



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-04-2024-16

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. ALIDA NAVAS y Prof. LUIS CABRERA,
 Reunidos en: Salón de Ginecología

a la hora: 11 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL REGIONAL "DR. HÉCTOR NOUEL JOUBERT". CIUDAD BOLÍVAR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.


Del Bachiller NIETO SALOMON PAULA SOFIA C.I.: 27297452, como requisito parcial para optar al Título de Médico Cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO


REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--


En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.


En Ciudad Bolívar, a los 20 días del mes de Mayo de 2024


 Prof. ALIDA NAVAS
 Miembro Principal


 Prof. NEOBIS MORALES
 Miembro Tutor


 Prof. LUIS CABRERA
 Miembro Principal


 Prof. IVÁN ANAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez e e Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
 Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-04-2024-16

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. ALIDA NAVAS y Prof. LUIS CABRERA,
Reunidos en: Salón de Ginecología

a la hora: 11 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL REGIONAL "DR. HÉCTOR NOUÉL JOUBERT". CIUDAD BOLÍVAR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.

Del Bachiller TRUJILLO CARABALLO PATRICIA DEL CARMEN C.I.: 26154441, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 2 días del mes de Mayo de 2024

Prof. NEOBIS MORALES
Miembro Tutor

Prof. ALIDA NAVAS
Miembro Principal

Prof. LUIS CABRERA
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/ e Colombo Silva - Sector Barro Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja - Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela,
Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. HÉCTOR NOUEL
Joubert”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR.
OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.**

Tutor académico:
Dra. Neobis Morales

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: Nieto Salomón, Paula Sofía
C.I: 27.297.452
Br: Trujillo Caraballo Patricia del C.
C.I: 26.154.441

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, marzo de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio.....	16
Universo.....	16
Muestra.....	16
Procedimientos.....	16
Análisis Estadístico.....	17
RESULTADOS.....	18
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Tabla 5.....	23
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
APÉNDICES.....	38
Apéndice A.....	39

Apéndice B	40
Apéndice C	41
Apéndice D	42

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, también por haberme otorgado mi familia, que siempre han creído en mí, que con sus ejemplos de superación y sacrificio me han enseñado a valorar todo lo que tengo y soy, por permitirme estudiar la carrera de mis sueños, por darme fuerzas para hacerle frente a las adversidades de este camino, por guiarme y permitirme llegar a la meta.

Agradezco a mis padres Maritza Salomón y Emir Nieto por traerme a la vida, amor incondicional y darme la oportunidad de estudiar y de apoyarme en alcanzar mi más grande meta.

Agradezco a mis hermanas Mary José Arape y Oriana Nieto, por sus consejos, respaldo y cariño, siempre impulsándome a seguir luchando por mis metas.

Agradecimiento a la Universidad de Oriente, mi casa de estudio, por darme el honor de poder formarme en sus aulas, y todos mis profesores que fueron partícipes de este proceso.

A nuestra tutora, Dra. Neobis Morales por su dedicación y paciencia, por compartir sus conocimientos con nosotras, también por su dirección, orientación y colaboración recibida para llevar a cabo esta investigación.

A mis amigos principalmente a mi compañera de tesis, Patricia Trujillo, por ser una gran amiga y compañera, por querer compartir esta meta conmigo y estar de manera incondicional, también a mis amigos Betania Silva, Nathaly Nieto y Luis Vargas por hacer de este viaje más placentero.

A mis amigos de la vida por ser parte esencial de este proceso, Enmily García, Oriana Rojas, Nazareth Salazar y Moisés Gómez y a todas las personas que me han ayudado en alguna parte de mi carrera les agradezco desde el fondo de mi corazón por su atención y profundo apoyo.

Paula Sofía Nieto Salomón

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por permitirme estar hoy aquí, cerca de una gran meta, mi gran sueño, por ser siempre un refugio para mí, por darme una familia maravillosa, unos amigos sinceros, y una vida hermosa.

Agradezco a mis padres Gerardo Trujillo y Raquel Caraballo por ser guía y luz, por ser amor, por ser valentía, por ser ejemplo, agradezco y agradeceré eternamente todo lo que hacen por mí. No hay tantas palabras en el mundo para demostrar mi admiración respeto y agradecimiento hacia ustedes.

Agradezco a mi hermano Gerardo Trujillo, por ser el mejor compañero, el mejor amigo y uno de mis amores más sinceros.

Agradezco a mi familia, abuelos, tíos y primos por su amor incondicional, por las palabras de aliento, por tenerme siempre en sus oraciones, no hay mejor regalo que ese.

Agradezco a mis amigos y hermanos, María Rojas, María Cabrera y Daniel Rosales, por convertirse en mi familia por muchos años.

Agradezco a mi grupo de rotación S-Z, por tanto cariño, sepan que, hasta los días más grises, los llenaron de colores.

Agradezco a mi compañera de tesis y amiga, Paula Nieto, por su amistad incondicional, y por el gran equipo que hemos formado, así como también a cada uno de mis compañeros, Betania Silva, Luis Vargas, Lauryn Zuñiga, Nathaly Nieto por

brindarme su amistad sincera, por darme una mano siempre que la necesité y por la compañía durante todo este tiempo.

Agradezco a nuestra tutora, la Dra. Neobis Morales por sus enseñanzas, por su paciencia y por guiarnos en este camino.

Finalmente agradezco a la UDO Bolívar por abrirme las puertas, para formarme en tan prestigiosa institución. Afortunada de pertenecer a la casa más alta del Oriente del país.

Patricia del Carmen Trujillo Caraballo

DEDICATORIA

A Dios y a la vida por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional, darme el valor y la fuerza para poder hacer de este sueño realidad.

A mi madre, Maritza Salomón y a mi padre Emir Nieto, por ser mis pilares, mi motivo de ser, sin ellos no sería quien soy, los amo.

Dedico mi tesis a mi Tía Nieves López, por estar siempre conmigo, por cuidarme y aconsejarme, siempre te llevare en mi corazón, tu más que nadie estarías orgullosa de esta meta cumplida, no me alcanza las palabras para agradecer tanto cariño.

Al resto de familiares y amigos que siguieron impulsándome y creyendo en mí, en todo momento.

Paula Sofia Nieto Salomón.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios, por haberme dado la vida, por sostenerme en los días difíciles y por permitir que pueda vivir este tan anhelado momento.

A mis padres por el amor, la paciencia, el apoyo y compañía. Sin ustedes no estaría aquí.

A mi hermano Gerardo Trujillo, por llenar mi vida siempre de risas y amor.

A mi compañero de estudios Augusto Puga, que no está físicamente pero siempre estará en mi corazón, desde aquí el celebro estar cerca del fin de nuestra meta.

Patricia del Carmen Trujillo Caraballo

**CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL
GENERAL REGIONAL “DR. HÉCTOR NOUEL JOUBERT”. CIUDAD
BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.
Tutora: Dra. Morales, N. Autores: Br. Nieto, P. y Trujillo, P. 2024**

RESUMEN

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) es la complicación médica más frecuente del embarazo y es causa de importante morbilidad materna y perinatal. **Objetivo:** Determinar la caracterización de síndrome hipertensivo del embarazo en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de octubre a diciembre de 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 29 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 51,7% (n=15) tenía entre 20-29 años, con una media de 25,17 años; 34,5% (n=10) tenía estudios de secundaria; 41,4% (n=12) vivía en concubinato y 69,0% (n=20) eran amas de casa. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos; 51,7% (n=15) de las gestantes había tenido entre I-III gestas; 55,2% (n=16) no ha tenido paras; 86,2% (n=25) no ha presentado cesáreas; 96,6% (n=28) no ha tenido antecedentes de abortos; 82,8% (n=24) no estuvo controlada durante el embarazo y 65,5% (n=19) tenía entre 38-39 semanas de gestación. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron epigastralgia en 48,3% (n=14), cefalea en 44,8% (n=13) y tinnitus en 10,3% (n=3). En 51,7% (n=15) de los casos el SHE más frecuente fue la preeclampsia con signos de severidad, seguido de hipertensión gestacional en 31,0% (n=9). Por último, en 72,4% (n=21) la vía de resolución del parto fue la cesárea. **Conclusiones:** La preeclampsia severa fue el síndrome hipertensivo del embarazo más frecuente en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Palabras clave: Síndrome hipertensivo del embarazo, SHE, preeclampsia severa.

INTRODUCCIÓN

Los SHE del embarazo describen un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre una leve elevación de la presión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbimortalidad materno-fetal, los mismos que, pueden ocurrir durante el embarazo, parto o periodo posparto. Ha recibido diferentes denominaciones, como toxemia gravídica, gestosis e hipertensión gestacional. Por ser una entidad con múltiples etiologías, el compromiso multisistémico que presenta ha sido de interés para las entidades de salud y para las asociaciones dedicadas al estudio de la hipertensión durante el embarazo (Álvarez, Tapia, Salazar et al., 2023).

Debido a que las escuelas más influyentes en el estudio de la hipertensión gestacional y la preeclampsia son norteamericanas, la mayoría de los boletines y protocolos publicados al respecto se encuentran en el idioma inglés. Frecuentemente, se ha utilizado el término «trastornos» -producto de la traducción directa de la palabra inglesa disorders- para englobar estas entidades, que en español no representa la multiplicidad de eventos patológicos desarrollados en la hipertensión gestacional y la preeclampsia, así como la poca especificidad que se tiene sobre su patogénesis. Por ello, se propone cambiar el término «trastornos» por «síndromes» (Cabrera, 2019).

El informe del Grupo de Trabajo sobre la Hipertensión en el Embarazo y el último boletín de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), sugieren clasificar al síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) de acuerdo a 4 categorías: 1) preeclampsia, con dos subcategorías (sin signos de gravedad y con signos de gravedad) y una variante (síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas: HELLP); 2) hipertensión gestacional; 3) hipertensión crónica, con dos subcategorías (exacerbada en el embarazo y con preeclampsia sobreagregada); y 4) eclampsia (Carrión, Omaña, Romero et al., 2022).

Se ha estimado que la preeclampsia y la hipertensión gestacional complican de 2% a 8% y de 5% a 10% de todos los embarazos a nivel mundial, respectivamente. En América Latina y el Caribe, el SHE es responsable de casi 26% de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuye al 9 % de las muertes. Si bien la mortalidad materna es menor en los países de ingreso alto que en los países en desarrollo, 16% de las muertes maternas se pueden atribuir a los SHE. En Estados Unidos, la tasa de preeclampsia aumentó en 25% entre 1987 y 2004, lo que puede estar relacionado con mayor prevalencia de enfermedades predisponentes como hipertensión crónica, diabetes y obesidad (Carrión, Omaña, Romero et al., 2022).

La preeclampsia, se define como la hipertensión de nueva aparición, con o sin proteinuria, después de las 20 semanas de gestación frecuentemente cerca del término. Si bien la hipertensión y la proteinuria se consideran los criterios clásicos, también son importantes otros como: relación proteína/creatinina $\geq 0,3$, plaquetas $< 100 \times 10^9/L$, creatinina sérica $> 1,1 \text{ mg/dL}$, aspartato aminotransferasa (AST) y alanino aminotransferasa (ALT) elevadas mayor al doble de sus valores normales, cefalea de nueva aparición refractaria a la medicación e inexplicable por diagnósticos alternativos, alteraciones visuales, y edema pulmonar (ACOG, 2020).

Con base en estos criterios diagnósticos, se puede definir la preeclampsia sin signos de gravedad como la hipertensión de nueva aparición, con proteinuria, después de las 20 semanas de gestación, en ausencia de signos de gravedad; y la preeclampsia con signos de gravedad como la hipertensión de nueva aparición, con o sin proteinuria, después de las 20 semanas de gestación, en presencia de ≥ 1 signo de gravedad (ACOG, 2020).

El síndrome HELLP es una variante de la preeclampsia con signos de gravedad que cursa con lactato deshidrogenasa (LDH) elevada mayor al doble de su valor normal, AST y ALT elevadas mayor al doble de sus valores normales, y plaquetas

<100 x 10⁹/L. El síndrome HELLP es principalmente una afección del tercer trimestre; sin embargo, hasta un 30 % de los casos se pueden desarrollar en el postparto (Carrión, Omaña, Romero et al., 2022).

Según el ACOG, la hipertensión en el embarazo se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas. Si bien diversos autores han sugerido la actualización de esta pauta diagnóstica a una PAS ≥ 130 mmHg y/o una PAD ≥ 80 mmHg (ACOG, 2020).

La hipertensión crónica exacerbada en el embarazo, se define como la hipertensión diagnosticada o presente antes del embarazo, o antes de las 20 semanas de gestación, que persiste después de las 12 semanas postparto. Para establecer el diagnóstico de hipertensión crónica exacerbada en el embarazo es ideal tener conocimiento de los valores de presión arterial previos al embarazo; sin embargo, muchas mujeres desconocen estos valores antes del embarazo (Gonçalves, Andrade, Carvalho et al., 2018).

En cuanto a la hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada, no siempre es fácil de diagnosticar y, a menudo, es un diagnóstico de exclusión. Los criterios para su definición son: aparición de proteinuria, aumento súbito de la presión arterial o de la proteinuria por encima del umbral normal, desarrollo del síndrome HELLP. Los niveles de ácido úrico elevados también pueden ser útiles. Sin embargo, a menudo es difícil distinguir entre el deterioro de la hipertensión crónica exacerbada en el embarazo y la hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada (ACOG, 2019).

La eclampsia, se define como convulsiones tónico-clónicas, focales o multifocales, de nueva aparición en ausencia de otras causas como epilepsia,

isquemia e infarto de las arterias cerebrales, hemorragia intracraneal o uso de fármacos. La eclampsia puede ir precedida de signos premonitorios de irritación del sistema nervioso central como cefalea occipital o frontal intensa y persistente, visión borrosa, fotofobia y alteración del estado mental. Además, se puede presentar clínicamente con cefalea, visión borrosa, escotomas e hiperreflexia, y puede producir complicaciones agudas como hipoxia e hipercapnia materna grave, traumatismos y neumonía por aspiración (ACOG, 2019).

Todas las alteraciones del síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), se encuentran moduladas por diferentes genes. En ese sentido, cerca de 70 genes y polimorfismos han sido seleccionados como elementos implicados en la preeclampsia, incluyendo Angiotensinogeno (235Met>thr), Enzima convertidora de Angiotensina (I/D intron 16), Metilentetrahidrofolato reductasa (C667T), Protrombina (G20210A), Glutation S-transferasas (A313G) y proteínas vasoactivas (Henriques, Carvalho, Feitosa et al., 2014).

El SHE, al ser una entidad compleja y multisistémica, numerosos modelos han intentado explicar su patogénesis. Dentro de las diferentes hipótesis, se postula que la respuesta inmune materna, ante el estímulo alogénico del feto y la reducción de perfusión de oxígeno placentario por vasoespasmo arterial, provocan una invasión anormal de tejido trofoblástico en la pared uterina, en la semana 12-13 de gestación (Brennan, Morton, Davidge et al., 2014).

El deterioro de la inmunidad materna durante la gestación, se complica con la vasoconstricción vascular, la hipoxia, la tensión y la disminución de los factores angiogénicos. La invasión trofoblástica anormal, en algunos embarazos, lleva a la hipoxia placentaria, con liberación de citoquinas y factores inflamatorios, produciendo daño endotelial, causante de los diferentes efectos fisiopatológicos de la preeclampsia, como el síndrome HELLP (Hemolisis, elevación de enzimas hepáticas,

plaquetas bajas), enfermedad cerebrovascular (ECV), hipertensión, desequilibrio entre tromboxano y la prostaciclina, implicando un daño en la circulación útero-placentaria (Mori, Watanabe, Iwasaki et al., 2014).

En la preeclampsia, las células trofoblásticas no invaden más allá de la decidua (recubierta uterina) del miometrio, de modo que las arterias espirales se mantienen en un estado de alta resistencia, bajo flujo, con hipoperfusión e hipoxemia de los vasos placentarios. En este mecanismo, se le ha dado importancia a la inmunología de la preeclampsia, con la intervención de citoquinas (Interleuquina 10) y factores de crecimiento, como el factor de necrosis tumoral (FNT), producidos por células trofoblásticas (Beltrán, Benavides, López et al., 2014).

Durante la gestación, ocurre además disfunción placentaria, debido a que la unidad vascular materno placentaria, se convierte en un sistema de baja resistencia, alto flujo y baja presión como consecuencia del engrosamiento de las arterias espirales, del cambio endotelial y de la lámina interna trofoblástica. En la preeclampsia, estos cambios son limitados, con lo que se produce arterioesclerosis de las arteriolas espirales y basales, disminuyendo así el flujo útero-placentario, por vasoconstricción, produciendo isquemia e infartos placentarios, que favorecen la necrosis tisular. Estas modificaciones originan la rotura de los vasos cotiledianos placentarios y hemorragia retroplacentaria, que desencadena desprendimiento prematuro de placenta o Abruption placentae (Sánchez, 2019).

El endotelio es un tejido especializado, encargado de mantener el flujo de los diferentes componentes sanguíneos, de promover la respuesta inflamatoria e inmune y la actividad contráctil del músculo liso; como órgano constituye una interfase unicelular bioquímicamente activa y dinámicamente mutable entre el torrente circulatorio y su relación con tejidos y órganos. La célula endotelial se caracteriza por reposar sobre una membrana basal, en contacto directo con una capa delgada de linaje

hemolinfopoyético, en la cual aparece una población mesenquimal indiferenciada e inmersa, a su vez, en una matriz extracelular. Dicha población es capaz de diferenciarse en macrófagos, linfocitos, dendrocitos, fibroblastos, mastocitos, células de la musculatura lisa y osteoblastos (Nápoles, 2015).

Al producirse una lesión endotelial, se liberan sustancias químicas multifuncionales, a nivel periférico y local. En la preeclampsia, además se incrementa la permeabilidad de las membranas y aumenta la sensibilidad de la enzima convertidora de angiotensina (ACE), Angiotensina II y el receptor de angiotensinógeno, provocando un vasoespasmo severo, con compromiso de la perfusión tisular, alteración en la producción de prostaciclina endotelial, elevación del Factor de Von Willebrand y de los niveles de fibronectina, activación de los neutrófilos con la consecuente liberación de elastasas y proteasas (Patiño, 2016; Maurath, 2017).

La expresión de todos estos factores favorece la lesión endotelial y la producción de radicales libres (especies tóxicas de oxígeno reactivo) que empeoran el daño, exacerbando la vasoconstricción, activando los factores procoagulantes que favorecen la trombosis y la liberación de factores de crecimiento vascular endotelial (Patiño, 2016; Maurath, 2017).

Como consecuencia del desbalance de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, esto lesiona progresivamente el endotelio. Se ha implicado al crecimiento vascular endotelial (VEGF) en el mecanismo de la angiogénesis, por activación de dos receptores: uno, tirosina-quinasa-1 (FLT-1) y, otro, el VEGF-2. Otro factor implicado es el crecimiento placentario (PGF), miembro de la familia de los factores de crecimiento endotelial, pero producido en la placenta, el cual, unido a FLT-1, previene las lesiones transmembrana endotelial. En la pre-eclampsia, se elevan estos factores, agravando la lesión endotelial (Patiño, 2016).

Otro de los mediadores implicados en la función endotelial es el óxido nítrico (NO) producido en el músculo liso vascular endotelial y activado por la guanilato ciclasa. Esta enzima sintetiza la guanosina ciclasa monofosfato a guanosina trifosfato, llevando a la acumulación de guanosina monofosfato, que activa vías intracelulares, produciendo una relajación vascular endotelial. Además, el NO sirve es antioxidante, inhibidor plaquetario y regula sustancias anticoagulantes y antitrombogénicas. En la preeclampsia, el NO se encuentra alterado, agravando la vasoconstricción endotelial (Carvajal, 2017).

Así mismo, en la preeclampsia, se encuentra disfunción plaquetaria mediada por activación de las plaquetas, disminución de la sensibilidad a la prostaciclina y aumento de la liberación de tromboxano y serotonina y, además, da lugar a más agregación plaquetaria y sobrerregulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAA) útero-placentario. Por su parte, la lesión tisular facilita la liberación de tromboplastina que, a nivel renal, produce agregación de fibrina y vasoconstricción de los vasos renales, con lo cual, se incrementa la permeabilidad a la albumina y proteínas. Más tarde se produce liberación de aldosterona secundaria a la activación del eje RAA, lo que favorece la retención de agua y de sodio, provocando edema (Claros, Fuente, Cardiel et al., 2020).

En cuanto a la patogenia del síndrome de HELLP, esta continúa siendo desconocida. Sin embargo, si se considera que se trata de una forma grave de preeclampsia, su desarrollo estaría relacionado con una anomalía en la placentación que desencadenara un desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos. Sin embargo, existen diferencias en el perfil angiogénico de los casos de síndrome HELLP aislado, HELLP asociado a preeclampsia y preeclampsia severa, presentando los casos de síndrome HELLP aislado una relación receptor de tirosina quinasa 1 similar a fms soluble (SFlt1)/antagonista del factor de crecimiento endotelial vascular y el factor de crecimiento placentario (PlGF), menor que los casos asociados a

preeclampsia severa. Así mismo, algunos casos de síndrome HELLP podrían estar relacionados con microangiopatías trombóticas, causadas por disregulación del complemento (Stepan, Herraiz, Schlembach et al., 2017).

Los factores de riesgo del SHE, se agrupan de acuerdo al riesgo en: moderado y alto. En los de riesgo moderado se encuentran: gestante multípara > 40 años, gestante primípara >40 años, primigravidez, antecedentes familiares de hipertensión en el embarazo, IMC >35 kg/m² pre embarazo, infección urinaria, embarazo gemelar. En los de alto riesgo destacan: preeclampsia previa, diabetes mellitus tipo I, anticuerpos antifosfolípidos, periodontitis, IMC >35 kg/m², presión sistólica >135 mmHg, y presión diastólica >80 mmHg (Claros, Fuente, Cardiel et al., 2020).

La sintomatología del SHE, se presenta en un 90% de los casos después de la semana 34 de gestación, mientras que aproximadamente ocurre antes de las 34 semanas. Menos del 5% de las pacientes, presentan un debut de su presentación clínica durante el periodo postparto, la mayoría de veces dentro las primeras 48 horas. El inicio de los síntomas es gradual en algunos casos, mientras que otros proceden a complicaciones potencialmente mortales en cuestión de horas (Pereira, Pereira, Quiros et al., 2020).

El grado de hipertensión arterial no se relaciona con las manifestaciones clínicas, por lo tanto, no se considera la toma de la presión como un marcador de sintomatología, y se debe de tener alta sospecha en aquellas pacientes que solamente presenten la clínica sugestiva (Pereira, Pereira, Quiros et al., 2020).

Los síntomas más frecuentes son neurohipertensivos como cefalea, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, dolor abdominal o epigastralgia, disnea, dolor torácico (Pereira et al., 2020). Para el manejo del SHE, la evaluación clínica inicial debe comenzar con una anamnesis y un examen físico materno-fetal

completo, incluyendo un perfil biofísico fetal (ecografía fetal para estimar el peso fetal y la cantidad de líquido amniótico, y pruebas anteparto). Se debe solicitar un hemograma con recuento de plaquetas, creatinina, LDH, AST, ALT, ácido úrico y pruebas de proteinuria. La conducta posterior dependerá de los resultados de la evaluación inicial y la edad gestacional (ACOG, 2020).

En mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia sin signos de gravedad a las 37 semanas de gestación o más, es apropiado el parto al momento del diagnóstico. En mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia sin signos de gravedad antes de las 37 semanas de gestación, es apropiado el manejo expectante hasta el parto a las 37 semanas de gestación, en ausencia de pruebas anteparto anormales, trabajo de parto pretérmino, rotura de membranas antes del trabajo de parto pretérmino o sangrado vaginal, para el beneficio fetal (Rojas, Rojas, Villagómez et al., 2019).

En el manejo de las pacientes con hipertensión crónica exacerbada con el embarazo, la evaluación clínica inicial es similar a la de la hipertensión gestacional o preeclampsia sin signos de gravedad. Según recomendaciones basadas en consensos y opiniones de expertos, las mujeres con hipertensión crónica deben ser evaluadas antes del embarazo para identificar la posible afectación de órganos diana, para considerar la evaluación de la hipertensión secundaria y para optimizar las comorbilidades maternas (p. ej., diabetes, obesidad, nefropatía) antes del embarazo (Rojas, Rojas, Villagómez et al., 2019).

Además, las mujeres con hipertensión crónica exacerbada en el embarazo tratada con fármacos antihipertensivos deben mantener rangos de PAS entre 120 y 159 mmHg y PAD entre 80 y 109 mmHg. Para las mujeres con afecciones comórbidas, los objetivos de PA deben ser más bajos y se puede lograr un manejo óptimo en consulta con otras subespecialidades (Ramos, Soyot, Rams et al., 2017).

En mujeres con hipertensión crónica exacerbada en el embarazo a las 37 semanas de gestación o más, el momento del parto depende del uso de fármacos antihipertensivos de mantenimiento: si no se les prescribió medicación antihipertensiva de mantenimiento, se recomienda el parto a las 38 semanas de gestación o más; si se les prescribió medicación antihipertensiva de mantenimiento, se recomienda el parto a las 37 semanas de gestación o más (Ramos, Soyet, Rams et al., 2017).

En mujeres con hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada o preeclampsia con signos de gravedad a las 34 semanas de gestación o más, es apropiado el parto después de la estabilización materna; el parto no se debe retrasar por la administración de corticoides para la maduración pulmonar fetal. En mujeres con hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada o preeclampsia con signos de gravedad antes de las 34 semanas de gestación y con condiciones materno-fetales estables, se puede considerar el manejo expectante hospitalario (ACOG, 2020).

En la eclampsia, la conducta clínica inicial requiere medidas de apoyo básicas como pedir ayuda, prevenir lesiones maternas, colocar en decúbito lateral izquierdo, prevenir la aspiración, administrar oxígeno y monitorizar los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno. Posteriormente, se administra sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones recurrentes (la mayoría son autolimitadas) y se procede con el parto después de la estabilización materna (Múnera., 2021).

En el síndrome de HELLP, teniendo en cuenta la gravedad de esta entidad, es apropiado el parto, independientemente de la edad gestacional. En virtud de que la conducta en mujeres con síndrome HELLP requiere la disponibilidad de unidades de cuidados intensivos neonatales y obstétricos con personal capacitado para su control y vigilancia, las pacientes que están alejadas del término deben recibir atención en un

centro sanitario especializado con condiciones adecuadas (Carrión, Omaña, Romero et al., 2023).

El SHE, son un grupo de trastornos muy frecuentes y de etiología desconocida, debido a la variedad de factores que ocasionan problemas que pueden generar riesgos de menor a mayor complejidad en la vida de la madre y del niño. En todo el mundo, el SHE constituye una de las complicaciones más habituales del embarazo y es responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna como neonatal. La preeclampsia y eclampsia con 10 y 15 % representan el total de muertes maternas, donde la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo (Pillajo y Calle, 2014).

De acuerdo con datos de la OMS, 192 mujeres mueren cada día en el mundo por complicaciones del SHE, mientras que cifras provenientes de los Estados Unidos muestran que la preeclampsia (PE) y sus complicaciones son la causa de 20% a 50% de los ingresos obstétricos a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de 12% a 17% de las muertes maternas, de manera que es un problema que se asocia a mortalidad y daño (Pillajo y Calle, 2014). La preeclampsia y eclampsia son las de mayor trascendencia en la morbimortalidad tanto maternal como neonatal. Sin embargo, es posible contrarrestar estas patologías con un adecuado control preventivo, la suplementación de calcio y la ingesta de fármacos antihipertensivos que disminuyan las complicaciones de estos trastornos durante el período de gestación (Cabrera, Fonseca, García et al., 2012).

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido, sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. Debido al aumento de pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras

empíricas no calificadas para detectar los riesgos (Godínez, 2014). En el recién nacido las principales complicaciones son prematuridad, pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer, siendo estas las principales causas de morbimortalidad perinatal, constituyéndose de esta manera, la preeclampsia, en un problema de salud pública trascendental. Estas complicaciones que sufre el recién nacido implican hospitalizaciones prolongadas y por ende repercusiones económicas para la familia, los sistemas de salud y el país (Aguilera, 2016).

En los últimos años, se han incrementado los embarazos con algún tipo de riesgo obstétrico, conllevando así a un aumento en el número de complicaciones y acompañado de una difícil disminución de su incidencia. Dada la elevada frecuencia de SHE a nivel mundial, diversos estudios abordan esta problemática con el objetivo de disminuir su morbimortalidad (Aguilera, 2016).

En ese sentido, en Ecuador, Álvarez et al. (2023), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos en embarazo con edades de riesgo. El estudio fue analítico y transversal donde se incluyeron 249 historias clínicas, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, encontrando que 17,7% de las gestantes presentaron trastornos hipertensivos, de las cuales 12,4% cursaron con preeclampsia. Los factores que mostraron asociación a los trastornos hipertensivos con relación estadísticamente significativa fueron: el sobrepeso-obesidad ($p=0,03$); la hipertensión crónica ($p=0,001$) y el antecedente de un trastorno hipertensivo en gestaciones anteriores ($p=0,001$).

En Venezuela, Cabrera et al. (2012), determinaron los factores predisponentes para hipertensión arterial inducida por el embarazo. El estudio encontró que 48,57% fueron pacientes entre 17 y 22 años; 87,14% de estado civil soltera y 57,14% con 1 a 2 parejas sexuales. En cuanto a edad gestacional; 47,14%, tenía entre 22-28 semanas

al momento del diagnóstico. En la paridad; 62,86% eran multíparas y 87,14% tenía un embarazo no controlado.

En nuestro medio, la información que se encuentra en la literatura referente al tema planteado, es escasa, y existe actualmente una alta cantidad de pacientes ingresadas al servicio de ginecología y obstetricia con los SHE. Por tal motivo, y con base a lo antes mencionado, se consideró de gran interés desarrollar el presente estudio con el fin de determinar la frecuencia de síndrome hipertensivo del embarazo en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2023. Respondiendo las siguientes interrogantes:

¿Influirán las características sociodemográficas en la aparición de SHE en las pacientes? ¿Serán relevantes los antecedentes gineco-obstétricos en las pacientes con SHE? ¿Cuáles serán las manifestaciones clínicas de las pacientes que presentan SHE? ¿Cuáles serán los SHE más frecuentes? ¿Cuál es la vía de resolución de las pacientes con SHE?

JUSTIFICACIÓN

El SHE es la complicación médica más frecuente del embarazo y es causa de importante morbimortalidad materna y perinatal. Los objetivos centrales del control y manejo de estos cuadros son el diagnóstico precoz y el manejo oportuno con el control de la presión arterial para evitar el daño maternal y de órganos blanco y prevenir y tratar el desarrollo de complicaciones. La prevención, ha demostrado ser la mejor opción a nivel mundial, y gracias al manejo de los factores de riesgo es posible optimizar el desenlace de embarazadas de alto riesgo (Barreto y Freire, 2019).

El SHE compromete la vida de la gestante y el producto, por ello, a lo largo de los años son desarrollados estudios para controlar su frecuencia, especialmente en países subdesarrollados donde se ha demostrado mayor prevalencia del mismo. La mejor forma para conocer el comportamiento de estos trastornos, es el estudio sistemático de los mismos, al sintetizar la evidencia disponible, permitiendo contrarrestar dichas afecciones y prolongar la vida de la madre y del hijo (Barreto y Freire, 2019).

En Venezuela, no se cuentan con estudios actualizados sobre esta problemática. Es por ello, que el presente estudio intentará revisar los puntos relevantes sobre el tema, conocer la magnitud del problema y dar continuidad a futuras investigaciones realizadas en el país con el fin de aportar datos estadísticos fidedignos sobre el comportamiento del síndrome hipertensivo del embarazo, lo cual, además, brindará un medio de consulta actualizada sobre el tema y se obtendrán cifras que servirán para futuras investigaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la caracterización de síndrome hipertensivo del embarazo en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de octubre a diciembre de 2023.

Objetivos específicos

1. Clasificar a las pacientes con diagnóstico de SHE según sus características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil).
2. Agrupar a las pacientes según sus antecedentes gineco-obstétricos (gestas, paras, cesáreas, abortos, control en el embarazo y edad gestacional).
3. Identificar las manifestaciones clínicas de las pacientes.
4. Establecer el tipo de síndrome hipertensivo del embarazo.
5. Precisar la vía de resolución del parto.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal.

Universo

Estuvo conformado por 290 pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2023.

Muestra

Estuvo conformada por 29 pacientes con diagnóstico de síndrome hipertensivo del embarazo que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2023, y que expresaron por escrito su participación voluntaria en la presente investigación.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al jefe del Departamento de Ginecología del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, a fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a entregar a las pacientes

que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado en el cual firmaron aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B).

Por último, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos mediante una encuesta con el fin de recoger datos como: edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, gestas, paras, cesáreas, abortos, control en el embarazo, edad gestacional, manifestaciones clínicas, tipo de síndrome hipertensivo del embarazo y vía de resolución del parto. Los datos fueron vaciados en una hoja de recolección de datos diseñada para tal fin (Apéndice C).

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y relativos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) con margen de confianza de 95%. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De la muestra conformada por 29 pacientes; 51,7% (n=15) tuvieron edades comprendidas entre 20-29 años, seguidas de aquellas que tuvieron menos de 20 años y 30-39 años, donde se encontró al 24,1% (n=7) de la muestra. La edad media fue de 25,17 años. En cuanto al grado de instrucción; 34,5% (n=10) tenía estudios de secundaria, seguido de 31,0% (n=9) que tenían estudios de bachillerato y universitario, respectivamente. Tomando en cuenta el estado civil; 41,4% (n=12) vivía en concubinato, seguido de 37,9% (n=11) que eran solteras. Por otro lado; 69,0% (n=20) son amas de casa, seguidas de 10,3% (n=3) que son comerciantes (Tabla 1).

Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos; 51,7% (n=15) de las gestantes había tenido entre I-III gestas, seguidas de 44,8% (n=13) con ninguna gesta. Tomando en cuenta las paras; 55,2% (n=16) no ha tenido, seguidas de 41,4% (n=12) con I-II paras. Relativo al antecedente de cesárea; 86,2% (n=25) no las presentaron, seguidas de 10,3% (n=3) con una cesárea anterior. En relación a los abortos, 96,6% (n=28) no ha tenido antecedentes, seguido de 3,4% (n=1) que ha presentado 1. En referencia al control durante el embarazo, se observó que en 82,8% (n=24) las gestantes no estuvieron controladas y 65,5% (n=19) tenía entre 38-39 semanas de gestación (Tabla 2). Con respecto a las manifestaciones clínicas, en 48,3% (n=14) fue predominante la epigastralgia, seguido de cefalea con 44,8% (n=13) y tinnitus con 10,3% (n=3) (Tabla 3). Por otra parte, al determinar el tipo de síndrome hipertensivo, se encontró que 51,7% (n=15) tuvo preeclampsia con signos de severidad; 31,0% (n=9) hipertensión gestacional; 13,7% (n=4) hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada y 3,4% (n=1) eclampsia (Tabla 4). Por último, en 72,4% (n=21) la vía de resolución del parto fue la cesárea, mientras que en el 27,6% (n=8) restante fue por parto vaginal (Tabla 5).

Tabla 1

Distribución de pacientes según características sociodemográficas. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Octubre - diciembre 2023.

Características sociodemográficas	Pacientes (n=29; 100,0%) n (%)
Edad (años)	25,17
<20	7 (24,1)
20-29	15 (51,7)
30-39	7 (24,1)
≥40	0 (0,0)
Grado de instrucción	
Primaria	1 (3,4)
Secundaria	10 (34,5)
Bachiller	9 (31,0)
Universitario	9 (31,0)
Estado civil	
Soltera	11 (37,9)
Concubinato	12 (41,4)
Casada	6 (20,7)
Ocupación	
Ama de casa	20 (69,0)
Comerciante	3 (10,3)
Estudiante	2 (6,9)
Agricultora	1 (3,4)
Docente	1 (3,4)
Enfermera	1 (3,4)
Ingeniero	1 (3,4)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica

Tabla 2

Distribución de pacientes según antecedentes gineco-obstétricos. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Octubre - diciembre 2023.

Antecedentes gineco-obstétricos	Pacientes (n=29; 100,0%) n (%)
Número de gestas	
0	13 (44,8)
I-III	15 (51,7)
IV-VI	1 (3,4)
Número de paras	
0	16 (55,2)
I-II	12 (41,4)
III-IV	1 (3,4)
Cesáreas	
0	25 (86,2)
I	3 (10,3)
II	1 (3,4)
Abortos	
0	28 (96,6)
I	1 (3,4)
Control durante embarazo	
Si	4 (13,8)
No	25 (86,20)
Edad gestacional (semanas)	
34-35	2 (6,9)
36-37	6 (20,7)
38-39	19 (65,5)
≥40	2 (6,9)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 3

Distribución de pacientes según manifestaciones clínicas. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Octubre - diciembre 2023.

Manifestaciones clínicas	Pacientes
	(n=29; 100,0%)
	n (%)
Epigastralgia	14 (48,3)
Cefalea	13 (44,8)
Tinnitus	3 (10,3)
Ambliopía	2 (6,9)
Convulsión	1 (3,4)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 4

Distribución de pacientes según tipo de síndrome hipertensivo. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Octubre - diciembre 2023.

Síndrome hipertensivo	Pacientes
	(n=29; 100,0%)
	n (%)
Preeclampsia con signos de severidad	15 (51,7)
Hipertensión gestacional	9 (31,0)
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada	4 (13,7)
Eclampsia	1 (3,4)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 5

Distribución de pacientes según vía de resolución del parto. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Octubre - diciembre 2023.

Vía de resolución del parto	Pacientes
	(n=29; 100,0%)
	n (%)
Césarea	21 (72,4)
Parto vaginal	8 (27,6)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

DISCUSIÓN

Los SHE durante el embarazo son un problema muy frecuente que llegan a complicar 10% a 15% de estos y constituye un importante problema de salud pública, siendo considerada la primera causa de muerte en los países desarrollados y la tercera en los países en vías de desarrollo (Pérez y Vásquez, 2021).

En el presente estudio, la mayoría de las gestantes tenía entre 20-29 años, con una media de 25,17 años. Resultados similares a los reportados por diversos autores los cuales coinciden en que el grupo etario más afectado son las menores de 25 años. En ese sentido, en Ecuador, Pillajo y Calle (2014) observaron que 28,7% tenía entre 19-23 años, seguido de 26,1% entre 24 y 30 años. En Guatemala, Godínez (2014) determinó que 34,11% tenía entre 20-24 años, seguido de 29,48% que tenía entre 15-19 años. En Cuba, Pérez et al. (2011), en un estudio de incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo, 25% tenía entre 25-29 años, seguido de 23,1% con 20-24 años.

En Nicaragua, Pérez y Vásquez (2021), establecieron que el grupo etario predominante fue entre 20 y 35 años con 57,5%, luego las menores de 20 años con 41,3%. En México, García et al. (2018), determinaron que la edad promedio fue de $28,45 \pm 6,57$ años y, en Colombia, Romero et al. (2022), en un estudio de características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, la media de edad materna fue de $27,4 \pm 6,4$ años.

A nivel local, en Bolívar, Venezuela, Cedeño (2017), en un estudio de perfil epidemiológico y clínico de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo, 44% tenía entre 20-26 años, seguido de 29% con 27-33 años. Gil (2018), en un estudio de factores de riesgo asociados a trastornos hipertensivos del embarazo, 41%

tuvo entre 19-25 años, seguido de 37% con 12 y 18 años y, Quiaragua (2023), en un estudio de caracterización clínica epidemiológica de gestantes adolescentes con diagnóstico de preeclampsia; 68,8% eran adolescentes tardías.

Siguiendo otras variables sociodemográficas, se evidenció que las pacientes tenían estudios de secundaria, vivían en concubinato y eran amas de casa. En referencia al grado de instrucción, investigadores como Cedeño (2017) y García et al. (2018), también encontraron que las pacientes tenían educación secundaria en 66% y 50%, respectivamente. En cambio, para Pérez y Vásquez (2021) y Quiaragua (2023), fueron predominante los estudios de primaria en 57,5% y 53,1%; respectivamente. Relativo a la ocupación, la mayoría de estos autores reportaron que las amas de casa fueron las más frecuentes, como bien lo estableció Cedeño (2017), donde 56% era ama de casa. Con respecto al estado civil, Pillajo y Calle (2014), Cedeño (2017), Pérez y Vásquez (2021) y Quiaragua (2023) precisaron que la unión libre fue más frecuente en 64,3%; 68%; 67,5% y 53,9% respectivamente. Por su parte, para García et al. (2018) 50% estaba casadas.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en su mayoría, las pacientes habían tenido entre I-III gestas, sin paras, ni cesáreas, ni abortos. En concordancia con Pérez et al. (2011), Cedeño (2017), Gil (2018) y Quiaragua (2023), quienes evidenciaron que las pacientes cursaban con su primera gesta con una frecuencia de entre 52%-81,3%. Por el contrario, García et al. (2018) y García et al. (2018), señalaron que fueron más frecuentes las pacientes multigestas en 65% y 63,8%. De igual manera, para Godínez (2014), Pillajo y Calle (2014) y Quiaragua (2023), las pacientes no tuvieron partos anteriores entre 57,39%-93%, mientras que para Pérez y Vásquez (2021) 55% eran multíparas y, en cuanto a las cesáreas y abortos, también hubo concordancia con Romero et al. (2022) y Quiaragua (2023), quienes señalaron que la mayoría de sus pacientes no contaban con estos antecedentes.

Por otra parte, en este estudio, se determinó que las gestantes no estuvieron controladas durante el embarazo. Así como también lo señalaron Pérez y Vásquez (2021), Pillajo y Calle (2014) y Cedeño (2017), quienes estipularon que la falta de controles por parte de las pacientes en más del 80% de las veces. En cambio, en Ciudad Bolívar, Quiaragua (2023), estableció que 70,7% tenía más de 8 controles, es decir, si estuvieron controladas durante la gestación.

Se cuantificó que gran parte de la muestra tuvo entre 38-39 semanas de gestación. Similar a Pillajo y Calle (2014), quienes establecieron que 76,5% más de 37 semanas y, a Cedeño (2017), donde 66% tenía entre 37-42 semanas. De igual forma, para Pérez y Vásquez (2021) 63,8% de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional a término.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron epigastralgia, cefalea y tinnitus. En similitud con Pérez y Vásquez (2021), donde la cefalea predominó en 72,5%, seguido de tinnitus en 15%, náuseas y vómitos 6,3%, escotomas 5% y epigastralgia 5%. Asimismo, Godínez (2014), reportó que 40% tuvo cefalea, 20% epigastralgia, 15% edema y 5% visión borrosa. Según Cedeño (2017) 52% presentó síntomas, donde 15% tuvo cefalea, 8% tinnitus, 7% ambliopía, 6% escotomas, 6% epigastralgia, 5% fotofobia y 1% disnea. Para Quiaragua (2023) 80,4% también manifestó cefalea, seguido de 27,5% con epigastralgia y 26,5% visión borrosa.

La preeclampsia con signos de severidad fue el síndrome hipertensivo en el embarazo más frecuente, siendo estos hallazgos similares a los publicados por Pillajo y Calle (2014), García et al. (2018) y Romero et al. (2022), quienes determinaron que la preeclampsia con signos de severidad fue prevalente en 45,2%; 55% y 62,7%, respectivamente, mientras que para Pérez et al. (2011) y Godínez (2014), lo fue la eclampsia en 50% y 40,74%. En nuestro medio, Cedeño (2017), encontró que 38% también presentó preeclampsia severa, seguido de 26% con hipertensión arterial

crónica, 13% preeclampsia sin signos de severidad, 9% hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada y 8% hipertensión gestacional.

Por último, en la mayoría de las pacientes la vía de resolución del parto fue la cesárea, así como para Pillajo y Calle (2014) y Cedeño (2017) en 73,9% y 63% para cada caso. Asimismo, para Pérez et al. (2011), el parto por cesárea fue más frecuente en pacientes con eclampsia y en 91,7% de las pacientes con preeclampsia. Por el contrario, según Pérez y Vásquez (2021) en 71,2% de las pacientes, la vía de finalización del parto fue vaginal mientras que a solo 28,8% se les realizó cesárea.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a las características sociodemográficas, la mayoría de las gestantes tenía entre 20-29 años, tenían estudios de secundaria, vivían en concubinato y eran amas de casa.
2. En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en su mayoría, las pacientes habían tenido entre I-III gestas, sin paras, ni cesáreas, ni abortos y no estuvieron controladas durante el embarazo, con 38-39 semanas de gestación.
3. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron epigastralgia, cefalea y tinnitus.
4. La preeclampsia con signos de severidad fue el síndrome hipertensivo en el embarazo más frecuente
5. En la mayoría de las pacientes la vía de resolución del parto fue la cesárea.

RECOMENDACIONES

1. Promover la planificación familiar en las mujeres de edad fértil promocionando una vida saludable, educación sexual, asesoramiento antes de la concepción, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, además de fortalecer el seguimiento de estas a fin de disminuir número de ingresos hospitalarios, con complicaciones materno fetales.
2. Fortalecer las competencias por parte del personal médico y de enfermería que brinda atención primaria a las gestantes, debiendo conocer acerca de los factores de riesgo, como nuliparidad, gestación múltiple, antecedente de preeclampsia en un embarazo previo, hipertensión crónica, diabetes pregestacional, diabetes gestacional, trombofilia, lupus eritematoso sistémico, índice de masa corporal mayor a 30 previo al embarazo, síndrome antifosfolipídico, edad materna igual o mayor a 35 años, nefropatía, técnicas de reproducción asistida y apnea obstructiva del sueño, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos de preeclampsia se presentan en mujeres nulíparas saludables sin factores de riesgo evidentes y signos de SHE, como aumento de la tensión arterial, y valores elevados de proteinuria.
3. Implementar estrategias de prevención primaria en gestantes con SHE a fin de evitar complicaciones materno fetales, todas las gestantes deben recibir consejos generales sobre el estilo de vida para mantener una dieta sana y ejercicio con regularidad, uso de suplementos de Calcio a dosis altas, y uso de Ácido Acetilsalicílico durante el embarazo.

4. Fomentar el uso de protocolos internacionales en el manejo de pacientes con SHE, identificando según guías actualizadas, los fármacos utilizados como antihipertensivos, neuroprotectores, esteroides, sus dosis y vías de administración adecuadas.

5. Realizar otros estudios descriptivos a nivel local, ya que a pesar del aumento de la tecnología y consigo el fácil acceso a estudios a través de internet, a nivel local es escasa la información sobre el tema abordado en nuestro trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, A. 2016. Morbilidad materna y perinatal en pacientes diagnosticadas con preeclampsia grave y eclampsia ingresadas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital alemán nicaragüense en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2015. Tesis de Grado. Fac. Cs. Med. Managua, Nicaragua. U.N.A.N. pp 96. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/3167/1/565.pdf>. [Julio, 2023].
- Álvarez, T., Tapia, J., Salazar, Z. 2023. Prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en edades obstétricas de riesgo. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019. Salud, Ciencia y Tecnología. [Serie en línea] 3: 357. Disponible: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/357/722>. [Julio, 2023].
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin. Number 222. Obstet Gynecol. [Serie en línea] 135(6). Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/>. [Julio, 2023].
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2019. Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. [Serie en línea] 133(1):26-50. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575676/>. [Julio, 2023].

- Barreto, E., Freire, J. 2019. Trastornos hipertensivos en el embarazo. Tesis de Grado. Fac. Cs. Sal. Milagro, Ecuador. U.E.M. pp 41. [En línea]. Disponible:
<https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4514/3/TRASTORNOS%20HIPERTESIVOS%20EN%20EL%20EMBARAZO.pdf>. [Julio, 2023].
- Beltrán, L., Benavides, P., López, J., Onatra, W. Estados Hipertensivos En El Embarazo: Revisión. Rev Ud Divulg Cient. [Serie en línea] 17(2). Disponible:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000200002. [Julio, 2023].
- Brennan, L., Morton, J., Davidge, S. 2014. Vascular dysfunction in preeclampsia. Microcirculation. [Serie en línea] 21(1):4-14. Disponible:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890192/>. [Julio, 2023].
- Cabrera, M., Fonseca, M., García, O., Ramírez, I. 2012. Factores predisponentes para hipertensión arterial inducida por el embarazo. Fac. Cs. Salud. Carabobo, Venezuela. U.C. pp 34. [En línea]. Disponible:
http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2782/cafo_gara.pdf?sequence=1#:~:text=Entre%20los%20factores%20de%20riesgo,enfermedad%20renal%2C%20embarazo%20m%C3%BAltiple%2Cmola. [Julio, 2023].
- Cabrera, L. 2019. Propuesta de Protocolo para el Manejo del Síndrome Hipertensivo del Embarazo. Adaptando conductas a nuestra realidad. “Hablemos el mismo idioma”. Ciudad Bolívar: NEDA en Ginecología y Obstetricia. [En línea]. Disponible:

<https://www.patreon.com/posts/boletin-neda-1-51374922?l=es>.
[Julio, 2023].

Carrión, F, Omaña, O., Romero, S., Mendoza, D., Lahoud, A., Marchis, M., et al. 2022. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. [Serie en línea] 82(2): 242-263. Disponible: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf>. [Julio, 2023].

Carvajal, C. 2017. El endotelio: estructura, función y disfunción endotelial. *Med Leg Cost Rica*. [Serie en línea] 34(2). Disponible: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000200090. [Julio, 2023].

Cedeño, L. 2017. Perfil epidemiológico y clínico de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo hospitalizadas en los servicios adscritos al departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Tesis de Postgrado. Bolívar, Venezuela. Universidad de Oriente, pp 79. (Multígrafo).

Claros, M., Fuente, A., Cardiel, A., Donaire, J., Herráiz, M. 2020. Papel del sistema renina-angiotensina en el embarazo y la preeclampsia. *Hipertens Riesgo Vasc*. [Serie en línea]. Disponible: 37(2): 72-77. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/ibc-189194>. [Julio, 2023].

- García, A., Jiménez, M., González, D., Cruz, P., Sandoval, L., Kuc, L. 2018. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [Serie en línea] 26(4). Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>. [Marzo, 2024].
- Gil, M. 2018. Factores de riesgo asociados a trastornos hipertensivos en el embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Tesis de Postgrado. Bolívar, Venezuela. Universidad de Oriente, pp 39. (Multígrafo).
- Godinez, I. 2014. Incidencia de trastorno hipertensivo durante el embarazo. Tesis de Master. Fac. Cs. Med. Guatemala, Guatemala. U.S.C.G. pp 46. [En línea]. Disponible: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2014/081.pdf>. [Julio, 2023].
- Gonçalves, V., Andrade, K., Carvalho, K., Silva, M., Pereira, M., Galvao, T. 2018. Accuracy of self-reported hypertension: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* [Serie en línea] 36(5):970-978. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29232280/>. [Julio, 2023].
- Henriques, A., Carvalho, F., Feitosa, H., Macena, R., Mota, R., Alencar, J. 2014. Endothelial dysfunction after pregnancy induced hypertension. *Int J Gynaecol Obstet.* [Serie en línea] 124(3):230-234. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24326066/>. [Julio, 2023].

- Maurath, N. 2017. Factores de riesgo y complicaciones materno-fetales de la preeclampsia en adolescentes ingresados en el hospital universitario de guayaquil entre enero del 2014 a diciembre del 2016. Tesis de Grado. Fac. Cs. Med. Guayaquil, Ecuador. U. G. pp 66. [En línea]. Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32354/1/CD-1818%20MAURATH%20MAURATH%2C%20NARCISA%20DE%20JES%20C3%9AS.pdf>. [Julio, 2023].
- Mori, T.; Watanabe, K.; Iwasaki, A.; Kimura, C.; Matsushita, H.; Shinohara, K.; Wakatsuki, A. 2014. Differences in vascular reactivity between pregnant women with chronic hypertension and preeclampsia. *Hypertens. Res.* 37(2):145-150. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24067892/>. [Julio, 2023].
- Nápoles, D. 2015. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. *Medisan.* [Serie en línea] 19(8). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800012. [Julio, 2023].
- Patiño, C. 2016. Preeclampsia. Factores predisponentes en embarazadas adolescentes estudio a realizarse en el hospital Dra. Matilde hidalgo de procel periodo 2014-2015. Tesis de Grado. Fac. Cs. Med. Guayaquil, Ecuador. U.G. pp 95. [En línea]. Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26022/1/CD%201202-%20PATI%20C3%91O%20HERRERA%2C%20CAROLINA%20STEPHANY.pdf>. [Julio, 2023].

- Pereira, J., Pereira, Y., Quirós, L. 2020. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. [Serie en línea] 5(1). Disponible: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>. [Julio, 2023].
- Pérez, J., Raquel, T. 2021. Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) en embarazadas atendidas en el centro de salud Camilo Díaz, municipio El Castillo, durante 2018 a 2020. Tesis de Grado. U.N.A.N. pp 54. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unan.edu.ni/16914/1/16914.pdf>. [Marzo, 2024].
- Pérez, M., Sáez, V., Agüero, G., González, H., Dávila, A. 2011. Incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. Medisur. [Serie en línea] 9(5). Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180022344005.pdf>. [Marzo, 2024].
- Quiaragua, M. 2023. Caracterización clínica epidemiológica de gestantes adolescentes con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Servicio De Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz Y Páez”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Junio 2020 – junio 2023. Tesis de Postgrado. Bolívar, Venezuela. Universidad de Oriente, pp 43. (Multígrafo).
- Ramos, L., Soyot, K., Rams, R., Ramos, J., Galves, L. 2017. Prescripción de metildopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad hipertensiva en el embarazo. Medisan. [Serie en línea]. Disponible:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000800001. [Julio, 2023].

Romero, X., Monserrat, U., Porras, A., Eslava, M., Ramírez, A., Rincón, S., Forero, C. 2022. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Serie en línea] 22(3). Disponible:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hVqY39SSBCybKkXfkSVsYmf/?format=pdf&lang=es>. [Marzo, 2024].

Sánchez, J. 2019. Hábitos alimenticios y su influencia en la hipertensión gestacional en pacientes que acuden al subcentro de salud el paraíso santo domingo de los Tsachilas, octubre 2018- abril 2019. Tesis de Grado. Fac. Cs. Salud. Babahoyo, Ecuador. U.T.B. pp 128. [En línea]. Disponible:

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5850/P-UTB-FCS-ENF-000128.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Julio, 2023].

Stepan, H., Herraiz, D., Schlembach, S., Verlohren, S., Verlohren, F., Chantraine, E., et al. 2017. Implantación del cociente sFlt-1/PIGF para la predicción y el diagnóstico de la preeclampsia en embarazos únicos: implicaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol.* [Serie en línea] 60(1): 1-6. Disponible: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n1/001_editorial_007.pdf. [Julio, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

A quien pueda interesar

Departamento de Ginecología del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **CARACTERIZACIÓN DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. HÉCTOR NOUEL JOUBERT”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. En el presente estudio contaremos con la asesoría Dra. Neobis Morales. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Paula Nieto

Tesista

Br. Patricia Trujillo

Tesista

Apéndice B

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. HÉCTOR NOEL JOUBERT”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2023**, desarrollada por las Bachilleres Paula Nieto y Patricia Trujillo, bajo la asesoría de la Dra. Neobis Morales. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los ____ días del mes de _____ de 2023.

Firma

Apéndice C

**CARACTERIZACIÓN DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL GENERAL
REGIONAL “DR. HÉCTOR NOUEL JOUBERT”. CIUDAD BOLÍVAR –
ESTADO BOLÍVAR.
OCTUBRE – DICIEMBRE 2023.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Edad: _____ **Estado civil:**

Grado de instrucción: _____ **Ocupación:**

Gestas: _____ **Paras:** _____ **Cesáreas:** _____ **Abortos:**

Número de controles en embarazo: _____ **Edad gestacional**

Manifestaciones clínicas:

Diagnóstico de ingreso:

Vía de resolución del parto:

Apéndice D

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, _____,
 con Cédula de identidad _____, de
 profesión _____, con Grado
 de _____, ejerciendo actualmente
 como _____, en la institución
 _____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento (encuesta), a los efectos de su aplicación en el estudio de Caracterización de Síndrome Hipertensivo del Embarazo en el Hospital General Región “Dr. Héctor Nouel Joubert”, por parte de las tesistas de la carrera de Medicina, Paula Nieto C.I. 27.297.452 y Patricia Trujillo C.I. 26.154.441.

Luego de hacer las observaciones pertinentes puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia y amplitud del tema				
Redacción de los ítems				
Claridad y precisión				

Firma

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Caracterización de síndrome hipertensivo del embarazo. Servicio de ginecología y obstetricia. Hospital general regional Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Octubre – Diciembre 2023.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Nieto Salomón, Paula Sofía	ORCID	
	e-mail:	paulasofianieto@gmail.com
Trujillo Caraballo Patricia del C.	ORCID	
	e-mail:	patriciatrujillo@gmail.com

Palabras o frases claves:

Síndrome hipertensivo del embarazo
SHE
Preeclampsia severa.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Ginecología y Obstetricia	Ginecología
Línea de Investigación: Obstetricia	

Resumen (abstract):

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) es la complicación médica más frecuente del embarazo y es causa de importante morbimortalidad materna y perinatal. **Objetivo:** Determinar la caracterización de síndrome hipertensivo del embarazo en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el periodo de octubre a diciembre de 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 29 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 51,7% (n=15) tenía entre 20-29 años, con una media de 25,17 años; 34,5% (n=10) tenía estudios de secundaria; 41,4% (n=12) vivía en concubinato y 69,0% (n=20) eran amas de casa. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos; 51,7% (n=15) de las gestantes había tenido entre I-III gestas; 55,2% (n=16) no ha tenido paras; 86,2% (n=25) no ha presentado cesáreas; 96,6% (n=28) no ha tenido antecedentes de abortos; 82,8% (n=24) no estuvo controlada durante el embarazo y 65,5% (n=19) tenía entre 38-39 semanas de gestación. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron epigastralgia en 48,3% (n=14), cefalea en 44,8% (n=13) y tinnitus en 10,3% (n=3). En 51,7% (n=15) de los casos el SHE más frecuente fue la preeclampsia con signos de severidad, seguido de hipertensión gestacional en 31,0% (n=9). Por último, en 72,4% (n=21) la vía de resolución del parto fue la cesárea. **Conclusiones:** La preeclampsia severa fue el síndrome hipertensivo del embarazo más frecuente en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”, de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Neobis Morales	ORCID				
	e-mail	neoneos2001@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Luis Cabrera	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	luisecabrerar@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Alida Navas	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	alidamailene@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/05/02

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTTG_ NSPS2024

Alcance:

Espacial:

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General Regional “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

Temporal:

Octubre – Diciembre 2023.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado - Médico Cirujano

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

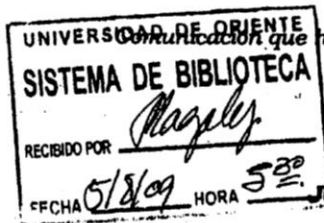
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Paula Nieto S.
Br. NIETO SALOMON PAULA SOFIA
CI. 27297452
AUTOR

Patricia Trujillo
Br. TRUJILLO CARABALLO PATRICIA DEL
CARMEN
C.I. 26154441
AUTOR

JURADOS

Neoris Morales
TUTOR: Prof. NEORIS MORALES
C.I.N. 8896483
EMAIL: neoneos2001@gmail.com

Alida Navas
JURADO Prof. ALIDA NAVAS
C.I.N. 777463
EMAIL: alide.navas@unio.edu.ve

Luis Cabrera
JURADO Prof. LUIS CABRERA
C.I.N. 11856069
EMAIL: luise.cabrera@gmail.com

[Signature]
P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez e c Colombo Silva- Sector Barro Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela
Teléfono (0285) 6134976