Artículo original
RevUrugCardiol 2026; 41:e207
doi: 10.29277/cardio.41.1.15

Análisis observacional descriptivo, retrospectivo de pacientes con preeclampsia con elementos de gravedad, eclampsia y sus complicaciones que ingresaron a una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos entre 2014 y 2024

Anabela Fernández Milar[1], Jorge Castelli[1], José Ignacio Álvez[1], José Adrián Pérez Facio[1]

Resumen

Antecedentes: Los estados hipertensivos del embarazo representan una considerable causa de morbimortalidad materna y fetal. No existe bibliografía nacional acerca de su manejo en una unidad de obstetricia crítica y cardio obstetricia.

Objetivos: Describir las características de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia (PE) con elementos de gravedad y eclampsia que ingresaron a una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO), detallando estadía, tratamiento y complicaciones.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las pacientes mayores de 16 años con preeclampsia con elementos de gravedad y sus complicaciones que ingresaron a una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos entre enero de 2014 y diciembre de 2024.

Resultados: De un total de 5.216 embarazadas asistidas en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas en el período estudiado, 190 pacientes (3,6%) ingresaron a la Unidad, de las cuales 168 (88,4%) presentaban preeclampsia con elementos de gravedad. En su mayoría se trataba de casos de PE tardía (edad gestacional igual o mayor a 35 semanas). Los elementos hallados con mayor frecuencia incluían cefalea y presión arterial sistólica mayor de 160 mm Hg. De la analítica, los datos anormales más frecuentes fueron el cociente o índice proteinuria/creatininuria superior a 0,30, transaminasa glutámico oxalacética mayor a 70 U/l y recuento plaquetario inferior a 100.000/mm^3. El 80,9% de las gestantes tenía buen control de su embarazo. El 73,8% de las pacientes tenía menos de 35 años. No se registraron decesos maternos ni fetales.

Conclusiones: La PE con elementos de gravedad es el motivo de ingreso más frecuente a la UCEO. Si bien se habían producido dos óbitos previo al ingreso, no hubo decesos fetales ni maternos en la unidad.

Palabras clave
ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA
SÍNDROME HELLP
MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL

1. Unidad Docente Asistencial de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Patologías Graves y Potencialmente Graves en Obstetricia. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.
Los autores declaran no tener conflictos de intereses.
Los autores declaran que este manuscrito es original, no ha sido publicado anteriormente y no está siendo considerado para publicación en ninguna otra revista científica.
El presente artículo no cuenta con fuentes de financiamiento.
Autora responsable: Anabela Fernández Milar. Correo electrónico: anabelafmilar@hotmail.com
Recibido: Mar 28, 2026; aceptado: Set 1, 2026.

Descriptive, retrospective observational analysis of patients with severe preeclampsia, eclampsia and its complications who were admitted to the Special Obstetric Care Unit between 2014 and 2024

Abstract

Background: Hypertensive pregnancy disorders are a considerable cause of maternal and fetal morbidity and mortality. There is no national literature on their management in a critical obstetrics and cardio-obstetrics unit.
Objective: To describe the characteristics of patients admitted to the Special Obstetric Care Unit with a diagnosis of severe preeclampsia and eclampsia (PE), their stay, treatment, and complications.
Methodology: An observational, descriptive, and retrospective study of patients over 16 years of age with severe preeclampsia and its complications admitted to an Obstetric Intensive Care Unit between January 2014 and December 2024.
Results: A total of 5,216 pregnant women were treated at the Central Hospital of the Armed Forces in the period studied, 190 (3.6%) patients were admitted to the Unit, of which 168 (88.4%) had preeclampsia with severe elements. Most of them were cases of late PE (gestational age equal to or greater than 35 weeks). The most frequently found abnormal elements included headache and systolic blood pressure greater than 160 mm Hg. From the laboratory tests, the most frequent abnormal data were the proteinuria/creatininuria ratio greater than 0.30, Glutamic Oxaloacetic Transaminase values greater than 70 U/l and platelet count less than 100,000/mm3. 80.9% of pregnant women had good control of their pregnancy. 73.8% of patients were under 35 years of age. There was no maternal mortality after admission.
Conclusions: PE with elements of severity is the most frequent reason for admission to the ICU. Although there have been two deaths prior to admission, there was no fetal nor maternal mortality in the unit.

Key words HYPERTENSIVE PREGNANCY DISORDERS
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA
HELLP SYNDROME
MATERNAL AND FETAL MORBIDITY AND MORTALITY

Análise observacional descritivo, retrospectivo de pacientes com pré-eclâmpsia com elementos de gravidade, e eclâmpsia e suas complicações admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica entre 2014 e 2024

Resumo

Contexto: Os distúrbios hipertensivos da gravidez são uma causa considerável de morbilidade e mortalidade materna e fetal. Não existe literatura nacional sobre seu manejo em uma unidade critica de obstetrícia e cardio-obstetrícia.
Objetivos: Descrever as características das pacientes diagnosticadas com pré-eclâmpsia (PE) grave admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica (UTI Obstétrica), detalhando o tempo de internação, o tratamento e as complicações.
Metodologia: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo de pacientes com mais de 16 anos de idade com pré-eclâmpsia grave e suas complicações, admitidas em uma UTI Obstétrica entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024.
Resultados: De um total de 5.216 gestantes atendidas no Hospital Central das Forças Armadas no período estudado, 190 (3,6%) das pacientes foram internadas na Unidade, das quais 168 (88,4%) apresentavam pré-eclâmpsia com elementos graves. A maioria delas era casos de EP tardia (idade gestacional igual ou superior a 35 semanas). Os elementos mais frequentemente encontrados incluíam dor de cabeça e pressão arterial sistólica superior a 160 mm Hg.
Nos exames laboratoriais, os dados anormais mais frequentes foram a razão proteinúria/creatinina maior que 0,30, valores de Transaminase Glutâmica Oxaloacética superiores a 70 U/l e contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm^3. 80,9% das gestantes tiveram bom controle da gravidez. 73,8% das pacientes tinham menos de 35 anos de idade. Nenhuma morte materna foi registrada.
Conclusões: A pré-eclâmpsia com características graves é o motivo mais frequente de internação na UTI Obstétrica. Embora já tivessem ocorrido duas mortes fetais antes da internação, não houve mortalidade materna ou fetal na unidade.

Palavras-chave DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS DA GRAVIDEZ
PRÉ-ECLÂMPSIA-ECLÂMPSIA
SÍNDROME HELLP
MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNO-FETAL

Qué aporta el presente estudio al conocimiento actual

Este estudio aporta evidencia sobre la incidencia, el perfil clínico y la evolución de las pacientes obstétricas graves en Uruguay. Hasta el momento, no existía bibliografía nacional publicada específicamente sobre el manejo de pacientes con preeclampsia grave en una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO). Este trabajo, pionero en nuestro medio, describe la implementación y los resultados de un registro de pacientes con preeclampsia grave, evalúa las variables de mayor impacto y destaca la importancia de aplicar un modelo de cuidados críticos especializados en gineco-obstetricia.

Introducción

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) constituyen una importante causa de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, especialmente en países en desarrollo. Su detección precoz y oportuna y un registro clínico adecuado son fundamentales para asegurar un manejo óptimo, con reducción de la incidencia de complicaciones graves como eclampsia, síndrome HELLP (acrónimo del inglés: Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets), disfunción multiorgánica materna y alteraciones fetales.

Se diagnostica preeclampsia cuando una embarazada con 20 o más semanas de gestación presenta una presión arterial sistólica (PAS) igual o mayor de 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) igual o mayor a 90 mmHg en dos ocasiones (por lo menos 4 horas de diferencia), asociada a proteinuria igual o mayor a 300 mg en orina de 24 horas o cociente proteinuria/creatininuria igual o mayor a 0,30.

La preeclampsia con elementos de gravedad es una emergencia obstétrica. Se diagnostica cuando la gestante cursando 20 semanas o más presenta PA igual o mayor a 160/110 mmHg reiterada en un breve intervalo de tiempo (minutos), con o sin proteinuria; o cuando presenta cifras elevadas de PA y asocia algún elemento de disfunción orgánica (trombocitopenia < 100.000/mm^3, creatinina > 1,1 mg/dl (en ausencia de otras enfermedades renales), elementos de disfunción hepática (elevación de transaminasas, dolor en hipocondrio derecho o epigastrio), edema pulmonar o síntomas cerebrales (cefalea intensa), visuales graves (escotomas) o deterioro de perfusión placentaria (retardo del crecimiento uterino). En todos estos casos se requiere asistencia médica inmediata, estabilización e inclusive interrupción del embarazo[1-4].

La PE se caracteriza por una remodelación defectuosa de las arterias uterinas que desencadena la liberación de citoquinas proinflamatorias y factores de crecimiento, lo que, sumado a un aumento del estrés oxidativo, provoca la formación de trombosis microvascular. Este proceso altera la perfusión placentaria, lo que resulta en insuficiencia vascular y complicaciones obstétricas[5,6].

La edad avanzada y la obesidad maternas se asocian con un mayor riesgo de preeclampsia posparto. Una edad mayor o igual a 35 años aproximadamente duplica el riesgo y la obesidad pregestacional lo multiplica hasta 7,7 veces en mujeres con índice de masa corporal superior a 40 kg/m^2[7,8].

El presente estudio aporta evidencia sobre la incidencia, el perfil clínico y la evolución de las pacientes obstétricas graves en Uruguay. Hasta el momento, no existía bibliografía nacional publicada específicamente sobre el manejo de pacientes con preeclampsia grave en una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO). Se trata de un trabajo pionero en nuestro medio que describe la implementación y los resultados de un registro de pacientes con preeclampsia grave, evalúa las variables de mayor impacto y destaca la importancia de aplicar un modelo de cuidados críticos especializados en ginecoobstetricia.

La implementación de UCEO permite una atención integral, oportuna y eficiente, y es esencial para gestionar complicaciones graves, optimiza la seguridad del binomio madre-hijo. En este contexto, la UCEO se consolida como un recurso asistencial fundamental para la atención de patologías gestacionales graves y potencialmente graves.

Objetivos generales

Describir las características de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de preeclampsia grave (PEG) y eclampsia en una Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos del Uruguay, desde enero de 2014 hasta enero de 2024.

Comparar las características generales de las pacientes, su diagnóstico, estadía, tratamiento y complicaciones con los datos existentes a nivel internacional.

Objetivos específicos

Describir:
- La incidencia, el perfil clínico y la evolución de las embarazadas que ingresan con diagnóstico de preeclampsia grave.
- Las características de las pacientes afectadas.
- Los criterios de preeclampsia con características de severidad.
- La presentación clínica.
- La realización de pruebas complementarias de detección temprana: hemograma, índice P/C o prueba de proteinuria/24 horas, función renal y hepática.
- Los factores de riesgo de las pacientes con pree-

clampsia/eclampsia.
- El manejo de la preeclampsia.
- Las vías de parto.
- Las complicaciones maternas y perinatales antes y después del parto.
- El rol del equipo multidisciplinario en el manejo y la mejora de la atención de las pacientes afectadas.

Metodología

Análisis observacional descriptivo y retrospectivo de las pacientes con PEG, eclampsia y sus complicaciones que ingresaron a la UCEO de un hospital de Montevideo entre 2014 y 2024 (incluye pacientes mayores de 16 años).

Los datos se obtuvieron del Sistema Informático Perinatal (SIP) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), herramienta utilizada para registrar la atención de la mujer, el embarazo, el parto y el recién nacido. Además, se utilizó la base de datos de la UCEO que recopila información detallada y específica de las pacientes ingresadas en esta Unidad.

Resultados

Entre 2014 y 2024, el hospital registró 5.216 ingresos de gestantes, de las cuales 190 (3,6%) requirieron internación en la Unidad CEO.

Entre las patologías que motivaron la internación en UCEO, predominó la preeclampsia con criterios de gravedad, con una incidencia de 168 casos. Esta cifra constituye el 88,4% del total de ingresos a la Unidad (Figura 1), por lo que se consolida como la complicación obstétrica más frecuente.

Las características etarias de las pacientes ingresadas se describen en la Figura 2.

Se destaca que el 73,8% de las pacientes tenía menos de 35 años.

En cuanto al nivel de instrucción educativa, el 53,0% tenía primaria completa.

De las pacientes que ingresaron con diagnóstico de PEG, el 44,6% no tenía diagnóstico previo de EHE, mientras que 55,4% sí lo presentaba. Dentro de este grupo, 22,6% correspondía a pacientes con HTA crónica y 77,4% a pacientes con diagnóstico de HTA gestacional (Figura 3).

Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, 50,6% de las pacientes eran primigestas, 42,3% tuvieron 1 o 2 gestas previas y 7,1% tuvo 3 o más gestas.

La mayoría tenía residencia en Montevideo (82,1%) y procedía del interior del país el 17,9%.

Entre los antecedentes personales y ginecoobstétricos, 16,7% de las pacientes presentaron EHE en gestas previas, 12,5% padecían HTA crónica,

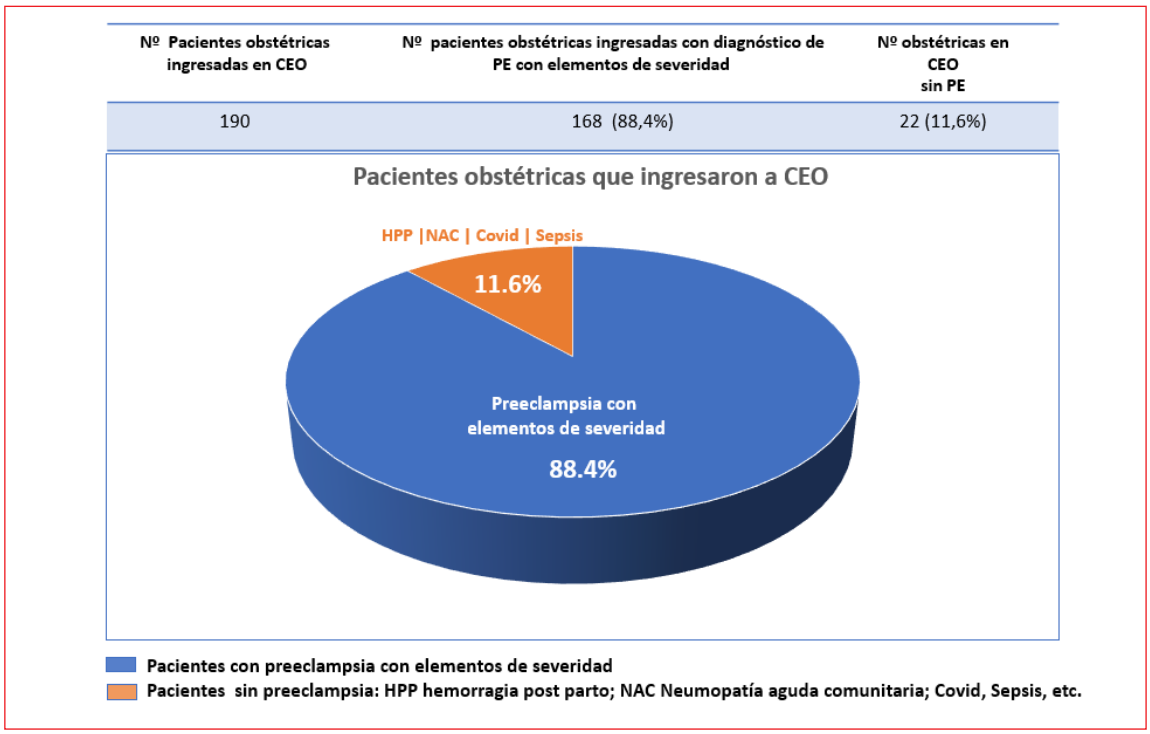


Figura 1. Diagnóstico de las pacientes obstétricas ingresadas en Unidad Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO).

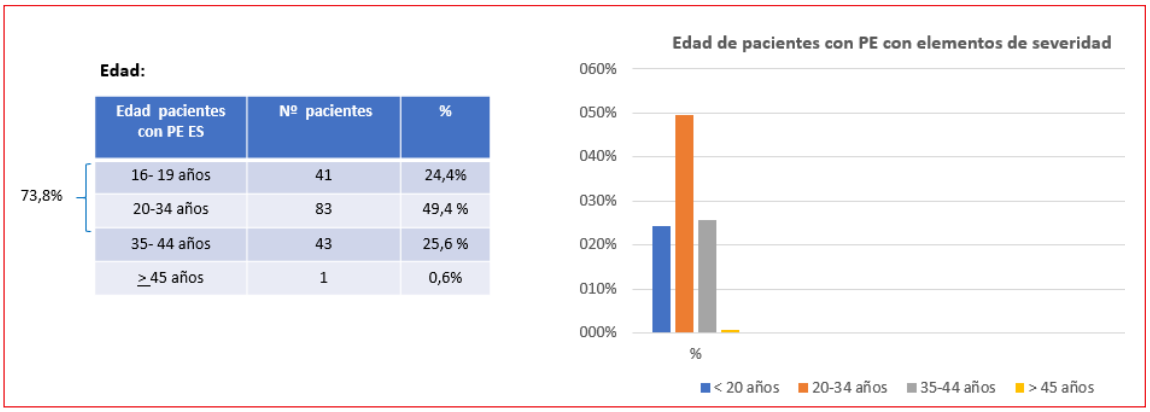


Figura 2. Rango etario de las pacientes ingresadas con diagnóstico de Preeclampsia con elementos de severidad (PE ES).

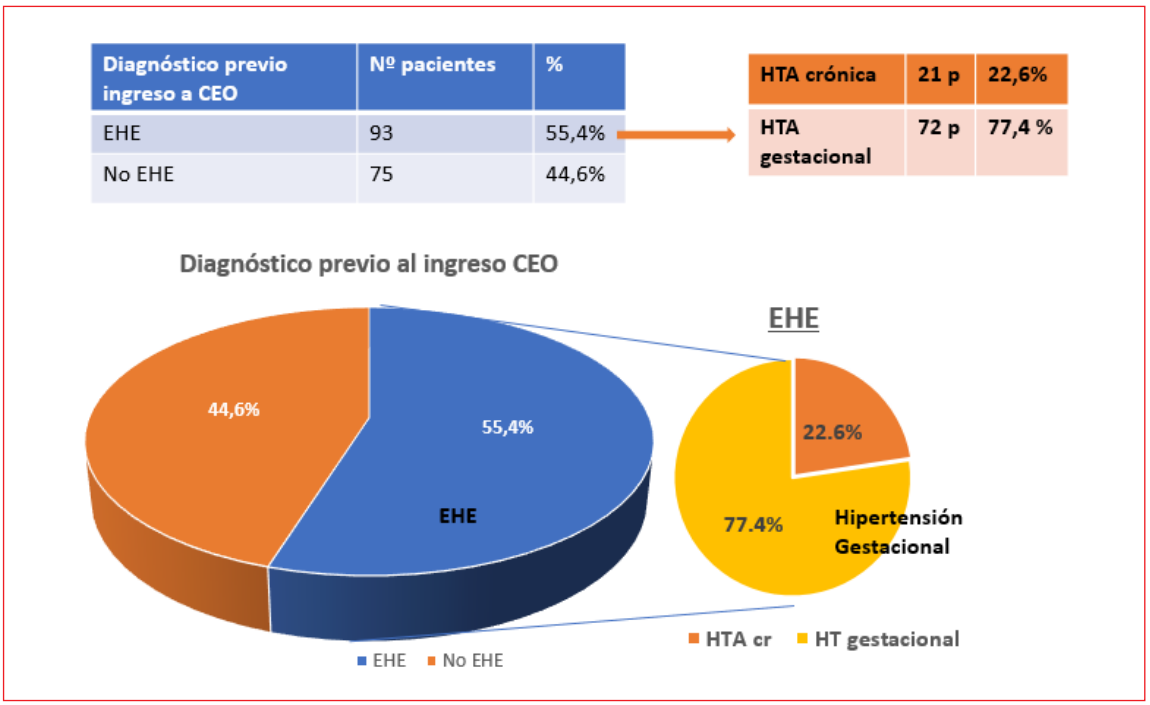


Figura 3. Diagnóstico de las pacientes antes de ingresar a la Unidad CEO.
EHE: Estado hipertensivo del embarazo; CEO: Cuidados especializados obstétricos.

7,1% eran tabaquistas, 4,8% presentaban obesidad y 47,6% presentó trastorno del metabolismo glucémico, lo que incluye diabetes previa, gestacional o hiperinsulinismo (Figura 4).

38,7% de las pacientes no presentaba antecedentes patológicos (Figura 5). Sin embargo, 61,3% de las gestantes ingresadas tenían factores de riesgo para preeclampsia. En la Figura 6 se observa que los factores de riesgo para PEG más frecuentes fueron: HTA crónica (12,5%), EHE en la gestación en curso (55,4%), diabetes previa o diabetes gestacional (47,6%), edad mayor a 35 años (26,2%), embarazo gemelar (9,5%), hipotiroidismo (7,7%) y tabaquismo (7,1%).

En relación con los síntomas y signos presentes en las pacientes con PEG, 75,0% presentó PAS mayor o igual a 160 mmHg, cefalea (60,7%), visión borrosa (7,1%), fosfenos (7,1%), dolor epigástrico (36,9%), dolor en hipocondrio derecho (7,7%), crisis convulsiva (9,5%) (Figura 7).

Antecedentes patológicos previos	Nº (%)
Patología psiquiátrica diagnosticada	3 (1,8 %)
Colitis ulcerosa	1 (0,6%)
Asma	2 (1,2 %)
HIV	1 0,6%)

Sin AP previos	%
65 pacientes	38,7 %

Antecedentes de riesgo	Nº	%
Antecedentes Gineco obstetricos: EHE Hipertensión gestacional Preeclampsia/eclampsia HELLP	 28: 2 25 1	16,7%
HTA crónica	21	12,5%
Dislipemia	1	0,6%
Consumo sustancias tóxicas: Ingesta alcohol y marihuana en el último año Adicta a la cocaína	 1 1	 0,6% 0,6%
IMC mayor de 30 kg/m2	8	4,8 %
Fumadora	12	7,1%
Diabetes previa/hiperinsulinismo/DG	7/73	47,6 %
Nefropatía previa (túbulo intersticial)	1	0,6 %
Hipotiroidismo/hipertiroidismo	13/1	7,7%/0,6 %
Trastornos autoinmunes: - LES/PTI/SAF	2/1/2	3,0 %
Cardiopatía previa (C. isquémica)	1	0,6 %
Procedimiento fertilización asistida	1	0,6 %

EHE: Enfermedad hipertensiva del embarazo; HELLP: Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia; HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal; DG: diabetes gestacional; LES: Lupus eritematoso sistémico; PTI: Púrpura trombocitopénico idiopático; SAF: Síndrome antifosfolipídico; HIV: virus inmunodeficiencia humana).

Figura 4. Antecedentes personales y gineco obstétricos.

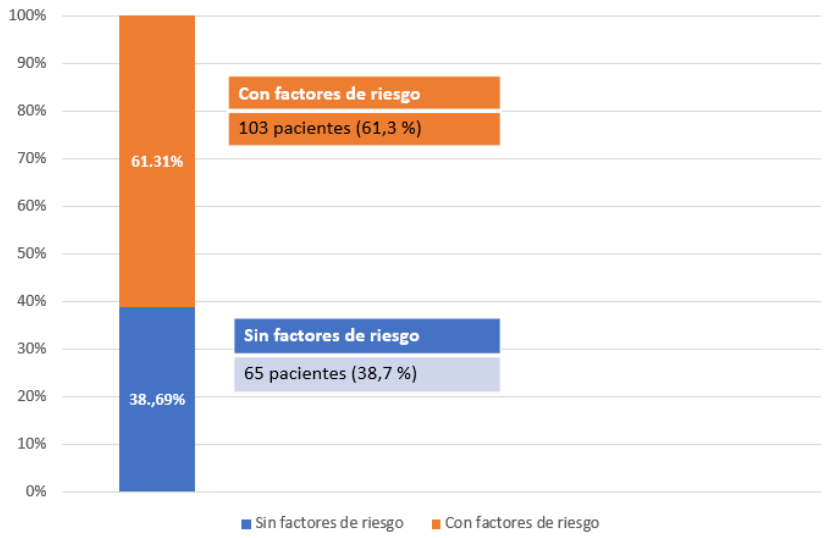


Figura 5. Prevalencia de Factores de Riesgo para preeclampsia de las pacientes ingresadas en la Unidad CEO.

De los valores de la analítica se destacan: enzimas hepáticas elevadas 20,2%, lactato deshidrogenasa elevada (mayor de 600U) 11,9%; plaquetopenia (menor de 100.000/ mm3) 17,9 %, creatininemia mayor de 1,1 mg/dl 7,1%, índice P/C mayor a 0,3 en el 100% de las pacientes (Figura 8).

Se constataron los siguientes elementos de gravedad: síndrome HELLP 20,2%, eclampsia 9,5%, hígado graso agudo del embarazo 3,6%, falla hepática aguda 2,4%, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) 4,8%, insuficiencia renal aguda 7,1%, entre otros (Figura 9).

En tanto, el 32,7% de las pacientes ingresó a la Unidad por cifras elevadas de PA sin disfunción orgánica y el 67,3% tuvo al menos una disfunción orgánica (Figura 10).

Factores de Riesgo PE CES	Nº	%
HTA crónica	21	12,5%
AGO: PE /E gestación previa/EHE	28	16,7 %
EHE gestación en curso	93	55,4%
IMC mayor a 30 k/m2	8	4,8 %
Diabetes previa/DG	7/73	47,6 %
Fumadora	12	7,1%
Adicción a cocaína	1	0,6%
Enf. Autoinmune: LES/PTI	5	3,0 %
Edad mayor a 35 años	44	26,2%
Nefropatía previa (NTI)	1	0,6 %
Cardiopatía previa (CI)	1	0,6 %
Trombofilia/SAF	2	1,2 %
Hipotiroidismo	13	7,7%
Hipertiroidismo	1	0,6 %
FIV	1	0,6 %
RCIU	4	2,4 %
Embarazo gemelar	16	9,5%

Figura 6. Factores de Riesgo para preeclampsia con elementos de severidad/eclampsia.
HTA: Hipertensión arterial. EHE: Estado hipertensivo del embarazo. AGO: antecedentes gineco obstétricos. IMC: Índice de masa corporal. DG: diabetes gestacional. LES: lupus eritematoso sistémico. PTI: Púrpura trombocitopénico idiopático. SAF: síndrome antifosfolipídico: FIV: Fertilización in vitro. RCIU: Retardo del crecimiento intrauterino

Frecuencia de síntomas Preeclampsia CES	Nº pte	%
PAS ≥ 160 mmHg	126	75,0%
Cefaleas	102	60,7%
Visión borrosa	12	7,1%
Fosfenos	12	7,1%
Dolor en epigastrio	62	36,9%
Dolor en HD	13	7,7 %
Crisis convulsiva	16	9,5%
Hematoma hepático	0	

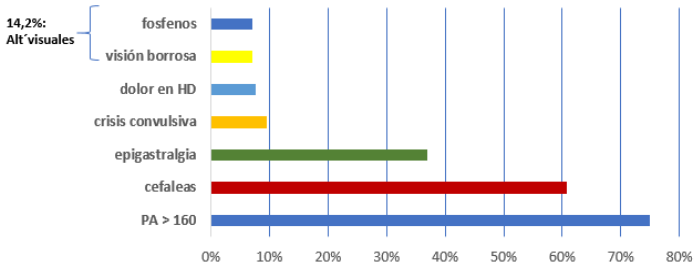
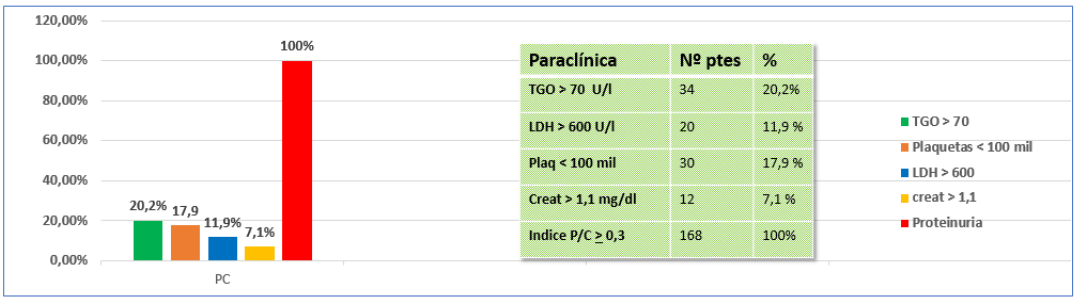


Figura 7. Sintomatología de las pacientes con PE con criterio de severidad.



Paraclínica	Nº ptes	%
TGO > 70 U/l	34	20,2%
LDH > 600 U/l	20	11,9 %
Plaq < 100 mil	30	17,9 %
Creat > 1,1 mg/dl	12	7,1 %
Indice P/C ≥ 0,3	168	100%

TGO: Transaminasa Glutámico Oxalacética; LDH:lactato deshidrogenasa; Plaq:plaquetas; creat: creatininemia; indice P/C: índice proteinuria/creatininuria

Figura 8. Paraclínica.

Elementos de severidad	Nº ptes	% de PE c/ elementos de severidad
Sdr. HELLP	34/168	20,2 %
Eclampsia	16	9,5 %
Hígado graso agudo del embarazo	6	3,6 %
HGAE + FHA (Falla hepática aguda)	4	2,4%
Desprendimiento de placenta normoinserta	8	4,8 %
Arritmia TPSV (taquicardia paroxística supraventricular)	1	0,6 %
Pancreatitis	2	1,2 %
Colestasis gravídica	7	4,2 %
Insuficiencia Renal (creatinina≥ 1,1)	12	7,1 %
Crisis tirotóxica	1	0,6 %
Hemorragia postparto	2	1,2 %
Síndrome Encefalopatía Posterior Reversible	2	1,2 %
Diabetes insípida	1	0,6 %
Descompensación diabetes	7	4,2%
Lupus Eritematoso Sistémico (debut)	1	0, 6%
Preclampsia complicada con cuadro respiratorio por COVID	2	1,2%
PA ≥ 160 mmHg	126	75,0 %

Figura 9. Elementos de severidad hallados.

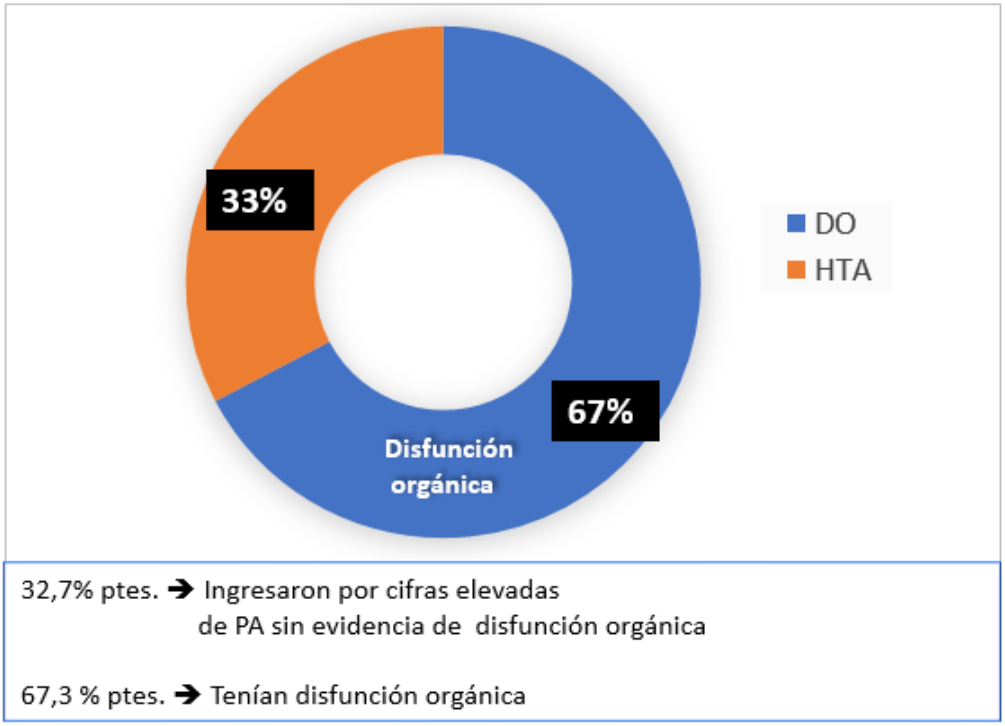


Figura 10. Motivo de ingreso a la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos

Con respecto a la edad gestacional de la presentación de la PE, 62,5% experimentó preeclampsia tardía (35 o más semanas de gestación), mientras 37,5% presentó preeclampsia precoz (Figura 11).

En cuanto a los diagnósticos de estados hipertensivos del embarazo, a 78,0% de las embarazadas se les diagnosticó PEG, al 12,5% HTA crónica con PE sobreagregada y a 9,5% eclampsia (Figura 12).

En lo referente a los controles prenatales, 80,9% de los embarazos fueron adecuadamente controlados (5 o más controles con ginecobstetra), 4,8% de captación tardía (posterior a 14 semanas de gestación), 6,0% irregularmente controlados y 8,3% no recibió ningún control. En conjunto 19,1% de estas gestantes evidenció ausencia o insuficiencia de controles prenatales (Figura 13).

También es importante considerar que antes del ingreso el 70% de las pacientes con factores de riesgo para preeclampsia no recibió ácido acetilsalicílico (AAS) profiláctico, pero entre las pacientes con diagnóstico previo de EHE lo recibió el 74,4%.

Por otro lado, el 76,8% de las pacientes con diagnóstico previo de EHE no recibió tratamiento antihipertensivo antes del ingreso a la UCEO y el 67% fue valorado únicamente por ginecoobstetra y no por médico de otra especialidad.

En relación con la intervención terapéutica instituida al ingreso a la Unidad CEO, el 100% de las pacientes que presentaban PAS mayor o igual a 160 mmHg recibió labetalol en infusión continua. También es de destacar que el 56,5% de las pacientes requirió 2 o más fármacos para lograr la PA objetivo. Las gestantes con cifras de PAS entre 141 y 159 mmHg fueron tratadas vía oral, con amlodipina, nifedipina y/o alfametildopa.

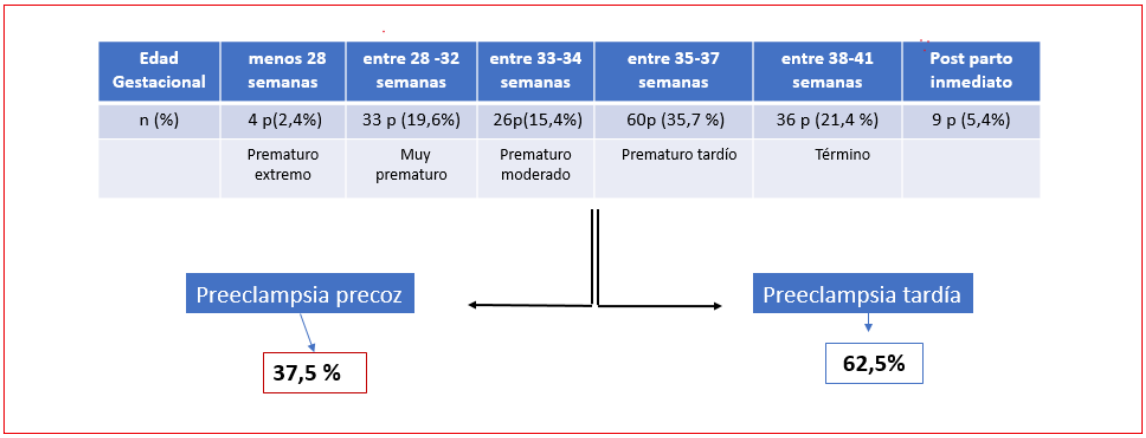


Figura 11. Edad gestacional al ingreso de la Unidad por PE con elementos de severidad.

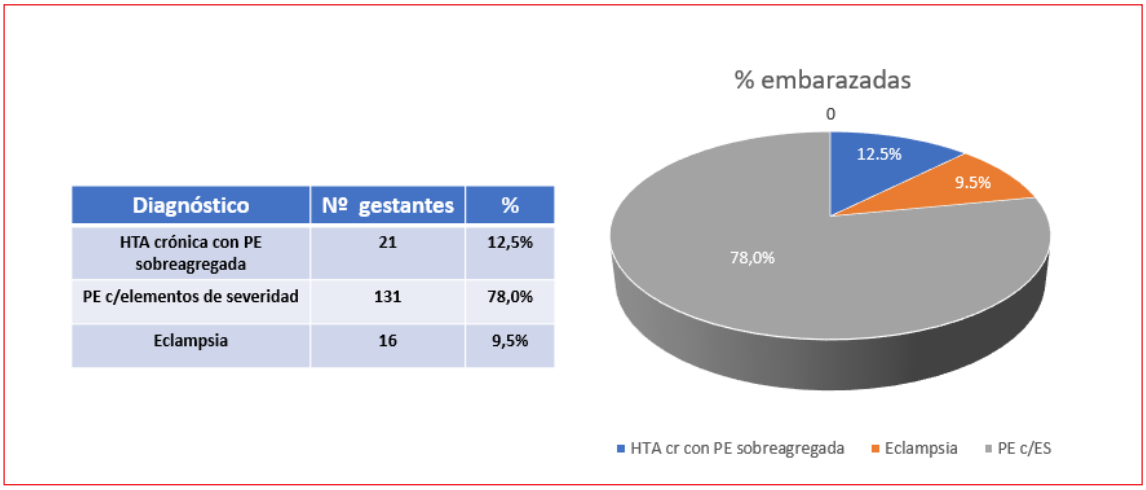
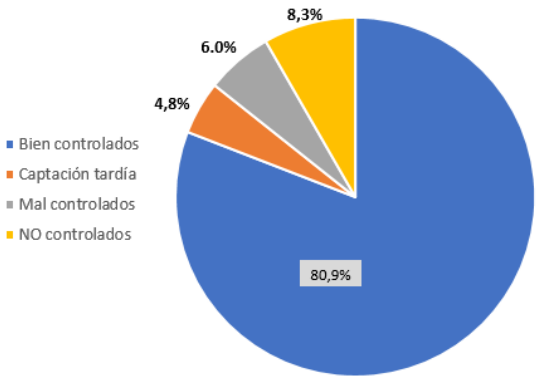


Figura 12. Diagnóstico de las pacientes ingresadas en UCEO.



19,1 % de las pacientes ingresadas tenían ausencia o insuficiencia de controles prenatales

Clasificación según controles prenatales	Nº pacientes	%
Bien controlados (≥ 5 controles con obstetra)	136	80,9%
Captación tardía (después de las 14 semanas)	8	4,8%
Inadecuado (< 5 controles)	10	6,0%
No controlados	14	8,3 %

Figura 13. Clasificación según número e inicio de controles prenatales

Control de la PA:
Objetivo: mantener cifras de PA entre 120 – 139 mm Hg

Cifras de PA	Recibieron labetalol i/v BIC	Amlodipina/nifedipina/ alfametildopa v/o	Efectos adversos del tratamiento antiHTA
PAS ≥ 160 mmHg	100%		0
PAS 140-159 mmHg		100%	0

Requerimiento de más de 2 drogas para llegar a PA objetivo
95 pacientes (56,5%)

Prevención de convulsiones

Nº pacientes	%	Reacción adversa al MgSO4
168/168 p	100%	0%

Figura 14. Tratamiento de las pacientes ingresadas por preeclampsia con elementos de severidad en la UCEO.

Para prevención de convulsiones (eclampsia), el 100% de las pacientes recibió sulfato de magnesio endovenoso con adecuada tolerancia y sin efectos adversos (Figura 14).

Debido a compromiso de conciencia por eclampsia y por síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), 1,2% de las pacientes requirieron asistencia respiratoria mecánica por 24 horas.

Siguiendo los protocolos, el 97% de las pacientes recibió heparina de bajo peso molecular como profilaxis de trombosis venosa profunda. El promedio de días de internación en la Unidad fue de 2,6 días. Con respecto a los desenlaces maternos, no se registró mortalidad.

De las 168 pacientes, la infección del sitio quirúrgico fue de 0,6%, infección vulvar 0,6%, insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM 1,2%, accidente cerebrovascular y síndrome de encefalopatía posterior reversible 1,2%, hemorragia posparto 1,1% y DPPNI 4,7% (Figura 15).

Desenlaces	N.º p	%
Muerte materna	0	
Eventos Cardiovasculares: Insuficiencia Cardíaca /Edema pulmonar/arritmias/TEP	0	
Infecciones:		
NAC	1	0,6%
Infección sitio quirúrgico	1	0,6%
Infección urinaria	0	
Infección vulvar	1	0,6 %
Inestabilidad hemodinámica	0	
Insuficiencia Respiratoria con requerimiento ARM	2	1,2%
Rotura hepática/hematoma hepático	0	
ACV/ PRES	0/2	1,2 %
Coagulación intravascular diseminada (CID)	0	
HPP	2	1,2%
DPPNI	8	4,8%
Recuperada: Con cifras de PA controladas y sin disfunciones	168	100%

TEP: Tromboembolismo pulmonar; NAC neumopatía aguda comunitaria; ARM: asistencia respiratoria mecánica; ACV: ataque cerebrovascular PRES: Síndrome de Encefalopatía posterior reversible; HPP: hemorragia pos parto; DPPNI: desprendimiento de placenta normo inserta; PA : presión arterial

Figura 15. Desenlaces maternos de las pacientes ingresadas en UCEO.

La alteración orgánica más prevalente según la analítica fue la disfunción hepática, manifestada por la elevación de las enzimas hepáticas.

Tuvo evolución favorable el 100% de las pacientes; se obtuvo control de la PA y remisión de las disfunciones.

Respecto a la edad gestacional (EG) al momento del parto, no se registraron partos prematuros extremos (EG menor de 28 semanas); 13,1% correspondieron a partos muy prematuros (EG entre 28 y 31 semanas); 22,0% a partos prematuros moderados (EG entre 32 y 34 semanas) y 27,4% a prematuros tardíos (EG entre 35 y 36 semanas).

El 62,5% de los partos ocurrió antes de las 37 semanas (Figura 16).

En relación con la vía del parto, a 92,3% de las gestantes se le realizó cesárea (Figura 17).

En cuanto a resultados perinatales de madres con PEG, no se registró mortalidad neonatal; sin embargo, mostraron una alta incidencia de prematuridad (62,5%) y bajo peso al nacer (70,2%). El 13,1% de los neonatos requirió ventilación mecánica en CTI. Otros hallazgos incluyeron: 4,8% restricción del crecimiento intrauterino, 1,2% distrés respiratorio, 0,6% enterocolitis necrotizante y 1,2% óbito fetal previo al ingreso a la Unidad (Figura 18).

Discusión

Se observó que casi 63% de las pacientes ingresó con 35 o más semanas de edad gestacional, por lo que predominó la preeclampsia de inicio tardío. Este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura, donde la PE tardía es la forma más frecuente. A pesar de tratarse en su mayoría de gestaciones avanzadas, se constató una elevada tasa de prematurez, lo que refleja que la interrupción del embarazo continúa siendo una estrategia terapéutica crucial ante la progresión de la patología materna.

En relación con las características maternas, el porcentaje de gestantes con factores de riesgo para preeclampsia fue 61,3%. Aunque la literatura indica que esta patología predomina en primigestas, en este estudio hubo una incidencia prácticamente similar, entre primigestas y multíparas.

Los factores de riesgo reconocidos mayoritarios en las gestantes que desarrollaron PEG fueron

Clasificación de partos prematuros	Nº p	%
Prematuro extremo: Gestación < 28 semanas	0	
Muy prematuro: Gestación entre las 28 y 31 semanas.	22	13,1%
Prematuro moderado: Gestación entre las 32 y 34 semanas	37	22,0%
Prematuro tardío: Nacidos entre las 35 y 36 semanas	46	27,4%

Partos según edad gestacional	Nº	%
Partos antes 37 semanas	105	62,5%
Partos ≥ 37 semanas	63	37,5 %

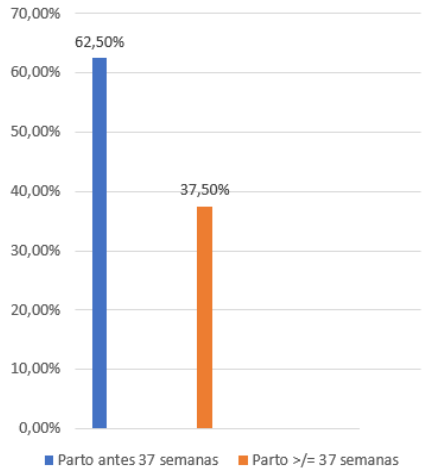
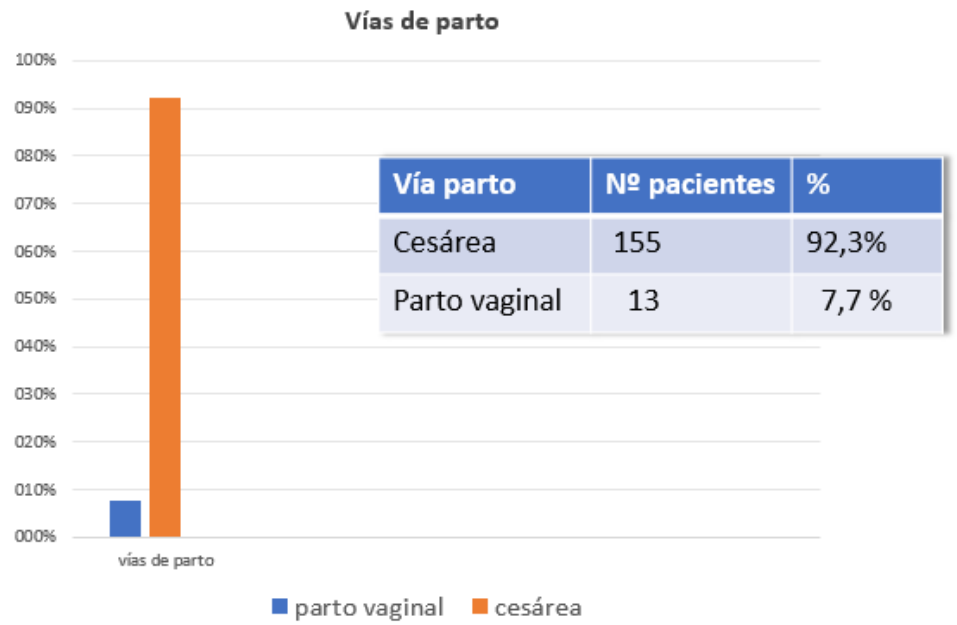


Figura 16. Partos según edad gestacional.



Vía parto	Nº pacientes	%
Cesárea	155	92,3%
Parto vaginal	13	7,7 %

Figura 17. Vías de parto.

estar cursando HTA gestacional, HTA crónica y antecedentes de preeclampsia en gestación previa. Casi la mitad de las pacientes tenía algún grado de trastorno del metabolismo glucémico.

La diabetes, tanto la preexistente (tipo 1 o 2) como la gestacional, está asociada con un riesgo 2 a 4 veces mayor de desarrollar preeclampsia. La PE afecta al 10-20% de embarazadas con diabetes.

La mayoría de las gestantes tenía 34 años o menos, lo que pone de manifiesto que, si bien la edad materna avanzada es un factor de riesgo, la PEG también afecta a mujeres jóvenes.

Un porcentaje elevado presentó HTA crónica complicada con preeclampsia sobreagregada. Estas pacientes conllevan mayor riesgo de complicaciones, lo que exige un seguimiento estricto desde etapas tempranas de la gestación.

Los síntomas y signos más frecuentes fueron

Resultados perinatales	Nº		%
RCIU	8		4,8 %
Prematuros	105		62,5 %
Óbitos	1óbito 24 semanas 1 óbito 25 semanas	Antes de ingresar CEO	1,2 %
Ingreso a CTI neonatal/IOT-ARM	22		13,1 %
Muerte neonatal	0		0
Bajo peso al nacer	118		70,2%
SDRA	2		1,2%
Enterocolitis necrotizante	1		0,6%

IOT: intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. SDRA: síndrome de distrés respiratorio agudo.
RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino

Figura 18. Resultados perinatales de madres con preeclampsia con elementos de severidad.

cefalea y PA superior a 160 mmHg, mientras que la principal disfunción encontrada fue la hepática.

Los datos de gravedad más frecuentemente encontrados fueron: síndrome HELLP, eclampsia y PAS mayor a 160 mmHg.

De las pacientes que ingresaron a la Unidad, el porcentaje de embarazos bien controlados por ginecoobstetras fue mayoritario (81%).

Resulta relevante destacar que casi el 20% de las pacientes presentaba controles prenatales insuficientes o inexistentes, y cerca de un 5% correspondía a embarazos de captación tardía. Estos datos sugieren oportunidades de mejora en la atención del embarazo, ya que la detección precoz de factores de riesgo y el seguimiento adecuado podrían contribuir a reducir la incidencia de formas graves de la enfermedad.

El 67% de las gestantes no recibió valoración por otros especialistas (por ejemplo, cardiología) antes del ingreso a la UCEO y se limitó su atención al ginecobstetra. Este dato evidencia la necesidad de fortalecer el manejo interdisciplinario para asegurar una atención integral de la salud de la embarazada.

En cuanto a estrategias preventivas, el uso de AAS fue bajo en pacientes con factores de riesgo (29%), aunque fue mayor en aquellas con diagnóstico previo de EHE (74%). Este hallazgo evidencia una brecha entre las recomendaciones actuales y su implementación en la práctica clínica, lo cual podría influir en la aparición de PEG. Estudios demuestran que el tratamiento con AAS iniciado antes de las 16 semanas de gestación se asocia con una reducción aproximada del 50% de preeclampsia, con un efecto dependiente de la dosis[9].

Se observó que un elevado porcentaje de las pacientes con diagnóstico previo de EHE no recibía tratamiento antihipertensivo antes del ingreso a la UCEO, lo que podría haber contribuido al mal control tensional y a la necesidad de cuidados críticos.

El manejo terapéutico durante la internación en la UCEO fue acorde a las guías actuales. Todas las pacientes con cifras de PAS ≥160 mmHg recibieron labetalol en infusión continua, mientras que aquellas con cifras inferiores fueron tratadas con antihipertensivos orales. Más de la mitad de las pacientes requirió combinación de dos o más fármacos, lo que refleja la dificultad para lograr un control de cifras tensionales adecuado en este grupo de pacientes.

Todas las pacientes recibieron sulfato de magnesio para profilaxis de convulsiones, sin eventos adversos reportados, lo cual confirma su seguridad y eficacia[10].

Desde el punto de vista de los desenlaces maternos, no se registraron muertes, lo que destaca el impacto positivo del manejo en una Unidad especializada. Si bien se observaron complicaciones como insuficiencia respiratoria, PRES, hemorragia posparto y DPPNI, la gran mayoría de las pacientes presentó recuperación ad integrum, con normalización de las cifras tensionales y sin disfunción residual. La baja necesidad de asistencia respiratoria mecánica invasiva y la corta estadía promedio (2,6 días) refuerzan la efectividad del abordaje precoz y protocolizado.

Respecto a los desenlaces obstétricos, el 63% de los partos ocurrió antes de las 37 semanas y la vía de finalización fue cesárea en la mayoría de los casos; esto evidencia la alta complejidad clínica y la necesidad de interrupción del embarazo para

preservar la salud materna y fetal. Aunque no se registraron partos prematuros extremos, la elevada proporción de prematurez moderada y tardía continúa representando un desafío en términos de morbilidad neonatal.

En relación con los resultados perinatales, se observó una alta frecuencia de prematurez y bajo peso al nacer, así como un ingreso significativo a CTI neonatal. No obstante, la ausencia de mortalidad neonatal y la baja incidencia de síndrome de distrés respiratorio agudo sugieren que el manejo perinatal fue oportuno y efectivo, incluso en un contexto de enfermedad materna grave.

No hubo mortalidad materna ni neonatal. Con esto, se cumplió con los objetivos de la Unidad de disminuir la mortalidad del binomio madre-hijo.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio se identifica un sesgo de captación, derivado de la inclusión exclusiva de pacientes con mayor gravedad clínica diagnosticada por el equipo médico, durante la atención en la sala de parto o el quirófano.

Conclusiones

El motivo de ingreso más frecuente a la UCEO fue la preeclampsia con elementos de gravedad, lo que se consolida como el principal determinante de morbilidad materna extrema en la institución.

Hubo una alta proporción de disfunción orgánica (67%), hallazgo consistente con la severidad clínica de la población en estudio, lo cual confirma que la PEG continúa siendo una causa frecuente de compromiso multisistémico, justificando la necesidad de monitorización estrecha y manejo interdisciplinario para detectar y prevenir potenciales complicaciones.

Los hallazgos de este trabajo ponen de manifiesto que toda embarazada está expuesta a complicaciones graves o potencialmente graves, independientemente de un buen control ginecoobstétrico. Identificar factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia es esencial para implementar medidas profilácticas oportunas. Realizar un cribado temprano para detectar precozmente a las pacientes de alto riesgo, preferiblemente durante el primer trimestre, resulta vital para reducir complicaciones.

Anabela Fernández Milar, ORCID: 0000-0001-8362-1846.
Jorge Castelli, ORCID: 0000-0002-9086-4915.
José Ignacio Álvez, ORCID: 0000-0003-3419-7246.
José Adrián Pérez Facio, ORCID: 0000-0002-3410-0785.

Editor responsable: Dr. Jorge Estigarribia.

Bibliografía

1. Moncrieff G. Pre-eclampsia: Pathophysiology, screening and prophylaxis. BJM. 2018;26(5):291-300. doi: 10.12968/bjom.2018.26.5.291

2. Smith RA, Kenny LC. Current thoughts on the pathogenesis of pre-eclampsia. The Obstetric & Gynaecologist. 2006;8(1):7-13. doi: 10.1576/toag.8.1.007.27202

3. Witcher PM. Preeclampsia: acute complications and management priorities. AACN Adv Crit Care 2018;29(3):316–26. doi: 10.4037/aacnacc2018710.

4. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222.
Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-60. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891

5. El-Sayed AAF. Preeclampsia: a review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. Taiwan J Obstet Gynecol. 2017;56(5):593–8. doi: 10.1016/j.tjog.2017.08.004

6. Morley A. Pre-eclampsia: pathophysiology and its management. BJM. 2004;12(1):30-7. doi: 10.12968/bjom.2004.12.1.11974

7. Hauspurg A, Jeyabalan A. Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(2S):S1211-21. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.027

8. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaithong P, Bosco M, Suksai M, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(2S):S786–803. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.001

9. Roberge S, Bujold E, Nicolaides KH. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(3):287–293.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2017.11.561.

10. El-Khayat W, Atef A, Abdelatty S, El-Semary A. A novel protocol for postpartum magnesium sulphate in severe pre-eclampsia: a randomized controlled pilot trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(1):154-8. doi: 10.3109/14767058.2014.991915

Disponibilidad de los datos

El conjunto de datos generados y analizados durante el presente estudio está disponibles en los registros del Hospital, en la historia clínica electrónica y en la base de datos de la Unidad Docente Asistencial de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Patologías Graves y Potencialmente Graves en Obstetricia.

Normas éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética institucional y, debido a su carácter retrospectivo con utilización de datos anonimizados obtenidos de la práctica asistencial habitual, se eximió la obtención de consentimiento informado.

Declaraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Científico de Investigación en Seres Humanos de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas, mediante la Nota N.º 31/CECISH/25, emitida en Montevideo el 19 de noviembre de 2025. Debido a su carácter retrospectivo y al uso de datos anonimizados tenidos de la práctica asistencial habitual, se eximió la obtención de consentimiento informado. El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Contribución de autores:

Anabela Fernández Milar: Conceptualización. Adquisición de datos. Metodología. Análisis formal. Redacción. Borrador original. Revisión.
Jorge Castelli: Adquisición de datos. Análisis formal. Validación. Redacción. Borrador original. Revisión.
José Ignacio Álvez: Adquisición de datos. Validación. Redacción.
José Adrián Pérez Facio: Adquisición de datos. Validación.