Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 89–95, 2026
https://doi.org/10.62574/h4xssa64

Preeclampsia en gestantes adolescentes: Prevalencia, factores de riesgo y prevención

Preeclampsia in adolescent pregnant women: Prevalence, risk factors and prevention

Michelle Geovanna González-Reyes
Michellegr47@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-5011-4634

Lisbeth Pamela Pucuji-Toaquiza
Lisbethpt61@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-5758-5065

Ana María Velastegui-Vargas
ua.anavv83@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-1578-4965

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la prevención de la preeclampsia en gestantes adolescentes. **Método:** estudio documental descriptivo basado en 15 documentos indexados en PubMed, SciELO, LILACS y la Biblioteca Cochrane, publicados entre 2005 y 2025. **Resultados:** la prevalencia agrupada de preeclampsia-eclampsia en adolescentes fue del 6,7 %, y alcanzó el 11,5 % en países de ingresos bajos; en una serie ecuatoriana de 59 adolescentes con preeclampsia o eclampsia, predominaron las nulíparas, el 55,17 % tenía comorbilidades (sobre todo sobrepeso) y la mayoría no había recibido prevención con calcio ni aspirina; la aspirina iniciada tempranamente en gestantes de alto riesgo cuenta con respaldo preventivo; la revisión actualizada sobre calcio encontró poca o ninguna diferencia en la preeclampsia. **Conclusiones:** la adolescencia se asocia con una carga relevante de preeclampsia, y su prevención depende de la captación prenatal temprana y la profilaxis oportuna.

Descriptores: preeclampsia; embarazo en adolescencia; hipertensión inducida en el embarazo. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the evidence on the prevalence, risk factors and prevention of preeclampsia in adolescent pregnant women. **Method:** descriptive documentary study based on 15 documents indexed in PubMed, SciELO, LILACS and the Cochrane Library, published between 2005 and 2024. **Results:** the pooled prevalence of preeclampsia-eclampsia among adolescents was 6.7%, reaching 11.5% in low-income countries; in an Ecuadorian series of 59 adolescents with preeclampsia or eclampsia, nulliparous women predominated, 55.17% had comorbidities (mainly overweight) and most had not received calcium or aspirin prophylaxis; early aspirin prophylaxis in high-risk pregnancies is supported by evidence; the updated calcium review found little to no difference in preeclampsia. **Conclusions:** adolescence is associated with a relevant burden of preeclampsia, and its prevention depends on early prenatal enrollment and timely prophylaxis.

Descriptors: pre-eclampsia; pregnancy in adolescence; hypertension pregnancy-induced. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo propio del embarazo que afecta del 2 % al 8 % de las gestaciones en el mundo y causa una morbimortalidad materna y perinatal considerable (1). Según la estimación de Abalos et al., se presenta en el 4,6 % de los partos, y la eclampsia en el 1,4 %, con amplia variación entre regiones (2). Los trastornos hipertensivos figuran entre las principales causas directas de muerte materna en el mundo (3). En América Latina y el Caribe corresponden al 26 % de las muertes maternas, frente al 16 % en los países desarrollados (4).

La adolescencia añade un componente de vulnerabilidad. La nuliparidad, factor clásico de la preeclampsia, predomina en este grupo, al que se suman barreras sociales y un inicio tardío del control prenatal (5). En el estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud, las adolescentes presentaron más riesgo de eclampsia que las mujeres de 20 a 24 años (6). En América Latina, Conde-Agudelo et al. documentaron que las madres de 15 años o menos tuvieron mayor riesgo de muerte materna (7).

En tal sentido, el presente trabajo se propuso analizar la evidencia sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la prevención de la preeclampsia en gestantes adolescentes.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental y descriptivo. Para ello, se consultaron PubMed, SciELO, LILACS y la Biblioteca Cochrane con los descriptores Preeclampsia, Embarazo en Adolescencia e Hipertensión Inducida en el Embarazo, en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron revisiones sistemáticas con metaanálisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, guías con autoría identificable y revisiones narrativas publicadas en revistas indexadas. En cambio, se excluyeron capítulos de libro, resúmenes de

congresos, tesis y revistas no indexadas o depredadoras. En consecuencia, el corpus quedó integrado por 15 documentos publicados entre 2005 y 2025, organizados en tres ejes: prevalencia, fisiopatología y factores de riesgo, y prevención.

RESULTADOS

Prevalencia en adolescentes. El metaanálisis de Macedo et al., con 70 estudios de 30 países y 291 247 adolescentes, estimó una prevalencia agrupada de preeclampsia-eclampsia del 6,7 % (5,9 % para preeclampsia y 1,3 % para eclampsia). La cifra fue mayor en los países de ingresos bajos (11,5 %) y medios (10,6 %), y la preeclampsia mostró una tendencia descendente a lo largo del tiempo (5).

En Riobamba, Ecuador, García-Hermida et al. estudiaron a 59 adolescentes con preeclampsia o eclampsia. La edad media fue de 16,32 años y predominaron las nulíparas. El 55,17 % presentaba al menos una comorbilidad; entre ellas destacaron el sobrepeso (50 %), la hipertensión arterial (28,12 %) y la obesidad (18,75 %). La mayoría no había recibido tratamiento preventivo con calcio y aspirina (8).

Fisiopatología. La preeclampsia se inicia con una placentación anormal, seguida de la liberación de factores antiangiogénicos, sobre todo la tirosina cinasa soluble tipo fms-1 (sFlt-1) y la endoglina soluble. Sus concentraciones elevadas producen disfunción endotelial, vasoconstricción y alteración inmunitaria que pueden comprometer cualquier órgano materno y al feto (1). Erez et al. describen cómo el concepto evolucionó desde una enfermedad del sistema nervioso central, reconocida por las convulsiones, hasta su comprensión actual como un trastorno vascular. En esa visión, los factores antiangiogénicos cumplen los criterios de la "toxina" responsable del síndrome (9).

Diagnóstico y presentación. La hipertensión se define por cifras de 140/90 mmHg o más en dos mediciones después de las 20 semanas (4,10). En la definición actual,

la proteinuria ya no es indispensable si existe daño de órgano blanco (1). En una serie cubana de 293 gestantes con trastornos hipertensivos, Sáez Cantero y Pérez Hernández identificaron 89 casos de preeclampsia: 30 leves, 48 graves y 11 sobreañadidos a hipertensión crónica (11).

Prevención. La iniciativa de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia recomienda el tamizaje en el primer trimestre. Este combina factores maternos, presión arterial media, índice de pulsatilidad de las arterias uterinas y factor de crecimiento placentario, y se acompaña de aspirina para las gestantes de alto riesgo (12). En el ensayo de Rolnik et al., 150 mg diarios de aspirina iniciados entre las 11 y las 14 semanas redujeron la preeclampsia pretérmino en mujeres de alto riesgo (13).

La revisión de Torres-Valencia y Molina-Giraldo confirmó que la aspirina es más eficaz si se inicia antes de las 16 semanas y que su efecto depende de la dosis. En cambio, la restricción de sal, el reposo, los ácidos grasos, los antioxidantes, la L-arginina, el zinc, el magnesio y los diuréticos no han mostrado utilidad preventiva (14). Por su parte, la revisión Cochrane actualizada de Cluver et al., con 10 estudios y 37 504 mujeres, encontró poca o ninguna diferencia en la preeclampsia con la suplementación de calcio. El análisis restringido a ensayos grandes confirmó este resultado; estos datos no permiten atribuir un beneficio específico a las adolescentes (15).

DISCUSIÓN

La prevalencia agrupada de preeclampsia-eclampsia en adolescentes (5) muestra una carga relevante, aunque no es directamente comparable con una estimación de preeclampsia aislada en todas las edades (2). Cabe destacar, sin embargo, que la diferencia se amplía sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. Esto sugiere que las condiciones socioeconómicas y el acceso a la atención influyen tanto como la edad biológica (5,7). La nuliparidad, casi constante en este grupo,

contribuye al riesgo, lo que coincide con el predominio de nulíparas en la serie ecuatoriana (8).

En cuanto a los factores de riesgo modificables, el estudio de García-Hermida et al. muestra que el sobrepeso y la obesidad también están presentes en las adolescentes (8). Esto desmiente la idea de que el riesgo metabólico se limita a las gestantes de mayor edad. De ahí que la evaluación nutricional deba formar parte de la primera consulta prenatal, aun en las pacientes más jóvenes.

Respecto de la prevención, existe una brecha clara entre la evidencia y la práctica. La aspirina temprana cuenta con respaldo en gestantes de alto riesgo (13,14), mientras que la revisión actualizada no confirma un efecto preventivo relevante del calcio (15). La serie ecuatoriana documentó escasa utilización de ambas intervenciones (8), pero no permite concluir que su ausencia haya causado la enfermedad. Por lo tanto, la captación temprana es decisiva: el inicio tardío del control prenatal limita la evaluación del riesgo y la oportunidad de comenzar la profilaxis con aspirina en el periodo recomendado (14). El tamizaje del primer trimestre (12) y la captación oportuna deben, en consecuencia, priorizarse en este grupo. Entre las limitaciones de este trabajo figuran su naturaleza documental, la escasez de estudios ecuatorianos indexados y la heterogeneidad de las definiciones de preeclampsia entre épocas.

CONCLUSIÓN

La preeclampsia-eclampsia afecta aproximadamente al 6,7 % de las gestantes adolescentes, con cifras cercanas al 11 % en los países de ingresos bajos y medios. En este grupo concurren la nuliparidad, las barreras de acceso a la atención y, con frecuencia creciente, el sobrepeso y la obesidad. La aspirina iniciada tempranamente tiene respaldo en gestantes de alto riesgo, aunque buena parte de la evidencia procede de poblaciones de distintas edades. La revisión actualizada del calcio encontró poca o ninguna diferencia en la preeclampsia y no respalda

presentarlo como una intervención de eficacia preventiva demostrada. A manera de colofón, reducir la carga de preeclampsia en esta población exige captar tempranamente a las gestantes adolescentes, evaluar su riesgo en el primer trimestre y asegurar la profilaxis oportuna.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. 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. doi:10.1016/j.jacc.2020.08.014
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. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.005
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
4. Luna D, Martinovic C. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Rev Med Clin Condes. 2023;34(1):33-43. doi:10.1016/j.rmclc.2023.01.006
5. Macedo TCC, Montagna E, Trevisan CM, Zaia V, de Oliveira R, Barbosa CP, et al. Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: a systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;248:177-86. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.03.043
6. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40-8. doi:10.1111/1471-0528.12630
7. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(2):342-9. doi:10.1016/j.ajog.2004.10.593
8. García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. Arch Med Camagüey. 2020;24(4):e7571.
9. 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
10. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Rev Fac Med (Méx). 2021;64(5):7-18. doi:10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02
11. Sáez Cantero VC, Pérez Hernández MT. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(2):155-64.
12. 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. doi:10.1002/ijgo.12802

13. 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. doi:10.1056/NEJMoa1704559
14. Torres-Valencia NA, Molina-Giraldo S. Prevención de la preeclampsia. Desde la dieta hasta la aspirina: revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;89(2):109-15. doi:10.24875/rechog.23000128
15. Cluver CA, Rohwer C, Rohwer AC. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev. 2025;12:CD001059. doi:10.1002/14651858.CD001059.pub6

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/