



# Hipertensión Pulmonar Severa en el Embarazo Asociada a Cardiopatía Congénita no Especificada: Reporte de Caso

Severe Pulmonary Hypertension in Pregnancy Associated with Unespecific Congenital Heart Disease:  
Case Report

**Alejandro Colli Chan** (Autor Correspondiente)  
[ccalex05@gmail.com](mailto:ccalex05@gmail.com)

ORCID: 0009-0004-4781-5853

Hospital General Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Cancún, México  
Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Ciudad de México, México  
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, México

**Alejandro Lenin Villalobos Rodríguez**  
[alejandrovillalobos96@hotmail.com](mailto:alejandrovillalobos96@hotmail.com)

ORCID: 0000-0001-8410-0209

Hospital General de Playa del Carmen, Quintana Roo, México  
Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Ciudad de México, México

Aceptación: 1 de noviembre de 2025

Publicación: 15 de enero de 2026

## Resumen

La hipertensión pulmonar durante el embarazo, particularmente asociada a cardiopatía congénita, presenta un alto riesgo de morbimortalidad materno-fetal. Su manejo requiere una derivación precoz a unidades de mayor nivel asistencial, en un contexto donde las características socioculturales imprimen su impronta en la decisión clínica. El caso presentado fue el de una paciente primigesta de 40 años con cardiopatía congénita cianótica no estudiada. Rechazó la indicación de la interrupción de su embarazo y la derivación a un centro terciario por sus convicciones religiosas durante la evaluación del segundo trimestre. Ingresó a las 34.1 semanas en trabajo de parto con descompensación cardiorrespiratoria grave. Se le realizó una cesárea de urgencia. Evolucionó a una falla cardíaca derecha refractaria y falleció a las 36 horas postparto. El recién nacido pretérmino evolucionó favorablemente. Este caso fatal puso de manifiesto el riesgo extremo de la hipertensión pulmonar en el embarazo con cardiopatía no protocolizada. Dejó en evidencia la necesidad de consejería preconcepcional, detección temprana, una adecuada derivación y un proceso de decisión compartida en el que, respetando los valores del paciente, prime la seguridad materno-fetal y una atención multidisciplinaria experta.

**Palabras clave:** Hipertensión Arterial Pulmonar; Embarazo de Alto Riesgo; Cardiopatía Congénita; Mortalidad Materna; Riesgo Materno-Fetal; Falla Cardíaca Derecha; Manejo Multidisciplinario; Embarazo y Cardiopatía; Resultados Materno-Fetales; Toma de Decisiones Éticas en Medicina

## Abstract

Pulmonary hypertension during pregnancy, particularly when associated with congenital heart disease, entails a high risk of maternal-fetal morbidity and mortality. Its management requires early referral to higher-level care units, within a context in which sociocultural characteristics exert a significant influence on clinical decision-making. The case presented involved a 40-year-old primigravid patient with previously uninvestigated cyanotic congenital heart disease. During second-trimester evaluation, she declined the recommendation for pregnancy termination and referral to a tertiary care center on the basis of her religious convictions. At 34.1 weeks of gestation, she was admitted in labor with severe cardiorespiratory decompensation. An emergency cesarean section was performed. She subsequently developed refractory right-sided heart failure and died 36 hours postpartum. The preterm neonate had a favorable clinical course. This fatal case underscored the extreme risk of pulmonary hypertension during pregnancy in the setting of non-protocolized congenital heart disease. It highlighted the need for preconception counseling, early detection, appropriate referral, and a shared decision-making process in which, while respecting patient values, maternal-fetal safety and expert multidisciplinary care are prioritized.

**Keywords:** Pulmonary Arterial Hypertension; High-Risk Pregnancy; Congenital Heart Disease; Maternal Mortality; Maternal-Fetal Risk; Right Heart Failure; Multidisciplinary Care; Pregnancy and Heart Disease; Maternal-Fetal Outcomes; Ethical Decision-Making in Medicine





## Introducción

Se presenta el caso de una mujer embarazada de 40 años con antecedente de cardiopatía congénita cianógena no especificada, sin seguimiento cardiológico ni tratamiento especializado, que desarrolló hipertensión pulmonar severa durante la gestación. La atención se brindó en el Hospital General de Cancún "Dr. Jesús Kumate Rodríguez" el 2023. La hipertensión pulmonar en el embarazo es una condición de alto riesgo asociada a una elevada morbimortalidad materna y fetal, debido a que los cambios hemodinámicos propios de la gestación pueden precipitar descompensación cardiaca, falla ventricular derecha y colapso hemodinámico ([Moussa & Rajapreyar, 2019](#)). Este riesgo se incrementa cuando la enfermedad cardiovascular subyacente no ha sido diagnosticada o protocolizada de manera oportuna, situación frecuente en contextos con acceso limitado a atención especializada ([Teng et al., 2024](#)). A pesar de las recomendaciones de manejo multidisciplinario y referencia temprana a centros de tercer nivel, factores clínicos, estructurales y socioculturales pueden influir de forma determinante en la evolución y el desenlace de estas pacientes ([Afify et al., 2022](#)). Este reporte de caso describe el curso clínico y el desenlace materno-fetal, y pone de relieve los retos diagnósticos, terapéuticos y éticos que plantea la hipertensión pulmonar asociada a cardiopatía congénita durante el embarazo.

## Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 40 años, de Guatemala, soltera y con escolaridad secundaria incompleta. De ocupación ama de casa y religión evangélica. Antecedentes de cardiopatía congénita cianógena no especificada diagnosticada hace 10 años, sin seguimiento ni tratamiento especializado por cardiología. Niega antecedentes quirúrgicos, transfusiones, fracturas, así como el consumo de alcohol, tabaco o drogas ilícitas.

En lo referido a sus antecedentes ginecoobstétricos, refiere menarca a los 14 años, con ciclos regulares de 30 por 5 días. Indicó que no se había realizado previamente citología cervical y no empleaba método anticonceptivo. La fecha de su última menstruación fue el 10 de enero de 2023, cursando su primer embarazo. El inicio del control prenatal fue a partir de las 15 semanas, incorporando suplementación de ácido fólico y hierro. También recibió las inmunizaciones correspondientes al embarazo (TDPA, influenza y COVID-19). Reportó que hace una década presenta disnea de medianos esfuerzos, permaneciendo asintomática en reposo.

Durante la exploración física se encontró una paciente tranquila, cooperadora y orientada, con talla de 1.35 metros y peso de 38 kilogramos. Presentaba discreta cianosis peribucal, pupilas isocóricas y normorreactivas, cuello sin adenomegalias ni ingurgitación yugular, tórax simétrico con ruidos respiratorios conservados y un soplo grado 3 en foco pulmonar, sin S3 ni S4. El abdomen era globoso por útero gestante, con fondo uterino de 20 centímetros, feto único vivo con frecuencia cardíaca fetal de 149 latidos por minuto y cérvix largo, cerrado y posterior. En las extremidades no se observó edema; sin embargo, en la Figura 1 sí se muestra la malformación congénita detectada en la mano derecha, con carpo pequeño y esbozo de falanges, además de dedos en palillos de tambor en la mano izquierda.

La ecografía del 19 de abril de 2023 mostraba un embarazo de 14,1 semanas, con un peso fetal estimado en 95 g, placenta anterior y líquido amniótico normal. Los laboratorios iniciales, recogidos en la Tabla 1, mostraban trombocitopenia leve, sin otras alteraciones. El ecocardiograma mostraba una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 50 %, ventrículo derecho dilatado con disfunción diastólica, insuficiencia tricuspídea moderada, insuficiencia aórtica leve e insuficiencia pulmonar moderada con sospecha de hipertensión pulmonar.

**Tabla 1**  
Reporte de Laboratorios

Laboratorios	1a Consulta	Ingreso	12 horas
Hemoglobina	11.4 g/dl	**	13.3 g/dl
hematócrito	37 %	**	41 %
Plaquetas	94x10 <sup>3</sup> UI	**	8x10 <sup>3</sup> u/l
Glucosa	70 mg/dl	136 mg/dl	**
Urea	22.8 mg/dl	25.90 mg/dl	77 mg/dl
Creatinina	0.7 mg/dl	1 mg/dl	2.4 mg/dl





Ácido úrico	4 mg/dl	**	14.9 mg/dl
Transaminasa glutámico oxalacética	**	622 ui/l	2793 ui/l
Transaminasa glutámico pirúvica	**	332 ui/l	1215 ui/l
Deshidrogenasa láctica	**	1247 ui/l	**
Fibrinógeno	**	93 mg/dl	**
Dímero d	**	3155.52 ng/ml	**

Luego de 7 días, se decidió su ingreso hospitalario. A su ingreso, presentaba presión arterial de 103/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 71 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura de 36.5 °C y saturación de oxígeno del 88 % con aire ambiente. Se establecieron los diagnósticos de embarazo de 21.4 semanas, cardiopatía congénita en estudio y trombocitopenia en estudio. En la Figura 2, el electrocardiograma mostró un ritmo sinusal y hemibloqueo de rama derecha con patrón rSR' en V1 y V2, compatible con bloqueo incompleto del ventrículo derecho.

Se proporcionó oxígeno a través de puntas nasales a un flujo de 3 L/min, logrando una mejoría en la saturación que alcanzó el 91 %, y tras la valoración cardiológica, la recomendación fue remitir a la paciente para su manejo integral, siendo que el Comité de Ética de la institución describía la necesidad de la interrupción del embarazo, dado al alto riesgo materno. Pese a ello, la paciente rechazó tanto la interrupción como la remisión, aduciendo motivos religiosos, y solicitó el egreso por voluntad propia.

Durante los meses posteriores, las áreas de ginecología y trabajo social respectivamente mantuvieron contacto telefónico para promover el seguimiento y el envío a tercer nivel, sin obtener respuesta favorable. Tres meses después, la paciente acudió a urgencias por disnea de pequeños esfuerzos, astenia, adinamia y dolor obstétrico. Se encontraba cianótica, con taquipnea y con uso de musculatura accesoria. El abdomen era globoso por útero de 34 semanas, con feto vivo en presentación cefálica y frecuencia cardiaca de 145 lpm. Presentaba dinámica uterina regular y cérvix con dos centímetros de dilatación, 40 % de borramiento y membranas intactas.

Sus signos vitales a su ingreso hospitalario fueron presión arterial de 120/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 105 lpm, frecuencia respiratoria de 36 rpm y saturación de oxígeno del 48 % con aire ambiente. El diagnóstico fue el de un embarazo de 34.1 semanas en trabajo de parto fase latente, cardiopatía congénita cianógena descompensada e hipertensión pulmonar severa. Se activó el Código MATER y la unidad de cuidados intensivos (UCI) confirmó inestabilidad hemodinámica. Dada la gravedad de la paciente, se realizó cesárea de urgencia bajo bloqueo neuroaxial peridural fraccionado con lidocaína y fentanilo.

Se practicó cesárea tipo Kerr con oclusión tubárica bilateral, sin complicaciones y con sangrado de 250 mililitros. Se obtuvo un recién nacido masculino de 1,730 gramos y 43 centímetros, con Capurro de 34.1 semanas y Apgar 6/8. La paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos con ventilación espontánea y saturación de 100 % con mascarilla de reservorio, iniciando tratamiento con furosemida y sildenafil.

Durante el puerperio, la paciente presentó deterioro respiratorio progresivo, requiriendo ventilación mecánica. En consecuencia, el área de Cardiología documentó la falla cardiaca derecha e hipertensión pulmonar severa. A las 36 horas del puerperio sufrió paro cardiorrespiratorio sin retorno de la circulación tras cinco ciclos de reanimación.

Los laboratorios, tal como se presenta en la Tabla 1, evidenciaron trombocitopenia severa, así como elevación de transaminasas, deshidrogenasa láctica y dímero D, considerando un cuadro que puede corresponder a síndrome HELLP y a falla multiorgánica. En la Tabla 2 se puede observar la gasometría, con acidosis respiratoria severa (pH 6.98, PaO<sub>2</sub> 26 mmHg, lactato de 10.1 mmol/L), que requirió el manejo con norepinefrina y posteriormente vasopresina, con presión arterial media inadecuada. El ecocardiograma final reveló insuficiencia tricuspidal severa e hipertensión pulmonar avanzada. La paciente, que había recibido el manejo intensivo correspondiente, presentó colapso cardiovascular refractario, declarándose la hora de muerte a las 22:00 horas.

**Tabla 2**  
Reporte de Gasometría

Gasometría	Ingreso	5 horas	12 horas
Fio <sub>2</sub>	100 %	100 %	60 %
Ph	7.16	6.98	7.032





PCO2	29.2 mmHg	32.90 mmHg	46.20 mmHg
Po2	58.20 mmHg	45.20 mmHg	26.20 mmHg
HCO 3	10.60 meq/L	7.9 meq/L	12.40 meq/L
Hto	43 %	43 %	41 %
Lactato	7.5 mmol/L	10.1 mmol/L	7.20 mmol/L
PAFI	58.20 mmHg	45.20 mmHg	43.7 mmHg

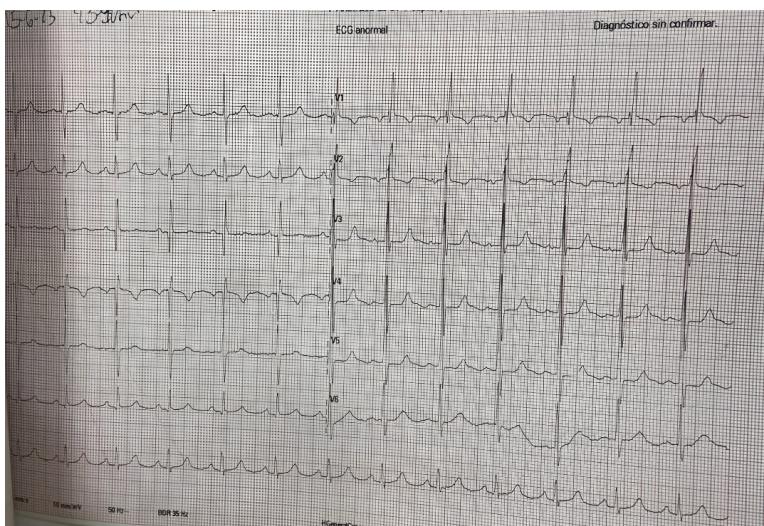
El diagnóstico de defunción fue choque cardiogénico refractario secundario a cardiopatía congénita cianógena con hipertensión pulmonar severa y falla orgánica múltiple. Mientras tanto, el recién nacido permaneció 19 días en la unidad de crecimiento y desarrollo debido a su bajo peso al nacer, además, por presentar síndrome de dificultad respiratoria, restricción del crecimiento fetal y riesgo de sepsis; durante su estancia fue valorado por el área de cardiología pediátrica, la cual reportó arco aórtico limítrofe sin repercusión hemodinámica. Por último, egresó a domicilio en buen estado general, sin complicaciones aparentes.

**Figura 1**

Extremidad derecha que evidencia esbozos de las falanges

**Figura 2**

Electrocardiograma de la paciente



*Nota:* Se observó hemibloqueo de rama derecha con rSR' en V1 y V2, que podría ser compatible con un bloqueo incompleto del ventrículo derecho. Imagen tomada del expediente clínico del Hospital General Jesús Kumate Rodríguez.

## Discusión

La paciente, de 40 años, representa un caso de hipertensión pulmonar (HP) combinada con cardiopatía congénita cianógena y embarazo avanzado, considerado de elevado riesgo materno-fetal.





La HP puede responder a diferentes mecanismos, según lo que estipula la clasificación de la OMS (grupos 1-5). En este caso concreto, la cardiopatía congénita con curso clínico prolongado, la dilatación y sobrecarga del ventrículo derecho (VD), la insuficiencia tricuspídea moderada a severa, así como datos ecocardiográficos de HP, sugieren fuertemente la posibilidad de una HP asociada a cardiopatía congénita (grupo 1); sin embargo, una ligera contribución de enfermedad del lado izquierdo (insuficiencia aórtica y diastólica leves) podría corresponder a algunos aspectos del grupo 2 ([Menéndez & Lucas, 2014](#)). La ausencia de cateterismo derecho, estándar diagnóstico para confirmar la hemodinámica y afinar la clasificación, impide una definición taxonómica definitiva ([Conde-Camacho & Cabrales-Arévalo, 2017](#)), lo que reconocemos como limitación mayor del caso.

La fisiopatología subyacente combina remodelado vascular y vasoconstricción con incremento sostenido de la resistencia vascular pulmonar, lo que perpetúa un círculo de sobrecarga y disfunción del ventrículo derecho hasta la insuficiencia derecha franca, de acuerdo con la definición hemodinámica actual ( $mPAP > 20$  mm Hg en reposo) ([Simonneau et al., 2019](#)). En cardiopatías congénitas con cortocircuitos y/o lesión vascular establecida, el estrés por cizallamiento, la lesión endotelial y la proliferación del músculo liso llevan a obliteración microvascular; el desequilibrio entre mediadores vasodilatadores y vasoconstrictores agrava la vasorreactividad ([Menéndez & Lucas, 2014](#)). Clínicamente, la progresión desde disnea de esfuerzo y fatiga hacia síncope, dolor precordial y signos de falla derecha es esperable ([Teng et al. 2024; Moussa & Rajapreyar, 2019](#)). Con base en los síntomas iniciales, la paciente probablemente se ubicaba en clase funcional II de la OMS (actividad habitual con disnea leve), pero evolucionó a clase IV durante la descompensación periparto, con síntomas en reposo e intolerancia a cualquier actividad.

El embarazo exige adaptaciones hemodinámicas profundas, con incremento del volumen plasmático ( $\approx 40-50\%$ ), del gasto cardíaco (hasta 50-75 % sobre el basal) y de la frecuencia cardíaca, alcanzando su pico entre las semanas 25 y 34 ([Teng et al., 2024](#)). En el contexto de la hipertensión pulmonar, esta sobrecarga hemodinámica adquiere especial relevancia, ya que la baja distensibilidad del lecho vascular pulmonar limita la capacidad de acomodar el aumento del flujo, elevando de manera crítica la poscarga del ventrículo derecho y favoreciendo su disfunción, principal determinante pronóstico de la enfermedad ([Simonneau et al., 2019; Thenappan et al., 2016](#)). Durante el parto, la autotransfusión uteroplacentaria y los cambios de poscarga incrementan aún más el gasto cardíaco, y en el puerperio inmediato este puede aumentar adicionalmente entre el 10 y el 20 %, lo que puede precipitar choque cardiogénico en pacientes con reserva ventricular mínima ([Teng et al., 2024](#)). En este marco, la evolución clínica caracterizada por una estabilidad relativa hasta el tercer trimestre, seguida de deterioro agudo durante el trabajo de parto y colapso posparto, resulta fisiopatológicamente coherente.

El caso también sugiere una asociación sindrómica entre malformaciones de extremidades superiores y cardiopatía congénita. La literatura describe que los defectos de las extremidades son las anomalías esqueléticas más comunes vinculadas a cardiopatía congénita, por una coincidencia temporal del desarrollo cardíaco y de las yemas de las extremidades entre la 4.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup> semanas. El síndrome de Holt-Oram, alteración del gen TBX5 en 12q, —cursa con hipoplasias/aplasias de huesos del antebrazo y mano y trastornos de conducción, además de defectos septales y otras cardiopatías<sup>9</sup>. En la paciente, la acropaquia y la hipoplasia/agenesia distal, junto con el hemibloqueo de rama derecha en el ECG, hacen plausible esta hipótesis. La confirmación genética no fue posible, lo que constituye otra limitación importante ([Alonso-Gonzalez et al., 2023](#)). La asociación VACTERL se considera improbable por no cumplir la constelación mínima de malformaciones ( $\geq 3$ ) ni el patrón cardíaco típico; Patau (trisomía 13) es clínicamente discordante por fenotipo y supervivencia ([Sun et al., 2025; Williams & Brady, 2023](#)).

En el ámbito diagnóstico, se consideró el ecocardiograma transtorácico como el método de primera elección para evaluar la función del ventrículo derecho, así como calcular las presiones pulmonares; no obstante, la ausencia de cateterismo derecho privó al equipo de una caracterización hemodinámica fina ([Moussa & Rajapreyar, 2019](#)). En el aspecto terapéutico, el uso de anestesia neuroaxial fraccionada para la cesárea se basó en la premisa de que se generaría variaciones bruscas en la poscarga; no obstante, la paciente evolucionó con falla del ventrículo derecho refractaria que requirió el uso de vasopresores sin obtener perfusión efectiva, curso que se adecuó con HP severa descompensada.

Desde la ética clínica y la perspectiva de la paciente, el caso subraya la tensión entre el respeto a las creencias religiosas y el deber de beneficencia. A pesar de la consejería y la recomendación de referencia a tercer nivel e interrupción del embarazo por riesgo extremo ([Afify et al., 2022](#)), la paciente mantuvo su decisión de continuar la gestación y declinó la referencia, tomando como sustento el aspecto religioso y la fe ([Woolford & Horner, 2024](#)). No acudir a centros especializados limita el acceso a terapias específicas (p. ej., análogos de prostaciclina, estrategias avanzadas ventilatorias/hemodinámicas) y a un equipo multidisciplinario experimentado ([Afify et al., 2022](#);





sciencevolution

ISSN: 2810-8728 (En línea)

**5.1**

ENERO - MARZO  
2026

Caso de Estudio  
**21 - 27**

Hipertension Pulmonar Severa en el Embarazo Asociada a Cardiopatía Congénita no Especificada: Reporte de Caso

Alejandro Lenín Villalobos Rodríguez

ORCID: 0000-0001-8410-0209

Alejandro Colli Chan  
ORCID: 0009-0004-4781-5853  
<https://revista.sciencevolution.com>

Moussa & Rajapreyar, 2019). La recomendación de explicitar que esta toma de decisiones compartidas (TDC), como un proceso deliberativo entre profesional y paciente, donde se incorporan los valores y preferencias del paciente; asimismo, deben contemplarse criterios que condicionan la fuerza de las recomendaciones, incluyendo la calidad de la evidencia, valoración de desenlaces por pacientes, balance beneficios-riesgos, costes, aceptabilidad, equidad y factibilidad, ambos aspectos documentados en este caso (Ministerio de Sanidad, 2022). Además, dada la sospecha de síndrome genético, una oportuna consejería genética y planificación reproductiva hubieran sido deseables, tanto para la madre como para el recién nacido.

En lo que respecta a la fuerza del caso, tiene una historia clínica bastante completa, introduce la fisiopatología del embarazo con HP y propone una hipótesis sindrómica argumentada. Sus limitaciones se centran en la falta de comprobación hemodinámica invasiva y genética, y el escaso seguimiento producido por el alta voluntaria. Las lecciones son claras: (a) en HP, sobre todo la asociada a cardiopatía congénita hay que evitar el embarazo, por lo que se debe recomendar la no gestación con la oferta de anticoncepción efectiva y consejería preconcepcional (Afify et al., 2022); (b) si la mujer decide continuar, comprometiéndose a un seguimiento estricto, hay que recomendar derivación o desplazamiento temprano a centros terciarios con equipos multidisciplinarios y con acceso a terapias (óxido nítrico, prostaciclinas, antagonistas de endotelina, inhibidores de PDE-5) (Afify et al., 2022; Moussa & Rajapreyar, 2019; Conde-Camacho & Cabrales-Arévalo, 2017); y (c) la transición periparto-puerperio es el periodo más susceptible para el VD, exigiendo la planificación anestésica, la efluencia estricta de volemia, el soporte hemodinámico y ventilatorio experto (Afify et al., 2022; Simonneau et al. 2019; Menéndez & Lucas, 2014; Thenappan et al., 2016).

En síntesis, este caso integra una HP probablemente grupo 1 asociada a cardiopatía congénita con sospecha sindrómica, precipitada por las adaptaciones hemodinámicas del embarazo y la fase periparto, con desenlace adverso pese a medidas intensivas. Reafirma la necesidad de consejería reproductiva, detección y referencia tempranas, y atención en tercer nivel cuando la gestación prosigue, así como la importancia de incorporar la perspectiva y valores de la paciente en la toma de decisiones, documentando claramente los riesgos y las alternativas terapéuticas (Afify et al., 2022).

## Conclusiones

Este reporte describe a una paciente embarazada de 40 años con HP severa asociada a cardiopatía congénita no especificada, cuyo rechazo a la interrupción de su embarazo y a la referencia a un centro especializado fue debido a motivos religiosos, lo cual estuvo asociado al desenlace materno fatal durante el puerperio pese al manejo intensivo. Este caso evidencia la elevada morbitmortalidad ocasionada por la HP en el embarazo, sobre todo cuando coexiste con cardiopatías no protocolizadas y factores socioculturales que limitan la adherencia clínica, resaltando la importancia de la sospecha temprana, la derivación oportuna a equipos multidisciplinarios especializados y la TDC, junto con estrategias de detección precoz, consejería preconcepcional y planificación perinatal en contextos de recursos limitados.

Ministerio de Sanidad. (2022). *Aplicación de las Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica a la Toma de Decisiones Compartida. Manual Metodológico* [PDF]. Ministerio de Sanidad & Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

[https://doi.org/10.46995/man\\_9](https://doi.org/10.46995/man_9)

Moussa, H. N., & Rajapreyar, I. (2019). ACOG Practice Bulletin No. 212: Pregnancy and heart disease. *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), 881-882.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003497>

Simonneau, G., Montani, D., Celermajer, D. S., Denton, C. P., Gatzoulis, M. A., Krowka, M., Williams, P. G. & Souza, R. (2019).

Haemodynamic definitions and updated clinical classification of pulmonary hypertension.

*European Respiratory Journal*, 53(1): 1801913.  
<https://doi.org/10.1183/13993003.01913-2018>

Menéndez, C. & Lucas, A. (2014). *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad* [PDF]. Barcelona: ISGlobal.

<https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=3619>

## Referencias

Afify, H., Kong, A., Bernal, J. & Elgendi, I.Y. (2022). Pulmonary hypertension in pregnancy: Challenges and solutions. *Integrated Blood Pressure Control*, 15.33-41.  
<https://doi.org/10.2147/IBPC.S242242>





sciencevolution

ISSN: 2810-8728 (En línea)

**5.1**

ENERO - MARZO  
2026

Caso de Estudio  
**21 - 27**

Hipertension Pulmonar Severa en el Embarazo Asociada a Cardiopatía Congénita no Especificada: Reporte de Caso

Alejandro Lenín Villalobos Rodríguez

ORCID: 0000-0001-8410-0209

Alejandro Colli Chan  
ORCID: 0009-0004-4781-5853  
<https://revista.sciencevolution.com>



Conde-Camacho, R., Cabrales-Arévalo, J. (2017). El cateterismo derecho como herramienta en el diagnóstico de la hipertensión pulmonar. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(s1). 28-33.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.005>

Alonso-Gonzalez, R., Massarella, D., Swan, L. (2023). Skeletal system in adult congenital heart disease. *International Journal of Cardiology: Congenital Heart Disease*, 13:100460.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2023.100460>

Sun, M., Zhao, Q., Yang, B., Liu, L., Zhou, C., Yao, X., Bu, J., Bian, J., Ge, S., Zhu, Z., & Liu, B. (2025). Molecular mechanism, diagnosis, and treatment of VACTERL association. *Frontiers in Pediatrics*, 13:1609624.  
<https://doi.org/10.3389/fped.2025.1609624>

Williams, G. M., & Brady, R. P (2023). *Patau Syndrome*. StatPearls.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538347/>

Thenappan, T., Prins, K. W., Pritzker, M. R., Scandurra, J., Volmers, K., & Weir, E. K. (2016). The Critical Role of Pulmonary Arterial Compliance in Pulmonary Hypertension. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(2):276-284.  
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-599FR>

Woolford, C., & Horner, M. (2024). The Influence of Religious Beliefs on Health Decision-Making: Perspectives from Diverse Faith Communities. *Interdisciplinary Studies in Society, Law, and Politics*, 3(3), 20-27.  
<https://doi.org/10.61838/kman.isslp.3.3.4>

Teng, Y., Zong, L., Ding, J., Wu, M., & Li, X. (2024). Management of pulmonary arterial hypertension: before, during and after pregnancy. *International Journal of Cardiology: Cardiovascular Risk and Prevention*, 21.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2024.200252>

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Todos los costos asociados a la realización de este estudio fueron cubiertos por el autor. No se recibió financiación, subvención ni patrocinio externo.

## Consentimiento informado

Para la publicación de este informe de caso y cualquier imagen adjunta, se contó con el consentimiento informado por escrito del paciente. La revista conserva una copia del consentimiento por escrito para su revisión.

## Nota del editor

La revista Sciencevolution mantiene una posición neutral respecto a posibles reclamaciones jurisdiccionales derivadas de mapas publicados o afiliaciones institucionales.

© El/Los autor(es) 2026. Este artículo se distribuye bajo los términos de la Licencia Internacional Creative Commons Atribución 4.0 (CC BY 4.0), que permite el uso, la distribución, la adaptación y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre que se otorgue el crédito adecuado al/los autor(es) y a la fuente, se incluya un enlace a la licencia y se indique si se han realizado cambios.

Las imágenes u otro material de terceros incluidos en este artículo están cubiertos por la licencia Creative Commons del artículo, salvo que se indique lo contrario en una línea de crédito. Si el material no está incluido en la licencia Creative Commons y el uso previsto no está permitido por la legislación vigente o excede el uso permitido, será necesario obtener autorización directamente del titular de los derechos.

Puede consultarse una copia de la licencia en: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

La renuncia a la dedicación al dominio público de Creative Commons (CC0 1.0: <http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) Se aplica a los datos disponibles en este artículo, salvo indicación contraria en la línea de crédito correspondiente.

