



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

ACTA

TG-2024-15-09

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LUIS MADRIZ Prof. ANTONIO RUSSO y Prof. JOSE MENDOZA,
 Reunidos en: el Salón de Reuniones del 3er piso del
Servicio de Ginecología
 a la hora: 12:00
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ENERO-JUNIO 2024

Del Bachiller **Uricare Sanchez Mayerlin Valeria** C.I.: 26786270, 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	X
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	---

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 05 días del mes de Diciembre 2024

Prof. ANTONIO RUSSO
 Miembro Principal

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Tutor

Prof. JOSE MENDOZA
 Miembro Principal

Prof. IVÁN ASAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE





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

ACTA

TG-2024-15-09

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LUIS MADRIZ Prof. ANTONIO RUSSO y Prof. JOSE MENDOZA,

Reunidos en: el servicio de reuniones del 3er piso del servicio de Ginecología

a la hora: 12:00

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

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ENERO- JUNIO 2024

Del Bachiller **Velasquez Acuña Carlos Eduardo** C.I.: 28216556, 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.

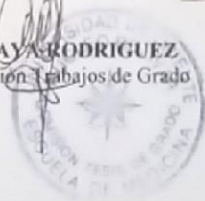
En Ciudad Bolívar, a los 05 días del mes de Diciembre de 2024

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Jurado

Prof. ANTONIO RUSSO
 Miembro Principal

Prof. JOSE MENDOZA
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE



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

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RIESGO ASOCIADOS
A LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD
BOLÍVAR, ENERO– JUNIO 2024**

Tutor académico:

Dr. Luis Madriz

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Uricare Sánchez, Mayerlin Valeria

C.I: 26.786.270

Br: Br. Velásquez Acuña, Carlos Eduardo

C.I: 28.216.556

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, diciembre de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	viii
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
METODOLOGÍA.....	23
Población y muestra.....	23
Criterios de inclusión.....	24
Criterios de exclusión.....	24
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
Instrumentos.....	24
Técnica.....	25
Recursos humanos.....	25
Recursos materiales.....	26
Procesamiento, análisis e interpretación de los datos.....	26
RESULTADOS.....	27
Tabla 1.....	27
Tabla 2.....	28
Tabla 3.....	29
Tabla 4.....	30
Tabla 5.....	31
Tabla 6.....	32

DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	55
Anexo 1.....	56
Anexo 2.....	59

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias y a la Virgen Santa Bárbara por guiarme e iluminar mi camino.

A mis padres, hermano y abuela por ser mi apoyo incondicional, motivación y fortaleza.

A mis amigas por convertirse en la familia que me regaló Ciudad Bolívar.

A todos los profesores que aportaron sus conocimientos y dedicación para enseñarnos, y ofrecernos las herramientas necesarias para la carrera.

A nuestro tutor Dr. Luis Madriz por su paciencia y dedicación para la realización de este trabajo de grado. Gracias doctor

Mayerlin Valeria Uricare Sánchez

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la fortaleza y sabiduría que me brindó en este camino académico. Su guía fue fundamental en cada paso de esta carrera.

A mis queridos padres y hermanos, gracias por su amor incondicional y su apoyo constante. Su fe en mí ha sido la base de mis logros y sueños.

A mis amigos y familiares, gracias por su apoyo y por estar siempre a mi lado. Su amor y aliento han sido una de mis mayores motivaciones en este viaje.

Agradezco sinceramente a nuestro tutor por su invaluable orientación y apoyo a lo largo de este proceso. Su dedicación y conocimientos han sido fundamentales para el desarrollo de nuestro trabajo.

Gracias a todos nuestros profesores por compartir su sabiduría y pasión por el conocimiento. Su dedicación ha sido clave en nuestra formación académica y crecimiento personal.

Carlos Eduardo Velásquez Acuña

DEDICATORIA

Primeramente, gracias a Dios por llegar a este punto de la carrera, por guiarme e iluminar mí camino. Lo que algún día se veía lejano, hoy estoy a un paso más cerca de lograrlo y cumplir mi sueño de titularme como Médico Cirujano de la Universidad de Oriente.

A mis padres, Raidé y Leonardo, por siempre apoyarme, guiarme, sostenerme, darme ánimos y fortaleza cuando más lo he necesitado. Este logro es tan mío como de ustedes, son mi todo, los amo.

A mi hermano Oliver gracias por tu apoyo y por estar al pendiente de mí, te quiero mucho hermano y deseo que cumplas todas tus metas y sueños.

A mi abuela Renee, gracias por tus consejos, palabras de aliento, por confiar y creer en mí, este logro también es tuyo. Eres la mejor, te amo.

A mis amigas y hermanas que me regaló la residencia: Norielis, María Paula y Francis, gracias por las risas, los consejos, las charlas interminables y por el apoyo. Las quiero mucho y deseo que cumplan todos sus sueños.

A mi amiga Carlys por ser de mis primeras amistades en la universidad y siempre estar presente en mi vida y mis logros a pesar de la distancia. Te quiero y espero volvernos a encontrar.

A mi amigo y compañero de tesis Carlos por confiar en mí y decidir emprender este proyecto juntos. Te quiero amigo.

Mayerlin Valeria Uricare Sánchez

DEDICATORIA

Quiero expresar mi agradecimiento primeramente a Dios por guiarme en cada paso de mi carrera. Su amor, apoyo y sabiduría han sido fundamentales en este recorrido, brindándome la fortaleza necesaria para superar los desafíos y así estar un paso más cerca de titularme como Médico Cirujano de la Universidad de Oriente.

A mis padres, Jesús Velásquez y Beatriz Acuña. Su amor, apoyo constante y sacrificios han sido la base de mi éxito. Gracias por siempre creer en mí, por motivarme a perseguir mis sueños y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Esta tesis es tanto mía como de ustedes, porque sin su apoyo, nada de esto habría sido posible, los amo.

A mis hermanos, Jesús y Mariana. Su compañía, amor y apoyo constante han sido una fuente de motivación a lo largo de mi carrera. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mi tío, el Dr. Carlos Velásquez, y a mi tía, la Dra. Delia Cedeño. Su apoyo incondicional ha sido guía fundamental en mi recorrido académico. Gracias por compartir su conocimiento, por sus consejos sabios y por siempre estar ahí para motivarme en los momentos de duda. Esta dedicación es un pequeño reflejo de mi gratitud hacia ustedes.

A mi tía, Migdaly Sifontes. Su apoyo en todo lo que nos proponemos y su amor incondicional han sido de mucha motivación en nuestros logros. Gracias por siempre estar para nosotros.

A mi novia, María Yépez. Tu amor, apoyo y comprensión han sido una luz en mi camino a lo largo de esta carrera. Gracias por estar siempre a mi lado, por motivarme en los momentos difíciles y por celebrar mis logros como si fueran tuyos.

A mis amigas Valentina Velásquez y Jhoselyn Villanueva. A lo largo de nuestra carrera universitaria, han sido más que compañeras; han sido una fuente de inspiración y apoyo incondicional. Gracias por los momentos de estudio compartido, las risas en medio de la presión y por estar siempre ahí para animarnos mutuamente.

A mi amiga y compañera de tesis Mayerlin Uricare, gracias por confiar en mí y decidir emprender juntos este proyecto. Te quiero amiga.

Carlos Eduardo Velásquez Acuña

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RIESGO ASOCIADOS A LOS
SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ
Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ENERO– JUNIO 2024.**

Tutor: Dr. Luis Madriz. Autores: Br. Uricare, M. y Velásquez, C.

RESUMEN

Los síndromes hipertensivos del embarazo, se han convertido en una entidad patológica que deja graves consecuencias y que afecta a alrededor de un 3% de las gestaciones en el mundo, con una importante morbimortalidad materno-fetal, en muchos casos por la falta de un diagnóstico oportuno de los signos y síntomas que constituyen la clínica de una preeclampsia y los factores epidemiológicos de riesgo que van asociados. **Objetivo:** Determinar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre enero a junio 2024. **Metodología:** Este estudio se hizo a través de un recorrido metodológico de tipo retrospectivo-transversal y descriptivo. **Resultados:** Se encontró que de la muestra de 302 Px con preeclampsia, la media o promedio fue de 26 años. Asimismo, 14 y 44 años fueron las edades extremas que arrojó el estudio. En el Control Prenatal, la media es de 4 chequeos. Resultados con especial atención son los hábitos tabáquicos y alcohólicos, porque cada ítem arrojó 35 Px (11,6%) y 200 Px (66%) respectivamente, de manera afirmativa. **Conclusiones:** La clase social media baja fue más recurrente en el estudio. La edad de 21 años en las pacientes con preeclampsia fue reiterativa. El fin de la gestación por cesárea fue el 65% (n=196). En los trastornos hipertensivos en gestaciones previas, el 9 % (n= 27) fue afirmativo. El 03 % (n=9), tuvo antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo.

Palabras clave: preeclampsia, diagnóstico, gestantes, materno-fetal.

INTRODUCCIÓN

Los estados hipertensivos del embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos más importantes. Los síndromes hipertensivos del embarazo son una complicación médica que afecta a algunas mujeres durante el embarazo. Se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial y la aparición de proteínas en la orina después de las 20 semanas de gestación. Se ha estimado que la preeclampsia y la hipertensión gestacional complican del 2 % al 8 % (6-8) y del 5 % al 10 % (9) de todos los embarazos a nivel mundial, respectivamente. En América Latina y el Caribe, los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) son responsables de casi el 26 % de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen al 9 % de las muertes. Si bien la mortalidad materna es menor en los países de ingreso alto que en los países en desarrollo, el 16 % de las muertes maternas se pueden atribuir a los SHE (6,8) (Carrión-Nessi FS, Omaña-Ávila OD, Romero SR, et al. 2022).

Esta condición, de estado hipertensivo del embarazo, puede tener efectos perjudiciales tanto para la madre como para el feto, y es considerada una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel global. La comprensión de los factores epidemiológicos asociados con los síndromes hipertensivos del embarazo es crucial para su prevención y manejo adecuado (Am, 2018). Los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) constituyen una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal en todo el mundo, pero la carga es mayor en los países de ingreso bajo y mediano bajo, (Say L, Chou D, Gemmill A, et al. 2014).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) para la clasificación de los síndromes hipertensivos del embarazo, asume los criterios de la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, (Brown MA,

Magee LA, Kenny LC, et al. 2018): Hipertensión previa a la gestación, Hipertensión crónica, Hipertensión gestacional, Preeclampsia (PE), PE sobreañadida a hipertensión crónica, eclampsia y síndrome de HELLP.

Durante los últimos años han ocurrido progresos notables en los conocimientos de la fisiopatología de esta enfermedad, que por costumbre se le había clasificado como enfermedad hipertensiva de la gestación, quizás por la importancia clínica del componente hipertensivo. Sin embargo, el énfasis que se le concedió a tal componente hizo que se prestara escasa atención a otros factores patógenos, tal vez más importantes, que categoriza a la preeclampsia como un síndrome complejo que puede afectar a todos los órganos y sistemas y la hipertensión sólo es una manifestación de tal cuadro. 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 (Carrión-Nessi, F., Omaña-Ávila, O., Romero, S. et al. 2022).

Diversos factores de riesgo han sido asociados con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo: 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 antifosfolípido, edad materna igual o mayor a 35 años, nefropatía, técnicas de reproducción asistida y apnea obstructiva del sueño (O’Gorman N, Wright D, Liona C, et al. 2017).

En ese mismo orden de ideas, es pertinente acotar, y de sumo interés recordar que una alta incidencia de los casos de preeclampsia son recurrentes en mujeres

nulíparas en buen estado de salud sin factores de riesgo a la vista. Sin embargo, no está claro el rol específico de las interacciones genético-ambientales sobre el riesgo y la incidencia de la preeclampsia, algunos estudios sugieren que la propensión a desarrollar preeclampsia puede tener algún componente genético-hereditario (Carrión-Nessi, F., Omaña-Ávila, O., Romero, S. et al. 2022).

En el abanico de los trastornos hipertensivos, la preeclampsia es considerada el más común, su frecuencia se describe entre 3% y 10% de todos los embarazos. La preeclampsia puede ocasionar diversas complicaciones tanto en la gestante como en el feto. La forma más grave de la preeclampsia es la eclampsia, ambas pueden llegar a causar un 75 % de morbilidad y mortalidad tanto en la grávida como en el feto a nivel universal (Carrión- Nessi FS, Omaña-Ávila OD, Romero SR, et al. 2022).

Es un síndrome multisistémico de gravedad variable que continúa sin tener una etiología clara, sin embargo, se han identificado diversos factores de riesgo, así como condiciones fisiopatológicas y clínicas predictoras de la enfermedad. Se produce a consecuencia de la reducción de la perfusión sistémica secundaria a vasoespasmo y activación de la cascada de coagulación, se manifiesta después de la vigésima semana de gestación o más temprano de ocurrir enfermedad trofoblástica como mola hidatiforme o hydrops fetal, en el parto o en el puerperio inmediato (Garcés, 2014).

Las principales causas de defunciones maternas son las hemorragias postparto, las infecciones y los trastornos hipertensivos, ocupando estos últimos el 12 al 25% del total de las defunciones. Los trastornos hipertensivos del embarazo y en particular la preeclampsia son las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal (Herrera, 2018). A nivel mundial, mueren 600 000 mujeres cada año por causas relacionadas con la preeclampsia y el 99% de esos decesos ocurren en los países en vías de desarrollo, donde constituye la tercera causa de mortalidad materna con 12%. Para el Caribe y Sudamérica las alteraciones hipertensivas gestacionales son

causantes de un 26 % de mortalidad materna, a diferencia de Asia y África que manifiesta el 9 % de muertes maternas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

En el año 2014 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que Venezuela experimentó una tasa de mortalidad materna de 59,9 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos registrados, y el 28,6 % fue representado por los trastornos hipertensivos del embarazo, correspondiendo a la primera causa de muerte materna a nivel nacional. En lo que corresponde a Venezuela, el último Anuario de mortalidad (2016), en la mortalidad materna hubo un total de 986 fallecimientos, de los cuales 799 (81,03%) corresponden a muertes maternas y 187 a muertes maternas tardías (18,97%) resultando en una Razón de Muerte Materna de 133,84 por cada 100 mil Nacidos Vivos Estimados. Las principales causas de muerte materna corresponden al grupo de Afecciones Obstétricas 388 (39,35%), Trastornos Hipertensivos 231 (23,43%) y Complicaciones del Trabajo de Parto 123 (12,47%).

Los trastornos hipertensivos durante la gestación afectan hasta a un 10% de las gestaciones y comprenden un espectro que va desde la hipertensión crónica hasta la eclampsia. La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica caracterizada por la existencia de un daño endotelial que precede al diagnóstico clínico y afecta a alrededor de un 3% de las gestaciones en el mundo, con una importante morbimortalidad materna y no neonatal, principalmente debida a la necesidad de una finalización pretérmino de la gestación y a su asociación con el crecimiento intrauterino restringido (CIR). Además de las complicaciones iniciales, secundarias al bajo peso al nacer y la prematuridad, también hay un aumento de las complicaciones a medio y largo plazo en relación al desarrollo neurológico y otras patologías en la edad adulta de origen cardiovascular o diabetes mellitus (DM). (O’Gorman N, Wright D, Liona C, et al. 2017).

La identificación de los factores de riesgo para los trastornos hipertensivos que complican al embarazo, el conocimiento de la fisiopatología y de las formas atípicas contribuye a la disminución de la evolución hacia formas graves, muertes maternas y perinatales. Al respecto, en un trabajo de investigación sobre los Factores de riesgo y predictores de preeclampsia, concluyeron que es fundamental la identificación de los riesgos y valores de predicción temprana de preeclampsia como método de prevención primaria; de igual manera, es fundamental conocer cada uno de ellos en el momento de la evaluación integral de la paciente embarazada (Chimbo C. Mariño M., Chimbo T., et al. 2018).

En un trabajo de investigación titulado: Factores de riesgo de hipertensión en el embarazo en mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, policlínico “José Jacinto Milanés”. 2014-2015, estudio observacional, descriptivo, transversal. El universo estuvo constituido por 180 mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, a las cuales se les aplicó la encuesta Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo y factores de riesgo asociados, se observó un predominio de las mujeres en las edades extremas, sobre todo entre 36 y 49 años, además predominaron las mujeres con sobrepeso, tabaquismo, con antecedentes de hipertensión arterial crónica y nulíparas (Narváez S., Hernández D., Espín G. 2018).

En una investigación de revisión narrativa denominada, Factores de Riesgo que Predisponen a los Trastornos Hipertensivos Asociados al Embarazo, incluyeron artículos originales con enfoque cuantitativo, descriptivo, experimental y analítico, publicados desde 2002 al 2020, en español e inglés (Gómez, 2021), obteniendo como resultado en el análisis bivariado la identificación de los factores de riesgo más significativos asociados a los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, estos fueron: edad materna, menor a 20 años ($p= 0,045$) y mayor de 35 años ($p=<0,05$), primiparidad ($p= <0,01$), nuliparidad ($p= 0,041$), embarazo múltiple ($P<0,04$), antecedentes personales de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo ($p=$

0,041) y diabetes mellitus ($p = <0,05$); en el análisis del multivariado los factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos del embarazo fueron, antecedentes personales de hipertensión crónica (AOR =13,64; IC del 95%: 4,45 a 41,81), diabetes gestacional (OR= 23,07; IC del 95% 10.37-51.34), IMC: sobrepeso (OR= 6,07; IC del 95% 3,53-10,43) y obesidad (OR 17,636; IC 95%: de 2,859 - 108,774).

En ese orden de ideas, se obtuvieron las siguientes conclusiones de acuerdo a las investigaciones que se analizaron y teniendo en cuenta los resultados de este proyecto de investigación, las mujeres por naturaleza poseen unos factores no modificables como la edad, raza y antecedentes familiares y personales de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo; sin embargo, hay factores que son modificables, como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, hábito de fumar, la alimentación y las creencias que las predisponen a padecer un trastorno hipertensivo durante su gestación, incrementando el riesgo de la morbilidad materna. (Chimbo C. Mariño M., Chimbo T., et al. 2018)

Relacionado con los factores de riesgo para los trastornos hipertensivos del embarazo, un trabajo de investigación titulado: Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos hipertensivos y describir los aspectos sociodemográficos y los factores de riesgo de preeclampsia, hipertensión gestacional y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Se encontró un alto porcentaje de partos prematuros, asociada a una severidad variada (Romero, 2022).

En un estudio realizado intitulado: Prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en edades obstétricas de riesgo. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019, (Álvarez y Cárdenas, 2019), encontraron que más de una octava parte de pacientes con edades obstétricas de riesgo presentaron trastornos hipertensivos en el embarazo, siendo la pre-eclampsia la patología obstétrica más

frecuente y, fueron factores asociados estadísticamente significativos el sobrepeso/obesidad, la hipertensión crónica y el antecedente de un trastorno hipertensivo en gestaciones anteriores. Se realizó un estudio analítico transversal. Se incluyeron 249 historias clínicas del sistema “Intranet” para hospitalización, seleccionadas por muestreo aleatorio simple.

Los Síndromes Hipertensivos del Embarazo (SHE) incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica y se caracterizan por un aumento de la presión arterial y alteraciones multiorgánica que van de leves a graves (Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, et al. 2014). La hipertensión gestacional se asocia con resultados adversos perinatales. Hasta el 50% de las mujeres con hipertensión gestacional eventualmente desarrollará proteinuria u otra disfunción de órgano compatible con el diagnóstico de preeclampsia (PE), y esta progresión es más probable cuando la hipertensión se diagnostica antes de las 32 semanas de gestación.

Se define la Hipertensión arterial (HTA) durante la gestación a la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, en dos tomas separadas al menos 4 horas en el mismo brazo. Se considera en rango de gravedad si: PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg, (Revista de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Se ha estimado que la preeclampsia y la hipertensión gestacional complican del 2 % al 8 % de todos los embarazos a nivel mundial, respectivamente. En América Latina y el Caribe, los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) son responsables de casi el 26 % de las muertes maternas, mientras que en África y Asia contribuyen al 9 % de las muertes. Si bien la mortalidad materna es menor en los países de ingreso alto que en los países en desarrollo, el 16 % de las muertes maternas se pueden atribuir a los SHE. Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son la

principal causa de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en el mundo (Múnera-Echeverri, A., Muñoz-Ortiz, E., Ibarra-Burgos, J. 2021).

Pese a las diferencias en definiciones de hipertensión arterial (HTA) en adultos entre las sociedades europea y americana, la definición de HTA en la gestante es relativamente unánime entre la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y el Colegio Americano de Ginecoobstetricia (ACOG), y se considera cuando la cifra de PA sistólica (PAS) es mayor o igual a 140 mm Hg y la PA diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg. A su vez, los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, según las cifras tensionales, se clasifican como leves cuando la PAS está entre 140-149 mm Hg y la PAD entre 90-109 mm Hg, y graves si la PAS es ≥ 160 mm Hg y o la PAD ≥ 110 mm Hg (Iranzo, R., Iranzo, M., Gorostidi, M. et al. 2017)

Diversos factores de riesgo han sido asociados con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo: nuliparidad, gestación múltiple, antecedente de preeclampsia en un embarazo previo, hipertensión crónica, diabetes pre gestacional, 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 (Zhang JJ, Ma XX, Hao L, et al, 2015). Es importante recordar que la mayoría de los casos de preeclampsia se presentan en mujeres nulíparas saludables sin factores de riesgo evidentes (ACOG, 2020). Aunque no está claro el papel específico de las interacciones genético- ambientales sobre el riesgo y la incidencia de la preeclampsia, algunos reportes sugieren que la propensión a desarrollar preeclampsia puede tener algún componente genético (Ward K, Hata A, Jeunemaitre X, et al. 2019).

Si se usa orina de 24 horas, se debe solicitar la excreción de creatinina para comprobar que se ha recogido adecuadamente. Se debe sospechar la presencia de

proteinuria significativa cuando presente una proteinuria cualitativa $> 1+$ (American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG, 2019). La proteinuria se debe chequear de forma rutinaria en cada trimestre de la gestación. La forma más adecuada de evaluar la proteinuria en una paciente con bajo riesgo de PE es mediante el test en orina con tira reactiva, de forma visual o automatizada.

La presencia de proteinuria cualitativa $1+$ en ausencia de infección se debe comprobar siempre con un cociente proteína/creatinina o con orina de 24 horas. Si el cociente proteína/creatinina es ≥ 30 mg/mmol no es necesario comprobar con orina de 24 horas para confirmar el diagnóstico. Una vez que se obtiene el diagnóstico de proteinuria, no es necesaria su monitorización, dado que aporta poco valor a la estratificación de la severidad del trastorno y, por otra parte, no se incluye en las consideraciones de PE grave. La única situación en la que el grado de proteinuria añadiría impacto en el manejo sería en la asociación de síndrome nefrótico; por lo tanto, solo si el cociente proteína/creatinina es > 230 mg/ μ mol se realizará proteinuria en orina de 24 horas (Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. 2018).

En el caso de pacientes con proteinuria sin hipertensión, deben ser seguidas estrictamente para detectar el desarrollo de la PE o de la patología renal, pero no tratadas como PE. Aproximadamente un 50% de mujeres con estas características desarrollarán PE en el curso de la gestación (Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. 2018). PE sobreañadida a hipertensión crónica: empeoramiento brusco de la HTA o aparición o empeoramiento de proteinuria o aparición de signos o síntomas de afectación multiorgánica en una paciente con HTA crónica o proteinuria previa.

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. Esta última puede producir complicaciones agudas como edema pulmonar agudo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulopatía, lesión renal aguda y lesión retiniana (Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. 2018).

En la literatura se describe otro tipo de clasificación de la PE según el momento de finalización, a saber: PE precoz, PE pre-término. PE a término. Dicha clasificación se establece por consenso de expertos como clasificación fisiopatológica, siendo utilizada principalmente a nivel de investigación (Carrión-Nessi FS, Omaña-Ávila OD, Romero SR, et al. 2022).

Diversos estudios han reportado que la preeclampsia aparece con más frecuencia durante el primer embarazo; es mayor su incidencia cuando ocurre cambio de paternidad y, disminuye su incidencia mientras mayor sea la actividad sexual que antecede a la concepción. Estos hechos se compaginan con la idea de la existencia de mecanismos inmunes involucrados en el proceso, por lo que algunos investigadores han propuesto que el reconocimiento inmunológico en el embarazo es esencial para el éxito del mismo, pues además de permitir prevenir el rechazo del hemialoinjerto facilita el estímulo para la descarga de citoquinas y factores de crecimiento, los cuales promueven la progresión y desarrollo del producto de la concepción (Teppa-Garrán, A., Oviedo, N., Proverbio, T. et al. 2015).

A lo largo de las últimas dos décadas, se han propuesto varios mecanismos patogénicos de la preeclampsia, incluidos los siguientes: isquemia uteroplacentaria crónica, toxicidad por lipoproteínas de muy baja densidad, mala adaptación inmune, impronta genética, aumento de la apoptosis o necrosis trofoblástica y respuesta inflamatoria materna exagerada secundaria a la deportación trofoblástica. Estudios recientes plantean un posible papel de la endoglina soluble y otros factores antiangiogénicos circulantes, así como de los factores de riesgo cardiovasculares

preexistentes junto con el embarazo y de la infección microbiana latente (Lu y Hu, 2019), en la patogénesis de la preeclampsia.

Como la preeclampsia sólo se presenta durante el embarazo y, aparentemente, requiere de la presencia de la placenta para iniciarse, la mayoría de las evidencias señalan como punto de partida de la enfermedad a una insuficiencia placentaria. Una pobre perfusión placentaria, puede presentarse por implantación anormal (mediada genética y/o inmunológicamente), enfermedad microvascular y/o aumento de tamaño placentario (Teppa-Garrán, A., Oviedo, N., Proverbio, T. et al. 2015).

La fisiopatología subyacente que dirige la transición al estado de preeclampsia aún no es completamente entendida. Sin embargo, se cree que está relacionada con mecanismos moleculares que reducen la perfusión placentaria, induciendo la disfunción del endotelio en los tejidos vasculares maternos. Generalmente, estos procesos surgen por un fracaso relativo para inducir la inmunotolerancia entre los aloantígenos paternos proveniente del trofoblasto y el tejido materno, lo que ocasiona una inadecuada invasión citotrofoblástica y una remodelación defectuosa de las arterias espirales uterinas (Ngene y Moodley, 2018).

Diversos estudios han evaluado la utilidad de los marcadores bioquímicos y biofísicos en la predicción de la preeclampsia de inicio temprano (≤ 34 semanas de gestación) y la de inicio tardío (> 34 semanas de gestación). En general, la sensibilidad y especificidad para la predicción de la preeclampsia de inicio temprano utilizando parámetros bioquímicos del primer trimestre y bioquímicos o biofísicos del segundo trimestre son mejores que para la preeclampsia de inicio tardío. Hasta la fecha, se han desarrollado múltiples y muy variados modelos para la predicción de la preeclampsia, algunos de los cuales han arrojado resultados prometedores. Sin embargo, el alto grado de heterogeneidad entre los estudios impide la selección del

mejor modelo o un análisis agregado de los modelos de pronóstico (Carrión-Nessi, F., Omaña-Ávila, O., Romero, S. et al. 2022).

Los trastornos hipertensivos crónicos producen daño vascular que puede provocar desoxigenación del trofoblasto y favorecer el surgimiento de preeclampsia. Los trastornos hipertensivos en la gestación se clasifican en: crónicos, preeclampsia sobreimpuesta a la hipertensión arterial crónica, preeclampsia leve o grave, eclampsia y síndrome Hellp, (González Ruiz, G., Reyes, L., Camacho, D., et al. 2014) y provocan complicaciones al feto y a la embarazada, como mortalidad perinatal, prematuridad, sufrimiento fetal, ingresos a unidades de cuidados intensivos perinatales, eclampsia y desprendimiento precoz de la placenta con riesgo de coagulopatías; agravan los ingresos antes y después del parto; además, de aumentar las intervenciones obstétricas.

Asimismo, otros factores de interés son: edad materna menor de 20 y mayor de 35 años; primigravidez; historia personal y familiar de trastornos en embarazos anteriores; embarazo molar en nulípara; presencia de enfermedades crónicas, obesidad, diabetes mellitus, malnutrición, escasa ingesta de calcio, consumo de alcohol, bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes (Garcés, 2014).

Estos factores complican a un alto porcentaje de las gestantes y es causa importante de morbimortalidad materna y fetal. Por lo tanto, el aumento de 30 mmHg de tensión arterial sistólica y 15 en la diastólica, es un signo de alarma que debe vigilarse estrictamente durante el embarazo, aunque no es comprobatorio de diagnóstico de HTA. Las primíparas con antecedentes familiares de preeclampsia tienen de 2 a 5 veces más riesgo de desarrollar preeclampsia que una primigesta sin historia familiar (González Ruiz, G., Reyes, L., Camacho, D., et al. 2014)

Es posible que la raza negra por sí sola no parezca ser un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia, sino un indicador de otras características (Iranzo, R., Iranzo, M., Gorostidi, M., et al. 2017). Algunos estudios presentan una alta incidencia de preeclampsia superior al 5%, esto explicado por el hecho de que la hipertensión arterial crónica es más frecuente y severa en estas personas. La raza negra se asocia a elevados niveles de pobreza, malnutrición, hipertensión, obesidad y control prenatal inadecuado.

La preeclampsia-eclampsia aparece en el 5-10% de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigesta (85%), la padecen del 14.5 al 20% de las gestantes múltiples y el 30% de mujeres con anomalías uterinas graves, afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos. La preeclampsia se observa entre 5-10% de las embarazadas y produce 22% de las muertes perinatales, la incidencia del síndrome de HELLP en la preeclampsia-eclampsia va del 2 al 20%; la diferencia en la información se debe principalmente a que los estudios se han realizado en poblaciones muy distintas, y a los criterios que se utilizan. Se reconoce a la eclampsia como la principal causa de mortalidad y al síndrome de HELLP como causal de la mayor morbilidad fetal (Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. 2020).

Se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. Se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Excepcionalmente en casos de hidrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas. Se considera preeclampsia severa cuando existe una TA sistólica ≥ 160 mmHg y/o una TA diastólica ≥ 110 mmHg con proteinuria o si existe hipertensión asociada a proteinuria severa (≥ 2 gramos en orina de 24 horas). También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe

de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica (Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. 2020).

La hipertensión arterial crónica, es una hipertensión presente antes del inicio del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20. La hipertensión diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión crónica. (Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. 2020). A mayor la presión arterial pregestacional mayor es el riesgo de padecer preeclampsia. Asimismo, la prevalencia de la obesidad durante el embarazo está aumentando en forma exponencial. Alrededor del 15 - 20% de las mujeres comienzan el embarazo con un índice de masa corporal que las definiría como obesas.

Los embarazos en mujeres obesas tienen un mayor riesgo de complicaciones como diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, parto pretérmino y cesárea. Existen pruebas convincentes de que la obesidad aumenta tres veces el riesgo de preeclampsia y en los países desarrollados es el principal riesgo atribuible para el trastorno (Mejía-Montilla, Jorly y Reyna-Villasmil, Eduardo. 2017).

La patogenia de la diabetes gestacional no está claramente dilucidada; actualmente se acepta que se trata de un trastorno heterogéneo en el que podemos encontrar frecuentemente una alteración de características similares a la diabetes tipo 2, aunque hasta en el 8% de los casos se detecta la presencia de anticuerpos, antiinsulina, ICA (anticuerpos anti islote pancreático) y anti-GAD, lo que podría indicar el desarrollo de una diabetes tipo 1 en la gestación. Comparado con el embarazo normal, encontramos en la mayoría de casos de diabetes gestacional una disminución de la sensibilidad periférica a la insulina asociada a una incapacidad para incrementar la secreción de insulina como respuesta al aumento de los niveles de glucemia, situación que permanece incluso finalizada la gestación. (Pérez, Omidres; Saba, Tony; Padrón, Miguel. et al. 2014).

Durante la gestación ocurren diferentes cambios fisiológicos en la mayoría de los sistemas, siendo de gran impacto los cambios hemodinámicos a nivel renal. A saber, se presenta aumento del volumen sanguíneo, disminución de la resistencia vascular sistémica y aumento del gasto cardíaco; asimismo, efectos como la relajación del músculo liso debido a la progesterona combinado con la compresión mecánica por el útero en crecimiento pueden causar retención de orina en el sistema colector, con una consecuente hidronefrosis fisiológica durante el embarazo (Pérez-Calvo C, Rico-Fontalvo J, Lavalle-López O, et al. 2021).

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. La gestación en la mujer con síndrome antifosfolípido (SAF) supone un importante reto. Por ello, el manejo precoz del síndrome antifosfolípido en la gestación resulta de gran importancia ya que permite realizar un adecuado control de las pacientes y minimizar las posibles complicaciones mediante el tratamiento temprano con ácido acetilsalicílico (AAS) y heparina de bajo peso molecular (HBPM) así como por un estrecho control por parte del obstetra y el reumatólogo (Félix, C., Paz, M., Añón, I., et al. 2021).

La preeclampsia se reconoce actualmente como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre, dado que la unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, y que se supone sean los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad. Durante el primer embarazo se pondría en marcha todo este mecanismo inmunológico y surgiría la preeclampsia pero, a la vez, también se desarrollaría el fenómeno de tolerancia inmunológica, que evitará que la enfermedad aparezca en gestaciones posteriores, siempre que se mantenga el mismo compañero sexual. Así, el efecto

protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero (Alejandro, D., Teppa, Garrán, T., Terán, J. 2015).

Tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio, esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que favorecen la aparición de la enfermedad. Por otra parte, en el embarazo gemelar hay un aumento de la masa placentaria y, por consiguiente, un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, por lo que el fenómeno inmunofisiopatológico típico de la preeclampsia puede ser más precoz e intenso en estos casos (Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, et al. 2014)

Durante el embarazo molar se produce un mayor y más rápido crecimiento del útero, lo que genera distensión brusca del miometrio, con el consiguiente aumento del tono uterino, disminución del flujo sanguíneo placentario e hipoxia que está vinculada con la aparición de la enfermedad. Asimismo, en el embarazo molar está aumentada la masa placentaria, ya que hay una superabundancia de vellosidades coriónicas, lo cual puede anticipar y acrecentar la reacción inmunitaria anormal vinculada con la aparición de preeclampsia (Alejandro, D., Teppa, Garrán, T., Terán, J. 2015).

A principios de este siglo, los obstetras pensaban que la preeclampsia era una condición que afectaba, fundamentalmente, a pacientes de clase social alta, aunque desde hace varias décadas se ha asociado con pacientes de bajo nivel socioeconómico. Existen varios trabajos donde no se ha observado este patrón, el cual puede ser resultado de una falsa impresión, confundida por la relación de la preeclampsia con la paridad, edad y grupo étnico (Davies AM, Czaczkes JW, Sadovsky E. 2019). Contrariamente, la eclampsia sí es una entidad que afecta, principalmente, a pacientes de bajo nivel socioeconómico. Esta relación se fundamenta en la mala calidad del control prenatal.

La preeclampsia grave o severa es una enfermedad de causa desconocida que afecta el endotelio y se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria luego de la 20ª semana de gestación o en el puerperio. Se trata de un síndrome con falla multiorgánica con o sin hipertensión y/o proteinuria, que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. (Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. 2020).

La preeclampsia se ha asociado con un mayor riesgo de resultados adversos fetales, neonatales y maternos que incluyen hemorragia preparto y posparto, insuficiencia renal y hepática aguda, convulsiones eclámpticas, accidente cerebrovascular, desprendimiento de la placenta, síndrome HELLP, falla cardíaca, fallas de múltiples órganos y muerte materna (Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. 2020).

Dada la prevalencia de la preeclampsia y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad tanto maternas como perinatales, es necesario profundizar en el estudio de la misma. Además, con base en la premisa de que no existen antecedentes reportados en los últimos cinco años del presente estudio a nivel local, y por configurarse en una patología de interés en la práctica obstétrica diaria, así como un tema de relevancia en el área de la salud y de amplia preocupación en las mujeres en estado de gravidez.

Por lo anterior, cobró pertinencia este estudio en procura de optimizar el control estricto y multidisciplinario en aquellas pacientes con alto riesgo de desarrollar esta condición en el embarazo actual. Ante lo descrito, se planteó la siguiente pregunta, con la finalidad de conocer a profundidad la problemática planteada: ¿Cuáles son Los factores epidemiológicos de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital Universitario Ruiz y Páez en el periodo enero–junio 2024?.

En tal sentido, con fundamento en la relevancia de lo expuesto se realizó esta investigación con el objetivo de determinar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, en el periodo comprendido entre enero a junio 2024.

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo, entre ellas la preeclampsia, se han convertido en patologías de graves consecuencias de la salud materno perinatal; la falta de diagnóstico oportuno de los signos y síntomas que constituyen la clínica de una preeclampsia conllevan a su complicación que sería una eclampsia y otros. Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no se puede evitar, el propósito es identificar los Factores Epidemiológicos de riesgo asociados a los Síndromes Hipertensivos del Embarazo, con el fin de mejorar las acciones médicas en beneficio del binomio materno fetal. Estos hallazgos permitirán mostrar los principales factores de riesgo para preeclampsia dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores médicos-clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves (Iranzo, R., Iranzo, M., Gorostidi, M., et al. 2017)

En lo relativo al aporte social, se pretende enfatizar la importancia de conocer los Factores Epidemiológicos de riesgo asociados a los Síndromes Hipertensivos del Embarazo, lo que derivaría en la conveniencia de realizar charlas educativas a las pacientes para minimizar los riesgos y propender hacia una buena calidad de vida, evitando así futuras complicaciones para la madre y el feto (Flores Loayza E, Rojas López F, Valencia Cuevas D, et al. 2017).

En cuanto al área médica-académica el aporte es su pertinencia, y base para nuevas investigaciones, y a nuevos conocimientos en materia de estrategias para tratar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo, como una de las principales patologías causantes de morbimortalidad materno fetal a nivel mundial. A tales efectos, es de sumo interés este estudio en la

población afectada, porque permitirá optimizar el control multidisciplinario en pacientes con alto riesgo en su gestación. (Cabrera, 2019).

En suma, se procuró investigar los factores epidemiológicos de riesgo en las gestantes que ingresaron por preeclampsia al Hospital Universitario Ruiz y Páez, en el lapso de enero a junio 2024, y promocionar cuidados de salud que disminuyan la gravedad de la misma, y por ende redunde en proteger la calidad de vida de la gestante y de su hijo por nacer.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre enero a junio 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar algunas características generales de las pacientes con preeclampsia tales como: edad, paridad, nivel socioeconómico y control prenatal
2. Establecer en los registros médicos los antecedentes personales patológicos de las pacientes con preeclampsia como: trastorno hipertensivo en gestaciones previas, hipertensión arterial crónica, nefropatía, cardiopatía, diabetes mellitus o gestacional, obesidad, collagenopatías y drepanocitemia.
3. Distinguir los antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo, en pacientes con preeclampsia, según las historias médicas.
4. Precisar los hábitos psicobiológicos de las pacientes con preeclampsia: hábitos tabáquicos, alcohólicos, y sexualidad (cambio de pareja sexual, cohabitación sexual).

5. Indicar la frecuencia de condiciones asociadas al embarazo en pacientes con preeclampsia: gestación múltiple, existencia de embarazo molar, hidramnios asociado e infecciones de vías urinarias.
6. Identificar la vía de finalización del embarazo, en las pacientes con preeclampsia.

METODOLOGÍA

Este recorrido metodológico de investigación se efectuó a través de un estudio de tipo retrospectivo-transversal, que tuvo lugar en el Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, Venezuela. De acuerdo a la naturaleza de la investigación, la misma reúne, por su nivel, las características de un estudio descriptivo, en correspondencia con el objetivo general de este estudio.

Un diseño de estudio retrospectivo implica la recopilación de datos del pasado para examinar las exposiciones a factores de riesgo o de protección sospechosos en relación con un resultado que se establece al comienzo del estudio. En este tipo de investigación se toman muestras de registros médicos, recopilándose información de su pasado reciente. (Cabrera, L., Bethencourt, J. T., González Afonso, M. et al. 2006). En los estudios transversales se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único. El estudio transversal descriptivo se caracteriza por analizar la distribución y frecuencia de una temática de estudio dentro de un grupo demográfico. (Cvetkovic-Vega, A; Maguiña, Jorge L.; Soto, Alonso, et al. 2021).

Población y muestra

Para este estudio se tomó en cuenta la información de las Historias Clínicas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, que en este caso la muestra fue de 302 pacientes, hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, registradas en el lapso de enero a junio 2024.

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de Preeclampsia: definida como PA \geq 140/90, con incidencia y predominancia a partir de la semana 20 de gestación.
- Gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez del periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas de gestantes en estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en el lapso comprendido de enero a junio 2024. En ese sentido, se hicieron los trámites pertinentes para solicitar autorización al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Ruiz y Páez”, para realizar la investigación.

Instrumentos

Para cumplir con el estudio de investigación propuesto se elaboró un instrumento, consistente con una ficha de datos, diseñada con el apoyo y asesoramiento de doctores especialistas en el área de salud, de la temática motivo de esta propuesta de investigación, quienes contribuyeron a darle forma y estructura a la narrativa discursiva, a las ideas e interrogantes de los autores del presente trabajo. El instrumento, ficha de recolección de dato, estuvo conformada por cuatro partes y se subdividió en: (anexo A).

Características generales: edad, paridad, nivel socioeconómico, control prenatal y uso de anticonceptivos de barrera. Antecedentes patológicos: Personales: antecedentes de trastorno hipertensivo en gestaciones previas, hipertensión arterial crónica, cardiopatía, nefropatía, diabetes mellitus, obesidad, colagenopatías y drepanocitemia. Antecedentes familiares: de hipertensión gestacional. Hábitos psicobiológicos: tabáquicos y alcohólicos, y sexualidad (cambio de pareja sexual, cohabitación sexual).

Para determinar el nivel socioeconómico de las pacientes, se aplicó la escala de Graffar modificado (anexo B). La escala de Graffar (Méndez Castellano, 1996): mide el nivel socioeconómico a través de 4 variables: profesión del cabeza de familia (se considera a quien desempeña la profesión de nivel más elevado de entre ambos progenitores), nivel de instrucción de la madre, ingresos familiares, y condiciones de la vivienda. Atendiendo a la puntuación, los resultados se dividen en 5 categorías: Clase I: Alta 16-20 puntos, Clase II: Media alta 13-15 puntos, Clase III: Media baja 10-12 puntos, Clase IV: Obrera 7-9 puntos y Clase V: Marginal 4-6 puntos.

Técnica

Los datos se presentan en tablas estadísticas de trabajo. El análisis de los resultados se realizó con base a frecuencias absolutas y porcentuales (Vargas Pereira, 2021).

Recursos humanos

Los autores, quienes fueron los responsables de recoger la información, procesarla y presentarla. Así mismo, la valiosa colaboración del tutor de este estudio que aportó sus orientaciones necesarias.

Recursos materiales

Bolígrafos, lápices, papel, computadora, historias clínicas de las gestantes, instrumento de recolección de datos.

Procesamiento, análisis e interpretación de los datos

Previo a la recolección de datos los investigadores solicitaron a las autoridades del hospital el permiso correspondiente para la realización de la investigación. Una vez obtenida la autorización por las autoridades, se procedió a recolectar la información, de las historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, dentro del periodo enero–junio 2024.

Se empleó una ficha de recolección de datos, que recogió la información de las historias clínicas. La recolección de la información estuvo a cargo de los investigadores. Todos los datos se analizaron con estadística descriptiva. La información recogida se tabuló en una base de datos de Microsoft Excel 2010, para obtener estadísticas descriptivas.

RESULTADOS

Tabla 1

Algunas características generales de las pacientes con preeclampsia tales como: edad, paridad, nivel socioeconómico y control prenatal.

302 Px	Edad	Paridad	Nivel socioeconómico	Control prenatal
Media	26	1	2	4
Mediana	26	1	3	4
Moda	21	0	3	6
Mínimo	14	0	1	2
Máximo	44	14	5	11

Fuente: Datos de Historias Médicas. Periodo enero-junio 2024.

Análisis: Con base en los resultados expresados en la tabla, obtenidos con el uso de la Estadística Descriptiva en Excel 2010, se puede observar que de la muestra de 302 pacientes con preeclampsia, las características señalan que en cuanto a la Edad, la Media o promedio es de 26 años, con una Mediana también de 26 años, y una Moda de 21 años, es decir, que la edad más recurrente en las embarazadas con preeclampsia es 21 años. Asimismo, 14 años es la edad mínima que se obtuvo en la investigación y 44 años es la edad máxima. En la Paridad, la Media es de 1 parto, la Mediana es de 1 y la Moda es de 0, siendo 14 la cantidad máxima de partos que ha tenido una paciente. En los niveles socioeconómicos, los valores que arrojó el estudio indican que la Media ubica a las embarazadas con preeclampsia en el nivel 2, con una Mediana de 3 y una Moda de 3, así como unos valores de 1 y 5, mínimo y máximo respectivamente en la ubicación de la clase socioeconómica. En cuanto al Control Prenatal, la Media es de 4, la Mediana 4, la Moda con 6 controles, con un mínimo de asistencias de 2 y un máximo de 11 controles del embarazo.

Tabla 2

Antecedentes personales patológicos de las pacientes con preeclampsia, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, de Ciudad Bolívar. Periodo enero-junio 2024.

Antecedentes personales patológicos de las pacientes con preeclampsia

Patologías	No	%	SI	%	n	%
Trastornos hipertensivos en gestaciones previas.	275	91 %	27 2do.trim.11 3er. trim.16	9 %	302	100 %
Hipertensión arterial crónica.	260	86 %	42	14 %	302	100 %
Nefropatía.	296	98%	6	2 %	302	100 %
Cardiopatía	302	100%	0	0%	302	100 %
Diabetes Mellitus o gestacional.	298	98.6 %	4	1.4%	302	100 %
Obesidad.	289	95.6 %	13	4.4%	302	100 %
Colagenopatías (artritis reumatoide)	299	99 %	3	1 %	302	100 %
Drepanocitemia.	301	99.6 %	1	0.4 %	302	100 %

Fuente: Datos de Historias Médicas. Enero-junio 2024.

Análisis: En los Trastornos Hipertensivos en gestaciones previas, el 9 % (n=27) si presentó esa patología, destacándose que hubo en el 2do trim. 11 Px y en el el 3er trim. 16 px. En Hipertensión Arterial Crónica, 14 % (n=42) de las pacientes presentó esta afección. En la Nefropatía, solo el 2 % (n=6) de las pacientes padeció esta patología. En cuanto a Cardiopatía, no hubo padecimiento. En Diabetes Mellitus o Gestacional, solo el 1,4 % (n=4) dijo que si tuvo la afección. En la Obesidad, el 4,4 % (n=13) de las pacientes aumentó de peso. En la Colagenopatías, el 1 % (n=3) tuvo relación con la enfermedad. En la Drepanocitemia, se indica que el 0.4 % presentó problemas con ese trastorno de alteración de la sangre.

Tabla 3

Antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo, en pacientes con preeclampsia, según las historias médicas, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez, de Ciudad Bolívar. Periodo enero-junio 2024.

Trastorno hipertensivo durante el embarazo: antecedentes familiares.	n	%
SÍ	9	03
NO	293	97
TOTAL	302	100 %

Fuente: Datos de Historias Médicas. Periodo enero-junio 2024.

Análisis: Haciendo una interpretación de los datos que arrojó la investigación se puede observar que en los antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo, en las pacientes con preeclampsia el 03 % (n=9), de las 302 pacientes embarazadas con preeclampsia, presentó relación con antecedentes familiares vinculados a trastornos Hipertensivos durante el embarazo; en el caso contrario se evidencia que el 97 % (n=293) no tuvo esa vinculación con antecedentes, porque sus familiares no presentaron ese trastorno.

Tabla 4

Hábitos psicobiológicos de las pacientes con preeclampsia: hábitos tabáquicos y alcohólicos, y sexualidad (cambio de pareja sexual, cohabitación sexual).

HÁBITOS	SÍ	%	NO	%	TOTALES	
TABÁQUICOS	35	11,6	267	88,4	302	100 %
ALCOHÓLICOS	200	66	102	34	302	100 %
SEXUALIDAD:						
-CAMBIO DE PAREJA.	83	27,5	219	72,5	302	100 %
COHABITACIÓN SEXUAL:	37					
0-4 MESES	16					
5-8 MESES	30					
9-12 MESES	219					
MÁS DE 12 MESES						

Fuente: Datos de Historias Médicas. Periodo enero-junio 2024.

Análisis: El estudio de investigación referido a los hábitos psicobiológicos de las pacientes con preeclampsia, con base a la muestra de 302 Px, se obtuvieron los siguientes resultados reflejados en la tabla: en cuanto a los hábitos tabáquicos, 11,6 % (n=35) expresó que tenía ese hábito, mientras que el 88,4 % (n=267) manifestó estar libre, es decir no consume tabaco en ninguna presentación. Asimismo, en cuanto al hábito alcohólico, 66 % (n=200), reconoció que consume alcohol, y por ende lo tiene como un hábito, mientras el 34 % no consume bebidas alcohólicas. En cuanto a la sexualidad: en el cambio de pareja, el 27,5 % (n=83) expresó que si ha hecho cambio de pareja, mientras que el 72,5 % (n=219) no presentó ese hábito. En referencia a la cohabitación sexual, el estudio arrojó los siguientes datos: 0-4 meses, 37 Px; 5-8 meses 16 Px; 9-12 meses 30 Px; más de 12 meses 219 Px.

Tabla 5

**Condiciones asociadas al embarazo en pacientes con preeclampsia:
gestación múltiple, existencia de embarazo molar, hidramnios asociados e
infecciones de vías urinarias.**

CONDICIONES	SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
Embarazo molar	0	0	302	100	302	100
Hidramnios:	38	2,6	264	87,4	302	100
-Oligohidramnios	26					
-Polihidramnios	12					
Infec. vías urinarias.	32	10,6	270	89,4	302	100
1er. trim	05					
2do trim.	14					
3er.trim	13					
Gestación:						
-Simple	285	94,3				
-Múltiple	17	5,7				
	<u>302</u>	<u>100 %</u>				

Fuente: Datos de Historias Médicas, Periodo enero-junio 2024.

Análisis: Los resultados en la tabla indican que en cuanto al embarazo molar, hubo cero (0) presencia. En lo referente a los Hidramnios 87, 4 % (n=264) en las 302 pacientes, no hubo afección; pero el 2, 6 % (n=38) si manifestó ese trastorno, que se disgrega en que de esas 38 Px, hubo 26 con Oligohidramnios y 12 con Polihidramnios. En cuanto a las pacientes con Infecciones en las vías urinarias, 89, 4 % (n=270) no presentaron problemas con ese trastorno, pero 10, 6 % (n=32) si tuvo afecciones, expresado de la siguiente manera: 1er trim. 05 px; 2do. trim. 14 px.; 3er. trim. 13 px. En la Gestación, la tabla evidencia que hubo: Gest. simple: 94, 3 % (n=285), y Gest. múltiple el 5, 7 % (n=17) de las 302 pacientes de la muestra en estudio.

Tabla 6**Vía de finalización del embarazo, en las pacientes con preeclampsia.**

FINALIZACIÓN	n	%
Parto	106	35
Cesárea	196	65
Total	302	100

Fuente: Datos de Historias Médicas. Periodo enero-junio 2024.

Análisis: En estos resultados, que arrojó la investigación, se puede evidenciar que un alto porcentaje de las embarazadas con preeclampsia, según las historias médicas del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, en el lapso de enero a junio 2024, tuvo la finalización, o término de su gestación, a través de cesárea, obteniéndose 196 Px, que se corresponden con 65 % del total de la muestra, a través de intervención quirúrgica. El resto de las pacientes tuvieron parto (n=35), constituyendo 35 % del total de las 302 pacientes embarazadas con preeclampsia que se corresponden con la muestra objeto de estudio.

DISCUSIÓN

En el presente estudio de investigación se trabajó y consideró una muestra constituida de 302 pacientes embarazadas con el diagnóstico de preeclampsia, que permitiera precisar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos, que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, en el estado Bolívar, en el periodo comprendido entre enero a junio 2024.

En ese mismo orden de ideas, es pertinente acotar que para el estudio se tomó en consideración la información de las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, aunado a las pautas de los investigadores que permitieron valorar los criterios de inclusión y de exclusión, que a su vez le dieran la objetividad al estudio para puntualizar, de acuerdo a los objetivos de la investigación propuestos, los siguientes hallazgos:

En cuanto a algunas características generales de las pacientes con preeclampsia, los resultados señalan en lo referente a la Edad, la Media o promedio es de 26 años, así como la Mediana también de 26 años, y la Moda de 21 años, es decir, que la edad más recurrente en las embarazadas con preeclampsia es 21 años. Estos resultados contrastan un poco con la postura o criterio esbozado por O’Gorman N, Wright D, Liona C, et al. (2017), quienes afirman que la edad materna igual o superior a 35 años ha sido asociada con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo y su vinculación con los factores epidemiológicos de riesgo con relación directa a los síndromes hipertensivos.

Asimismo, 14 años es la edad mínima y 44 años fue la edad máxima que se obtuvo en la investigación de las pacientes embarazadas con preeclampsia. Estos

resultados se asemejan a los que se obtuvieron en un trabajo de investigación de Narváez S., Hernández D., Espín G. (2018), donde se observó un predominio de las mujeres en las edades extremas, sobre todo entre 36 y 49 años. Igualmente, en una investigación de revisión narrativa, llevada adelante por Gómez (2021), obtuvo como resultado en el análisis de identificación de los factores de riesgo más significativos asociados a los trastornos hipertensivos relacionados al embarazo, fueron: edad materna, menor a 20 años y mayor de 35 años.

En cuanto a los niveles socioeconómicos, los valores que ofreció el estudio indican que la Media ubica a las embarazadas con preeclampsia en el nivel 2, con una Mediana de 3 y una Moda de 3, así como unos valores de 1 y 5, mínimo y máximo respectivamente en la ubicación de la clase socioeconómica. Es decir, que se destaca e interpreta de esos datos que el estudio ubica a las pacientes embarazadas, vinculadas a factores epidemiológicos de riesgo asociadas a los síndromes hipertensivos, en la clase media baja. Lo cual se corresponde con las conclusiones del trabajo de grado, para optar al título de Médico Cirujano, presentado por Romero (2023), Titulado: Nivel socioeconómico bajo como factor asociado a preeclampsia en el Hospital Regional Docente las Mercedes, durante el año 2021, donde asevera que existe asociación entre el nivel socioeconómico bajo y el desarrollo de preeclampsia en las gestantes.

En lo referente al Control Prenatal, la Media es de 4, la Mediana 4, la Moda con 6 controles, con un mínimo de asistencias de 2 y un máximo de 11 controles del embarazo, de las 302 pacientes objeto de estudio de la investigación realizada. Estos resultados contravienen lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece en 5 las visitas o control prenatal mínimo, y en el estudio la mediana se puntualiza en 4 controles, es decir, está un punto por debajo. Esto se adecúa a lo expresado por Iranzo, R., Iranzo, M., Gorostidi, M., et al. (2017), quienes indicaron que algunos estudios presentan una alta incidencia de preeclampsia superior

al 5%, esto explicado por el hecho de que la hipertensión arterial crónica es más frecuente en un control prenatal inadecuado.

El estudio de los antecedentes personales patológicos de las pacientes con preeclampsia, se evidencia en cuanto a los Trastornos Hipertensivos en gestaciones previas, el 9 % (n= 27) de las 302 pacientes, manifestaron que en la gestación previa presentó el referido trastorno, destacándose que hubo en el 2do trim. 11 Px y en el el 3er trim. 16 px, ; y por el contrario el 91 % (n=275) estuvo libre de dicha patología. Relacionada con esta perspectiva se expresa la postura de Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. (2020), quienes sostienen que se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. Se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria.

En la Hipertensión Arterial Crónica, 14 % (n=42) de las pacientes presentó esta patología como antecedente, mientras que el 86 % (n=260) indicó que no padeció esa afección. Asimismo, Muñoz R., L., Estupiñán R., A., Torres, Y., et al. (2020), sostienen que la hipertensión arterial crónica, es una hipertensión presente antes del inicio del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20. La hipertensión diagnosticada que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión crónica.

En lo que corresponde a la Nefropatía, el 2 % (n=6) de las pacientes padeció esta patología, mientras el restante 98 % (n=296) de las embarazos expresó que no tuvo relación con esa enfermedad. En lo concerniente a la Cardiopatía, los datos arrojaron que el 100 % de las pacientes expresaron que no tuvieron esa patología.

En lo referente a la Diabetes Mellitus o Gestacional, en los resultados del estudio el 1,4 % (n=4) manifestó problemas de salud relacionadas con esta patología, mientras que el 98,6 % (n=298) no tuvo ese problema de salud. Al respecto, es pertinente traer a colación las aseveraciones de Pérez, Omidres; Saba, Tony; Padrón, Miguel. et al. (2014), cuando sostienen que la patogenia de la diabetes gestacional no está claramente dilucidada; actualmente se acepta que se trata de un trastorno heterogéneo en el que podemos encontrar frecuentemente una alteración de características similares a la diabetes tipo 2.

En cuanto a la Obesidad, el 4,4 % (n=13) de las pacientes aumentó de peso, ubicándolas en el rango de embarazadas con problemas de salud por Obesidad, mientras el 95,6 % (289) mantuvo un peso adecuado, es decir, no padecieron de obesidad. Esto es de sumo interés, si tomamos en cuenta lo que sostienen Mejía-Montilla, Jorly y Reyna-Villasmil, Eduardo. (2017), que los embarazos en mujeres obesas tienen un mayor riesgo de complicaciones como diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, parto pretérmino y cesárea. Existen pruebas convincentes de que la obesidad aumenta tres veces el riesgo de preeclampsia.

Asimismo, en cuanto a la Colagenopatías (artritis reumatoide), el 1 % (n=3) de las pacientes expresó padecimiento de esta enfermedad, mientras que el 99 % (n=299) no presentó ese trastorno. Igualmente es de interés mencionar que el 0,4 % (n=1) de las pacientes tuvo problemas de Drepanocitemia, mientras que el 99,6 % (n=301) estuvo libre de ese trastorno de alteración de la sangre.

En torno a los antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo, en pacientes con preeclampsia, los datos que arrojó la investigación indican que el 03 % (n=9), de las 302 pacientes presentó relación con antecedentes familiares vinculados a trastornos Hipertensivos durante el embarazo; en el caso contrario se evidencia que el 97 % (n=293) no tuvo esa vinculación con

antecedentes, porque sus familiares no presentaron ese trastorno. En ese orden de ideas, en un trabajo llevado adelante por González Ruiz, G., Reyes, L., Camacho, D., et al. (2014), aseveran que las primíparas con antecedentes familiares de preeclampsia tienen de 2 a 5 veces más riesgo de desarrollar preeclampsia que una primigesta sin historia familiar.

El estudio de investigación referido a los hábitos psicobiológicos de las pacientes con preeclampsia, con base a la muestra de 302 Px, se obtuvieron resultados que indican, en cuanto a los hábitos tabáquicos, que el 11,6 % (n=35) tiene ese hábito, mientras que el 88,4 % (n=267) manifestó estar libre, es decir no consume tabaco en ninguna presentación. Asimismo, en cuanto al hábito alcohólico, 66 % (n=200), reconoció que consume alcohol, y por ende lo tiene como un hábito, mientras el 34 % no consume bebidas alcohólicas.

En correspondencia con esos resultados se pueden mencionar las apreciaciones de Narváez S., Hernández D., Espín G. (2018), cuyo trabajo de investigación titulado: Factores de riesgo de hipertensión en el embarazo en mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, policlínico “José Jacinto Milanés”. 2014-2015, estudio observacional, descriptivo, transversal. El universo estuvo constituido por 180 mujeres en edad fértil, donde predominaron las mujeres con sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, con antecedentes de hipertensión arterial crónica y nulíparas.

En esas mismas ideas, en los resultados de una investigación de Chimbo C. Mariño M., Chimbo T., et al. (2018), concluyeron que las mujeres por naturaleza poseen unos factores no modificables como la edad, raza y antecedentes familiares y personales de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo; sin embargo, hay factores que son modificables, como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, hábito de fumar, y las creencias que las predisponen a padecer un

trastorno hipertensivo durante su gestación, incrementando el riesgo de la morbimortalidad materna.

En cuanto a la sexualidad, en el cambio de pareja, el 27, 5 % (n=83) expresó que si había hecho cambio de pareja, contrario al 72, 5 % (n=219) que no presentó ese hábito. En referencia a la cohabitación sexual, según los datos: 0-4 meses, 37 Px; 5-8 meses 16 Px; 9-12 meses 30 Px; más de 12 meses 219 Px. En suma, estos resultados indican, como hecho de interés, que 219 Px manifestó que no había realizado cambio de pareja sexual, y ese mismo número de Px. indicó que tenía más de 12 meses en cohabitación sexual. Esta información guarda cierta relación con la aportada por Teppa-Garrán, A., Oviedo, N., Proverbio, T. et al. (2015), quienes aseveran que la preeclampsia aparece y es mayor su incidencia cuando ocurre cambio de paternidad y, disminuye su incidencia mientras mayor sea la actividad sexual que antecede a la concepción. Estos hechos se compaginan con la idea de la existencia de mecanismos inmunes involucrados en el proceso.

Los resultados indican que en cuanto al embarazo molar, hubo cero (0) presencia. Este resultado del estudio se acompaña con las apreciaciones del Dr. Cortés Charry (2015), quien en una publicación en la web, asegura que la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG), también denominada Embarazo Molar, es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la proliferación anormal del tejido trofoblástico que da origen a la placenta y, en consecuencia, se produce una alteración en el desarrollo del embarazo. La incidencia de la ETG en Venezuela es baja, aproximadamente de 1 caso de embarazo molar por cada 1.000 embarazos y del 5 al 20% de los embarazos molares puede desarrollar la forma maligna.

En cuanto a las pacientes con Infecciones en las vías urinarias, 89, 4 % (n=270) no presentaron problemas con ese trastorno, pero 10, 6 % (n=32) si tuvo afecciones, expresado de la siguiente manera: 1er trim. 05 px; 2do. trim. 14 px.; 3er. trim. 13 px.

En apoyo a ese resultado se puede agregar que en un trabajo de investigación presentado en la revista *Repertorio de Medicina y Cirugía*, vol. 28, N° 1. 2019, por Acuña, E., Córdova, A., Bustamante, M. et. al (2019), denominado Trastornos hipertensivos en el embarazo con infección urinaria, concluyendo que el desarrollo de trastornos hipertensivos asociados con el embarazo en pacientes con diagnóstico de infección del tracto urinario fue 21,7%. Por tanto, las ITU durante el embarazo en especial la bacteriuria asintomática debe tenerse en cuenta como posibles factores generadores de preeclampsia. Este estudio apoya la hipótesis de que las infecciones urinarias pueden considerarse un factor de riesgo para presentar trastornos hipertensivos, sobre todo la bacteriuria asintomática.

En lo referente a la Vía de finalización del embarazo, en las pacientes con preeclampsia, en los resultados que arrojó el estudio, se puede evidenciar que un alto porcentaje de las embarazadas con preeclampsia, según las historias médicas del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, en el lapso de enero a junio 2024, tuvo el término de su gestación, a través de cesárea, obteniéndose 196 Px, que se corresponden con 65 % del total de la muestra, a través de intervención quirúrgica. El resto de las pacientes tuvieron parto (n=35), constituyendo 35 % del total de las 302 pacientes embarazadas con preeclampsia que se corresponden con la muestra objeto de estudio.

En contraste con esos resultados, se trae a colación lo presentado por Vázquez (2018), en un trabajo de grado, titulado: Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Paraguay, 2017, donde asevera: que la terminación de la gestación es un criterio que difiere entre los estudios realizados en relación con la preeclampsia grave, está dado por la edad gestacional en la que se realice el diagnóstico y el protocolo de conducta que esté estipulado en cada institución.

Diferentes investigadores afirman que la inducción del parto es el modo más común de comenzar la labor del parto en los embarazos que cursan con preeclampsia grave, pues en la mayor parte de los casos el diagnóstico se efectúa antes que el cuello uterino comience sus fases de apertura, borramiento y dilatación.

CONCLUSIONES

- La edad más recurrente en las embarazadas con preeclampsia fue de 21 años, con 14 como edad mínima y 44 años en la edad máxima.
- En los niveles socioeconómicos la investigación expresa que las embarazadas con preeclampsia, se ubican en la clase social tipo III (media baja), es decir, es el número que más se repite entre las 302 Px de la muestra objeto de estudio.
- En lo referente a los controles prenatales la media o promedio fue de 4 controles, como número máximo, que a su vez está por debajo de lo que indica la OMS, que son 5 controles como mínimo durante el embarazo.
- En los antecedentes personales patológicos de las pacientes con preeclampsia, los Trastornos Hipertensivos en gestaciones previas, de las 302 pacientes, el 9 % (n= 27) expresó que en la gestación previa presentó el referido trastorno.
- Unos resultados que merecen especial atención son los hábitos tabáquicos y alcohólicos de las embarazadas, porque cada ítem reflejó 35 Px (11,6%) y 200 Px (66%) respectivamente, que se corresponden con la muestra de estudio.
- Se destaca en la investigación que en cuanto al embarazo molar no hubo presencia de esa patología en la muestra de 302 px.

- En el lapso de enero a junio 2024, hubo la finalización o término de la gestación, a través de cesárea, que se expresa con 196 Px (65 %) del total de la muestra de 302 pacientes embarazadas con preeclampsia.
- El perfeccionamiento en la prevención y control de la presión arterial es un desafío para todos, y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

RECOMENDACIONES

1.- Prevenir y controlar la presión arterial de la gestante, como medida sanitaria más importante, universal y menos costosa, para evitar y/o monitorear la preeclampsia y sus posibles complicaciones con factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo.

2.- Establecer, previa adecuada percepción, una estrategia sanitaria-poblacional con medidas de promoción y prevención en las embarazadas con preeclampsia, dirigidas a la disminución de la presión arterial, y que a su vez minimice la aparición de otros factores epidemiológicos vinculados a los síndromes hipertensivos.

3.- Implementar programas que puedan incidir en disminuir los riesgos con respecto a las patologías emergentes, como factores epidemiológicos vinculados a los síndromes hipertensivos de las embarazadas con preeclampsia.

4.- Identificar gestantes con factores de riesgo asociado, desde la consulta de planificación familiar, conducente a disminuir la morbilidad materna-fetal por los trastornos epidemiológicos vinculados a los síndromes hipertensivos de las embarazadas con preeclampsia.

5.- Valorar los controles prenatales, como primera línea de defensa ante las patologías que puedan presentarse en las embarazadas con preeclampsia, que son prevenibles y tratables cuando son detectadas a tiempo.

6.- Proponer programas informativos para las pacientes sobre la necesidad del adecuado control durante el embarazo con preeclampsia, por las posibles complicaciones que puedan presentarse.

7.- Realizar charlas educativas sobre los riesgos durante el embarazo con preeclampsia, causas, efectos y consecuencias en la madre y en el feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Peralta TA, Cardenas J. 2019. Prevalencia y factores asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en edades obstétricas de riesgo. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca. Salud, Ciencia y Tecnología; 3:357.
- Am J. 2018. The role of autophagy for pathophysiology of preeclampsia: Correlation between trophoblasts specific Atg7 knockout-mediated poor placentation and human preeclamptic placentas. *Reprod Immunol.* (S1):32-33
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG practice bulletin. Hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol*; 122:1122-31.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. 2020. Gestational hypertension and preeclampsia. N.º 222. ACOG Practice Bulletin *Obstet Gynecol*; 135: e237– 60.
- Ananth CV, Keyes KM, Wapner RJ. 2013. Pre-eclampsia rates in the United States, 1980-2010: age-period-cohort analysis. *Bmj.*; 347:f6564.
- Anuario de mortalidad 2016, Venezuela.2021. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas – Venezuela.
- Arias, F. 2006. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica.5ta. Ed., Editorial Episteme. Caracas. Venezuela.

- Benites Yamalí, et al. 2011. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. *CIMEL*; 16(2):77-82.
- Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. 2018. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens*; 13:291-310.
- Cabrera, LE. 2019. Propuesta de Protocolo para el Manejo del Síndrome Hipertensivo del Embarazo. Adaptando conductas a nuestra realidad. “Hablemos el mismo idioma” [Internet]. Ciudad Bolívar: NEDA en Ginecología y Obstetricia; 2019 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.patreon.com/posts/boletin-neda-1-51374922?l=es>.
- Cabrera, L., Bethencourt, J. T., González Afonso, M. y Álvarez Pérez, P. 2006. Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *Relieve*, v. 12, n. 1, p. 105-127. http://www.uv.es/relieve/v12n1/reliebev12n1_1.htm
- Carrión-Nessi FS, Omaña-Ávila OD, Romero SR, et al. 2022. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2(2):242–21.
- Chaiworapongsa T, Espinoza J, Gotsch F, Kim YM, Kim GJ, Goncalves LF, et al. 2008. The maternal plasma soluble vascular endothelial growth factor receptor-1 concentration is elevated in SGA and the

magnitude of the increase relates to Doppler abnormalities in the maternal and fetal circulation. *J Matern Fetal Neonatal Med.*; 21(1):25-40.

Chesley, LC. 1992. Hipertensión durante la gestación: conceptos y perspectivas. En: Iffy L, Kaminetzky HA, editores. *Obstetricia y perinatología. Principios y práctica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. p.1276-1280.

Chimbo C. Mariño M., Chimbo T., Caicedo C. 2018. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 13 - Nº 1

Chua, S.; Wilkins, T.; Sargent, I.; Redman, C. 1991. Trophoblast deportation in preeclamptic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*; 98(10):973-979.

Cruz J, Hernández p, Yanes M, Isla A. 2007. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. *Rev. Cubana Med Gen integr*. [Revista en la internet]., 23(4): 1-6. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi12407.html

D.B. Car, M. Epplein, C.O. Johnson, T.R. Easterling, C.W. Critchlow. 2005. A sister's risk: family history as a predictor of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 193, pp. 965-972

Davies AM, Czaczkes JW, Sadovsky E. 2019. Toxemia of pregnancy in Jerusalem: I. Epidemiological studies of a total community. *Isr J Med Sci*;6:253-258.

- Díaz AG, Schwarcz, Díaz-Rosello JL, et al. 1993. Perinatal Information System. CLAP Scientific Publication 1203.02. Montevideo: CLAP, PAHO/WHO: 29–39.
- Espinoza J. 2012. Uteroplacental ischemia in early- and lateonset pre-eclampsia: a role for the fetus? *Ultrasound Obstet Gynecol*; 40(4):373-382.
- Félix, C., Paz, M., Añón, I., et al. 2021. Resultados Obstétricos en gestantes diagnosticadas de Síndrome Antifosfolípido. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Vol. 32. Núm. 1. PP 128-135. España.
- Flores Loayza E, Rojas López F, Valencia Cuevas DE, Correa López L. 2017. Preeclampsia y sus principales factores de riesgo. Perú: Universidad Ricardo Palma. Disponible en: <http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/9183/n/preeclamsiay-sus-principales-factores-de-riesgo.pdf> [Consultado el 05 de mayo de 2024].
- Ganger JP, Alexander BT, Bennett WA, Khalil RA. 2001. Pathophysiology of pregnancy-induced hypertension. *Am J Hypertens*; 14(6 Pt 2):178s-185s.
- Gant, NF; Daley, GL; Chand, S.; Whalley, PJ.; MacDonald, PC. 1973. A study of angiotensin II pressor response throughout primigravid pregnancy. *J Clin Invest.*; 52(11):2682-2689.
- Garces Wilfredo. 2014. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia- Eclampsia. *Revista 16 de Abril*; (254):17-27.

- Gestational Hypertension and Preeclampsia. 2020. ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol*; 135(6):1492-1495.
- González GE, Reyes LA, Camacho D, et al. 2014. Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta. *Duazary*. Dic; 10(2):119-125.
- Herrera, K. 2018. Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*. Costa Rica. Vol. 3. Núm. 3. Pp: 8-12
- Hypertension in pregnancy. 2013. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*; 122(5):1122-1231.
- Iranzo, R., Iranzo, M., Gorostidi, M. et al. 2017. Hipertensión arterial y embarazo. *NefroPlus*. Vol. 4. Núm.2. Septiembre, páginas 1-56.
- Ku Elia. 2014. Factores psicosociales asociados a Preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Rev.Peru.Epidemiol*. Vol18No1E07, 1-7.
- Levine RJ, Lam C, Qian C, Yu KF, Maynard SE, Sachs BP, et al. 2006. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N Engl J Med*; 355(10):992-1005.
- Lis CB, Suto T, Conrad K. 1996. Importance of Nitric Oxide in Control of Systemic and Renal Hemodynamics During Normal Pregnancy: Studies in the Rat and Implications for Preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy*; 15(2):147-169.

- Lu HQ, Hu R. 2019. The role of immunity in the pathogenesis and development of pre-eclampsia. *Scand J Immunol.* 2019; 90(5):e12756. HQ, Hu R. The role of immunity in the pathogenesis and development of pre-eclampsia. *Scand J Immunol*; 90(5):e12756.
- Martin JN Jr, Blake PG, Lowry SL, et al. 1990. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: how rapid is postpartum recovery? *Obstet Gynecol*; 76:737-741.
- Marik, P. 2009. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Review Postgrad* 121(2): 696.marzo(doc.pdf)<http://www.bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&sr c =google&base 2009-05-05>.
- Méndez Castellano, H. 1996. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela, Caracas, Venezuela
- Meziani F, Tesse A, David E, Martinez MC, Wangesteen R, Schneider F, et al. 2006. Shed membrane particles from preeclamptic women generate vascular wall inflammation and blunt vascular contractility. *Am J Pathol*; 169(4):1473-1483.
- Múnera-Echeverri, A., Muñoz-Ortiz, E., Ibarra-Burgos, J. 2021. Hipertensión arterial y embarazo. *Rev. Colomb. Cardiol.* vol.28 no.1 Bogota Jan./Feb. 2021 Epub Mar 19.

- Muñoz R., L., Estupiñán, A., Torres, Y., et al. 2020. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. Recimundo. Revista científica. PP 343-352. Ecuador.
- Ngene NC, Moodley J. 2018. Role of angiogenic factors in the pathogenesis and management of pre-eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet.* 141(1):5-13.
- 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. *Panorama Cuba y Salud; 13 (Especial): 411-415*
- North, R. A., McCowan, L. M., Dekker, G. A., Poston, L., Chan, E. H., Stewart, A. W., Kenny, L. C. 2011. Predicción de riesgo clínico para preeclampsia en mujeres nulíparas: desarrollo de modelo en cohorte prospectiva internacional. *BMJ*, 342, 1
- O’Gorman N, Wright D, Liona C, Poon LC, Rolnik DL, Syngelaki A, et al. 2017. Accuracy of competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks’ gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol; 49:751-5.*
- Pérez-Calvo C, Rico-Fontalvo J, Lavalle-López O, et al. 2021. Enfermedad renal crónica en la mujer embarazada. *Rev. Colomb. Nefrol.; 8(1), e518.* <https://doi.org/10.22265/acnef.8.1.518>.
- Pérez, Omidres; Saba, Tony; Padrón, Miguel. et al. 2014. Diabetes mellitus gestacional. *Revista Venezolana de Endocrinología*

yMetabolismo, 10(Supl. 1), 22-33. Recuperado en 25 de mayo de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400005&lng=es&tlng=es.

Reatiga Y., Rubio M., Villareal J. 2021. Factores de Riesgo que Predisponen a los Trastornos Hipertensivos Asociados al Embarazo. Facultad de enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia.

Redman CW, Sargent IL. 2010. Immunology of pre-eclampsia. *Am J Reprod Immunol*; 63(6):534-543.

Redman CW, Sargent IL. 2003. Pre-eclampsia, the placenta and the maternal systemic inflammatory response--a review. *Placenta*; 24 Suppl A: S21-27.

Romero XC. 2022. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 22 (3): 507-516 jul-set.,

Roberts, JM, Taylor, RN, Goldfien, A. 1991. Clinical and biochemical evidence of endothelial cell dysfunction in the pregnancy syndrome preeclampsia. *Am J Hypertens*; 4(8):700-708.

Roberts JM, Taylor RN, Musci TJ, Rodgers GM, Hubel CA, McLaughlin MK. 1989. Preeclampsia: an endothelial cell disorder. *Am J Obstet Gynecol*; 161(5):1200- 1204.

- Sánchez Sixto W-JS, Larrabure Gloria, Bazul Victor, et al. 2001. Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. *Rev peru ginecol obstet*;47(2):10.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. 2014. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*.
- Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. 2010. Pre-eclampsia. *Lancet*; 376(9741):631-644.
- Tamayo y Tamayo, M. 2006. El proceso de la Investigación Científica. Incluye Evaluación y Administración de Proyectos de Investigación. Quinta Edición. Editorial Limusa, S. A. México.
- Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, et al. 2014. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertens* ;4(2):97- 104.
- Trastornos hipertensivos en la gestación. 2020. *Revista de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Progresos de Obstetricia y Ginecología. Guía de asistencia práctica* ; 63:244-272.
- United States. Public Health Service. 2014. Office of the Surgeon General. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the Surgeon General.
- Vargas Pereira, P. 2021. Estadística, Distribución de Frecuencias y Representación Gráfica. San Marcos.

- Wallis AB, Saftlas AF, Hsia J, Atrash HK. 2008. Secular trends in the rates of preeclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, United States, 1987-2004. *Am J Hypertens*; 21(5):521-526.
- Ward K, Hata A, Jeunemaitre X, Helin C, Nelson L, Namikawa C, et al. 2019. A molecular variant of angiotensinogen associated with preeclampsia. *Nat Genet*; 4(1):59-61.
- Zhang JJ, Ma XX, Hao L, Liu LJ, Lv JC, Zhang H. 2015. A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcomes of Pregnancy in CKD and CKD Outcomes in Pregnancy. *Clin J Am Soc Nephrol*; 10(11):1964-1978.
- Zamorski, M. A., & Green, L. A. 2011. NHBPEP report on high blood pressure in pregnancy: A summary for family physicians. *American Family Physician*, 64, 263-271.

ANEXOS

Anexo 1

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE RIESGO ASOCIADOS A LOS SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ENERO–JUNIO 2024

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nº Historia: _____ FECHA: _____

Nombres y apellidos: _____

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Edad: _____

Gestas: _____ Paras: _____ Abortos: _____

Control prenatal: No: _____ Si: _____ Nº de consultas: _____

Clasificación económica, según Graffar modificado:

Clase I Alta: _____ Clase II Media Alta: _____

Clase III Media Baja: _____ Clase IV Obrero: _____

Clase V Marginal: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

A. PERSONALES:

Antecedentes personales de trastorno hipertensivo en gestaciones previas: No: ___ Si:

Trimestre en el cual se diagnosticó: Segundo trimestre: _____

Tercer trimestre: _____

Antecedentes patológicos de:

HTA crónica Si: _____ No: _____ Cardiopatía Si: _____ No: _____ Nefropatía: Si: _____

_____ No: _____ Diabetes mellitus Si: _____ No: _____

Obesidad: No: _____ Si: _____

Colagenopatías: No: _____ Si: _____

Cual: _____

Drepanocitemia: Si: _____ No: _____

B. FAMILIARES:

Antecedente familiar de trastorno hipertensivo en el embarazo:

Ausente (NO): _____ Presente (SI): _____

III. HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS:

Hábito tabáquico: No: _____ Si: _____

Hábito alcohólico: No: _____ Si: _____

Cambio de pareja sexual: No: _____ Si: _____

0-4 meses: _____

5-8 meses: _____

9-12 meses: _____

≥ 1 año: _____

IV. DATOS DEL EMBARAZO:

Gestación simple:

Gestación múltiple:

Embarazo molar:

Hidramnios:

Diabetes gestacional: Si: No:

Infección urinaria: No: Si:

Trimestre en el cual se diagnosticó: Primer trimestre:

Segundo trimestre:

Tercer trimestre:

Vía de finalización del embarazo Parto

Cesárea

Anexo 2

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA, SEGÚN GRAFFAR MODIFICADA.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

Universitaria o equivalente.....	5
Secundaria completa o técnico superior	4
Secundaria incompleta o técnica inferior	3
Primaria o alfabeto... ..	2
Analfabeta.....	1

FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS:

Rentas o fortunas heredadas	5
Ganancias-honorarios... ..	4
Sueldo mensual.....	3
Salario semanal o destajo	2
Donaciones privadas o ayudas públicas	1
(los cesantes o jubilados se clasifican según la categoría cuando trabajan).	

PROFESIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA:

Universitario o gerencial	5
Técnico titular.....	4
Técnico no titular o pequeño comerciante.....	3
Obrero especializado	2
Obrero no especializado	1

CALIDAD DE LA VIVIENDA:

Óptimas condiciones sanitarias, espaciosa y ambiente de lujo.	5
Óptimas condiciones sanitarias, espaciosa sin lujo... ..	4
Buenas condiciones sanitarias con espacio reducido y sin lujo... ..	3
Con deficiencias sanitarias sin lujo... ..	2
Rancho-condiciones sanitarias inadecuadas, espacio muy reducido... ..	1

CLASE SOCIAL

CATEGORÍA	INDICADORES
Clase I: Alta puntos	16-20
Clase II: Media alta puntos	13-15
Clase III: Media baja puntos	10-12
Clase IV: Obrera puntos	7-9
Clase V: Marginal puntos	4-6

HOJAS DE METADATOS

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

Título	Factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital universitario Ruiz y Páez. ciudad Bolívar, enero– junio 2024
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Uricare Sánchez, Mayerlin Valeria	ORCID	
	e-mail:	uricaremayerlin@gmail.com
Velásquez Acuña, Carlos Eduardo.	ORCID	
	e-mail:	carlosvelasquezcarlos3@gmail.com

Palabras o frases claves:

preeclampsia
diagnóstico
gestantes
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	Servicio de ginecología y obstetricia
Línea de Investigación: Ginecología	

Resumen (abstract):

Los síndromes hipertensivos del embarazo, se han convertido en una entidad patológica que deja graves consecuencias y que afecta a alrededor de un 3% de las gestaciones en el mundo, con una importante morbimortalidad materno-fetal, en muchos casos por la falta de un diagnóstico oportuno de los signos y síntomas que constituyen la clínica de una preeclampsia y los factores epidemiológicos de riesgo que van asociados. **Objetivo:** Determinar los factores epidemiológicos de riesgo asociados a los síndromes hipertensivos del embarazo en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar en el periodo comprendido entre enero a junio 2024. **Metodología:** Este estudio se hizo a través de un recorrido metodológico de tipo retrospectivo-transversal y descriptivo. **Resultados:** Se encontró que de la muestra de 302 Px con preeclampsia, la media o promedio fue de 26 años. Asimismo, 14 y 44 años fueron las edades extremas que arrojó el estudio. En el Control Prenatal, la media es de 4 chequeos. Resultados con especial atención son los hábitos tabáquicos y alcohólicos, porque cada ítem arrojó 35 Px (11,6%) y 200 Px (66%) respectivamente, de manera afirmativa. **Conclusiones:** La clase social media baja fue más recurrente en el estudio. La edad de 21 años en las pacientes con preeclampsia fue reiterativa. El fin de la gestación por cesárea fue el 65% (n=196). En los trastornos hipertensivos en gestaciones previas, el 9 % (n= 27) fue afirmativo. El 03 % (n=9), tuvo antecedentes familiares patológicos de trastorno hipertensivo durante el embarazo.

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
Dr. Luis Madriz	ORCID				
	e-mail	ldmn1860@hotmail.com			
	e-mail				
Dr. Jose Mendoza	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	ginecoobstreta74@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Antonio Russo	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	ajrussob@hotmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/12/05

Lenguaje: spa

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

Archivo(s):

NBOTTG_USMV2024

Alcance:

Espacial:

Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar

Temporal:

Enero a Junio 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

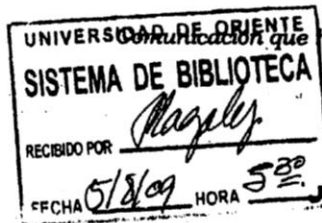
Cumaná, 04 AGO 2009

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,

[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)

 Br. Uricare Sanchez Mayerlin Valeria CL.26786270 AUTOR	 Br. Velasquez Acuña Carlos Eduardo C.I.28216556 AUTOR
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

JURADOS

 JURADO Prof. ANTONIO RUSSO C.I.N. <u>14.145.290</u> EMAIL: <u>ayusab@ho.ann.1.com</u>	 TUTOR: Prof. LUIS MADRIZ C.I.N. <u>33.21.1456</u> EMAIL: <u>luis1960@hotmail.com</u>
 JURADO Prof. JOSE MENDOZA C.I.N. <u>11.377.510</u> EMAIL: <u>grocobstetra.742@gmail.com</u>	

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Martí s/n Colombo Silva- Sector Barrio Ajaño- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela
EMAIL: trabajodegradounioabobolivar@gmail.com