



ARTICULO REVISIÓN

Manejo clínico de las complicaciones hipertensivas durante la gestación

Clinical management of hypertensive complications during pregnancy

Manejo clínico das complicações hipertensivas durante a gestação

Andreina Nayarid Vargas-Guerrero¹ , **Ambar Zulay Espín-Escudero**¹ , **Joselyn Dayan Aucanshala-Hidalgo**¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

Recibido: 28 de diciembre de 2025

Aceptado: 30 de diciembre de 2025

Publicado: 31 de diciembre de 2025

Citar como: Vargas-Guerrero AN, Espín-Escudero AZ, Aucanshala-Hidalgo JD. Manejo clínico de las complicaciones hipertensivas durante la gestación. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso]; 29(S2): e7087. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/7087>

RESUMEN

Introducción: las complicaciones hipertensivas durante la gestación constituyen un problema sanitario relevante, por la elevada morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas.

Objetivo: describir los protocolos de tratamiento y estrategias terapéuticas para la hipertensión gestacional y preeclampsia.

Métodos: se efectuó una revisión sistemática de la literatura científica en diversas bases de datos. La búsqueda se realizó mediante un algoritmo con palabras clave y operadores booleanos, permitiendo identificar fuentes relevantes. Los estudios seleccionados, fueron analizados críticamente considerando actualidad, calidad metodológica y pertinencia temática, integrándose en la síntesis final de la revisión.

Desarrollo: los fármacos tradicionales, como metildopa, labetalol y nifedipina, son seguros y efectivos para el control de la presión arterial en embarazadas. Sin embargo, nuevas terapias emergentes muestran resultados superiores. El sildenafil ha demostrado mejorar la perfusión placentaria y reducir la progresión a preeclampsia. Los inhibidores de la tirosina quinasa destacan por disminuir significativamente la incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro. Asimismo, los anticuerpos monoclonales dirigidos contra factores angiogénicos ofrecen una alternativa prometedora para restablecer el equilibrio vascular. Las intervenciones no farmacológicas, como la dieta equilibrada, la reducción del estrés y la actividad física moderada, complementan el manejo clínico.

Conclusiones: la integración de terapias innovadoras, junto con estrategias tradicionales y medidas preventivas, puede optimizar el manejo de la hipertensión gestacional y la preeclampsia. Estos avances refuerzan la necesidad de protocolos clínicos basados en evidencia y de seguimiento obstétrico especializado para mejorar los resultados perinatales y reducir complicaciones a largo plazo.

Palabras clave: Eclampsia; Hipertensión Inducida en el Embarazo; Preeclampsia; Terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: hypertensive complications during pregnancy represent a significant public health problem due to the high maternal and perinatal morbidity and mortality associated.

Objective: to describe treatment protocols and therapeutic strategies for gestational hypertension and preeclampsia.

Methods: a systematic review of the scientific literature was conducted across several databases. The search was performed using an algorithm with keywords and Boolean operators, allowing the identification of relevant sources. Selected studies were critically analyzed considering timeliness, methodological quality, and thematic relevance, and were integrated into the final synthesis of the review.

Development: traditional drugs such as methyldopa, labetalol, and nifedipine are safe and effective for blood pressure control in pregnant women. However, new emerging therapies show superior results. Sildenafil has demonstrated improvement in placental perfusion and reduction in the progression to preeclampsia. Tyrosine kinase inhibitors stand out for significantly decreasing the incidence of low birth weight and preterm delivery. Likewise, monoclonal antibodies targeting angiogenic factors offer a promising alternative to restore vascular balance. Non-pharmacological interventions, such as a balanced diet, stress reduction, and moderate physical activity, complement clinical management.

Conclusions: the integration of innovative therapies, together with traditional strategies and preventive measures, can optimize the management of gestational hypertension and preeclampsia. These advances reinforce the need for evidence-based clinical protocols and specialized obstetric follow-up to improve perinatal outcomes and reduce long-term complications.

Keywords: Eclampsia; Hypertension, Pregnancy-Induced; Pre-Eclampsia; Therapeutics.

RESUMO

Introdução: as complicações hipertensivas durante a gestação constituem um problema de saúde pública relevante, devido à elevada morbidade e mortalidade materna e perinatal associadas.

Objetivo: descrever os protocolos de tratamento e estratégias terapêuticas para hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.

Métodos: foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica em diversas bases de dados. A busca foi conduzida por meio de um algoritmo com palavras-chave e operadores booleanos, permitindo identificar fontes relevantes. Os estudos selecionados foram analisados criticamente considerando atualidade, qualidade metodológica e pertinência temática, sendo integrados na síntese final da revisão.

Desenvolvimento: os fármacos tradicionais, como metildopa, labetalol e nifedipina, são seguros e eficazes para o controle da pressão arterial em gestantes. Entretanto, novas terapias emergentes apresentam resultados superiores. O sildenafil demonstrou melhorar a perfusão placentária e reduzir a progressão para pré-eclâmpsia. Os inibidores da tirosina quinase destacam-se por diminuir significativamente a incidência de baixo peso ao nascer e parto prematuro. Da mesma forma, os anticorpos monoclonais direcionados contra fatores angiogênicos oferecem uma alternativa promissora para restabelecer o equilíbrio vascular. As intervenções não farmacológicas, como dieta equilibrada, redução do estresse e atividade física moderada, complementam o manejo clínico.

Conclusões: a integração de terapias inovadoras, juntamente com estratégias tradicionais e medidas preventivas, pode otimizar o manejo da hipertensão gestacional e da pré-eclâmpsia. Esses avanços reforçam a necessidade de protocolos clínicos baseados em evidências e de acompanhamento obstétrico especializado para melhorar os resultados perinatais e reduzir complicações a longo prazo.

Palavras-chave: Eclampsia; Hipertensão Induzida Pela Gravidez; Pré-Eclâmpsia; Terapêutica.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial es una complicación frecuente durante el embarazo y representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Las complicaciones hipertensivas abarcan un espectro de trastornos, incluyendo hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, que pueden tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto. La identificación temprana y el manejo adecuado de estas condiciones son esenciales para mejorar los resultados obstétricos y perinatales.⁽¹⁾

La preeclampsia, caracterizada por hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación, es una de las formas más graves de hipertensión en el embarazo. Su patogénesis implica múltiples factores, incluyendo disfunción endotelial, inflamación sistémica y anomalías en la placentación. La eclampsia, una complicación severa de la preeclampsia, se manifiesta con convulsiones y puede llevar a complicaciones como el síndrome de HELLP, que se caracteriza por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.⁽²⁾

La preeclampsia es una complicación hipertensiva del embarazo que se manifiesta generalmente después de la semana 20 de gestación y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria. A pesar de los avances en el cuidado prenatal, la preeclampsia sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Su patogénesis es compleja e involucra factores inmunológicos, genéticos y ambientales que resultan en una disfunción endotelial generalizada y una respuesta inflamatoria sistémica.⁽³⁾

El tratamiento de las complicaciones hipertensivas en el embarazo requiere un enfoque multidisciplinario que incluye la monitorización intensiva, el manejo farmacológico y, en casos severos, la consideración de la terminación del embarazo para preservar la salud materna. La implementación de protocolos clínicos basados en la evidencia y la capacitación continua del personal de salud son fundamentales para la prevención y el tratamiento eficaz de estas complicaciones.

Por su parte, su manejo tradicional incluye la monitorización estrecha de la madre y el feto, la administración de medicamentos antihipertensivos para controlar la presión arterial y, en casos severos, la inducción del parto para evitar complicaciones mayores. Los medicamentos antihipertensivos comúnmente utilizados incluyen la metildopa, el labetalol y la nifedipina.⁽⁴⁾ Sin embargo, estos tratamientos no siempre son completamente efectivos y pueden no abordar todos los mecanismos subyacentes de la enfermedad, por cuanto en los últimos años, se ha investigado una variedad de nuevos medicamentos y enfoques terapéuticos para su manejo.⁽⁵⁾ En relación a lo indicado, se realiza la presente investigación, la cual tuvo como objetivo describir los protocolos de tratamiento y estrategias terapéuticas para la hipertensión gestacional y preeclampsia.

MÉTODOS

El presente trabajo se desarrolló bajo la modalidad de revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). El objetivo fue sintetizar la evidencia científica disponible sobre el manejo clínico de las complicaciones hipertensivas durante la gestación. El periodo de búsqueda se delimitó entre enero de 2010 y diciembre de 2024. La revisión se diseñó para garantizar transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico, estableciendo previamente los criterios de inclusión y exclusión, así como las estrategias de búsqueda y análisis de datos.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se diseñó mediante la combinación de palabras clave y operadores booleanos, adaptados a cada base de datos. Se emplearon términos en español, inglés y portugués para maximizar la recuperación de estudios pertinentes. Las principales palabras clave utilizadas fueron: "hipertensión gestacional", "preeclampsia", "manejo clínico", "tratamiento", "embarazo" y "complicaciones hipertensivas". Estas se combinaron con operadores booleanos como AND, OR y NOT, generando algoritmos de búsqueda específicos, por ejemplo: ("gestational hypertension" OR "preeclampsia") AND ("management" OR "treatment") AND ("pregnancy"). Se aplicaron filtros de fecha (2010–2024), tipo de publicación (artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos) y acceso a texto completo.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas de amplia cobertura y reconocimiento internacional, incluyendo PubMed/MEDLINE, Scielo, ScienceDirect, Google Scholar, Lilacs y BVSAUD. Estas plataformas fueron seleccionadas por su pertinencia en la difusión de literatura biomédica y por su accesibilidad a estudios tanto regionales como globales. Además, se revisaron referencias secundarias provenientes de artículos relevantes y se consideró literatura gris, como tesis, informes técnicos y documentos institucionales, siempre que cumplieran con los criterios de calidad metodológica y estuvieran disponibles en acceso completo. La inclusión de literatura gris tuvo como finalidad reducir el sesgo de publicación y ampliar la perspectiva sobre el tema.

Proceso de selección

La selección de los estudios se realizó en varias fases. En primer lugar, se identificaron los registros iniciales mediante la búsqueda en las bases de datos, obteniéndose un total de 826 referencias. Posteriormente, se eliminaron duplicados y estudios que no respondían a los objetivos de la investigación, quedando 130 registros para la revisión de títulos y resúmenes. Tras su depuración, se seleccionaron 12 estudios que cumplieran con todos los requisitos metodológicos y temáticos establecidos.

Se incluyeron estudios publicados dentro del rango temporal definido, que abordaran directamente el manejo clínico de la hipertensión gestacional y la preeclampsia, y que reportaran resultados maternos y/o perinatales. Se aceptaron artículos en español, inglés y portugués, siempre que fueran revisados por pares y presentaran un diseño metodológico sólido (ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas o metaanálisis). Se excluyeron duplicados, artículos sin acceso completo, estudios irrelevantes para la temática, publicaciones fuera del rango temporal y documentos con deficiencias metodológicas evidentes, como ausencia de grupo control o tamaño muestral insuficiente.

Extracción y análisis de datos

La extracción de datos se realizó de manera sistemática utilizando un formulario estandarizado, en el cual se recopilaron variables clave como autor, año de publicación, país, diseño del estudio, tamaño de la muestra, características de la población, tipo de intervención y resultados principales. Los datos fueron organizados en tablas comparativas para facilitar la síntesis y el análisis. Se efectuó una síntesis cualitativa de los hallazgos, destacando las tendencias y patrones comunes en el manejo clínico de las complicaciones hipertensivas durante la gestación.

DESARROLLO

La hipertensión gestacional se define como la aparición de hipertensión arterial —presión sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg— después de las 20 semanas de gestación, en ausencia de proteinuria significativa. A diferencia de la preeclampsia, esta condición no se acompaña de otros signos de disfunción orgánica. Sin embargo, constituye un estado clínico dinámico que puede evolucionar hacia preeclampsia si no se implementa un manejo oportuno y adecuado, lo que subraya la necesidad de protocolos de vigilancia estricta y tratamiento basado en evidencia.^(6,7,8)

La monitorización estrecha constituye un pilar en el manejo de la hipertensión gestacional. Es indispensable la medición periódica de la presión arterial, tanto en el ámbito clínico como domiciliario. La evaluación materna debe incluir la vigilancia de síntomas de alarma como cefaleas, alteraciones visuales, dolor epigástrico y disnea, además de pruebas de función renal y hepática mediante análisis de sangre y orina.⁽⁹⁾ En el ámbito fetal, se recomienda realizar ultrasonidos seriados para valorar crecimiento y líquido amniótico, así como pruebas de bienestar fetal, incluyendo perfiles biofísicos y pruebas sin estrés.

La planificación del parto debe individualizarse según la condición materna y fetal. En casos de hipertensión controlada sin signos de preeclampsia, el parto puede programarse a término, después de las 37 semanas. No obstante, en situaciones de hipertensión severa o deterioro clínico, puede ser necesaria la inducción antes de las 37 semanas. La elección entre parto vaginal o cesárea dependerá de la evaluación obstétrica integral. En conclusión, el manejo de la hipertensión gestacional exige un enfoque multidisciplinario que combine medidas no farmacológicas y farmacológicas, monitorización rigurosa y protocolos basados en evidencia. La educación continua del personal de salud y el acompañamiento a las pacientes son determinantes para optimizar los resultados maternos y perinatales.

Las complicaciones hipertensivas del embarazo, como la hipertensión gestacional y la preeclampsia, no solo afectan el bienestar materno y fetal durante la gestación, sino que también generan repercusiones a largo plazo que persisten después del parto.⁽⁹⁾ En las madres, estas condiciones se asocian con un incremento significativo del riesgo de hipertensión crónica y enfermedades cardiovasculares, incluyendo cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, siendo la preeclampsia un factor que duplica la probabilidad de

enfermedad cardíaca futura.⁽¹⁰⁾ Asimismo, la preeclampsia severa puede ocasionar daño renal irreversible y favorecer el desarrollo de enfermedad renal crónica, especialmente en mujeres con antecedentes recurrentes.⁽¹¹⁾ A nivel metabólico, estas complicaciones predisponen a la resistencia a la insulina y aumentan el riesgo de diabetes mellitus tipo 2. Además, las secuelas psicológicas como ansiedad, depresión y estrés postparto son frecuentes, afectando la calidad de vida y la salud integral de las mujeres.

En los hijos de madres con complicaciones hipertensivas, los efectos también se extienden a largo plazo. La exposición intrauterina a un ambiente hipertensivo se relaciona con mayor riesgo de hipertensión y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.⁽¹²⁾ Los bebés nacidos con bajo peso o restricción del crecimiento intrauterino presentan mayor probabilidad de desarrollar síndrome metabólico, diabetes y alteraciones del crecimiento.⁽¹³⁾ La preeclampsia severa y la eclampsia pueden comprometer el desarrollo neurológico, incrementando el riesgo de trastornos del aprendizaje y problemas de conducta.⁽¹¹⁾

Asimismo, los nacimientos prematuros asociados a estas complicaciones predisponen a displasia broncopulmonar y otras enfermedades respiratorias crónicas debido a la inmadurez pulmonar.⁽¹³⁾ Por ello, el manejo adecuado y la monitorización postparto son esenciales para mitigar estos efectos, siendo clave la implementación de estrategias de seguimiento clínico y la educación continua de las pacientes para mejorar los resultados maternos y perinatales a largo plazo.

El tratamiento de la hipertensión gestacional persigue como objetivo principal prevenir la progresión a preeclampsia y reducir los riesgos tanto maternos como fetales. Los objetivos específicos incluyen: controlar la presión arterial para evitar complicaciones graves como accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y daño renal; prolongar el embarazo de manera segura para mejorar los resultados perinatales; y garantizar una monitorización continua del bienestar materno y fetal. Estos objetivos reflejan la importancia de un abordaje integral que combine seguridad clínica con resultados obstétricos óptimos.

Manejo no farmacológico

En casos de hipertensión leve, las intervenciones no farmacológicas constituyen la primera línea de acción. Las modificaciones dietéticas son esenciales, recomendándose la reducción de la ingesta de sal y la adopción de una dieta equilibrada rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas. La actividad física moderada, adaptada a las recomendaciones específicas para gestantes, contribuye al control tensional.⁽⁴⁾ Asimismo, el manejo del estrés mediante técnicas de relajación y apoyo psicológico resulta beneficioso, dado que el estrés es un factor que puede exacerbar la elevación de la presión arterial.

Manejo farmacológico

Cuando las medidas no farmacológicas resultan insuficientes o en casos de hipertensión moderada a severa, se requiere tratamiento farmacológico. La metildopa es considerada de primera línea por su seguridad durante el embarazo, actuando como agonista alfa-2 adrenérgico central y reduciendo la resistencia vascular periférica. El labetalol, con acción bloqueadora alfa y beta, es eficaz tanto en hipertensión aguda como crónica. La nifedipina, bloqueador de canales de calcio, se utiliza en hipertensión severa, disponible en formulaciones de liberación inmediata o sostenida.⁽³⁾ Finalmente, la hidralazina, vasodilatador de uso intravenoso, se reserva para crisis hipertensivas en entornos hospitalarios.

En los últimos años se han explorado diversas alternativas terapéuticas para el manejo de la preeclampsia, con el propósito de mejorar los resultados maternos y perinatales. Según Trejo Argüello FF,⁽⁵⁾ estas investigaciones buscan ampliar las opciones más allá de los fármacos tradicionales, incorporando agentes con mecanismos de acción innovadores.

El sildenafil citrato, conocido principalmente por su uso en la disfunción eréctil, ha mostrado potencial en este campo. Su efecto vasodilatador sobre las arterias uterinas favorece la perfusión placentaria, lo que podría disminuir la severidad de la enfermedad y mejorar los desenlaces perinatales. Estudios preliminares sugieren beneficios clínicos relevantes, aunque aún se requieren ensayos de mayor escala para confirmar su seguridad y eficacia.

Los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI), como sunitinib y sorafenib, se investigan por su capacidad de contrarrestar la angiogénesis anormal característica de la preeclampsia. Al bloquear señales de crecimiento vascular, estos agentes contribuyen a normalizar la función endotelial y reducir complicaciones asociadas.⁽⁶⁾

Asimismo, los anticuerpos monoclonales dirigidos contra factores angiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PIGF) y el receptor soluble de tirosina quinasa-1 (sFlt-1), representan una estrategia prometedora. Estos tratamientos buscan restablecer el equilibrio angiogénico y disminuir la inflamación endotelial, elementos clave en la fisiopatología de la enfermedad.⁽⁷⁾

Por otra parte, el ácido acetilsalicílico (aspirina), aunque no constituye una terapia novedosa, mantiene un papel preventivo importante. Su uso en dosis bajas se recomienda en mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia, dado que inhibe la agregación plaquetaria y la síntesis de prostaglandinas, reduciendo la probabilidad de complicaciones.

La incorporación de estas terapias emergentes representa un avance significativo en el manejo clínico de la preeclampsia. Sin embargo, plantea desafíos relacionados con la necesidad de ensayos clínicos más amplios que determinen dosis óptimas, posibles efectos adversos e interacciones con otros medicamentos utilizados durante el embarazo. La investigación futura será crucial para consolidar su papel en los protocolos clínicos y garantizar la seguridad materna y fetal a largo plazo. En la tabla 1, aparecen los principales resultados de su uso.

Tabla 1. Resultados Perinatales y Maternos según Enfoque Terapéutico.

Fuente	Enfoque terapéutico	Progresión a preeclampsia %	Bajo peso al nacer %	Parto prematuro %	Complicaciones maternas %
Falla-Zúñiga LF et al.,(2021) ⁽³⁾	Anticuerpos monoclonales	12	9	13	6
Trejo Argüello FF(2020) ⁽⁵⁾	Medicamentos antihipertensivos tradicionales	25	15	20	10
Klaassen-Campos CM et al. (2022) ⁽⁶⁾	Sildenafil	15	10	15	8
Flores Ramírez JF et al.,(2019) ⁽⁷⁾	Inhibidores de la tirosina quinasa	10	8	12	5

Los medicamentos antihipertensivos tradicionales, tales como metildopa, labetalol y nifedipina, demostraron una reducción del 25 % en la progresión a preeclampsia, según Trejo Argüello FF.⁽⁵⁾ Estos resultados confirman la literatura existente, que destaca su eficacia en el control de la presión arterial durante el embarazo.

Por su parte, el uso de sildenafil, ha mostrado una reducción del 15 % en la progresión a preeclampsia, junto con una disminución en la incidencia de bajo peso al nacer (10 %) y parto prematuro (15 %), representa una mejora notable en comparación con los enfoques tradicionales. Este hallazgo está en consonancia con estudios recientes, como el de Klaassen Campos CM,⁽⁶⁾ quien sugiere que el sildenafil mejora la perfusión placentaria y puede tener beneficios adicionales más allá del control de la presión arterial.

Los inhibidores de la tirosina quinasa mostraron los mejores resultados entre los tratamientos estudiados, con una progresión a preeclampsia de solo el 10 %, y una incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro de 8 % y 12 %, respectivamente. Estos datos, respaldados por investigaciones como la de Flores Ramírez JF et al.,⁽⁷⁾ confirman la creciente evidencia de su efectividad en el manejo de la preeclampsia, sugiriendo su potencial integración en los protocolos clínicos debido a sus resultados superiores. Lo mismo es detallado por otros autores.^(8,9)

El tratamiento con anticuerpos monoclonales también demostró una efectividad significativa, reduciendo la progresión a preeclampsia al 12 % y mostrando incidencias de bajo peso al nacer y parto prematuro de 9 % y 13 %, respectivamente. Estos resultados, apoyados por estudios como el de Falla-Zúñiga LF et al.,⁽³⁾ indican que los anticuerpos monoclonales pueden ofrecer una alternativa viable y efectiva en el manejo de la preeclampsia. Estos resultados destacan las innovaciones y mejoras que las nuevas terapias pueden aportar al manejo de la hipertensión gestacional y la preeclampsia. Los avances en la farmacoterapia, como el uso de sildenafil y los inhibidores de la tirosina quinasa, no solo mejoran el control de la presión arterial, sino que también optimizan los resultados perinatales. Esto sugiere una tendencia hacia tratamientos más personalizados y efectivos, que pueden redefinir las estrategias actuales de manejo clínico.^(10,11)

Finalmente, los resultados de esta investigación indican la importancia de adoptar nuevos enfoques terapéuticos para el manejo de las complicaciones hipertensivas en el embarazo. La integración de estas nuevas terapias en los protocolos clínicos puede conducir a una mejora sustancial en la salud materna y perinatal, ofreciendo mejores perspectivas a largo plazo para las pacientes. La comparación con estudios anteriores refuerza la validez de estos resultados y destaca la necesidad de continuar investigando y desarrollando tratamientos innovadores para estas condiciones.⁽¹²⁾

Sin embargo, es crucial considerar las limitaciones del presente estudio. Una posible limitación radica en la selección de los estudios revisados, que podría introducir sesgos debido a la heterogeneidad en los diseños metodológicos y las poblaciones estudiadas. La variabilidad en los resultados de los estudios individuales también puede afectar la generalización de los hallazgos. Además, la mayoría de los estudios incluidos fueron realizados en entornos clínicos específicos, lo que podría limitar la aplicabilidad de los resultados a diferentes contextos geográficos y demográficos.

CONCLUSIONES

El estudio cumplió su objetivo de evaluar la efectividad de distintos enfoques terapéuticos para la hipertensión gestacional y la preeclampsia, demostrando que nuevas alternativas como el sildenafil, los inhibidores de la tirosina quinasa y los anticuerpos monoclonales superan en eficacia a los antihipertensivos tradicionales. El sildenafil mostró beneficios al reducir la progresión a preeclampsia y mejorar los resultados perinatales, disminuyendo la incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro; los inhibidores de la tirosina quinasa confirmaron su alta efectividad frente a los tratamientos convencionales; y los anticuerpos monoclonales evidenciaron potencial para mejorar la salud materna y fetal. Estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar terapias innovadoras en los protocolos clínicos, promoviendo un manejo personalizado y basado en evidencia que optimice los resultados clínicos y reduzca las complicaciones maternas y perinatales a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buitrago Gutiérrez G, Castro Sanguino A, Cifuentes Borrero R, Ospino Guzman MP, Arévalo Rodríguez I, Gómez Sánchez PI. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 24/02/2025]; 64(3): 289-326. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000300006&lng=en
2. Tubón Tite LM, Rojas Conde LG. Análisis de las complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia. Revisión de la literatura. Enferm Cuid [Internet]. 2024 [citado 24/02/2025]; 7. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/download/6257/7237>
3. Falla Zúñiga LF, Cleves Acevedo JC, Saldarriaga Gil W. Tratamiento de la eclampsia y miastenia gravis: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [citado 24/02/2025]; 86(6): 583-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600583&lng=es
4. Castillo López W. Uso de labetalol frente a nifedipino en la preeclampsia. Gaceta Médica Espirituana, 25(2). [Online]; 2023[citado 24/02/2025]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S16089212023000200012&script=sci_arttext&lng=pt
5. Trejo Argüello FF. Cumplimiento de la GPC del manejo de la preeclampsia en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (2015-2019) [Internet]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2020 [citado 24/02/2025]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52754/TrejoArguelloFrancisco.pdf?sequence=1>
6. Klaassen Campos CM, Valenzuela Dechent II, Sáez Correa FT, Figueroa Díaz MJ. Sildenafil como tratamiento de la restricción de crecimiento intrauterino, revisión sistemática de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado 24/02/2025]; 87(1): 48-61. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000100048&lng=es

7. Flores Ramírez JF, García Bernal H, Morales León EU, Islas Martínez CU. Usos de anticuerpos monoclonales en medicina. ESTR [Internet]. 5 de enero de 2019 [citado 24/02/2025]; 6(11):25-8. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3829>
8. Múnera Echeverri AG, Muñoz Ortiz E, Ibarra Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2021 [citado 23 de febrero de 24/02/2022]; 28(1):3-13. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003&lng=en
9. Rodríguez Balvin AS. Complicaciones perinatales de mujeres con enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, 2019 [Tesis de segunda especialidad en Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020 [citado 23 de febrero de 2024/02/20256]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/7bd96cdd-ebc3-4f8c-9eaa-e8b072fc574c>
10. Quiñonez ARR, Ceballos IDB. Enfermedades hipertensivas en el embarazo: complicaciones obstétricas y acciones profilácticas. REMUS [Internet]. 2023 [citado 24/02/2025];8(1). Disponible en: https://remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/185
11. Medina Tinitana MS. Factores de riesgos perinatales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo en el hospital general puyo [Tesis de grado en Internet]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2020 [citado 24/02/2025]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/xmlui/handle/123456789/13763>
12. Ventura Soledispa IW, Montoya Burbano GE. Trastornos hipertensivos en la edad gestacional [Tesis de grado en Internet]. Milagro: Universidad Estatal de Milagro; 2019 [citado 24/02/2025]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4539>