



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

ACTA

TG-2024-14-05

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. LUIS CABRERA y Prof. LIVIA TORRES,
 Reunidos en: Salón Mercedes Quiroga
Escuela de Medicina
 a la hora: 11 am
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO EN GESTANTE.
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA COMPLEJO HOSPITALARIO
 UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLIVAR. ESTADO BOLIVAR. PERIODO MARZO
 2024-AGOSTO 2024**

Del Bachiller **Antunez Cortez Joissy Emperatriz** C.I.: 25083147, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	X	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 29 días del mes de Noviembre de 2024

Prof. **NEOBIS MORALES**
 Miembro Tutor

Prof. **LUIS CABRERA**
 Miembro Principal

Prof. **LIVIA TORRES**
 Miembro Principal

Prof. **IVÁN AMAADOR RODRIGUEZ**
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



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

ACTA

TG-2024-14-05

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. LUIS CABRERA y Prof. LIVIA TORRES,
 Reunidos en: Salón Mercedes Quiroga de Escuela de Medicina
 a la hora: 11 am
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO EN GESTANTE.
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA COMPLEJO HOSPITALARIO
 UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLIVAR. ESTADO BOLIVAR. PERIODO MARZO
 2024-AGOSTO 2024**

Del Bachiller **Subero Marcano Eilin Zorina** C.I.: 19622802, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

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

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 29 días del mes de Noviembre de 2024

Prof. NEOBIS MORALES
 Miembro Tutor

Prof. LUIS CABRERA
 Miembro Principal

Prof. LIVIA TORRES
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATE RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajosdegradodtosaduboliwar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. PERIODO MARZO 2024 – AGOSTO 2024.**

Tutor:

Dra. Neobis Morales

Trabajo de grado presentado por:

Br. Antunez Cortez, Joissy Emperatriz

C.I. 25.083.147

Br. Subero Marcano, Eilin Zorina

C.I. 19.622.802

Como requisito parcial para optar por el título Médico cirujano

Ciudad Bolívar, octubre de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	viii
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
General.....	16
Específicos.....	16
METODOLOGÍA.....	17
Tipo de estudio.....	17
Población y muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	17
Técnica de instrumentos de recolección de datos.....	18
Procesamiento de información.....	18
RESULTADOS.....	19
Tabla 1.....	21
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	23
Tabla 4.....	24
Tabla 5.....	25
Tabla 6.....	26
Tabla 7.....	27
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	33

RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÉNDICES	43
Apéndice A	44
Apéndice B	45

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora académica, Dra Neobis Morales por su apoyo incondicional, orientación y colaboración en el desarrollo de nuestro trabajo.

Al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, residentes y personal de enfermería, por su colaboración durante la recolección de nuestras muestras.

A la oficina de estadísticas, licenciada Nelly por su colaboración en aportar información para nuestro trabajo.

A nuestro colega y amigo Hernán Da silva por su apoyo y colaboración para la elaboración de las tablas y análisis estadísticos.

Y por último gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente.

Joissy Emperatriz Antunez Cortez

AGRADECIMIENTOS

Doy Gracias a Dios, por afianzar en mi la Fe, constancia y confianza para lograr este objetivo.

A mi familia, por ser ese pilar fundamental a lo largo de este camino, por afianzar mi Fe en todo momento y ante cualquier circunstancia. Sin ustedes nada de esto sería posible.

A nuestra tutora académica Dra. Neobis Morales, por su dedicación, enseñanzas y apoyo absoluto durante la realización de este trabajo.

Al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital universitario “Ruíz Y Páez” por prestarnos su colaboración en todo momento durante la recolección de muestras.

A nuestro colega y amigo Hernán Da silva por su apoyo y colaboración para la elaboración de las tablas y análisis estadísticos.

A mi compañera y futura colega, Yudelis Ugarte por su gran apoyo y empatía durante la realización de este trabajo.

Gracias a todas aquellas personas que de alguna u otra forma hicieron posible la realización de este trabajo.

Eilin Zorina Subero Marcano

DEDICATORIA

A Jehová, Dios, señor y padre agradezco por haberme siempre guardado en este camino, que renovara mis fuerzas, que este sueño fuera más allá de ser médico, sino que a través de el llevarme a un nivel de espiritualidad, madurez, fé, empatía y humildad más alto, poder ver más allá de lo que todos observan, sin él, su favor y gracia esto no hubiese sido un éxito.

A mi madre gracias por siempre sacar lo mejor de mí, por siempre creer que podía mucho más, este logro es en honor a ti, gracias por haber hecho de mí un ser humano espiritual, gracias por ser ejemplo en mi vida, de que no hay obstáculo que nos detenga. Por siempre gracias mi LUSBEIDA ANGELICA.

A mi padre Alberto Antunez gracias por el consejo y apoyo académico que impulsó mis expectativas.

A mi hermano Joseth, gracias por acompañarme en este camino que a pesar de ser mi pequeño, en muchas ocasiones me ha protegido. Gracias por tu apoyo, y compañía a pesar de las adversidades.

A mi esposo, por haberme acompañado en este arduo camino, gracias por haber caminado junto a mí y reconocer mi esfuerzo, gracias por apoyarme incondicionalmente tanto emocionalmente como económicamente, convirtiéndote así como la piedra angular de este sueño. A mis suegros Marlenys y Ramón, por haberme apoyado durante este camino.

A la familia Ledezma, Sra. chepa (Otilia Ledezma) y Rosa Roque gracias por haber abierto las puertas de su hogar y recibirme con mucho amor, gracias por los

consejos, gracias por tanto cariño. Rosa que durante mis últimos semestres se convirtió en amiga y hermana, y que me ha dejado aprendizajes.

A la familia Arvelay, y Angie Arvelay mi querida amiga y colega, gracias por su apoyo, amistad y cariño, son amistades que se convirtieron en familia y mi refugio, gracias por hacerme sentir parte de ustedes y crear bonitos recuerdos.

A mis colegas, amigos de mi internado del Hospital Raúl Leoni Otero gracias por su compañía y apoyo durante esta etapa, las risas y los bonitos recuerdos, por el aprendizaje que obtuve con cada uno de ustedes, hicieron de esta etapa la más bonita experiencia.

A mi amiga luz, que siempre ha estado en todo momento y cada etapa de esta carrera gracias por apoyarme, gracias por tu amistad.

A mi prima zukennys, que ha creído en mí, y ha confiado su salud y las de sus hijos a mí, han sido gran apoyo y motor de impulso para continuar superándome.

A mi amiga y compañera de tesis, Eilin Subero. Gracias por tanto, por haber llegado a mi vida a dejar aprendizajes, a hacerme siempre porritas, a quedarte conmigo, gracia a Dios por tu vida y tu valiosa amistad, que de mi mano vamos logrando nuestros sueños y demostrar que con fé y perseverancia podemos llegar muy lejos.

A la universidad de Oriente, por permitirme cumplir mi sueño, y haberme otorgado conocimientos de alto nivel junto a los excelentes profesionales que me educaron.

Joissy Emperatriz Antunez Cortez

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por estar presente en mi vida.

A mi madre Evelinda y mi tía Elaine por ser luz de vida e inspiración para superarme tanto personal como profesionalmente. Las Amo...

A mi padre Evelio que desde el cielo me sigue vigilando para que alcance con éxito todo lo que me proponga. Te extraño demasiado...

A mis hermanas Evelin y Evelinda por ser inspiración y modelo a seguir para mi formación profesional y por brindarme su apoyo incondicional ante cualquier adversidad.

A mi sobrino Santiago, el amor de la tía; para que mantenga siempre ese espíritu de superación en sus estudios.

A mi cuñado Luis Simoes, por brindarme su confianza, apoyo y comprensión en todo momento.

A Ronel Maestre, por acompañarme en este largo camino ofreciéndome su apoyo, cariño, paciencia y comprensión. A su familia que siempre me presto apoyo en todo momento.

A mis tíos, en especial José y Digna Subero que siempre confiaron en mí y sé que desde el cielo me envían sus bendiciones.

A mis amigos que hoy forman parte de mi familia, Glorianny Charles, Oliannys Manzano, Génesis Mercado, Rossibell Moya, Ángel Villegas, quienes siempre me acompañaron, me escucharon y me soportaron en mis peores días y en mis mejores momentos... Por supuesto las risas nunca faltaron.

A mis amigas Mariana Romero, Rodiandrys Brito y Mailen Ochoa por regalarme su amistad y apoyo constante ante cualquier situación.

A Emily Rivera mi roomie, por ser más que una amiga, una hermana que estuvo presente en los momentos buenos y no tan buenos, poniendo siempre esa chispa de alegría.

A mi compañera de tesis y gran amiga Joissy Antunez, por su dedicación, conocimiento y trabajo en equipo que han sido fundamentales para el éxito de este proyecto. Estoy agradecida por su amistad, apoyo y compromiso.

A todos mis compañeros y amigos por haberme brindado su apoyo incondicional en todo momento, y que siempre me motivaron y acompañaron durante la realización de este trabajo, Yudelis Ugarte, Leila Srour, Jesús Sulbaran.

A la universidad de Oriente, la casa más alta por ser mi Alma Mater y por haberme dado la oportunidad de cumplir mis sueños de la mano de grandes profesionales.

Eilin Zorina Subero Marcano.

**FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL
EMBARAZO. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”, CIUDAD
BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERIODO MARZO 2024 – AGOSTO 2024.
Autoras: Br. Antunez Cortez, Joissy Emperatriz Br. Subero Marcano,
Eilin Zorina**

RESUMEN

Se estima que el SHE es responsable de más de 50.000 muertes fetales y neonatales y más de 70.000 muertes maternas según datos de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP). **Objetivo:** Determinar los factores asociados a Síndromes hipertensivos del embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024. **Metodología:** Descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal. **Resultados:** De las características sociodemográficas de la población en estudio se observó predominio de grupo etario de 15-24 años con 43,10%; asimismo, 61,21% cursó, de manera completa o incompleta, educación secundaria y 68,10% refirió ser Ama de casa. Se registró que el trastorno más frecuente fue Preeclampsia con 56,90%. En este sentido, se observó que la manifestación clínica más frecuente fue cefalea con 90,70%, seguida de epigastralgia con 58,14%. Se evidenció predominio de las pacientes multíparas con 54,31% y, también hubo preponderancia de las embarazadas que negaron antecedente personal y antecedentes familiares de HTA con 69,8% de incidencia. Por su parte, se registró preeminencia de las embarazadas que no presentaron complicaciones subsecuentes con 68,97%. Por otro lado, predominó la presencia de complicaciones fetoneonatales con 50,86% y, la complicación de mayor frecuencia fue Prematuridad con 61,71%. Por último, se evidenció que la mayoría de las pacientes se mantuvo de 4 a 6 días en el hospital (44,83%). **Conclusiones:** Los síndromes hipertensivos del embarazo afectan de manera significativa la salud materno-fetal.

Palabras claves: Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Preeclampsia, salud materno-fetal.

INTRODUCCIÓN

Se define el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) como el trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales, por presencia de proteinuria y signos de daño hepático o renal que ocurren en las mujeres después de la semana 20 de embarazo (Cabrera, 2019). Actualmente, el SHE puede complicar entre el 5 y 10 % de los embarazos. Se estima que es responsable de más de 50.000 muertes fetales y neonatales y más de 70.000 muertes maternas según datos de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP). El mecanismo que desencadena el SHE aún no se encuentra bien definido, sin embargo han sido aceptadas varias teorías que involucran eventos tales como la deficiente invasión trofoblástica sumado al daño en el remodelamiento de las arterias espirales que pueden resultar en un pobre desarrollo placentario, seguido de la aparición de factores inflamatorios y anti-angiogénicos dañinos para la placenta y la circulación materna (Echeverri, Muñoz, Ibarra, 2021).

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome Hipertensivo del Embarazo son el Síndrome anti fosfolípido, antecedente personal de Preeclampsia, Diabetes pre gestacional, Embarazo Múltiple, Nuliparidad, Antecedente familiar de Preeclampsia, Índice de Masa Corporal >30 (Obesidad), Edad >40 años (Narváez, Hernández, Espín, 2018).

La presencia de anticuerpos antifosfolípidos se asocia con un aumento de la tendencia a la trombosis. Esto puede afectar la placenta, tornándola insuficiente, lo que resulta por trombosis de los vasos placentarios, infartos y daño de las arterias espirales. Se alteraría así el desarrollo del trofoblasto desde su inicio y no habría una efectiva circulación fetoplacentaria (isquemia), y en etapas tardías, aparecería un daño importante de la vasculatura uteroplacentaria, lo que produciría un estado de

insuficiencia placentaria y surgirían las complicaciones gestacionales que se asocian con esta. Por otro lado, se produciría también un aumento de la respuesta inflamatoria del endotelio de todo el árbol vascular, con porosidad de la membrana vasculosincitial, secreción de moléculas proadhesivas y citoquinas, e ingreso fácil al espacio subendotelial de autoanticuerpos de tipo IgG, todo lo cual ha sido implicado también en la fisiopatología de la preeclampsia (Miranda y Sánchez, 2020).

Se ha observado que entre un 20 y 50% de las pacientes que padecieron una preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. Se ha planteado que este riesgo de recurrencia estaría justificado por el hecho de que existe una susceptibilidad para padecer una preeclampsia en toda mujer que la sufre, y en esto jugaría su papel el factor genético utilizando como mediador al sistema inmunológico. Este supuesto tendría una explicación satisfactoria, sobre todo, en el caso de las pacientes que no lograron desarrollar una tolerancia inmunológica a los mismos antígenos paternos a los que ya se expusieron en gestaciones anteriores (Narváez, Hernández, Espín, 2018).

La diabetes mellitus juega un rol fundamental ya que puede existir microangiopatía y generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión uteroplacentaria y favorecer el surgimiento de la preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad. Así mismo, también se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con la preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho (Miranda y Sánchez, 2020).

Es un hecho aceptado universalmente que la preeclampsia eclampsia es casi exclusivo de las primigestas de todas las edades, y que si la edad es de 35 años o más se asocia con primigrávidas el riesgo de presentar la enfermedad es muy alto. Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de

este planteamiento, siendo en las Primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las múltiparas (Leal, Marchena, Murillo. 2015).

Se ha propuesto una cantidad impresionante de mecanismos para explicar la causa de la preeclampsia. Aquellos que en la actualidad se consideran importantes incluyen el implante placentario con invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos, la tolerancia inmunológica inadaptada entre los tejidos maternos, paternos (placentarios) y fetales, la mala adaptación materna a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal y los factores genéticos, incluidos genes heredados que predisponen e influencias epigenéticas (Cunningham, Leveno, Bloom, et al. 2019).

La actual evidencia científica señala que la placenta es el órgano central en el desarrollo de la PE. En el embarazo normal, la formación vascular placentaria ocurre mediante tres mecanismos como lo es la vasculogénesis, en la cual hay nueva formación de vasos sanguíneos; la angiogénesis caracterizada por crecimiento de nuevos capilares en preexistentes vasos sanguíneos; y, la pseudovasculogénesis o remodelación de la arterias espirales uterinas (Cabrera, 2019).

Las anormalidades de los niveles de los factores angiogénicos en la circulación materna han sido asociadas recientemente con la fisiopatología de la PE. Desde el día 21 de la gestación, los factores angiogénicos solubles son expresados en células trofoblástica, decidua materna y macrófagos y median el proceso de angiogénesis. Diferentes factores angiogénicos son expresados en la placenta; sin embargo, los más importantes mediadores del desarrollo vascular placentario son el factor de crecimiento vascular endotelial (FCVE) y el factor de crecimiento placentario (FCP) (Cunningham, Leveno, Bloom, et al. 2019).

Un desbalance entre los factores proangiogénicos, encargados del desarrollo vascular placentario y el mantenimiento de la función vascular, y los factores antiangiogénicos, antagonistas de los factores proangiogénicos, conducen a anormalidades vasculares en la placenta y el sistema cardiovascular materno (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2020).

Se ha planteado que las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de preeclampsia. Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la preeclampsia. Como una enfermedad compleja, en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactuarán de la forma siguiente entre ellos y con el ambiente (Leal, Marchena, Murillo., 2015).

Mientras que la obesidad expresada por un IMC mayor o igual a 30 kg/m², se ha demostrado que confiere un riesgo de 2 a 4 veces mayor de padecer de algún síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). Los mecanismos que relaciona el sobrepeso/obesidad con estos trastornos no han sido completamente establecidos, sin embargo la obesidad es un estado de inflamación crónica de bajo grado, también llamado “metainflamación” que puede inducir disfunción endotelial e isquemia placentaria, lo que conducirían a la producción de mediadores inflamatorios llevando a una respuesta inflamatoria materna exagerada y el desarrollo posterior de estas entidades patológicas (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2020).

No obstante las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una preeclampsia se duplica.

En las mujeres jóvenes (menores de 20 años) se plantean teorías hereditarias e inmunológicas del desarrollo de la hipertensión en el embarazo, que se interpreta fundamentalmente por una mayor resistencia del músculo uterino y una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación. En las mujeres añosas, la hipertensión se explica por los daños ya crónicos del sistema vascular que sufre desgastes a causa de la edad con la consecuente esclerosis que compromete el aporte sanguíneo adecuado a un nuevo embarazo, establece una insuficiencia circulatoria con isquemia útero-placentaria. Además, el endometrio ya no se encuentra en las condiciones de cuando eran más jóvenes o se encuentran expuestas a tensiones laborales muy fuertes que afectan tanto a ella como su producto (Miranda y Sánchez, 2020).

El Síndrome Hipertensivo del Embarazo denota al aumento de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual de 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, que a su vez puede clasificarse en hipertensión arterial crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia con o sin características graves, hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida y eclampsia (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Es necesario establecer diferencias entre los distintos conceptos asociados al aumento de presión arterial durante el embarazo y con ello establecer inferencias sobre cada una de estas entidades ante la búsqueda de una asociación o no de las mismas. La hipertensión arterial crónica (HTAC) se describe como la presión arterial elevada antes del embarazo o reconocida antes de las 20 semanas de gestación. La mayoría de los casos se debe a hipertensión esencial y las causas secundarias son poco frecuentes. Es recomendable confirmar mediante monitoreo de la presión arterial media (PAM) en 24 horas o monitoreo de la presión arterial en el hogar (Brown, Magee, Kenny et al., 2018).

Por otra parte, la hipertensión gestacional, radica en la presencia de una presión arterial elevada de novo persistente que se desarrolla a partir de las 20 semanas de gestación en ausencia de otras manifestaciones propias de preeclampsia y/o eclampsia. El riesgo de complicaciones de esta entidad va a depender de la edad gestacional ya que el 25 % de las gestantes con hipertensión gestacional pueden desarrollar preeclampsia y eclampsia y ambas entidades están asociadas a posible enfermedad cardiovascular a largo plazo (Brown, Magee, Kenny et al., 2018).

Si se realiza un diagnóstico apropiado, se puede llevar a cabo un manejo adecuado y disminuir las complicaciones que pudieren presentarse como convulsiones, enfermedad cerebro vascular, síndrome de HELLP, desprendimiento normoplacentario, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, compromiso del bienestar fetal e inclusive muerte fetal intrauterina o muerte materna (Rojas, Villagómez, Rojas., 2019).

La historia previa de algún SHE va a determinar el riesgo de presentar dicha patología en embarazos posteriores, se estima que varía de 7 a 10 veces mayor en un segundo embarazo. Un estudio que se centró en la preeclampsia según la gravedad de la enfermedad mostró que los antecedentes de estas enfermedades duplicaban el riesgo de desarrollarlas de forma temprana (<32 semanas) en un embarazo posterior (Cabrera, Martínez, Zambrano., 2014).

Es importante destacar que esta clasificación diferencia a la preeclampsia y eclampsia de otros trastornos hipertensivos, dado que son potencialmente más adversos. De estos trastornos, la preeclampsia es sin duda una entidad que sobresale por su impacto en la salud materna y neonatal, siendo una de las principales causas de morbilidad maternas y perinatales en todo el mundo y la más frecuente de estos trastornos (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2019).

La preeclampsia (PE) se define como la presión arterial elevada en al menos dos ocasiones medidas con 4 horas de diferencia en mujeres previamente normotensas a las 20 semanas de gestación o después y se acompaña de una o más de las siguientes condiciones tales como proteinuria, disfunción de órganos maternos y disfunción uteroplacentaria (Brown, Magee, Kenny et al., 2018).

Se ha propuesto una cantidad impresionante de mecanismos para explicar la causa de la preeclampsia. Aquellos que en la actualidad se consideran importantes incluyen el implante placentario con invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos, la tolerancia inmunológica inadaptada entre los tejidos maternos, paternos (placentarios) y fetales, la mala adaptación materna a los cambios cardiovasculares o inflamatorios del embarazo normal y los factores genéticos, incluidos genes heredados que predisponen e influencias epigenéticas (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2019).

La actual evidencia científica señala que la placenta es el órgano central en el desarrollo de la PE. En el embarazo normal, la formación vascular placentaria ocurre mediante tres mecanismos como lo es la vasculogénesis, en la cual hay nueva formación de vasos sanguíneos; la angiogénesis caracterizada por crecimiento de nuevos capilares en preexistentes vasos sanguíneos; y, la pseudovasculogénesis o remodelación de la arterias espirales uterinas (Narváez, Hernández, Espin, 2018).

Las anomalías de los niveles de los factores angiogénicos en la circulación materna han sido asociadas recientemente con la fisiopatología de la PE. Desde el día 21 de la gestación, los factores angiogénicos solubles son expresados en células trofoblástica, decidua materna y macrófagos y median el proceso de angiogénesis. Diferentes factores angiogénicos son expresados en la placenta; sin embargo, los más importantes mediadores del desarrollo vascular placentario son el factor de

crecimiento vascular endotelial (FCVE) y el factor de crecimiento placentario (FCP) (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2019).

Un desbalance entre los factores proangiogénicos, encargados del desarrollo vascular placentario y el mantenimiento de la función vascular, y los factores antiangiogénicos, antagonistas de los factores proangiogénicos, conducen a anomalías vasculares en la placenta y el sistema cardiovascular materno (Narváez, Hernández, Espín, 2018).

Por otra parte, dentro de los factores predisponentes que influyen sobre la incidencia de la preeclampsia se encuentran aquellos asociados a la madre con preeclampsia previa siendo relativo después del primer embarazo y aumentando después del segundo, antecedentes familiares de preeclampsia, nulíparas, grupos etarios extremos (menores de 16 años y mayores de 40 años), obesidad, hipertensión crónica, diabetes mellitus, trombofilias, así como factores asociados al embarazo como embarazo múltiple, mola hidatiforme, hidrops fetal, anomalías congénitas y otros factores infecciones urinarias, infecciones vaginales, desnutrición (Valdés, Ovarzun, Corthorn.,2018).

La PE puede superponerse a la hipertensión arterial crónica en el 25% de las gestantes, el diagnóstico estará dado por la presencia de disfunción de los órganos maternos mencionados anteriormente que son compatibles con PE e incluso en ausencia de proteinuria preexistente, la proteinuria de nueva aparición es suficiente para el diagnóstico de PE superpuesta. Pero si la gestante tiene además de la HTAC, una enfermedad renal proteinúrica, un aumento de la secreción de proteínas en orina durante la gestación no es suficiente para el diagnóstico de PE superpuesta. Cabe destacar que las cifras tensionales por si solos no son suficientes debido a que es difícil distinguirlos del incremento de PA habitual en estas gestantes (Echeverri, Muñoz, Ibarra, 2021).

El diagnóstico se efectúa cuando la PA > 140/90 mmHg en 2 ocasiones separadas por 6 horas. Se abandonó como criterio diagnóstico de preeclampsia, el aumento de PAS de 30 mmHg o de PAD de 15 mmHg respecto de los valores en el primer trimestre del embarazo. Lo que caracteriza a la preeclampsia además de la hipertensión es la presencia de proteinuria, definida, como la excreción urinaria \geq 300 mg de proteínas en 24 horas. Cabe destacar que la proteinuria no es necesaria para el diagnóstico, pero está presente en aproximadamente 75% de los casos (Cunningham, Leveno, Bloom, et al., 2019).

Hoy en día se utiliza la medición del índice proteinuria/creatininuria en muestra aislada de orina, como prueba de tamizaje, con un valor de 300 mg/g. Si IPC > 300 mg/g debe solicitarse una proteinuria de 24 horas. El edema es frecuente durante el embarazo y suele estar presente en pacientes con preeclampsia. Sin embargo, dada su baja especificidad, su presencia dejó de ser considerada un criterio diagnóstico de preeclampsia. No se considera criterio diagnóstico, pero se considera edema patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (Carvajal y Ralph, 2018).

Se recomienda que una paciente en el contexto de hipertensión después de las 20 semanas, aun teniendo ausencia de proteinuria, pero presente factores de gravedad como trombocitopenia, alteración hepática, creatinina > 1.1 mg/dL, edema pulmonar o sintomatología de preeclampsia, sea considerada como la misma (Pereira, Pereira, Quirós, 2020).

Otras de las condiciones médicas preexistentes que predisponen a las mujeres a desarrollar estos trastornos incluyen hiperglucemia en el embarazo (diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 antes del embarazo, diabetes manifiesta en el embarazo y diabetes gestacional que requiere tratamiento con insulina), hipertensión crónica preexistente,

enfermedad renal y enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (APS) (Cabrera, Martínez, Zambrano, 2018).

En años recientes, se ha comprobado que una respuesta inmune anormal (inmunidad adaptativo e innata), está involucrada en el desarrollo de PE, estas alteraciones del sistema inmunológico inician con alteraciones en la tolerancia a los aloantígenos paternos, presentados por las células trofoblástica, seguido de una respuesta inflamatoria sistémica del organismo (Rodríguez, 2021).

Todos estos posibles mecanismos, traen consigo múltiples grandes cambios fisiopatológicos, donde se pueden presentar cambios vasculares como hemoconcentración e interacción de agentes vasoactivos resultando en vasoespasmo intenso, cambios hematológicos con el hallazgo más significativo que es la trombocitopenia así como la alta concentración de lactato deshidrogenasa (LDH), también puede verse alterada la función hepática sobretodo en casos de PE y/o eclampsia con características severas. Dentro de los cambios histopatológicos renales clásicos pueden presentarse endoteliosis glomerular y aumento de permeabilidad tubular a la mayoría de las proteínas de gran peso molecular (proteinuria), además como consecuencia del vasoespasmo intrarrenal y disminución de la tasa de filtración glomerular que va a presentar oliguria y aumento sérico de ácido úrico (Cabrera, Martínez, Zambrano, 2018).

La unidad feto placentaria también puede verse alterada por la isquemia uteroplacentaria y puede presentarse restricción del crecimiento fetal, oligohidramnios, desprendimiento de placenta y estado fetal no tranquilizador lo que demuestra que los fetos de mujeres con PE y/o eclampsia tienen mayor riesgo de parto prematuro, es por ello la necesidad de realizar un diagnóstico oportuno y con ello evitar estas complicaciones (Cabrera, Martínez, Zambrano, 2018).

La PE es un trastorno multisistémico tradicionalmente diagnosticada por una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg después de la semana 20 de gestación en una mujer previamente normotensa, y proteinuria ≥ 300 mg en un periodo de 24 horas. En el más reciente reporte del grupo de trabajo sobre hipertensión en el embarazo de los EE UU, la PE puede ser diagnosticada en ausencia de proteinuria cuando la hipertensión materna gestacional es asociada con trombocitopenia (plaquetas $< 100\ 000/uL$), insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL o aumento doble de los niveles de base), impedimento de la función hepática (elevación de la concentración sérica de las enzimas hepáticas dos veces o más por encima de los valores normales), síntomas cerebrales o visuales, o edema pulmonar.(Pereira, Pereira, Quirós, 2020).

Por otro lado, la eclampsia se debe considerar ante la aparición de convulsiones después de las 20 semanas en pacientes sin antecedentes de epilepsia. En relación al momento de aparición, el 50% se presenta anteparto, el 25% durante el parto y el 25% después del parto, especialmente durante la primera semana, en la que se da el 90% de las eclampsias puerperales. El factor de riesgo más importante es la ausencia de tratamiento y de control médico previo de la Preeclampsia (Francia, 2018).

El cuadro comienza con la acentuación de los pródromos, a los que se suman unos rictus faciales peculiares. A esto, le sigue la fase tónica, con una contracción generalizada, de 15 - 20 segundos de duración. A continuación aparece la fase clónica, de una duración aproximada de 1 minuto, fase en la que pueden producirse lesiones como mordeduras linguales, incluso apnea. Un episodio de eclampsia puede ser causa de muerte fundamentalmente por hemorragia cerebral, por edema pulmonar debido a insuficiencia cardiaca o a una grave acidosis respiratoria o metabólica. El estudio electro encefalografico en la fase previa a la eclampsia no ofrece alteraciones que permitan predecir la intensidad del cuadro, y por el momento no ha podido

observarse, una correlación entre EEG y la tensión arterial, edemas, proteinuria, síntomas cerebrales o hallazgos retinianos (Gil, Díaz, Coma, 2018).

La preeclampsia y eclampsia se considera un síndrome o enfermedad de carácter multisistémico que complica de 2 a 8% de los embarazos que ocurren en los países industrializados y hasta 10% en los países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima una prevalencia de 5-10% de los embarazos y anualmente más de 166 mil muertes asociadas a preeclampsia-eclampsia, existiendo una mortalidad 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo (Espinoza, Neira, Morocho, et al., 2019).

En la enfermedad hipertensiva del embarazo se han hecho múltiples investigaciones en relación con su etiopatogenia y tratamiento; a pesar de ello, décadas de estudio han sido infructuosas para precisar la causa de esta enfermedad por la que se le ha denominado la enfermedad de las teorías. Para explicar la etiología se han propuesto una serie de hipótesis que comparten en común la incapacidad de adaptación del organismo materno a la presencia del feto (García y Pagés, 2020).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda que si una gestante presenta preeclampsia sin signos de gravedad, se puede realizar un manejo expectante ambulatorio siempre que la paciente esté bien informada y se realice un seguimiento secuencial, monitoreos frecuentes maternos y fetales, mientras que la paciente con preeclampsia con signos de gravedad o eclampsia generalmente se considera una indicación para terminación del embarazo. Dicha terminación disminuye el riesgo de desarrollar complicaciones maternas y/o fetales graves (Rojas, Villagómez, Rojas, 2019).

Un estudio realizado por Cabrera et al., en el 2009 - 2013 en la Maternidad Concepción Palacios en Venezuela, reflejan los trastornos hipertensivos del embarazo

como la primera causa de mortalidad materna con 29,2% de los casos, el cual el 50% fue causado por preeclampsia severa seguido en un 25% por eclampsia complicada con síndrome de HELLP (Cabrera, Martínez, Zambrano, 2018).

En Venezuela, algunos autores han revisado esta entidad, reportándose una incidencia del 4,9% en Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, Estado Carabobo; 0,27% en el Hospital "Joaquina de Rotondaro" de Tinaquillo, Estado Cojedes, y las más recientes de la Maternidad "Concepción Palacios" que reportan una incidencia del 38,23% en eclámpticas y otra que registra una incidencia durante el embarazo de 0,13% y en preeclampsia-eclampsia del 3,29%. Por su parte, en el estado Zulia se reportó para el periodo 2004 - 2009 entre todos los casos que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Maracaibo una incidencia del 1,8% con 29% de muertes maternas (Labarca Urdaneta, González et al., 2016).

Un estudio realizado por Navas et al., en el 2011-2014 en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela., encontraron que ingresaron a la institución 73.588 pacientes por causas obstétricas, de las cuales 0,74% (n= 548) ameritaron ser recibidas en Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (UCIO). Dentro de las causas de morbilidad al ingreso a la UCIO, destaca la hipertensión con una frecuencia del 50%, representado por 23,72% con síndrome de HELLP, 16,37% preeclampsia/eclampsia 9,91% hipertensión crónica, sin embargo al totalizar los casos acompañados con otra patología la hipertensión ascienden al 53% (Navas, Urdaneta, González et al., 2016).

Debido a que no se puede predecir que mujeres padecerán preeclampsia y/o eclampsia durante el embarazo, la monitorización durante todo el control prenatal, permite valorar la presencia de factores de riesgo en cada paciente asociados con predisposición de este trastorno hipertensivo. El Colegio Americano de Ginecología y

Obstetricia recomienda como único método para evaluar la predicción de esta patología, una historia clínica detallada, que evalúe los riesgos asociados (Pereira, Pereira, Quirós. 2020).

A pesar que a lo largo de diferentes ensayos y análisis se han intentado poner en práctica múltiples estrategias para prevenir este trastorno hipertensivo, la gran mayoría de estos no han tenido éxito, probablemente por la compleja fisiopatología asociada. Intentar desarrollar una medida preventiva eficaz, es de vital importancia, ya que la preeclampsia y la eclampsia presenta un impacto negativo materno-fetal, y a pesar de las medidas terapéuticas existentes, actualmente el único tratamiento curativo es el parto (Pereira, Pereira, Quirós. 2020).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y otros, han establecido que algunos de los síndromes hipertensivos del embarazo pueden convertirse en una amenaza importante para la madre y el feto en cualquier etapa, que puede ser errónea o engañosa para los médicos menos experimentados (Francia, 2018).

En vista a todo lo descrito anteriormente, la realización de este trabajo de investigación radicará en determinar los factores asociados a síndrome hipertensivo del embarazo en gestantes. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024.

JUSTIFICACIÓN

La frecuencia estadística de los síndromes hipertensivos durante el embarazo es variable, la incidencia de esta complicación obstétrica en diferentes series a nivel mundial. Según una estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia - eclampsia, en su mayor parte prevenibles. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Los síndromes hipertensivos durante el embarazo son problemas muy frecuentes que llegan a complicar 10 a 15% de los embarazos y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo. Son además causa importante de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. (Echeverri, Muñoz, Ibarra, 2021).

En vista de que los síndromes hipertensivos del embarazo conducen a una elevada morbimortalidad tanto para el feto como para la madre, la evaluación de los factores de riesgo o la identificación de enfermedad subclínica es de suma relevancia a fin de identificar las pacientes que requerirán vigilancia estricta. Por lo que, en el presente estudio se busca determinar todos aquellos factores asociados a síndrome hipertensivo del embarazo en gestantes. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024.

OBJETIVOS

General

Determinar los factores asociados a síndrome hipertensivo del embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Específicos

1. Definir características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Señalar distribución de frecuencia en la población de estudio según Clasificación ACOG, 2013
3. Describir las manifestaciones clínicas en la población de estudio.
4. Relacionar antecedentes personales y familiares de HTA con la paridad en la población estudiada.
5. Mencionar las complicaciones maternas en la población de estudio.
6. Identificar las complicaciones fetoneonatales en la población estudiada.
7. Señalar la estancia hospitalaria en la población de estudio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por 456 mujeres embarazadas atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, en el periodo bajo estudio.

La muestra estuvo conformada por 116 pacientes con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo de los embarazos ingresados en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024, que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Embarazada con síndrome hipertensivo del embarazo previamente diagnosticado.
- Con historia clínica completa.
- Todas las edades.
- Colaboradoras. Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Embarazada no diagnosticada con alguno de estos trastornos

- Historia clínica con datos incompletos.
- Que no deseen colaborar con la investigación.

Técnica de instrumentos de recolección de datos

Se le administró un consentimiento informado (APÉNDICE A) a cada una de las pacientes, con fines éticos, que bajo la autorización de las mismas se procederán a tomar los datos pertinentes. Se realizó una lista de cotejo empleando como instrumento un cuestionario realizado por los estudiantes con respuestas cerradas (APÉNDICE B).

Procesamiento de información

Los datos fueron procesados haciendo uso de la estadística descriptiva y, son presentados en tablas de frecuencia simple porcentuadas (Tabla 1, 2, 3, 5, 6 y 7) y tablas de contingencia (Tabla 4). Para la elaboración de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel® 2016 y para el análisis estadístico el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 22.0

RESULTADOS

El grupo de edad que predominó fue el de 15-24 años con 43,10% (n=50/116). Respecto al grado de instrucción, se evidenció que 61,21% (n=71/116) cursó, de manera completa o incompleta, educación secundaria. Por último, 68,10% (n=79/116) de las pacientes refirió ser Ama de casa (Tabla N° 1).

Se registró que el trastorno hipertensivo del embarazo más frecuente en la población de estudio fue Preeclampsia con 56,90% (n=66/116) de incidencia (Tabla N° 2).

Se observó que 74,14% (n=86/116) de las pacientes presentó sintomatología clínica; de ésta proporción, 56,98% (n=49/86) presentó dos manifestaciones clínicas y, de ellas, la más frecuente fue cefalea con 90,70% (n=78/86), seguida de epigastralgia con 58,14% (n=50/86) (Tabla N° 3).

Se evidenció predominio de las pacientes multíparas con 54,31% (n=63/116). Hubo preponderancia de las embarazadas que negaron antecedente personal y antecedentes familiares de HTA con 69,8% (n=81/116) y 54,31% (n=63/116) de incidencia, de manera respectiva. Sin embargo, la mayoría de las multíparas refirió antecedente familiar de HTA. (Tabla N° 4).

Se registró preeminencia de las embarazadas que no presentaron complicaciones subsecuentes con 68,97% (n=80/116) de incidencia. De la proporción de pacientes que presentó complicaciones, las frecuentes fueron Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y Disfunción hepática (Tabla N°5).

Predominó la presencia de complicaciones fetoneonatales con 50,86% (n=59/116) de incidencia; de cuya proporción, 88,14% (n=52/59) presentó exclusivamente una complicación y, de ellas, la de mayor frecuente fue Prematuridad con 61,71% (n=37/59) (Tabla N° 6).

Se evidenció que el intervalo de tiempo en que se ubicó, de manera preponderante, la estancia hospitalaria de las pacientes fue el de 4 a 6 días con 44,83% (n=52/116) (Tabla N°7).

Tabla 1

Distribución de las pacientes según Características sociodemográficas de embarazadas con Síndrome hipertensivo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Característica	Total (n=116; 100%)	
Edad (años)	n	%
15-24	50	43,10
25-34	37	31,90
>35	29	25,00
Grado de instrucción		
Analfabeta	2	1,72
Primaria	27	23,28
Secundaria	71	61,21
Universitaria	16	13,79
Ocupación		
Ama de casa	79	68,10
Comerciante	15	12,93
Estudiante	6	5,17
Cocinera	4	3,45
Otros	12	10,34

Otros: Enfermera, terapeuta, funcionaria policial, secretaria, cajera, despachadora.

Datos globales: $\chi=27,72$ DE= $\pm 7,03$ años

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 2

Distribución de las embarazadas con síndrome hipertensivo distribuidas según Clasificación ACOG, 2013. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Característica	Total (n=116; 100%)	
Clasificación ACOG, 2013	n	%
HTA crónica con preeclampsia sobreañadida	35	30,17
Preeclampsia	66	56,90
Eclampsia	6	5,17
Hipertensión gestacional	9	7,76

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 3

Distribución de las embarazadas con síndrome hipertensivo según manifestaciones clínicas. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Característica	Total (n=116; 100%)	
	n	%
Presencia de sintomatología		
Sí	86	74,14
No	30	25,86
Número de manifestaciones		
Una	29	33,72
Dos	49	56,98
Tres ó más	8	9,30
Manifestaciones encontradas		
Cefalea	78	90,70
Epigastralgia	50	58,14
Edema	15	17,44
Hiperreflexia	9	10,47

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 4

Embarazadas con síndrome hipertensivo según paridad y antecedentes personales y familiares de HTA. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Paridad	Antecedente personal				Antecedentes familiares			
	Sí		No		Sí		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primípara	9	7,76	44	37,93	18	15,52	35	30,17
Múltipara	26	22,41	37	31,90	35	30,17	28	24,14
Total	35	30,17	81	69,8	53	45,69	63	54,31

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 5

**Embarazadas con síndrome hipertensivo según complicaciones maternas.
Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario
Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo
2024 – agosto 2024.**

Característica	Total (n=116; 100%)	
	n	%
Presencia de complicaciones		
Sí	41	35,34
No	80	68,97
Complicaciones aisladas		
DPPN	9	12,86
Disfunción hepática	8	11,43
Insuficiencia renal	7	10,00
Síndrome Hellp	6	8,57
Anemia	6	8,57
Otros	5	7,14

Otros: CID, Miocardiopatía periparto, Insuficiencia cardíaca.

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 6

Embarazadas con síndrome hipertensivo según complicaciones fetoneonatales. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo 2024 – agosto 2024.

Característica	Total (n=116; 100%)	
	n	%
Presencia de complicaciones		
Sí	59	50,86
No	57	49,14
Número de complicaciones		
Una	52	88,14
Dos	7	11,86
Complicaciones encontradas		
Prematuridad	37	62,71
RCIU	10	16,95
Óbito fetal	8	13,56
Distrés respiratorio	8	13,56
Muerte perinatal	3	5,08

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

Tabla 7

**Embarazadas con síndrome hipertensivo según estancia hospitalaria.
Departamento de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario
Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, periodo marzo
2024 – agosto 2024.**

Cacacterística	Total (n=116; 100%)	
Estancia hospitalaria		
1-3 días	40	34,48
4-6 días	52	44,83
7-9 días	7	6,03
>10 días	17	14,66

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado por los investigadores, marzo – agosto 2024.

DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación se incluyeron 116 pacientes con diagnóstico de Síndrome hipertensivo en el embarazo ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez, durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024, que cumplieron los criterios de inclusión. De las características sociodemográficas registradas en la población de estudio, se encontró que la mayoría de las pacientes tenía una edad comprendida entre 15 y 25 años (43,10%), la mayoría cursó de manera completa o incompleta los estudios de secundaria (61,21%) y, asimismo, el grosso refirió ser Ama de casa (68,10%).

En este sentido, dichos resultados difieren de lo reportado por Ford N., Cox S., Colarusso T. et al. (2022), en el trabajo de investigación “Hypertensive Disorders in Pregnancy and Mortality at Delivery Hospitalization — United States, 2017–2019”, quienes observaron que 53,44% de la población estudiada se registró con una edad de 25 a 35 años; asimismo, señalaron que 56,25% refirió cursar de manera completa o incompleta los estudios preparatorios, lo que concuerda con los actuales. Navas L., Urdaneta J., González M. et al. (2016) en el estudio de investigación titulado “Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011 – 2014”, señalaron que el intervalo de edad predominante en la población estudiada fue el de 19 a 35 años con 58,19%; lo que se diferencia; sin embargo, se asemejan en que hubo preeminencia de las pacientes que cursaron de manera completa o incompleta los estudios de secundaria con 35,78% de incidencia.

Por su parte y, a diferencia, Labarca L., Urdaneta J., Gonzalez M. et al. (2016), en el trabajo investigativo nombrado como “Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela,

durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2015”, reportaron que el rango de edad preponderante fue el de 19 a 35 años con 63,06% y; 60,36% de las pacientes cursó de manera completa o incompleta la secundaria, lo que guarda similitud. Sin embargo, a diferencia éstos, Torres S. (2016) en el trabajo investigativo nombrado “Factores de riesgo para preeclampsia. Hospital César Garayar García de Iquitos-Perú, enero a septiembre del 2015”, evidenció preeminencia de las pacientes con edades inferiores a 20 años (46%).

Khosravi S., Dabiran S., Lotfi M. et al. (2015) en el estudio “Study of the Prevalence of Hypertension and Complications of Hypertensive Disorders in Pregnancy, Delivery Ward of Valiasr Hospital, Tehran, Iran”, señalaron preponderancia de las pacientes con formación técnica o superior en 47,5%, lo que se distingue. Por último, y en concordancia, Izaguirre A., Cerdón J., Vásquez J. et al. (2016), en el trabajo de investigación nombrado “Trastornos Hipertensivos del Embarazo: Clínica y Epidemiología, Hospital Regional Santa Teresa Comayagua, Honduras, durante el año 2015”, constataron que 81,7% de las pacientes se registró como Ama de casa.

Según la Clasificación de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 2013, la mayoría de la población de estudio se clasificó como Preeclampsia (56,9%). En concordancia con lo anterior, Mendoza M., Moreno. L, Becerra C. et al. (2020), en el trabajo de investigación titulado “Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos. Hospital Universitario de Santander (HUS), durante el primer semestre de 2017”, evidenciaron que 75,1% de la muestra se clasificó como Preeclampsia. Asimismo, Ford N., Cox S., Colarusso T. et al. (2022), reportaron que 80,94% de las pacientes fueron categorizadas con diagnóstico principal de Preeclampsia. Ahora, en discrepancia, Khosravi S., Dabiran S., Lotfi M. et al. (2015), señalaron a la Hipertensión Gestacional (45%) como trastorno más frecuentemente aislado.

En el actual estudio de investigación, se evidenció que la mayoría de las pacientes presentó sintomatología clínica (74,14%); en este grupo hubo preeminencia de las pacientes que presentaron dos manifestaciones clínicas (56,98%) y, en orden, las más frecuentemente registradas fueron cefalea (90,7%) y epigastralgia (58,14%). Pérez K., Vargas A., Villegas Y. et al. (2022), en la separata titulada “Trastornos hipertensivos del embarazo: relación del índice proteína/creatinina en orina esporádica y proteinuria en 24 horas. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera, Trujillo, durante el período marzo–junio de 2017”, reportaron predominio de cefalea y epigastralgia como manifestaciones clínicas al ingreso, con 64% y 40% de incidencia, de manera respetiva.

En este orden de ideas, Garcés Y., Bastidas B., Rodríguez M. et al. (2021), en la investigación nombrada como “Predicción de complicaciones maternas en trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital San José de Popayán, Colombia, entre el 15 de junio de 2019 y el 15 de junio de 2020”, señalaron preponderancia de Cefalea (56,9%) como manifestación clínica más frecuentemente aislada. Sin embargo, dos estudios difieren. El primero es el de Labarca L., Urdaneta J., González M. et al. (2016), quienes señalaron que la manifestación clínica preponderante en la población estudiada fue Hiperreflexia con 91,89% de incidencia. El segundo es el de Izaguirre A., Cerdón J., Vásquez J. et al. (2016), los que reportaron el Edema de miembros inferiores (37,1%) como manifestación clínica de mayor prevalencia.

La prevalencia de multiparidad en la población muestreada fue de 54,31%; al compararse la paridad con la presencia de antecedente personal o antecedentes de HTA, se evidenció prevalencia de las pacientes primíparas que negaron tanto antecedentes personales como familiares de HTA; sin embargo, poco más de la mitad de las pacientes múltiparas refirió antecedentes familiares de HTA (30,17%). Dos estudios nacionales coinciden con dichos resultados. Primeramente, Nava L., Urdaneta J., González M. et al. (2016) evidenciaron que, 68,1% de las pacientes eran

multíparas y 74,14% negaron antecedentes personales o familiares de HTA. Por su parte, Labarca L., Urdaneta J., Gonzalez M. et al., reportaron predominio de las pacientes multíparas (47,65%) y de las pacientes que negaron antecedentes familiares o personales de HTA (52,25).

Dos estudios internacionales reportaron resultados congruentes en algunos o todos los aspectos con los resultados actuales. Khosravi S., Dabiran S., Lotfi M. et al. (2015), observaron que 78% de la muestra se categorizó como multíparas. Izaguirre A., Córdón J., Vásquez J. et al. (2016), quienes evidenciaron que 61,8% de las pacientes eran multíparas y 79% negó antecedentes personales o familiares de HTA. Sin embargo, un estudio internacional mostró diferencia. Torres S. (2016), reportó que 54% de las embarazadas incluidas eran primigestas; asimismo, observó preeminencia de las pacientes que refirieron antecedente personal de HTA (52%).

Respecto a las complicaciones maternas, en la presente investigación se reportó prevalencia de las embarazadas sin complicaciones derivadas de síndromes hipertensivos del embarazo (68,97%). Y de las embarazadas que sí presentaron complicaciones, las dos más frecuentes fue DPPN y Disfunción hepática con 12,86% y 11,43% de incidencia, respectivamente. Los estudios nacionales encontrados reportan resultados distintos. Nava L., Urdaneta J., González M. et al. (2016) señalaron que, la Disfunción cardiovascular predominó como complicación materna (50,43%). Ahora bien, Labarca L., Urdaneta J., González M. et al., reportaron preponderancia de la Disfunción renal como complicación en las pacientes incluidas en el estudio (70,27%). De los estudios internacionales comparables, ambos muestran discrepancia en cuanto a los resultados. Por su parte Izaguirre A., Córdón J., Vásquez J. et al. (2016), evidenciaron prevalencia de Anemia como complicación materna, con 38,2%. Mientras que, Mendoza M., Moreno L., Becerra C. et al. (2020), reportaron que el Síndrome Hellp fue la complicación materna más frecuentemente aislada, con 9,9%.

La mayoría de los recién nacidos presentó complicaciones (50,86%). De la proporción que sí presentó comorbilidad, la más frecuente fue Prematuridad con 62,71%. Khosravi S., Dabiran S., Lotfi M. et al. (2015), señalaron que la complicación fetoneonatal de mayor incidencia fue Prematuridad con 64,8%, lo que se asemeja. Asimismo, también en concordancia, Izaguirre A., Cerdón J., Vásquez J. et al. (2016) una incidencia general de Prematuridad de 23,6%, siendo esta la complicación fetoneonatal predominante. Sin embargo, a diferencia de lo anteriormente mencionado, Mendoza M., Moreno L., Becerra C. et al. (2020), que la complicación fetoneonatal más frecuentemente registrada la RCIU (14,9%).

Finalmente, al evaluar la cantidad de días que permanecieron las pacientes en hospitalización se pudo observar que la mayoría permaneció de 4 a 6 días (44,83%). En congruencia a lo anterior, Ford N., Cox S., Colarusso T. et al. (2022) evidenciaron que la mayoría de las pacientes permaneció menos de 6 días en el hospital (52,45%). Sin embargo, Romero X., Monserrat U., Porras A. et al. (2022), en el estudio “Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, Colombia, octubre 2014 – mayo 2018”, detectaron que la mayor proporción de pacientes permaneció más de 7 días en hospitalización (56,7%), lo que difiere.

CONCLUSIONES

1. De las características sociodemográficas de la población en estudio, se evidenció que la mayoría de las pacientes tenía una edad comprendida entre los 15 y 24 años. Asimismo, prevalecieron las pacientes que cursaron de manera completa o incompleta los estudios de secundaria y, también aquellas que refirieron ser Ama de casa.
2. Basándose en la Clasificación ACOG 2013 para los Trastornos hipertensivos en el embarazo, la mayoría de las pacientes recibió diagnóstico de Preeclampsia.
3. De las pacientes tomadas como muestras, la mayoría presentó sintomatología clínica; de esta proporción, hubo prevalencia de aquellas que presentaron dos comorbilidades y, por último, las comorbilidades más frecuentemente registradas fueron Cefalea y Epigastralgia.
4. Hubo predominio de las pacientes multíparas. Y, al relacionarse la paridad con los antecedentes de HTA, se observó preeminencia de las pacientes que los negaron. Sin embargo, la mayor proporción de pacientes multíparas refirió antecedentes familiares de HTA.
5. La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones. Y de las pacientes que sí las presentaron, la más frecuente de ellas fue el Desprendimiento prematura de placenta normoinserta (DPPN).
6. Un poco más de la mitad de los recién nacidos presentaron complicaciones. De dicha proporción, la mayoría presentó exclusivamente una complicación.

Y, por último, de las complicaciones fetoneonatales la más frecuente fue la Prematuridad.

7. Finalmente, hubo preponderancia de las pacientes que estuvieron en hospitalización durante 4 a 6 días.

RECOMENDACIONES

1. Promover la realización de jornadas de concientización que permitan llevar a la población en general el mensaje de que una embarazada a temprana edad representa alto riesgo para el padecimiento de diversas enfermedades de la gestación, lo que ocasiona un detrimento del bienestar materno-fetal.
2. Facilitar el acceso de la población en riesgo a información asequible al entendimiento acerca de los Síndromes hipertensivos del embarazo (SHE), consiguiendo con ello disminuir no solo las complicaciones subsecuentes, sino también el número de casos que, por ejemplo, progresan a HTA crónica con preeclampsia sobreañadida.
3. Reactivar programas de atención a la embarazada en riesgo, con lo que se facilite la detección de signos y síntomas sugerentes de SHE que, generalmente, son ignorados por las pacientes.
4. Informar acerca de los factores de riesgo para el desarrollo de SHE a las mujeres embarazadas; por ejemplo, la nuliparidad o los antecedentes personales o familiares de HTA. Con ello se busca lograr que se acepten como propensas a desarrollar dicho síndrome.
5. Realizar un manejo multidisciplinario y estricto de las mujeres con SHE, para así evitar futuras complicaciones que muchas veces son fatales. Para ello, se hace necesario la activación y reactivación de Consultas de Alto Riesgo Obstétricos (ARO) de mayor acceso para las mujeres embarazadas.

6. Atacar de manera temprana y oportuna las futuras complicaciones fetoneonatales a los que se pueden enfrentar los recién nacidos de madres preeclámpticas.
7. Por último, proveer a las mujeres con SHE de medidas lo menos traumáticas posibles al momento de finalizar su embarazo, con ello disminuyendo la estancia hospitalaria de manera significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologist. 2020. Gestational Hipertension and Preeclampsia. ACOG. [Documento en línea] Disponible en https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/06000/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia__ACOG.46.aspx [Septiembre, 2023].
- Brown, M.; Magee, L.; Kenny, L.; Karumanchi, S.; McCarthy, F.; Saito. S. 2018 Trastornos hipertensivos del embarazo. Recomendaciones de clasificación, diagnóstico y manejo del ISSHP para la práctica internacional. ISSHP. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.jsshp.jp/journal/pdf/ISSHP_Guidelines_in_Hypertension.pdf [Septiembre, 2023].
- Cabrera, C., Martínez, M.A. y Zambrano, G. 2018. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios" [Documento en línea]. Disponible: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v74n3/art03.pdf> [Septiembre, 2023].
- Cabrera, L. 2019. Propuesta de protocolo para el manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Adaptando conductas a nuestra realidad. Boletín NEDA. Número 1.
- Carvajal, J.A., Ralph, C. 2014. Manual Obstetricia y Ginecología. Edit. Pontificia Univ. Católica de Chile. Chile. 5ª ed. pp 661.

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B et al., 2019. Williams Obstetricia. Edit. McGraw-Hill. México. 25ª ed. pp 1346.
- Echeverri, A., Muñoz, E., Ibarra, J. 2021. Hipertensión arterial y embarazo. [Documento en línea]. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003 [Septiembre, 2023].
- Espinoza, C.I., Neira, J.E., Morocho, A.A., Falconez, K.A., Freire, M.E., Córdova, M.P, et al., 2019. Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Rev. Latinoamericana de Hipertensión. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1702/170263775014/170263775014.pdf> [Septiembre, 2023].
- Francia, C. 2018. Conocimientos asociados a las prácticas en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte, setiembre 2017. Trabajo de Grado. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 93 pp
- Ford N., Cox S., Colarusso T. et al. 2022. Hypertensive Disorders in Pregnancy and Mortality at Delivery Hospitalization — United States, 2017–2019. MMWR, 71(17): 585-591
- Garcés Y., Bastidas B., Rodríguez M. et al. 2021. Predicción de complicaciones maternas en trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital San

José de Popayán, Colombia, entre el 15 de junio de 2019 y el 15 de junio de 2020. *Ginecol Obstet Mex.*, 89(8): 583-594.

García, M. y Pagés, G. 2020. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Aller, J. y Pagés, G. *Obstetricia Moderna*. Edit. McGraw-Hill. Venezuela. 3ª ed. Cap 27: 343-355.

Gil, C., Díaz, A., Coma, J. y Gil, B. 2008. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Rev. UniNet*. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.uninet.edu/tratado/index.html> [Septiembre, 2023].

Izaguirre A., Cordón J., Vásquez J. et al. 2016. Trastornos Hipertensivos del Embarazo: Clínica y Epidemiología, Hospital Regional Santa Teresa Comayagua, Honduras, durante el año 2015. *REV MED HONDUR*, 4(3): 101-106

Khosravi S., Dabiran S., Lotfi M. et al. 2015. Study of the Prevalence of Hypertension and Complications of Hypertensive Disorders in Pregnancy, Delivery Ward of Valiasr Hospital, Tehran, Iran. *Open Journal of Preventive Medicine*, 4: 860-867

Labarca, L., Urdaneta, J.R., González, M.E., Contreras, A., Saleh, N., Fernández, M, et al., 2016. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela. [Serie en línea]. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-7526201600030005&script=sci_art_text&tlng=e [Septiembre, 2023].

- Leal, E., Marchena, C., Murillo, E. 2015. Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional. Hospital Primario Carlos Centeno. Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte. Enero - Junio 2013. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. 87 pp.
- Mendoza M., Moreno. L, Becerra C. et al. 2020. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos. Hospital Universitario de Santander (HUS), durante el primer semestre de 2017. REV CHIL OBSTET GINECOL, 85(1): 14 - 23
- Miranda, D., Sánchez, Y. 2020. Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional en pacientes atendidas en sala de alto riesgo obstétrico en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Mayasa, I Semestre 2020. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua. 80 pp.
- Narváez, S., Hernández, D., Espín, G. 2018. Factores de riesgo de hipertensión en el embarazo en mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, policlínico “José Jacinto Milanés”. 2014-2015. [Documento en línea] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcss181bj.pdf> [Septiembre, 2023].
- Navas, M., Urdaneta, J., González, M., Labarca, L., Silva, A., Contreras, A. 2016. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011 – 2014. [Documento en línea].

Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.hp?pid=S0717-75262016000400004&script=sci_rtttext [Septiembre, 2023].

Organización Mundial de la Salud. 2014. Recomendación de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia. [Documento en línea] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf?sequence=1 [Septiembre, 2023].

Pereira, J., Pereira, Y. y Quirós, L. 2020. Actualización en preeclampsia. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms201k.pdf> [Septiembre, 2023].

Pérez K., Vargas A., Villegas Y. et al. 2022. Trastornos hipertensivos del embarazo: relación del índice proteína/creatinina en orina esporádica y proteinuria en 24 horas. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera, Trujillo, durante el período marzo–junio de 2017. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 82(3): 297-308.

Rodríguez, M. 2021. La defensa específica y su contribución a la inflamación [Documento en línea]. Disponible: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/457/359> [Septiembre, 2023].

Rojas, L. Villagómez, M., Rojas, A., Rojas, A. 2019. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. [Documento en línea]. Disponible: <http://scielo.senescyt.gob.ec/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-6742201900_0200079
[Septiembre, 2023].

Romero X., Monserrat U., Porras A. et al. 2022. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, Colombia, octubre 2014 – mayo 2018. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., 22(3):507-516

Torres S. 2016. Factores de riesgo para preeclampsia. Hospital César Garayar García de Iquitos-Perú, enero a septiembre del 2015. CASUS 1(1): 14-26

Valdés, G., Oyarzún, E. y Corthorn, J. 2011. Síndromes hipertensivos y embarazo. Pérez, A. y Donoso, E. Obstetricia. Edit. Mediterráneo. Chile. 4^a ed. Cap 41: 836-875.

APÉNDICES

Apéndice A



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN GESTANTES. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. PERIODO NOVIEMBRE 2023 – ABRIL 2024.

Para evaluar los factores de riesgo que prevalecen en gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo en el Departamento, estamos realizando un estudio de investigación donde haremos una serie de preguntas a través de un cuestionario aprobado previamente por la Dra. Neobis Morales, adjunto al Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Si usted acepta participar, le haremos una serie de preguntas acerca de sus datos personales tales como identificación, edad, antecedentes obstétricos tanto personales como familiares (madre y hermana), antecedentes de enfermedades crónicas.

Usted decide si formara parte del estudio, este no afectara su estado de salud actual. Cualquier información se mantendrá de manera confidencial, su nombre no será empleado en los resultados del estudio. Si está de acuerdo en participar en este estudio, puede escribir su nombre en el espacio abajo.

Nombre/Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Apéndice B

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FORMULARIO DE BASE DE SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO: (FDBSHE)

1. EDAD:

DX DE INGRESO: _____

2. OCUPACIÓN: _____

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN: ANALFABETA: _____
 PRIMARIA: _____
 SECUNDARIO _____
 UNIVERSITARIA: _____

4. ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN:

SI NO

4.1.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN:

SI NO

5. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

5.1.- PRIMIGESTA _____ 5.2 ANT. EMBARAZO GEMELAR ANT. _____

MOLAR: _____ MULTIPARIDAD: _____ número de gesta: _____

6.- MANIFESTACIONES CLINICAS:

PA: _____ EDEMA: _____ CEFALEA: _____

EPIGASTRALGIA: _____ CONVULSION: _____ HIPERREFLEXIA: _____

PROTEINURIA _____

7.- COMPLICACIONES MATERNA: _____

7.1.- COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO _____

8.- ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS):

HOJAS DE METADATOS

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

Título	Factores asociados a síndrome hipertensivo del embarazo. departamento de ginecología y obstetricia. complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez, ciudad bolívar, estado Bolívar. periodo marzo 2024 – agosto 2024.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Antunez Cortez, Joissy Emperatriz	ORCID	
	e-mail:	joissyantunez@gmail.com
Subero Marcano, Eilin Zorina	ORCID	
	e-mail:	eilinsm29@gmail.com

Palabras o frases claves:

síndrome hipertensivo del embarazo
SHE
preeclampsia
salud materno-fetal

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: Ginecología	

Resumen (abstract):

Se estima que el SHE es responsable de más de 50.000 muertes fetales y neonatales y más de 70.000 muertes maternas según datos de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP). **Objetivo:** Determinar los factores asociados a Síndromes hipertensivos del embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar durante el periodo marzo 2024 – agosto 2024. **Metodología:** Descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal. **Resultados:** De las características sociodemográficas de la población en estudio se observó predominio de grupo etario de 15-24 años con 43,10%; asimismo, 61,21% cursó, de manera completa o incompleta, educación secundaria y 68,10% refirió ser Ama de casa. Se registró que el trastorno más frecuente fue Preeclampsia con 56,90%. En este sentido, se observó que la manifestación clínica más frecuente fue cefalea con 90,70%, seguida de epigastralgia con 58,14%. Se evidenció predominio de las pacientes multíparas con 54,31% y, también hubo preponderancia de las embarazadas que negaron antecedente personal y antecedentes familiares de HTA con 69,8% de incidencia. Por su parte, se registró preeminencia de las embarazadas que no presentaron complicaciones subsecuentes con 68,97%. Por otro lado, predominó la presencia de complicaciones fetoneonatales con 50,86% y, la complicación de mayor frecuente fue Prematuridad con 61,71%. Por último, se evidenció que la mayoría de las pacientes se mantuvo de 4 a 6 días en el hospital (44,83%). **Conclusiones:** Los síndromes hipertensivos del embarazo afectan de manera significativa la salud materno-fetal.

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. Livia Torres	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	lldiagnosticoguayana@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/11/29

Lenguaje: spa

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

Archivo(s):

NBOTTG_ACJE2024

Alcance:

Espacial:

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario
Ruiz y Páez

Temporal:

Marzo 2024 – Agosto 2024

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

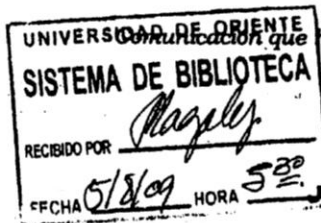
Cumaná, 04 AGO 2009

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,

JUAN A. BOLAÑOS CUNELE
Secretario



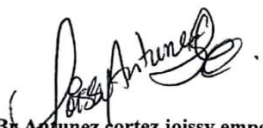
C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación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

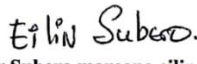
JABC/YGC/maruja

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)



Br. Antunez cortez joissy emperatriz
C.I.25083147
AUTOR


Br. Subero marcano eilin zorina
C.I.19622802
AUTOR

JURADOS


TUTOR: Prof. NEOBIS MORALES
C.I.N. 8896483
EMAIL: Neoneos2001@gmail.com


JURADO Prof. LUIS CABRERA
C.I.N. 12680721
EMAIL: luisecabrera@gmail.com


JURADO Prof. LIVIA TORRES
C.I.N. 12506917
EMAIL: Lidia.nostico@vagas.com.ve
@mail.com



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