

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Medicina

Frecuencia y características clínicas de la preeclampsia y la eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Distrital de Curuguaty, Paraguay

Maria Mireli Andrade Oliveira¹, Relry Alves Leal dos Santos¹, Ramón Bellón Préstamo¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Enviado: 25 de febrero de 2026

Aceptado: 16 de abril de 2026

Publicado: 30 de abril de 2026

DOI: [10.5281/zenodo.22164438](https://doi.org/10.5281/zenodo.22164438)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia y la eclampsia son una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal, en especial en América Latina, y en el Paraguay son escasos los datos locales sobre su frecuencia en hospitales distritales. El objetivo fue describir la frecuencia y las características clínicas de la preeclampsia y la eclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital Distrital de Curuguaty durante 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el establecimiento en 2024. Se identificaron los casos con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia y se analizaron, con estadística descriptiva, su edad, antecedentes obstétricos y familiares, gravedad clínica y controles prenatales. **Resultados:** De 454 gestantes atendidas en 2024, 21 recibieron diagnóstico de preeclampsia o eclampsia (frecuencia del 4,6 %). La mayoría correspondió al grupo de 26 a 35 años (14; 66,7 %). Ocho pacientes (38,1 %) tenían antecedente personal de preeclampsia o eclampsia y 5 (23,8 %) antecedentes familiares; 2 (9,5 %) tenían hipertensión crónica. Predominó la forma moderada (13; 61,9 %). Diecisiete pacientes (81,0 %) habían completado entre 6 y 8 controles prenatales. **Conclusiones:** La frecuencia fue comparable a la descrita en la región y los casos afectaron sobre todo a gestantes con antecedentes obstétricos o familiares y con control prenatal completo. Los hallazgos respaldan la valoración sistemática del riesgo desde la primera consulta, la profilaxis con ácido acetilsalicílico en el alto riesgo y la referencia oportuna de los casos graves.

Autor correspondiente: Ramón Bellón Préstamo. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

Palabras clave: preeclampsia, eclampsia, hipertensión inducida en el embarazo, atención prenatal, Paraguay, estudios retrospectivos

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo, entre ellos la preeclampsia y la eclampsia, complican una proporción sustancial de las gestaciones y figuran entre las principales causas de muerte materna y perinatal en el mundo. La preeclampsia es un síndrome multisistémico propio del embarazo, que aparece por lo general después de la semana 20 de gestación y se caracteriza por hipertensión arterial de nueva aparición asociada a proteinuria o a signos de disfunción de órganos; la eclampsia corresponde a la aparición de convulsiones no atribuibles a otra causa en una mujer con preeclampsia y constituye una emergencia obstétrica (1). Las revisiones sistemáticas sitúan la frecuencia global de la preeclampsia entre el 2 % y el 5 % de los embarazos, y la de la eclampsia en torno al 0,3 %, con cifras más altas en los países de ingresos bajos y medianos (2,3).

La carga de estos trastornos recae de manera desproporcionada sobre América Latina y el Caribe: en el análisis sistemático más reciente de las causas de muerte materna, los trastornos hipertensivos fueron responsables del 16 % de las muertes maternas en el mundo, y la proporción más alta se registró precisamente en esta región (4). En el Paraguay, la preeclampsia y la eclampsia se cuentan entre las primeras causas de mortalidad materna; una serie reciente de un hospital nacional de referencia describió preeclampsia en el 60,8 % de las internaciones por trastorno hipertensivo del embarazo, con una letalidad materna del 4,2 % y una elevada morbilidad perinatal (5).

La preeclampsia es una enfermedad de origen multifactorial. La placentación anómala, con invasión trofoblástica insuficiente de las arterias espirales, conduce a hipoperfusión placentaria, liberación de factores antangiogénicos —en particular la tirosina cinasa 1 soluble similar a *fms*— y disfunción endotelial sistémica, que explican la hipertensión, la proteinuria y el compromiso de órganos (6,7). Sobre esta base se han descrito subtipos con determinantes y pronóstico distintos, lo que en parte explica la dificultad para predecir y prevenir la enfermedad (8).

Diversos factores clínicos incrementan el riesgo de preeclampsia y pueden reconocerse en la primera consulta prenatal: el antecedente personal de preeclampsia, la hipertensión crónica, la diabetes pregestacional, la enfermedad renal crónica, el lupus eritematoso sistémico o el síndrome antifosfolipídico, la obesidad, la nuliparidad, la gestación múltiple, la edad materna avanzada y el antecedente familiar de preeclampsia (9,10). La identificación de estos factores permite orientar la profilaxis con ácido acetilsalicílico y una vigilancia prenatal más estrecha (11).

En el departamento de Canindeyú y, en particular, en el área de influencia del Hospital Distrital de Curuguaty, donde persisten barreras socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud, no se dispone de información local sobre la frecuencia y el perfil clínico de la preeclampsia y la eclampsia. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia y las características clínicas de estas complicaciones en las gestantes atendidas en dicho hospital durante 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. La fuente de información fueron las historias clínicas y los registros electrónicos del Hospital Distrital de Curuguaty, en el departamento de Canindeyú, correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

La población estuvo constituida por las gestantes atendidas en el establecimiento durante ese año. Se identificaron como casos las mujeres con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia consignado en la historia clínica según los criterios habituales —hipertensión arterial de nueva aparición después de la semana 20 de gestación con proteinuria o signos de disfunción orgánica, y convulsiones sin otra causa en el caso de la eclampsia—. Se excluyeron los registros con hipertensión arterial crónica sin preeclampsia sobreañadida, las historias clínicas incompletas o sin datos suficientes para confirmar el diagnóstico, y los ingresos por otras causas obstétricas no relacionadas con la hipertensión gestacional. Se trabajó con la totalidad de los casos identificados, sin muestreo. El número total de gestantes atendidas en el

año se obtuvo de los registros de admisión del servicio y se utilizó como denominador para el cálculo de la frecuencia.

Las variables analizadas fueron la edad, agrupada en tramos (18 a 25, 26 a 35 y mayores de 35 años); los antecedentes obstétricos y familiares (antecedente personal de preeclampsia o eclampsia, antecedentes familiares de la enfermedad, hipertensión arterial crónica previa y abortos previos); la gravedad clínica del cuadro (leve, moderada o grave), según constaba en el diagnóstico registrado; y el número de controles prenatales realizados, categorizado en 6 a 8 controles —el mínimo recomendado— o menos de 4.

La extracción de datos se efectuó con una lista de verificación estandarizada, diseñada para el estudio, aplicada de forma independiente por dos revisores previamente capacitados; las discrepancias se resolvieron por consenso. La información se registró de forma codificada, sin datos que permitieran identificar a las pacientes. El análisis fue descriptivo: las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas. La frecuencia de preeclampsia y eclampsia se calculó como el cociente entre el número de casos y el total de gestantes atendidas en el período. No se aplicaron pruebas de hipótesis ni análisis de asociación.

El protocolo contó con el aval de la Coordinación de Investigación y del Comité de Bioética en Investigación de la facultad, así como con la autorización de la dirección del Hospital Distrital de Curuguaty. El estudio se ciñó a los principios de la Declaración de Helsinki; al tratarse de una revisión retrospectiva de registros, sin contacto con las pacientes y con datos anonimizados, no se requirió consentimiento informado individual.

RESULTADOS

Durante 2024 se atendieron 454 gestantes en el Hospital Distrital de Curuguaty. De ellas, 21 recibieron diagnóstico de preeclampsia o eclampsia, lo que correspondió a una frecuencia del 4,6 % (21/454), es decir, aproximadamente 1 de cada 22 gestantes atendidas.

En cuanto a la edad, 3 pacientes (14,3 %) tenían entre 18 y 25 años, 14 (66,7 %) entre 26 y 35 años y 4 (19,0 %) más de 35 años. El grupo de 26 a 35 años concentró, por tanto, dos tercios de los casos.

Respecto a los antecedentes, 8 pacientes (38,1 %) referían un antecedente personal de preeclampsia o

eclampsia en una gestación previa y 5 (23,8 %) tenían antecedentes familiares de la enfermedad. Dos pacientes (9,5 %) tenían hipertensión arterial crónica conocida y 6 (28,6 %) referían abortos previos.

Según la gravedad consignada, 7 pacientes (33,3 %) presentaron una forma leve, 13 (61,9 %) una forma moderada y 1 (4,8 %) una forma grave. Predominaron, por tanto, los cuadros moderados.

En relación con el control prenatal, 17 pacientes (81,0 %) habían completado entre 6 y 8 controles —el número mínimo recomendado— y 4 (19,0 %) habían realizado menos de 4 controles durante la gestación.

DISCUSIÓN

En las gestantes atendidas en el Hospital Distrital de Curuguaty durante 2024, la preeclampsia y la eclampsia tuvieron una frecuencia del 4,6 %. Esta cifra se sitúa dentro del intervalo del 2 % al 8 % descrito para la preeclampsia en las revisiones sistemáticas internacionales y es coherente con la carga notificada para América Latina, donde los trastornos hipertensivos del embarazo concentran la mayor proporción de muertes maternas de todas las regiones del mundo (2,3,4). En el Paraguay, la información hospitalaria disponible procede sobre todo de centros de referencia; una serie reciente de un hospital nacional describió una elevada morbilidad materna y perinatal en las internaciones por trastorno hipertensivo del embarazo (5). Los datos de un hospital distrital como el de Curuguaty aportan una perspectiva complementaria sobre la magnitud del problema en el primer nivel de contacto.

La mayoría de las pacientes se encontraba en el grupo de 26 a 35 años, un tramo etario que reúne al grueso de la población obstétrica y en el que, por tanto, es esperable que ocurra la mayor parte de los casos en términos absolutos. La edad materna avanzada es un factor de riesgo reconocido de preeclampsia, pero en una serie pequeña como esta el número de casos por grupo de edad refleja sobre todo la composición de la población atendida y no permite estimar el riesgo relativo asociado a la edad (10,11).

Una proporción destacada de las pacientes presentaba antecedentes que se cuentan entre los factores de riesgo mejor establecidos de la enfermedad: casi cuatro de cada diez tenían un antecedente personal de preeclampsia o eclampsia y cerca de una cuarta parte, antecedentes familiares. El antecedente personal de preeclampsia es uno

de los predictores clínicos más potentes de recurrencia, y la agregación familiar apunta a una contribución genética y a determinantes compartidos (10,12,13). Dado que este estudio describe únicamente a las mujeres que desarrollaron la enfermedad, sin un grupo de comparación, estos hallazgos no permiten cuantificar la asociación; su valor radica en mostrar que, en esta población, una parte importante de los casos correspondió a gestantes con factores de riesgo identificables desde la primera consulta.

En cuanto a la gravedad, predominaron las formas moderadas, con un único caso grave y sin eclampsia mortal registrada. La preeclampsia puede progresar con rapidez hacia formas graves —con síndrome HELLP, insuficiencia renal, edema agudo de pulmón o complicaciones neurológicas— y hacia la eclampsia, por lo que incluso los cuadros inicialmente leves o moderados requieren vigilancia estrecha y criterios claros de derivación (1,14). El sulfato de magnesio es el fármaco de elección para prevenir y tratar las convulsiones en la preeclampsia con signos de gravedad y en la eclampsia, y debe estar disponible en todos los niveles de atención (15).

Un hallazgo llamativo es que la mayoría de las pacientes había completado el número mínimo de controles prenatales recomendado. Esto indica que la enfermedad se presentó también en gestantes con seguimiento adecuado, lo que es concordante con la naturaleza de la preeclampsia: el control prenatal permite su detección temprana y el manejo oportuno, pero no la evita. La prevención eficaz se apoya en la estratificación del riesgo en el primer trimestre y en la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas a las gestantes de alto riesgo, iniciada antes de la semana 16, que reduce de forma significativa la incidencia de preeclampsia pretérmino (11,16,17). La minoría de pacientes con menos de cuatro controles, en cambio, refleja las brechas de acceso y continuidad de la atención que persisten en el área y que pueden retrasar el diagnóstico.

Desde la perspectiva de la salud pública, estos resultados respaldan tres líneas de acción en el primer nivel: incorporar de forma sistemática la valoración del riesgo de preeclampsia en la primera consulta prenatal, con indicación de profilaxis con ácido acetilsalicílico cuando corresponda; garantizar la disponibilidad de sulfato de magnesio y de antihipertensivos, y protocolos de referencia para los casos graves; y reforzar la captación y la retención de las gestantes en el control prenatal, en particular las que inician tarde o lo abandonan (4,5,11).

Este estudio tiene limitaciones. Se trata de una serie retrospectiva de un solo establecimiento, con solo 21 casos, lo que restringe la precisión de las estimaciones y la posibilidad de generalizar los resultados. La ausencia de un grupo de comparación impide analizar los factores asociados a la enfermedad, por lo que los antecedentes se describen como características de los casos y no como factores de riesgo cuantificados. La información dependió de la calidad y la completitud de los registros clínicos; la gravedad se tomó del diagnóstico consignado, sin reclasificación según criterios uniformes, y no fue posible separar de forma fiable los casos de eclampsia ni analizar los desenlaces maternos y perinatales. El denominador correspondió al total de gestantes atendidas y no a una población obstétrica definida, de modo que la cifra obtenida es una frecuencia hospitalaria y no una prevalencia poblacional.

En conclusión, la preeclampsia y la eclampsia afectaron al 4,6 % de las gestantes atendidas en el Hospital Distrital de Curuguaty en 2024, con predominio de formas moderadas y una alta proporción de mujeres con antecedentes obstétricos o familiares y con control prenatal completo. Los hallazgos, aunque limitados por el diseño, apoyan la implementación sistemática de la valoración del riesgo y de la profilaxis con ácido acetilsalicílico desde la primera consulta, el fortalecimiento del control prenatal y la disponibilidad de sulfato de magnesio y de circuitos de referencia para reducir la morbilidad materna y perinatal asociada a estos trastornos.

REFERENCIAS

1. Chappell LC, Cluver CA, Kingdom J, Tong S. Preeclampsia. *Lancet*. 2021;398(10297):341-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)
2. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(1):1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005>
3. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*. 2009;33(3):130-7. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2009.02.010>
4. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025;13(4):e626-34. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00560-6)
5. Torres-Taboada E, Segovia MR, Dávalos J, Rolón J, Zárate D, Ovelar J, et al. Complicaciones materno-perinatales en pacientes internadas con trastornos hipertensivos del embarazo en un hospital de referencia

- de Paraguay. *Rev Cient Cienc Salud*. 2025;7(1):e7120.
<https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7120>
6. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circ Res*. 2019;124(7):1094-112.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
7. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-pathophysiology and clinical presentations: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(14):1690-702.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.08.014>
8. Roberts JM, Rich-Edwards JW, McElrath TF, Garmire L, Myatt L. Subtypes of preeclampsia: recognition and determining clinical usefulness. *Hypertension*. 2021;77(5):1430-41.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14781>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-60.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
10. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016;353:i1753.
<https://doi.org/10.1136/bmj.i1753>
11. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145 Suppl 1:1-33.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
12. Roberts JM. Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024;94:102480.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2024.102480>
13. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CYL, Lewandowski AJ. Preeclampsia: risk factors, diagnosis, management, and the cardiovascular impact on the offspring. *J Clin Med*. 2019;8(10):1625. <https://doi.org/10.3390/jcm8101625>
14. Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2022;386(19):1817-32.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra2109523>
15. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9321):1877-90.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08778-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08778-0)
16. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-22.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1704559>
17. Chaemsaihong P, Sahota DS, Poon LC. First trimester preeclampsia screening and prediction. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(2S):S1071-97.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.020>