UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN OSBTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Autor: Jesús Enrique Rojas Valor

CI: 24.238.194

Tutor: Dra. Viviana González

Naguanagua, diciembre 2024

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

Trabajo especial de Grado presentado ante la Facultad de Ciencias de la Salud – Dirección de Postgrado para optar al título de Especialización en Obstetricia y Ginecología.

Autor: Jesús Enrique Rojas Valor

CI: 24.238.194

Tutor: Dra. Viviana González

Naguanagua, diciembre 2024

Universidad de Carabobo

Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Presentado para optar al grado de **Especialista en OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**.por el (la) aspirante:

ROJAS V., JESÚS E.
C.I. V.- 24.238.194

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a):...**Viviana., González.**, titular de la C.I **V.- 16.595.634**, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **17/12/2024**

Prof. Viviana González
(Pdte)
C.I. 16.595.634
Fecha 17/12/2024

Prof. Marilú Morles
C.I. 13236259
Fecha 17/12/24

República Bolivariana de Venezuela
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE CARABOBO
Facultad de Ciencias de la Salud

Prof. Carla Lozada
C.I. 7.126.840
Fecha 17/12/24

TG: TEG: 95-24

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESÚMEN……..... 5
ABSTRACT……..... 6
INTRODUCCIÓN……..... 7
MATERIALES Y MÉTODOS……..... 12
RESULTADOS..... 14
DISCUSION..... 18
CONCLUSIÓN..... 21
RECOMENDACIONES..... 22
REFERENCIAS 23
CONSULTADAS…….....
ANEXOS
ANEXO A. Ficha de Registro……..... 26

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy gracias a Dios por darme las fuerzas necesarias para salir adelante en mi camino. Gracias a mi Madre por estar siempre para mí cuando la he necesitado, con su amor incondicional y palabras de aliento, quién ha demostrado que el amor por sus hijos va más allá sobre cualquier cosa. Gracias a mi Padre por ser un pilar fundamental en mi vida, quién siempre ha velado por mi bienestar dándome consejos y apoyándome en cada aspecto de mi vida, me siento orgulloso de tener tan buenos padres y espero poder retribuirles algún día todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos, Freddy Rafael y Paola Valentina, a quienes quiero tanto y que sé que si sienten orgullosos por lo que he logrado. A mi abuela Rumualda, quién desde pequeño estuvo conmigo cuidándome, a quien quiero con todo mi corazón. A toda mi familia y amigos cercanos, que forman parte de mi vida, quienes también han sido parte y testigos del sacrificio que he hecho para llegar a dónde me encuentro hoy día. A mi pareja Alejandra por vivir conmigo día a día mis sacrificios, mis tristezas y alegrías, darme consejos y apoyarme cuando lo necesito, las fuerzas que me da son un motivo de seguir adelante.

A todos mis maestros del postgrado de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Dr. Ángel Larralde, especialmente a la Dra. Getzabeth Mantilla, quién con su vocación para la enseñanza nos inspira cada día a ser mejor, al Dr. Dennys Rodríguez quién es ejemplo a seguir por su humanidad hacia el paciente, a la Dra. María Llovera quién desde que llegué al postgrado estuvo conmigo, apoyándome e impartiéndome enseñanzas que valen mucho. A la Dra. Viviana González quien es mi tutora de tesis y que nos demuestra la gran vocación que tiene por el bienestar de sus pacientes. Gracias también a mis grupos de guardia, grupo 2 quienes estuvieron conmigo desde que fui Residente asistencial, y me demostraron tanto cariño a lo largo de estos años, por su confianza en mí siempre les estaré agradecidos, y por supuesto al grupo 3, que me apoyaron tanto en este último año tratando de formarme lo mejor posible para enfrentar mis miedos y ser capaz de dar lo mejor por los pacientes.

Por supuesto, gracias a mis compañeros de la promoción XXXVIII por estar siempre unidos, y pensar no solamente en cada uno, sino en que es lo mejor para el grupo, eso es algo que vale muchísimo y no pude haber tenido mejores compañeros que hoy en día llamo colegas.

A todos los que han creído en mí, siempre les estaré agradecido, y no tengan duda que cada día seré mejor.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO SEDE CARABOBO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PACIENTES CON SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Autor: Jesús Enrique Rojas Valor.
Tutor: Dra. Viviana González
Año 2024

RESUMEN

El Síndrome Hipertensivo del embarazo (SHE) es un desorden inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta e incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica. **Objetivo general:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo, atendidas en emergencia obstétrica del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo durante el periodo junio - septiembre del año 2024**. Materiales y métodos:** estudio observacional-descriptivo, con un diseño de corte transversal y retrospectivo**.** La muestra de tipo no probabilística deliberada conformada por 57 gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). **Recolección de la Información:** revisión de historias clínicas. **Instrumento**: ficha de registro. **Resultados:** se presentaron en distribuciones de frecuencia. **Conclusiones:** La caracterización clínica y epidemiológica del SHE, estuvo relacionada con edades comprendidas entre 21 a 30 años, bachillerato como nivel de escolaridad, las gestantes eran dependientes y de estrato social IV. En cuanto a los antecedentes patológicos personales y las características clínicas, la obesidad y la hipertensión fueron los factores con mayor representación. El diagnostico de ingreso más frecuente fue la Preeclampsia con signos de gravedad y el Síndrome Hipertensivo del Embarazo. La manifestación clínica, más frecuente fue edema y cefalea. Los antecedentes obstétricos más frecuentes fueron gestantes con 3 y 4 gestas y la preeclampsia fue la complicación obstétrica previa, más frecuente. El 15,79% de las gestantes con SHE presentaron complicaciones, todas con síndrome de HELLP. Cabe señalar que durante el periodo de investigación no se presentaron Muertes Maternas. (MM).

Palabras Clave: Síndrome hipertensivo, Clínicas, Epidemiología, Embarazo**.**
Línea de Investigación: Patología médica durante el embarazo.

CARABOBO UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE DEPARTMENT CARABOBO CAMPUS
OBSTERICS AND GYNECOLOGY SPECIALIZATION PROGRAM
NATIONAL GENERAL HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE

CLINICAL – EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE SYNDROME OF PREGNANCY

Author: Jesús Enrique Rojas Valor.
Tutor: Dra. Viviana González
Año: 2024

ABSTRACT

Hypertensive syndrome of pregnancy (HPS) is a disorder induced by factors dependent on the presence of the placenta and includes gestational hypertension, preeclampsia, eclampsia and chronic hypertension. General objective: Analize the clinical and epidemiological characteristics of patients with hypertensive syndrome of pregnancy, attended in the obstetric emergency of National General Hospital "Dr. Angel Larralde" located in Naguanagua, Carabobo State during the period June – September 2024. **Materials and methods:** observational-descriptive study, with a cross-sectional and retrospective design. The sample was non-probabilistic, deliberate and consisted of 57 pregnant women with hypertensive syndrome of pregnancy (HPS). **Collection of information:** review of medical records. **Instrument:** registration form. **Results:** were presented in frequency distributions. **Conclusions:** The clinical and epidemiological characterization of HPS was related to ages between 21 and 30 years, high school level, the pregnant women were dependent and of social stratum IV. As for personal pathological history and clinical characteristics, obesity and hypertension were the factors with the highest representation. The most admission diagnosis was Preeclampsia with sings of severity and Hypertensive Pregnancy Syndrome. The most frequent clinical manifestation was edema and headache. The most frequent obstetric antecedents were pregnant women with 3 and 4 gestations and preeclampsia was the most frequent previous obstetric complication. Of the pregnant women with HPS, 15.79% presented complications, all with HELLP syndrome. It should be noted that no maternal deaths (MD) occurred during the research period.

Key words: Hypertensive syndrome, Clinics, Epidemiology, Pregnancy.
Line of research: Medical pathology during pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Hipertensivo del embarazo (SHE) es una enfermedad propia del embarazo, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial; se caracteriza por su asociación con morbilidad y mortalidad materna y perinatal [(1).] Durante los últimos años, la comprensión sobre estas entidades ha progresado, lo que ha llevado a modificar las definiciones y los criterios diagnósticos de los SHE. Actualmente, el término fue cambiado de trastornos por síndrome, debido a que frecuentemente, se ha utilizado el término "trastornos", producto de la traducción directa de la palabra inglesa disorders, para englobar estas entidades, que en español no representa la multiplicidad de eventos patológicos desarrollados en la hipertensión gestacional y la preeclampsia, así como la poca especificidad que se tiene sobre su patogénesis [(2)].

Esta patología se manifiesta por hipertensión y disfunción orgánica múltiple. No es una simple enfermedad hipertensiva, sino un desorden inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta e incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica, así como también alteraciones multiorgánicas que van de leves a graves [(3)]. Desde el punto de vista epidemiológico, existen un conjunto de factores medio ambientales que hacen de este síndrome una enfermedad compleja, desde un enfoque de riesgo nutricional y metabólico, en asociación con una susceptibilidad genética, que determinan su presentación y curso. Dentro de estos, se encuentran el sobrepeso/obesidad, cesárea o Preeclampsia en embarazo previo, control prenatal irregular y periodo intergenésico corto o largo. Igualmente se asocian, variables como la edad, área de residencia, escolaridad, malnutrición, así como antecedentes patológicos personales y familiares [(4, 5)].

La etiología del SHE se desconoce, no obstante, hay cuatro hipótesis en la etiopatogenia de la enfermedad hipertensiva del embarazo: 1) mala adaptación inmunológica 2) isquemia placentaria, 3) estrés oxidativo y 4) susceptibilidad genética

[6]. En cuanto a la mala adaptación inmunológica se postula que el riesgo de SHE disminuye después del primer embarazo (excepto si el periodo intergenésico es mayor a 10 años), así como un efecto protector de la multiparidad (exposición frecuente a semen), uso de dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos orales, transfusiones sanguíneas y abortos frecuentes [7]. La isquemia placentaria se debe a la falta de relajación de las arterias espirales. La exportación incrementada de membranas de microvellosidades del sincitiotrofoblasto (STBM) en mujeres con preeclampsia daña al endotelio e inhiben su proliferación. Esta, además, causa un estrés oxidativo importante sobre el endotelio vascular [8].

En este mismo orden, el sustrato genético y las alteraciones inmunológicas participan en la formación de un síndrome inflamatorio y metabólico caracterizado por lesión endotelial como centro fisiopatológico, que se evidencia clínicamente en la forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipoperfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a la disfunción orgánica múltiple y a la muerte materna y/o perinatal [9]. La alteración de la tolerancia inmunológica, que normalmente se produce durante el embarazo, influye en el proceso normal de vasculogénesis, formación del tejido placentario y en la producción adecuada de factores que regulan los cambios fisiológicos maternos; las alteraciones inmunológicas que afectan a la formación placentaria y culminan en la disfunción endotelial, son las que marcan el paso final para una serie de fenómenos que desencadenan en el SHE [10]

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, define la preeclampsia como la existencia de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg, en al menos dos tomas con 4 horas de separación, asociada a proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas (o un índice de proteinuria creatinina -IPC- ≥ 0,3 en una muestra aislada), en pacientes embarazadas, con edad gestacional de al menos 20 semanas, y cifras tensionales normales previo al embarazo [11]. Ante signos de gravedad, como presencia de síndrome de HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia), falla renal aguda, edema pulmonar o alteración visual o cerebral, se

puede prescindir de la determinación de proteinuria para el diagnóstico. En pacientes con cifras tensionales en rango de crisis, ambas tomas pueden ser medidas con un intervalo de minutos para realizar el diagnóstico. Asimismo, hay algunos factores de riesgo para el SHE o su recurrencia: historia personal de hipertensión arterial, diabetes gestacional o enfermedades autoinmunes; historia personal o familiar de preeclampsia, nuliparidad, embarazo múltiple, sobrepeso u obesidad previa al embarazo, malformaciones fetales, cambio de pareja, además son factores protectores: índice de masa corporal previo al embarazo y el tabaquismo durante el embarazo [(11)].

Por su parte, el informe del Grupo de Trabajo sobre la Hipertensión en el Embarazo y el último boletín de práctica sobre la hipertensión gestacional y preeclampsia del ACOG, sugieren utilizar una clasificación básica, precisa y orientada al manejo que considera los SHE en cuatro categorías: 1) preeclampsia, con dos subcategorías (sin signos de gravedad y con signos de gravedad) y una variante (síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas: HELLP); 2) hipertensión gestacional; 3) hipertensión crónica, con dos subcategorías (exacerbada en el embarazo y con preeclampsia sobreagregada); y 4) eclampsia [(2)].Los trastornos hipertensivos del embarazo son una condición frecuente en todo el mundo, particularmente en los países menos aventajados, y son responsables de una fracción relevante de los partos prematuros en la medida en que el tratamiento incluye, en muchos casos, la terminación del embarazo[(13)].

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), constituye uno de los síndromes en gestantes de mayor interés a nivel mundial, ya que cerca de seiscientas mil mujeres mueren cada año por causas relacionadas con esta enfermedad, siendo la causa directa de aproximadamente 15% de las muertes maternas. En los Estados Unidos, es la cuarta causa de mortalidad materna. En América Latina, la preeclampsia-eclampsia es la primera causa de muerte materna en 25,7% de los casos [(14)]. El 99% de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo, probablemente debido a sus particulares condiciones socioeconómicas y sanitarias [(13, 15)].

Sobre la base de las consideraciones anteriores, diferentes investigaciones en el ámbito internacional sustentan el presente estudio, como el de Paredes J et al., en el año 2023 en una revisión bibliográfica, respecto de los factores de riesgo que predisponen preeclampsia en embarazadas, enfocaron los resultados en pacientes adultas diagnosticadas con dichas patologías, concluyendo que la preeclampsia conlleva una diversidad de factores de riesgo familiares patológicos como preeclampsia previa, hipertensión o enfermedades renales, diabéticas y obesidad; otros factores incluyen: edad, raza, embarazos gemelares, multiparidad, progenitores de distinta índole. Los factores significativos para presentar la enfermedad fueron en su mayoría factores gineco-obstétricos donde destacaron multiparidad, edad, obesidad, malnutrición, hipertensión previa y factores hereditarios [(16)].

Seguidamente, Diaz A y Diana L, determinaron el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica en el año 2023, y encontraron que la mayoría de las pacientes con preeclampsia, ingresaron al hospital en condición de salud regular o estable, tuvieron preeclampsia de inicio tardío con criterios de severidad y tres de cada diez presentaron complicaciones obstétricas sobre añadidas a la preeclampsia y culminaron sus embarazos a término por cesárea[(17)].

Igualmente lo hicieron, Vieira E et al., en el año 2020, los cuales determinaron la frecuencia y distribución de los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome hipertensivo gestacional, y la mayoría de las mujeres tenían edad de entre veintiuno y veinticinco años y reside en residencias limpias, mientras que un grupo tuvo solo un parto, una gesta, una cesárea y la mayoría no tuvo aborto, además según antecedentes familiares, un mínimo presenta estos antecedentes y factores de riesgo[(18)]. Seguidamente, Guevara E y Gonzales C, en el año 2019 realizaron una revisión con el objetivo de documentar desde el enfoque de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), las últimas publicaciones en relación al estudio de los factores de riesgo de preeclampsia, mostrando en el análisis de la lectura crítica la mejor

evidencia disponible según la actualización del centro para la MBE de Oxford, señalando que la asociación con el antecedente previo de historia de preeclampsia es considerado tal vez uno de los escenarios en los que la probabilidad del riesgo se incrementa estadísticamente más, y por ello en la toda la literatura médica se cataloga como “el predictor más fuerte” de desarrollo de la enfermedad.[19]

A nivel nacional, Carrión F, et al., en el año 2022, en un estudio sobre los síndromes hipertensivos del embarazo proporcionaron pautas actualizadas para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los distintos tipos de síndromes hipertensivos del embarazo, ya que de acuerdo a sus criterios, la etiología es compleja, multifactorial y aún no se comprende completamente; sin embargo, existe evidencia reciente de que los síntomas son atribuibles a una respuesta inflamatoria excesiva que causa daño endotelial generalizado[20]. Finalmente, se presenta la investigación realizada por García G y Vargas E en el año 2020, para determinar el perfil clínico y epidemiológico de las gestantes en un Hospital tipo 1, donde identificaron que el 92% de las pacientes reflejaron ser amas de casa, 3% trabajadoras y el restante perteneciente al 5% de ocupación estudiantes. Asimismo, las gestantes con cifras tensionales más elevadas fueron las primigestas muy por encima de las multíparas y, asimismo, en su totalidad las pacientes presentan antecedentes de hipertensión arterial crónica en algunos de sus familiares de línea directa como madre o padre, destacando así que a pesar de ser la hipertensión inducida por el embarazo no lo aísla del todo de la herencia patológica como factor de riesgo [21].

Según lo citado, la presente investigación reviste importancia científica al actualizar teorías y pautas para la identificación y tratamiento del SHE, al igual que al ser base para futuras investigaciones. Asimismo, desde el punto de vista social y humano posee relevancia en la identificación y control de los factores de riesgo o en su defecto, proporcionar herramientas para el diagnóstico precoz de esta afección, ya que una vez comenzada, se agrava comprometiendo seriamente el pronóstico de la madre y su hijo, siendo esta patología una de las primeras causas de muerte materna a nivel mundial.

Dicho esto, en el Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en el municipio Naguanagua, Estado Carabobo, específicamente en el área de Emergencia Obstétrica, acuden diariamente embarazadas que refieren presentar distintos tipos de síntomas relacionados con el SHE como mareos, cefaleas, náuseas, visión borrosa, escotomas, edema de miembros inferiores, entre otros y que en su mayoría son ingresadas al servicio de Obstetricia. Estas pacientes consultan en condiciones estables o inestables, con condiciones óptimas o no, observándose que en el último año han aumentado las cifras de consulta con estos síntomas, causando aumento de emergencias obstétricas que ponen en riesgo la salud y la vida del binomio madre-hijo.

Ante este planteamiento, surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo? Para dar respuesta a esta interrogante se establece como objetivo general del presente estudio: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo, atendidas en emergencia obstétrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo durante el periodo junio - septiembre del 2024. Para lo cual se establecen como objetivos específicos: Caracterizar a las embarazadas de acuerdo a la edad, escolaridad, y nivel socioeconómico. Describir el estado nutricional, antecedentes patológicos personales y las características clínicas de las embarazadas con síndrome hipertensivo del embarazo. Identificar los antecedentes obstétricos y complicaciones obstétricas previas. Señalar las complicaciones maternas producidas por el síndrome hipertensivo del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional-descriptivo, con un diseño de corte transversal y retrospectivo**.** La población estuvo representada por toda paciente gestante con hipertensión arterial atendida en la Emergencia Obstétrica y fue ingresada al servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo

junio - septiembre del 2024. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 57 gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) como criterio base de inclusión, después de las 20 semanas de gestación, cuya historia cuente con al menos un 80% de completación, a fin de garantizar la información que garantice dar respuesta a las variables establecidas:

Una vez obtenida la permisología necesaria y el visto bueno por parte de la jefatura del servicio, además de la coordinación del programa de especialización, se procedió a la recolección de la Información, para lo cual se utilizó la técnica de la revisión documental de las historias que cumplieron con los criterios establecidos y como instrumento se utilizó una ficha de registro, contentiva de aspectos como los datos demográficos de las pacientes: edad, escolaridad, y nivel socioeconómico según la escala de Graffar modificada por Méndez Castellano. También se indagó sobre los antecedentes patológicos, el estado nutricional y las manifestaciones clínicas presentadas, de igual forma se incluyó los antecedentes obstétricos y la presencia de complicaciones de estas pacientes con SHE.

Una vez obtenidos los datos fueron vaciados en una tabla maestra diseñada a partir de Microsoft®Excel, para luego ser organizados, presentados y analizados mediante las técnicas estadísticas descriptivas univariadas a partir de distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas). A la variable edad se le calculó promedio ± error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación. Para todo se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre)

RESULTADOS

Se incluyeron 57 gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo de las cuales se registró una edad promedio de 28,07 años ± 0,81, con una mediana de 27 años, una edad mínima de 18 años, una edad máxima de 42 y un coeficiente de variación de 22% (serie homogénea entre sus datos). Siendo más frecuentes aquellas gestantes de 21 a 30 años con un 52,63% (30 casos), seguidas de aquellas con 31 y 40 años (35,09%= 20)

Tabla n° 1: Caracterizar a las embarazadas de acuerdo a la edad, escolaridad, y nivel socioeconómico. Servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo. Periodo junio - septiembre del 2024

Edad (años)	**f**	**%**
18 – 20	6	10,53
21 – 30	30	52,63
31 – 40	20	35,09
>40	1	1,75
Escolaridad	**f**	**%**
Primaria	10	17,54
Bachiller	30	52,63
TSU	11	19,30
Universitario	6	10,53
Oficio	**f**	**%**
Ama de casa	37	64,91
Profesional en ejercicio	12	21,05
Comerciante	4	7,02
Estudiante	2	3,51
Manicurista	1	1,75
Taxista	1	1,75
Ingreso económico	**f**	**%**
Dependiente	39	68,42
Honorarios	3	5,26
Salario mensual	9	15,79
Salario semanal	6	10,53
Procedencia	**f**	**%**
Naguanagua	20	35,09
Carlos Arvelo	10	17,54
Valencia	9	15,79
Guacara	8	14,04
Libertador	2	3,51
Los Guayos	2	3,51
Miranda	2	3,51
San Joaquín	2	3,51
Puerto Cabello	1	1,75
San Diego	1	1,75
Estrato socioeconómico	**f**	**%**
III	14	24,56
IV	27	47,37
V	16	28,07
Total	**57**	**100**

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rojas J; 2024)

La escolaridad más frecuente fue el bachillerato con un 52,63% (30 casos). Un 64,91% eran amas de casa (37 casos), seguidas de aquellas que se desempeñaban como profesionales en ejercicio (21,05%= 12 casos). En cuanto al ingreso económico, un 68,42% de las gestantes eran dependientes (39 casos). Fueron más frecuentes aquellas gestantes procedentes de Naguanagua (35,09%= 20 casos), seguidas de aquellas del municipio Carlos Arvelo (17,54%= 10 casos) y del municipio Valencia (15,79%= 9 casos). Aquellas gestantes del estrato IV fueron más frecuentes (47,37%= 27 casos), seguidas de aquellas con estrato V (pobreza crítica) (28,07%= 16 casos).

Tabla n° 2: Estado nutricional, antecedentes patológicos personales, el diagnóstico de ingreso y las manifestaciones clínicas presentadas por las embarazadas con síndrome hipertensivo del embarazo, además. Servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo. Periodo junio - septiembre del 2024

Estado nutricional	**f**	**%**
Normal	8	14,04
Sobrepeso	23	40,35
Obesidad grado I	17	29,82
Obesidad grado II	3	5,26
Obesidad grado III	6	10,53
Antecedentes patológicos	**f**	**%**
Si	35	61,40
No	22	38,60
Total	**57**	**100**
Tipo de patología	**f**	**%**
Obesidad	26	45,61
HTA	17	29,82
Diagnóstico de ingreso	**f**	**%**
Pre eclampsia con signos de gravedad	30	52,63
Síndrome Hipertensivo Del Embarazo	14	24,56
Pre eclampsia sin signos de gravedad	13	22,81
Manifestaciones clínicas	**f**	**%**
Si	39	68,42
No	18	31,58
Total	57	100
Tipo de manifestación	**f**	**%**
Edema	35	61,40
Cefalea	15	26,32
Dolor epigástrico	3	5,26
Problemas visuales	3	5,26
Total	**57**	**100**

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rojas J; 2024)

En lo correspondiente a las condiciones clínicas de las pacientes con SHE, el estado nutricional, más frecuente fueron las gestantes en sobrepeso con un 40,35% (23 casos), seguidas de aquellas con obesidad grado I (17 casos). Un 61,40% (35 casos) tenía algún antecedente patológico, siendo el más frecuente la obesidad (26 casos) y la hipertensión arterial (17 casos). El diagnóstico de ingreso más frecuente fue la Pre eclampsia con signos de gravedad (52,63%= 30 casos), seguida del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (14 casos). Un predominante 68,42% (39 casos) presentó alguna manifestación clínica, siendo la más frecuente el edema (35 casos), seguido de la cefalea (15 casos)

Tabla n° 3: antecedentes obstétricos y complicaciones obstétricas previas. Servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo. Periodo junio - septiembre del 2024

Gestas	**f**	**%**
1	17	29,82
2	13	22,81
3 – 4	22	38,60
5 – 6	5	8,77
Total	**57**	**100**
Paras	**f**	**%**
1	17	29,82
2 – 3	4	7,02
4 – 5	4	7,02
Cesáreas	**f**	**%**
1	10	58,82
2	7	41,18
Abortos	**f**	**%**
1	9	15,79
2	3	5,26
Antecedente obstétrico anterior	**f**	**%**
Si	15	26,32
No	42	73,68
Total	**57**	**100**
Tipo de antecedente	**f**	**%**
Preeclampsia	10	17,54
RCIU	5	8,77

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rojas J; 2024)

De los antecedentes obstétricos se tiene que fueron más frecuentes aquellas gestantes con 3 y 4 gestas con un 38,60% (22 casos), seguidas de las primigestas (17 casos). Un 29,82% tenía una para (17 casos), un 58,82% tenía al menos una cesárea (10 casos) y un 15,79% tenía un aborto (9 casos). Solo un 26,32% de las

gestantes refirió antecedente obstétrico anterior (15 casos) de las cuales fue más frecuente la preeclampsia (10 casos) y RCIU (5 casos)

Tabla n° 4: Complicaciones maternas producidas por el síndrome hipertensivo del embarazo. Servicio de Obstetricia del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo. Periodo junio - septiembre del 2024

Complicaciones maternas producidas por el SHE	f	%
Si	9	15,79
No	48	84,21
Total	**57**	**100**
Tipo de antecedente	**f**	**%**
Síndrome De HELLP	9	15,79

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rojas J; 2024)

Un 15,79% de las gestantes con SHE presentaron complicaciones (9 casos), todas con síndrome de HELLP.

DISCUSIÓN

Para analizar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo, atendidas en emergencia obstétrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” ubicado en Naguanagua, Estado Carabobo durante el periodo junio - septiembre del 2024, se incluyeron 57 gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo, para lo cual se procedió a caracterizar a las embarazadas de acuerdo a la edad, escolaridad, y nivel socioeconómico.

En este sentido, en los últimos años los casos de preeclampsia con o sin signos de gravedad han ido en aumento. En el presente trabajo se encontró que, en cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos, la edad predominante fue de 21 a 30 años con un 52,63% (30 casos), seguidas de aquellas con 31 y 40 años (35,09%= 20). Estos resultados evidencian lo referido en la investigación de Vieira E et al., en el año 2020[18], los cuales determinaron la frecuencia y distribución de los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome hipertensivo gestacional, y la mayoría de las mujeres tenían edad de entre veintiuno y veinticinco años, mientras que Paredes J et al., en el año 2023[16], refieren que la edad de las madres gestantes fue un factor significativo al momento de considerarlo un factor de riesgo para preeclampsia, que mostró a mujeres de 35 o más años con un riesgo de desarrollar la misma, lo que se correlaciona con los resultados del presente estudio.

Por su parte, en la escolaridad el bachillerato obtuvo una mayor frecuencia con un 52,63% (30 casos). Un 64,91% eran amas de casa (37 casos), seguidas de aquellas que se desempeñaban como profesionales en ejercicio (21,05%= 12 casos). Dichos resultados se contrastan con los presentados por García G y Vargas E en el año 2020 [21], los cuales, en su trabajo, identificaron que el 92% de las pacientes reflejaron ser amas de casa siendo esta variable la más predominante en la muestra que conformó ambos estudios. Asimismo, 3% eran trabajadoras y el restante perteneciente al 5% de ocupación estudiantes, por lo cual se considera que entre ambos estudios existen congruencia en las variables estudiadas y las cuales juegan un factor importante a considerar como una característica que describe una condición para el SHE.

En cuanto al ingreso económico, un 68,42% de las gestantes eran dependientes (39 casos). Estos resultados se asemejan a lo evidenciado por García G y Vargas E [21], donde 92% de las pacientes reflejan ser amas de casa, 3% trabajadoras y el restante perteneciente al 5% de ocupación estudiantes. En este mismo orden, los resultados relacionados con la procedencia y el estrato social, guardan relación con lo referido por Paredes-García et al 2020 [16], cuya investigación lo llevaron a considerar que los factores de riesgo tienen un gran impacto sobre la vida de la mujer embarazada, donde se comentó que ninguna mujer se encuentra exenta de desarrollar preeclampsia durante el periodo de gestación, sin embargo, con los cuidados adecuados y la asistencia a los controles prenatales pueden prevenir las complicaciones de este tipo de trastorno hipertensivo, por lo que el factor económico y social fomentan la accesibilidad a los servicios de salud.

Ahora bien, en lo correspondiente a los antecedentes patológicos personales un 61,40% (35 casos) tenía algún antecedente patológico, siendo el más frecuente la obesidad (26 casos) y la hipertensión arterial (17 casos). Al realizar la comparación se evidencia que guarda relación con lo aportado por Vieira E et al., en el año 2020[18], se encontró que el 44% presentó preeclampsia como un factor de riesgo elevado (obesidad o sobrepeso, hipertensión y edad mayor de cuarenta años) y 56% no la tuvo como factor de riesgo elevado, y en relación a las características clínicas de las pacientes con SHE, estuvo presente el estado nutricional, con más frecuencia fue gestantes con sobrepeso, con un 40,35% (23 casos), seguidas de aquellas con obesidad grado I (17 casos). Comparado con los resultados de Díaz A y Diana L[17], en su investigación se halló gestantes en un 60,3% con IMC normal, resultado que difiere con lo encontrado ya que la mayoría de su población de estudio no tenían sobrepeso, considerando que estos resultados pueden ser diferentes por el estilo de vida que pueden llevar cada población.

Seguidamente, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la Preeclampsia con signos de gravedad (52,63%= 30 casos), seguida del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (14 casos). Un predominante 68,42% (39 casos) presentó alguna manifestación clínica, siendo la más frecuente el edema (35 casos), seguido de la

cefalea (15 casos). Estos resultados poseen concordancia con lo encontrado en la investigación por García G y Vargas E 2020[20], donde la totalidad de las pacientes estudiadas ameritaron consulta por el servicio de emergencia por presentar los síntomas descritos anteriormente: mareos, escotomas, edema de miembros inferiores, cefalea, de las cuales 23% consultaron por primera vez entre la semana 15-18 y otro 77% consultaron entre las semanas correspondientes a edad gestacional 19-25, donde se logra evidenciar una alta incidencia a la consulta de emergencia por síntomas propios de hipertensión arterial.

Por otra parte, dentro de los antecedentes obstétricos, los más frecuentes fueron aquellas gestantes con 3 y 4 gestas con un 38,60% (22 casos), lo que concuerda con lo señalado por Paredes J et al., [16] en el año 2023 donde concluyen que la multiparidad es un factor predisponte a la preeclampsia. En este mismo orden de ideas, las complicaciones obstétricas previas, la más frecuente fue la preeclampsia con 17,54% (10 casos), sustentado con lo referido por Guevara E y Gonzales C, [19] en el año 2019, los cuales en su revisión señalan que la asociación con el antecedente previo de historia de preeclampsia es considerado tal vez uno de los escenarios en los que la probabilidad del riesgo se incrementa estadísticamente más, y por ello en la toda la literatura médica se cataloga como “el predictor más fuerte” de desarrollo de la enfermedad. l

Finalmente, en cuanto a las complicaciones maternas producidas por el síndrome hipertensivo del embarazo, los resultados permitieron evidenciar que el 15,79% de las gestantes con SHE presentaron complicaciones, todas con síndrome de HELLP. Se comparan estos resultados con los presentados por Diaz A y Diana L en el año 2023 [17], donde señalan que, entre las complicaciones maternas, El 8,8% ingresaron a UCI; el 7,4% presentó síndrome HELLP, eclampsia el 2,9%, edema agudo del pulmón el 2,9% y el 1,5% falleció. En este sentido, Martin JN, [11] refiere que la presencia de síndrome de HELLP es un signo de gravedad, que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia, además otras complicaciones comprenden falla renal aguda, edema pulmonar o alteración visual o cerebral.

CONCLUSIÓN

La caracterización clínica y epidemiológica del SHE, estuvo relacionada desde el punto de vista sociodemográfico con la edad, la cual fue representada de manera mayoritaria por gestantes en edades comprendidas entre 21 a 30 años de edad, con bachillerato como nivel de escolaridad. Asimismo, en el nivel económico las gestantes eran dependientes y en su mayoría eran de estrato social IV procedentes del municipio Naguanagua. En cuanto a los antecedentes patológicos personales y las características clínicas de las embarazadas con síndrome hipertensivo del embarazo, la obesidad y la hipertensión fueron los factores con mayor representación.

Por su parte, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la preeclampsia con signos de gravedad y el Síndrome Hipertensivo del Embarazo. La manifestación clínica, más frecuente fue el edema, seguido de la cefalea. Dentro de los antecedentes obstétricos, los más frecuentes fueron gestantes con 3 y 4 gestas y las complicaciones obstétricas previas, la más frecuente fue la preeclampsia. En cuanto a las complicaciones maternas producidas por el síndrome hipertensivo del embarazo, el 15,79% de las gestantes con SHE presentaron complicaciones, todas con síndrome de HELLP. Cabe señalar que durante el periodo de investigación no se presentaron Muertes Maternas. (MM).

RECOMENDACIONES

Los síndromes hipertensivos del embarazo causan alteraciones multisistémicas que una vez instaurada, el tratamiento definitivo es la resolución del embarazo, es por esta razón que la prevención es el pilar fundamental para lograr disminuir las complicaciones materno fetales y reducir la mortalidad materna por esta causa, por lo que se hace necesario:

- Reconocer en la captación del embarazo los factores de riesgo para esta enfermedad, de manera que se puedan realizar intervenciones tempranas en estas pacientes, evitando así la instauración o complicaciones del SHE.
- Fomentar en los médicos que se encuentren a cualquier nivel de atención de salud y los Obstetras encargados de consulta prenatal, la importancia de manejar el conocimiento actualizado sobre preeclampsia y sus variantes más severas: Síndrome de HELLP y eclampsia, para que a través de un adecuado interrogatorio y examen físico puedan detectar en las gestantes signos clínicos que nos permitan una actuación temprana que tendría como resultado evitar complicaciones maternas y fetales.
- El obstetra debe tener en cuenta la promoción de la consulta preconcepcional para que las pacientes inicien el embarazo con un peso y edad adecuados.
- En caso de las gestantes, es de importancia recordarles los signos de alarma de la preeclampsia en cada control de embarazo, además de informarles sobre la significancia de la ganancia de peso adecuada por mes, para evitar así aumento de las cifras de presión arterial.

REFERENCIAS

1. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. 2016; 20(4):516-529

2. Cabrera LE. 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

3. Nápoles D. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. MEDISAN. 2015; 19(8):1020-1042.

4. López M, Manríquez M, Gálvez D, Ramírez E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018 [consultado mayo 2024]; 50(5):471-476. Disponible en: https://www. redalyc.org/pdf/4577/457745497004.pdf

5. Mosquera T, Charry J. Factores de riesgo asociados a preeclampsia. ESE del Rosario. Campoalegre, Huila. 2017. RFS. [consultado mayo 2024]; 5(1):37-45. doi: https://doi. org/10.25054/rfs. v5i1.

6. Quispe C. Relación de ciertos factores asociados y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el IEMP durante el periodo agosto-noviembre del 2023 Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [consultado mayo 2024]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm. edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/360/Quispe_sc.pdf?sequence=1&isAllowed.

7. Morgan F, Calderón S, Martínez J, González A, Quevedo E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2010 [consultado marzo de 2019]; 78(3):153- 159. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27193

8. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):1. doi: 10.1097/AOG.0000000000003018.

9. Álvarez D, Pino L, Medina M, Rodríguez Y, Uribe A. Impacto clínico y epidemiológico de la preeclampsia y eclampsia en mujeres adolescentes primigestantes que ingresan al HUEM de la ciudad de Cúcuta entre julio y diciembre de 2019. INMBIOM [Internet]. 2019 [consultado mayo de 2024]; 3(1):Disponible: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/ index.php/INBIOM/article/view/2243/1082.

10. Sánchez SE. Epidemiología de la preeclampsia. Rev Per Ginecol Obstet [Internet] 2016 [consultado mayo de 2024]; 52(4):213-218. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4.

11. Martin JN, Jr., Rinehart BK, May WL, Magann EF, Terrone DA, Blake PG. The spectrum of severe preeclampsia: comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count) syndrome classification. Am J Obstet Gynecol. 1999; 180(6 Pt 1):1373-1384. doi: 10.1016/ s0002-9378(99)70022-0

12. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6): e237-e260. doi: 10.1097/ aog.0000000000003891

13. Díaz L. El verdadero impacto en la salud del neonato nacido de una gestación con trastorno hipertensivo del embarazo. Bol. Med. Hosp. Infantil. 2015; 72(5):297-298.

14. Tomairo R. Manejo clínico de preeclampsia severa. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud. ICA, Perú. 2018. [Citado mayo 2024].Disponibleen:http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/375/1/TOMAIRO%20CHOCC%C3%91A%20RUBEN%20 ALEX%20-%20MANEJO%20CLINICO%20 DE%20PREECLAMPSIA%20SEVERA.pdfG.

15. Muñoz E. Elizalde V. Téllez G. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2017; 82(4):438-446

16. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo Jorge I. Paredes-García.et al., E-mail: jiparedes5@utpl.edu.ec Disponible en internet: Perinatol Reprod Hum. 2023;37(2):72-79 www.perinatologia.mx -2023

17. Diaz A y Diana L Perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica. 2023. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d47179da-01b0-48d9-ae08-f6d310fb625a/content.

18.Vieira, Elizandra; Glenn, Franilson; Sánchez, Rocío S.; Giménez, Graciela. (2020) Caracterización clínica de mujeres con síndrome hipertensivo gestacional del servicio de Gineco obstetricia del Hospital materno infantil de Loma PYTA de diciembre 2018 a Marzo 2019. Revista Científica UMAX.

19.Guevara-Ríos Enrique, Gonzales-Medina Carlos. Factores de riesgo de preeclampsia. Una actualización desde la medicina basada en evidencias. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):30-5.

20. Fhabián S. Carrión-Nessi, Óscar D. Omaña-Ávila, Sinibaldo R. Romero, Daniela L. Mendoza, Andrea C. Lahoud, Mariana de J. de Marchis, David A. Forero-Peña**.** Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82 (2): 242-263. https://doi.org/10.51288/00820213.

21. Garcia G y Vargas E. Perfil clínico de la hipertensión inducida por el embarazo en un hospital público. Revista Venezolana de Enfermería y Ciencias de la Salud ISSN Nº: 1856-9528 Volumen 13(1) 15-22 enero –junio 2020. Disponible en: https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/3491/2194.

ANEXO A FICHA DE REGISTRO

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA EN PACIENTES CON SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO.

1.-Datos Socio- demográficos

HC: _____ Edad: _____ años.

Estrato social: _____Escolaridad: _____ Profesión u oficio: _____

Fuente de ingreso económico: _____

Zona de residencia. _____

2.- CARACTERISTICAS CLINICAS PARA EL DESARROLLO DE SHE.

PESO: _____

TALLA: _____

I.M.C: _____

Pre eclampsia: ◯

Eclampsia: ◯

Gravedad

Sin signos: ◯

Con signos: ◯

Manifestaciones Clínicas

Cefalea ◯

Dolor epigástrico ◯

Edema Periférico ◯

Problemas Visuales ◯

Proteinuria ◯

Antecedentes personales

HTA ◯

Enfermedad Renal ◯

Dislipidemia ◯

Obesidad ◯

Antecedentes Gineco- obstétricos

Episodios previos ◯

Primer embarazo ◯

Embarazo Gemelar ◯

Aborto ◯

Cesárea ◯

RCIU ◯

Complicaciones Maternas

Insuficiencia Renal Aguda ◯

Sindrome de HELLP ◯