreción de sodio y agua para obtener un equilibrio de líquidos. Por último, por parte de hormonas como el estrógeno y progesterona tienen un efecto vasodilatador, la hormona antidiurética y aldosterona influyen en el equilibrio o desequilibrio de agua y electrolitos.

La fisiopatología de la hipertensión gestacional aún no está completamente elucidada, pero se cree que es el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos, inmunológicos, hormonales y ambientales que afectan la función endotelial y el sistema cardiovascular de la madre. Existen algunos mecanismos fisiopatológicos clave que contribuyen al desarrollo de la hipertensión gestacional.

La disfunción endotelial juega un papel central en la hipertensión gestacional y otras formas de hipertensión durante el embarazo, como la preeclampsia. Se cree que factores inmunológicos y hormonales alteran el funcionamiento del endotelio, provocando un desequilibrio entre las sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras. Esta disfunción conduce a vasoconstricción sistémica, aumentando la resistencia vascular periférica y, por ende, la presión arterial.

Una de las teorías más aceptadas es que en la hipertensión gestacional ocurre una placentación anormal. En embarazos normales, las células trofoblásticas del embrión invaden las arterias espirales del útero y las transforman en vasos de gran calibre para proporcionar un adecuado flujo sanguíneo al feto. En la hipertensión gestacional, esta invasión trofoblástica está disminuida o alterada, lo que provoca una insuficiencia placentaria. Esta insuficiencia desencadena la liberación de sustancias proinflamatorias y antiangiogénicas hacia la circulación materna, afectando la función vascular sistémica.

En mujeres con hipertensión gestacional, se ha observado un desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos. Los niveles de factor de crecimiento placentario (PIGF) y VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular), ambos promotores del crecimiento y desarrollo de los vasos sanguíneos se encuentran disminuidos. Simultáneamente, los niveles de sFlt-1 que es una proteína

soluble que inhibe VEGF y PIGF están aumentados. Este desequilibrio conduce a hipoperfusión placentaria y daño endotelial sistémico.

El estrés oxidativo es un componente clave en la fisiopatología de la hipertensión gestacional. La producción excesiva de especies reactivas de oxígeno (ROS) y la disminución de las defensas antioxidantes en la placenta pueden causar daño tisular, lo que contribuye a la disfunción endotelial y la vasoconstricción. Además, este estrés oxidativo puede promover la liberación de citoquinas proinflamatorias que agravan la condición.

El embarazo implica un equilibrio inmunológico delicado. En la hipertensión gestacional, se cree que hay una activación inapropiada del sistema inmunológico materno en respuesta a los antígenos fetales. Este fenómeno genera una respuesta inflamatoria exacerbada que daña el endotelio vascular. Además, se han identificado respuestas inmunológicas alteradas en el contexto de la interacción entre las células del trofoblasto y el sistema inmunológico materno.

La resistencia a la insulina es más prevalente en mujeres con hipertensión gestacional, especialmente en aquellas con sobrepeso u obesidad. La resistencia a la insulina puede contribuir a la disfunción endotelial y a un aumento en la retención de sodio, lo que provoca hipertensión y una mayor carga cardiovascular.

El sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) está implicado en la regulación de la presión arterial y el equilibrio de sodio y agua. Durante el embarazo, este sistema se activa para mantener una adecuada perfusión placentaria. Sin embargo, en la hipertensión gestacional, esta activación puede ser disfuncional, lo que lleva a una retención de sodio y agua, vasoconstricción y aumento de la presión arterial.

Estudios sugieren que los factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión gestacional. Se han identificado polimorfismos en genes que afectan la función endotelial y la inflamación que podrían predisponer a algunas mujeres a desarrollar hipertensión durante el embarazo. La herencia familiar de hipertensión y trastornos hipertensivos del embarazo también aumenta el riesgo.

El embarazo provoca cambios hormonales significativos, y algunas hormonas, como el estrógeno y la progesterona, influyen en la regulación de la presión arterial. Los desequilibrios hormonales, especialmente relacionados con el cortisol y la aldosterona, pueden aumentar el riesgo de hipertensión gestacional.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la hipertensión gestacional se basa en la evaluación clínica y mediciones repetidas de la presión arterial a partir de las 20 semanas de gestación.

El criterio diagnóstico primario para detectar hipertensión arterial es una presión arterial sistólica de  $\geq 140$  mmHg o diastólica de  $\geq 90$  mmHg en dos mediciones separadas al menos por 4 horas, después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.

A diferencia de la preeclampsia, la hipertensión gestacional no presenta proteinuria, es decir, excreción de proteínas en la orina  $\geq 300$  mg en 24 horas ni otros signos de daño orgánico, como alteraciones hepáticas, renales o neurológicas.

El diagnóstico debe realizarse mediante un monitoreo regular de la presión arterial durante las visitas prenatales. Se recomienda tomar las mediciones de la presión arterial en un ambiente tranquilo y

repetirlas en diferentes momentos para confirmar el diagnóstico. La hipertensión gestacional suele ser asintomática en sus primeras etapas, por lo que el monitoreo es crucial.

### **Diferenciación de Otras Condiciones Hipertensivas**

**Hipertensión Crónica:** Se diagnostica si la hipertensión se presenta antes de las 20 semanas de gestación o si persiste después de las 12 semanas postparto.

**Preeclampsia:** Es una complicación de la hipertensión gestacional, y se diagnostica si, además de la hipertensión, la paciente desarrolla proteinuria o signos de daño en órganos como el hígado, los riñones o el cerebro.

### **Pruebas Complementarias**

Aunque no se espera encontrar proteinuria en la hipertensión gestacional, se realiza un análisis de orina para descartar preeclampsia. Se recomienda realizar exámenes de sangre para evaluar la función renal mediante la creatinina, hepática por medio de las transaminasas y descartar alteraciones en el hemograma como un bajo recuento de plaquetas, que podrían sugerir complicaciones como el síndrome HELLP o preeclampsia.

En las mujeres con hipertensión gestacional, se recomienda un monitoreo más estrecho del feto debido al mayor riesgo de complicaciones como la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Las pruebas incluyen:

- Ecografías fetales para evaluar el crecimiento fetal y la cantidad de líquido amniótico.
- Doppler de la arteria umbilical para evaluar la resistencia vascular en la placenta.
- Pruebas de bienestar fetal como la cardiotocografía para monitorear la frecuencia cardíaca del feto.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la hipertensión gestacional tiene como objetivo controlar la presión arterial para prevenir complicaciones tanto para la madre como para el feto, minimizando los riesgos asociados. La elección del tratamiento depende de la severidad de la hipertensión y la edad gestacional.

En casos de hipertensión gestacional leve (presión arterial sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg), dentro de las recomendaciones incluyen cambios en el estilo de vida. La restricción de la actividad física y el descanso pueden ayudar a reducir la presión arterial, pero no se recomienda el reposo absoluto prolongado debido a los riesgos de trombosis.

Mantener una dieta saludable, con control del consumo de sodio, y evitar alimentos procesados, que pueden aumentar la retención de líquidos y contribuir a la hipertensión. Se recomienda a las pacientes controlar su presión arterial en casa con regularidad y reportar cualquier aumento significativo.

### **Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico está indicado si la presión arterial es igual o mayor a 160/110 mmHg o si existe un riesgo significativo de complicaciones. Los medicamentos antihipertensivos más utilizados y seguros durante el embarazo son metildopa, labetalol, nifedipina e hidralazina.

Metildopa es un fármaco de primera línea de tratamiento y uno de los más usados para el tratamiento de la hipertensión en el embarazo debido a su seguridad comprobada para el feto. Actúa como agonista alfa-2 adrenérgico, reduciendo la resistencia vascular periférica.

Labetalol pertenece al grupo de bloqueadores alfa y betaadrenérgico que ha demostrado ser efectivo en el control de la hipertensión gestacional. Tiene un perfil de seguridad adecuado tanto para la madre como para el feto. Se administra oralmente o por vía intravenosa en situaciones de crisis hipertensivas.

Nifedipina es un bloqueador de los canales de calcio, que se utiliza en casos de hipertensión severa. Se administra principalmente en forma de liberación prolongada. Su efecto vasodilatador reduce la resistencia periférica y mejora el flujo sanguíneo.

Es un vasodilatador directo es la hidralazina que se utiliza con más frecuencia en situaciones de emergencia, especialmente cuando la hipertensión es severa y debe reducirse de manera urgente. Puede administrarse por vía intravenosa.

El tratamiento de la hipertensión gestacional también implica la decisión sobre el momento óptimo del parto. Si la hipertensión está bien controlada y no hay complicaciones maternas o fetales, el parto se programa a las 37 semanas de gestación para reducir los riesgos. Sin embargo, en casos de hipertensión grave o signos de preeclampsia, puede ser necesario inducir el parto antes de llegar a término a partir de las 34 semanas, especialmente si el feto está en riesgo o la madre muestra signos de deterioro.

### **Crisis Hipertensiva en el Embarazo**

En casos de hipertensión severa (> 160/110 mmHg) o crisis hipertensiva, se requiere tratamiento inmediato. Los medicamentos intravenosos como labetalol y hidralazina son de elección en estos casos, y la decisión de un parto inmediato puede ser necesaria si el bienestar de la madre o del feto está en peligro.

### **Prevención de la Preeclampsia**

La aspirina en dosis bajas (81 mg/día) a partir de las 12-16 semanas de gestación ha demostrado ser efectiva para reducir el riesgo de progresión de hipertensión gestacional a preeclampsia en mujeres con factores de riesgo alto.

### **Cuidados Postparto**

El seguimiento postparto en mujeres con hipertensión gestacional es esencial para evaluar la resolución de la hipertensión y prevenir complicaciones a largo plazo. Aunque la hipertensión gestacional suele resolverse después del parto, hasta el 20% de las mujeres pueden desarrollar hipertensión crónica a largo plazo.

Se recomienda realizar mediciones de la presión arterial regularmente en las primeras semanas posteriores al parto. Se debe monitorear la presión arterial al menos una vez entre los días 3 y 5 después del parto, ya que muchas veces la hipertensión puede empeorar durante estos días debido a los cambios hemodinámicos postparto. Se recomienda continuar con el monitoreo de la presión arterial al menos hasta las 6 semanas postparto para asegurarse de que la presión haya vuelto a la normalidad. Si la hipertensión persiste después de este período, se debe considerar la posibilidad de que se haya desarrollado hipertensión crónica.

Las mujeres que han sufrido hipertensión gestacional tienen un riesgo elevado de desarrollar hipertensión crónica, enfermedades cardiovasculares y accidente cerebrovascular más adelante en la vida. Se recomienda hacer revisiones anuales de la presión arterial, perfil lipídico y glucemia son esenciales para detectar factores de riesgo cardiovascular.



Si una mujer sigue tomando medicamentos antihipertensivos después del parto, se debe ajustar el tratamiento según sea necesario. Algunos medicamentos utilizados durante el embarazo pueden necesitar ser suspendidos o cambiados si la mujer está amamantando, ya que ciertos fármacos pueden pasar a la leche materna. Entre los medicamentos más seguros para la lactancia se incluyen: metildopa, labetalol y nifedipina.

### **Planificación de Embarazos Futuros**

Las mujeres que han experimentado hipertensión gestacional tienen un mayor riesgo de recurrencia en futuros embarazos. Se debe asesorar a las pacientes sobre los riesgos y estrategias de prevención, como el uso de aspirina en dosis bajas de 81 mg/día durante los próximos embarazos, lo que ha demostrado reducir la probabilidad de desarrollar preeclampsia.

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La hipertensión gestacional (HG) es una condición que se presenta en mujeres embarazadas después de las 20 semanas de gestación, caracterizada por un aumento de la presión arterial sin la presencia de proteinuria ni otros signos de daño orgánico, lo que la diferencia de la preeclampsia. Esta condición puede surgir debido a una serie de factores fisiológicos y patológicos que afectan tanto a la madre como al feto. La fisiopatología de la hipertensión gestacional no está completamente entendida, pero se considera que es el resultado de una interacción compleja entre factores genéticos, hormonales, inmunológicos y ambientales. La disfunción endotelial es un componente central, donde un desequilibrio entre sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras lleva a un aumento de la resistencia vascular periférica y, por ende, a un incremento de la presión arterial.

Un aspecto crítico es la placentación anormal, donde la invasión trofoblástica de las arterias espirales se ve comprometida, resultando en insuficiencia placentaria. Esto provoca la liberación de sustancias proinflamatorias que afectan la función vascular sistémica. Además, se ha observado un desequilibrio en factores angiogénicos, con niveles reducidos de factores de crecimiento placentario y un aumento de sFlt-1, lo que contribuye a la hipoperfusión placentaria y daño endotelial.

El estrés oxidativo también juega un papel importante, ya que la producción excesiva de especies reactivas de oxígeno (ROS) puede causar daño tisular y contribuir a la disfunción endotelial. La resistencia a la insulina, especialmente en mujeres con sobrepeso, y la disfunción del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) son otros factores que pueden agravar la hipertensión gestacional. Los factores de riesgo para desarrollar hipertensión gestacional incluyen la edad materna avanzada, obesidad, antecedentes familiares de hipertensión, primiparidad, embarazos múltiples, condiciones médicas preexistentes, y hábitos como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Estos factores pueden ser modificables o no, y su identificación es crucial para la prevención y manejo de la condición.

El diagnóstico de la hipertensión gestacional se basa en mediciones repetidas de la presión arterial, con un umbral de 140/90 mmHg en dos ocasiones separadas por al menos 4 horas. Es esencial realizar un monitoreo regular durante las visitas prenatales, ya que la hipertensión gestacional puede ser asintomática en sus primeras etapas. El manejo de la hipertensión gestacional tiene como objetivo principal controlar la presión arterial para prevenir complicaciones tanto para la madre como para el feto. La elección del tratamiento depende de la severidad de la hipertensión y la edad gestacional.

El tratamiento se centra en el control de la presión arterial para prevenir complicaciones. En casos leves, se recomiendan cambios en el estilo de vida, mientras que en casos más severos se indican medicamentos antihipertensivos como metildopa, labetalol, nifedipina e hidralazina. La decisión sobre el momento del parto es crucial; si la hipertensión está bien controlada, se puede programar el parto a

las 37 semanas, pero en casos de hipertensión grave, puede ser necesario inducir el parto antes. Los resultados del manejo de la hipertensión gestacional dependen de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. La identificación de factores de riesgo y la implementación de estrategias preventivas, como el uso de aspirina en dosis bajas en mujeres con alto riesgo, pueden reducir la progresión a preeclampsia.

El seguimiento postparto es vital, ya que hasta el 20% de las mujeres pueden desarrollar hipertensión crónica. Se recomienda un monitoreo regular de la presión arterial en las semanas posteriores al parto y la evaluación de factores de riesgo cardiovascular a largo plazo. El seguimiento postparto es esencial para detectar la posible evolución a hipertensión crónica y para implementar medidas que minimicen el riesgo de complicaciones cardiovasculares en el futuro. Las mujeres que han experimentado hipertensión gestacional deben ser informadas sobre los riesgos en embarazos futuros y la importancia de un control médico regular.

En resumen, la hipertensión gestacional es una condición compleja que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo. La investigación continua es necesaria para comprender mejor su fisiopatología y mejorar las estrategias de prevención y tratamiento.

### **CONCLUSIONES**

La hipertensión gestacional es una condición que se presenta después de las 20 semanas de embarazo en mujeres que previamente no tenían hipertensión. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son cruciales para prevenir complicaciones materno-fetales. Los factores de riesgo incluyen la edad materna avanzada, obesidad, antecedentes familiares, primiparidad, embarazos múltiples, y condiciones médicas preexistentes. La fisiopatología de la HG involucra disfunción endotelial, desequilibrio hormonal, resistencia a la insulina y estrés oxidativo, lo que contribuye a la elevación de la presión arterial.

El tratamiento de la hipertensión gestacional es un proceso integral que incluye cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico, decisiones sobre el momento del parto y un seguimiento cuidadoso postparto. La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para minimizar los riesgos tanto para la madre como para el feto. Es una condición que requiere un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, con el fin de minimizar riesgos para la madre y el feto.

## REFERENCIAS

ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019;133. doi: 10.1097/AOG.0000000000003018.

Campoverde Saquisili ,M.F. Hipertensión Gestacional principales manifestaciones y manejo. Universidad Católica de Cuenca. 2021. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/a2f79bf1-9fae-4337-a617-76749b8c35dc>

Chappell LC, Fishburn S, Maresh M, Findlay SC, Chappell LC. Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2019;366. doi: 10.1136/bmj.l5119(BMJ).

Escuela de Ciencias de la Salud «Dr. Francisco Battistini Casalta», Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar, Carrión-Nessi FS, Omaña-Ávila ÓD, Romero Arocha SR, Mendoza DL, Lahoud AC, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet].* 2022;82(02):242–63. Available from: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf>

Garovic VD, Dechend R, Easterling T, et al. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy. *Hypertension.* 2022;79. doi: 10.1161/HYP.000000000000208(ISSHP.org).

Lima Dos Santos, S. A., Chaves Rodrigues Filho, L., & Gómez López, W. (2024). Comparativo de las recomendaciones de Guías Internacionales para la prevención y tratamiento de la hipertensión gestacional y preeclampsia. *Revista MEDUCP,* 1(1), 35–49. Available from: <https://epicentro.central.edu.py/index.php/epicentro/article/view/127>

Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG. Hypertension in pregnancy. *J Am Soc Hypertens.* 2019;13(4):237-244. doi: 10.1016/j.jash.2019.01.001.

Luna Solano MG, Quintana Serrano CR, Cuenca Pilataxi AR, Abril Núñez AR. Trastornos hipertensivos del embarazo. Actualización en el diagnóstico y tratamiento farmacológico. *RECIAMUC.* 2024;8(1):245–56. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1268>

Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2022;27:148-169. doi: 10.1016/j.preghy.2021.09.002(ISSHP.org).

Magee LA, Sharma S, Nathan HL, et al. The management of hypertension in pregnancy: An international survey of the impact of The International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) Global Hypertension. Pregnancy Taskforce Guidelines. *Pregnancy Hypertension.* 2021;24:168-175. doi: 10.1016/j.preghy.2021.01.002.

Mendoza-Vilcahuaman J, Muñoz- De La Torre RJ, Diaz-Lazo AV. Factors associated with pregnancy-induced arterial hypertension in people living in altitude. *Rev Fac Med Humana.* 2021;21(3):528–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i3.3425>

Múnera-Echeverri AG, Muñoz-Ortiz E, Ibarra-Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. *Rev Colomb Cardiol.* 2022;28(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/rccar.m21000002>

Pérez Canga JL, Blanco CS. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. Nefrologiaaldia.org. 2024. Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-manejo-de-los-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-629-pdf>

Pogo Guamán RM. Cuidados de atención de enfermería a pacientes con hipertensión gestacional: Nursing care for a patient with gestational hypertension. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023;4(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.56712/latam.v4i6.1552>

Redman CW, Sargent IL. Placental debris, oxidative stress and pre-eclampsia. Placenta. 2000;21(7):597-602.


Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. J Obstet Gynaecol Can. 2022;44(1):94-110. doi: 10.1016/j.jogc.2021.10.001(BMJ).

Stegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Preeclampsia. Lancet. 2010;376(9741):631-644.

Von Dadelszen P, Magee LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: HYPITAT trials. Pregnancy Hypertens. 2018;13:213-218. doi: 10.1016/j.preghy.2018.06.008.

Von Dadelszen P, Magee LA. The diagnosis and management of pre-eclampsia. BMJ. 2016;353.

Yanque-Robles O, Becerra-Chauca N, Nieto-Gutiérrez W, Alegría Guerrero R, Uriarte-Morales M, Valencia-Vargas W, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2022;73(1):48-141. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3810>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .