



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA
HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Sede Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara".

AUTORA: Keiling Marilim Colmenarez Castañeda

TUTORA CLINICA: Profesora Riscarle Gelinnoth Manrique Cariel

TUTORA METODOLÓGICA: MSc. Liliana Lessire

PUERTO CABELLO ABRIL 2024



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:

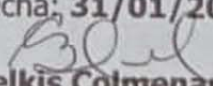
FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

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

COLMENAREZ C., KEILING M.
C.I. V.-16.816.206

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Riscarle G., Manrique C., titular de la C.I **V.-16.801.231**, decidimos que el mismo está **APROBADO**

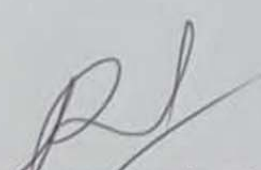
Acta que se expide en valencia, en fecha: **31/01/2025**


Prof. Belkis Colmenarez

(Pdte)

C.I. 7102-360

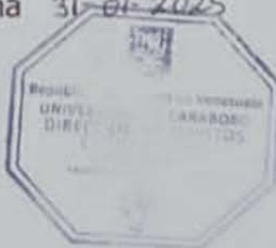
Fecha 31-01-2025


Prof. Marianela Rivas

C.I. 8025505

Fecha 31.01.2025

TEG: 90-24




Prof. Carmen Medina

C.I. 16204734

Fecha 31-01-2025

Índice	Pág.
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Materiales y Métodos	11
Resultados.....	13
Discusión.....	18
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Referencias.....	22

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA

AUTORA: Keiling Colmenarez

TUTOR CLÍNICO: Dr. Riscarle Manrique

Año: 2023

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen hoy día una de las 3 principales causas de mortalidad materna en el mundo, inducido por el aumento de los factores de riesgo socio demográficos, los antecedentes patológicos y obstétricos de las gestantes.

Objetivo General: Determinar los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia en pacientes que acuden a sala de partos del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período Enero – Diciembre 2022. **Materiales y Métodos:** Este estudio se desarrolló bajo el paradigma positivista, diseño Transversal no experimental, retrospectivo, método científico, la muestra estuvo constituida por (172) embarazadas que cumplieron con el criterio de inclusión atendidas en la emergencia del servicio de obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, en Puerto Cabello, entre Enero y Diciembre 2022, utilizando el Programa Estadístico Computarizado IBM – SPSS versión 21. **Resultados:** La incidencia fue de 7,8 % lo que se traduce a que 8 de cada 100 embarazadas presentaran preeclampsia, el grupo etario que predominó fue el de 19-26 años con 45,9%, con relación al estrato socioeconómico él (68,6%) de las pacientes se categorizó en el estrato III, la procedencia mayor fue local (Puerto Cabello) en él (64,5%), predominó el inadecuado control prenatal con el 89%. Se pudo registrar que el 66,9% de las pacientes no presentaron antecedentes patológicos médicos personales, no obstante el 33,1% si presentaron algún tipo de patología previa al embarazo, destacando hipertensión arterial crónica (17,4%), los síntomas registrados con mayor frecuencia fueron: cefalea (34,9%), seguido de hiperreflexia (20,3%); las patologías asociadas al embarazo que destacan son: infección del tracto urinario, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, anemia e infección ginecológica, la vía de culminación del embarazo que predominó fue la cesárea (98.3%) y la mayor proporción de la culminación de la gestación fue a término (52,3%) y 47,7% resultó pretérmino. **Conclusiones:** Identificar correctamente los factores de riesgo nos ayuda a disminuir la prevalencia de preeclampsia, así como sus posibles complicaciones y a su vez la incidencia de cesáreas como vía de culminación de la gestación.

Palabras clave: Preeclampsia, Factores de Riesgo, Control Prenatal, Antecedentes Patológicos Médicos, Características Clínicas, Vía de Culminación del Embarazo.

MATERNAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREECLAMPSIA

AUTHOR: Keiling Colmenarez

CLINICAL TUTOR: Dr. Riscarle Manrique

Year: 2023

ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are today one of the 3 main causes of maternal mortality in the world, induced by the increase in sociodemographic risk factors, pathological and obstetric history of pregnant women. **General Objective:** To determine the maternal risk factors associated with preeclampsia in patients who attend the delivery room of the "Dr. Adolfo Prince Lara" hospital in the period January – December 2022. **Materials and Methods:** This study was developed under the positivist paradigm, non-experimental, retrospective, scientific method, the sample was constituted by (172) pregnant women who met the inclusion criteria attended in the emergency of the obstetrics service of the "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, in Puerto Cabello, between January and December 2022, using the IBM Computerized Statistical Program – SPSS version 21. **Results:** The incidence was 7.8%, which means that 8 out of every 100 pregnant women presented preeclampsia. The predominant age group was 19-26 years with 45.9%, in relation to the socioeconomic stratum (68.6%) of the patients were categorized in stratum III, the most common origin was local (Puerto Cabello) in (64.5%), and inadequate prenatal control predominated with 89%. It was recorded that 66.9% of the patients had no personal medical history, but 33.1% had some type of pathology prior to pregnancy, especially chronic arterial hypertension (17.4%): headache (34.9%), followed by hyperreflexia (20.3%); the pathologies associated with pregnancy that stand out are: urinary tract infection, hypoproteinemia, hypoalbuminemia, anemia and gynecological infection, the route of termination of pregnancy that predominated was cesarean section(98. 3%) and the highest proportion of gestational completion was term(52.3%) and 47.7% resulted preterm. **Conclusions:** Correctly identifying the risk factors helps us to reduce the prevalence of preeclampsia as well as its possible complications and in turn the incidence of cesarean section as a way of termination of pregnancy.

Key words: Preeclampsia, Risk Factors, Prenatal Control, Pathological Medical History, Clinical Characteristics, Pregnancy Completion Pathway.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen hoy día una de las 3 principales causas de mortalidad materna en el mundo, ubicándose en la segunda posición, detrás de los trastornos hemorrágicos obstétricos. La incidencia a nivel mundial se encuentra entre un 5 y un 10%; sin embargo, esta estadística puede llegar a un 17% en pacientes nuligestas¹

Según el Comité Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la hipertensión en el embarazo se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida en dos ocasiones separadas por un intervalo de 4 horas.²

La preeclampsia es la hipertensión arterial de nueva aparición en el embarazo, con o sin proteinuria, después de las 20 semanas de gestación, frecuentemente se produce cerca del término.³ Si bien la hipertensión y la proteinuria se consideran los criterios clásicos para diagnosticar la preeclampsia, actualmente presenta dos criterios diagnósticos, definiéndola como preeclampsia sin signos de gravedad o severidad a 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 o severidad a la hipertensión de nueva aparición, con o sin proteinuria, después de las 20 semanas de gestación, en presencia de ≥ 1 signo de gravedad, como son los síntomas cerebrales o disturbios visuales (Por ejemplo, nuevo inicio de cefalea persistente no identificada por diagnósticos previos o diferenciales y que no responde a la dosis habitual de analgésicos, visión borrosa, escotomas, luces o chispas parpadeantes), así como edema agudo de pulmón, infarto del miocardio, accidente cerebrovascular, síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulopatía, lesión renal aguda y lesión retiniana.^{3,4}

La preeclampsia y la hipertensión gestacional complican del 2 % al 8 % y del 5 % al 10 % de todos los embarazos a nivel mundial, respectivamente. En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) 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 THE.^{5,6}

Los factores de riesgo son las características que se detectan en personas o en grupos de personas, que pueden aumentar la probabilidad de experimentar un daño a la salud, por lo que se consideran muy importante la detección de factores predictivos de riesgo en la embarazada como el riesgo obstétrico y perinatal, porque determina el riesgo, no solo por la edad, sino también por otros factores de riesgos existiendo características sociodemográficas, económicas, culturales, clínicas y patológicas previas que permiten identificar durante un embarazo riesgo para su salud, para su vida, así como también para el feto en desarrollo.⁷

Existen factores de riesgo que han sido asociados con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo como: nuliparidad, gestación múltiple, antecedente de preeclampsia en un embarazo previo, hipertensión crónica, diabetes pregestacional, diabetes gestacional, trombofilia, lupus eritematoso sistémico, índice de masa corporal mayor a 30 previo al embarazo, síndrome antifosfolipídico, edad materna igual o mayor a 35 años, nefropatía, técnicas de reproducción asistida y apnea obstructiva del sueño.^{8,9}

Sin embargo, es importante recordar que la mayoría de los casos de preeclampsia se presentan en mujeres nulíparas saludables sin factores de riesgo evidentes. 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.^{10, 11}

En un estudio realizado en Puebla, México, se registraron 96 casos de preeclampsia en adolescentes. El objetivo principal fue determinar la incidencia de preeclampsia en adolescentes, teniendo en cuenta que es un país que se encuentra en vías de desarrollo, donde el número de embarazos en adolescentes va en aumento, obteniendo una incidencia del 9%, con una edad media de 17 años la distribución por edad de 10-13 años fue de 1 paciente representa 1%, de 14 -16 años fueron 38 pacientes representa 40%, 17-19 años se obtuvieron 57 pacientes que representan 59% predominando las edades de 17 y 19 años. La vía de resolución del embarazo predominante fue de 80 cesáreas con 83%. 16 partos que representan el 7%. De las 96 pacientes adolescentes con preeclampsia en

el momento de la resolución del embarazo, 37 recién nacidos de término con un 39% y 59 recién nacidos pretérmino con 61% del total, observándose factores como, un nivel socioeconómico bajo, deserción escolar, hacinamiento, dependencia económica de terceras personas e inestabilidad emocional.¹²

En otra investigación realizada en Huancavelica – Perú en 2019, para identificar los factores de riesgo sociales de la preeclampsia en la población, se estudiaron 52 madres preeclámpticas registradas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016; fueron 156 controles normales. Se utilizó Chi², corrección de Yates, Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Resultados. Los factores sociales de riesgo significativos para preeclampsia fueron: edad de la madre $\geq$ a 35 años (OR=2,368 e IC95%=1,101–5,095), madre con cinco a más partos (OR=3,889 e IC95%=1,244–12,162), obesidad (OR=6,321 e IC95%=2,012–19,853), madre sin estudios (OR=12,917 e IC95%=1,410– 118,346). El peso normal antes del embarazo (OR=0,443 e IC95%=0,227– 0,863), fue significativo como factor de protección de esta forma permitir desarrollar e implementar estrategias sanitarias en promoción de la salud, prevención de morbilidades maternas, adecuada atención prenatal con enfoque intercultural y manejo de la preeclampsia.¹³

En otro estudio de revisión sistemática realizado en el Hospital General Portoviejo, Ecuador, se llevó a cabo una investigación con la finalidad de plasmar los diferentes factores de riesgo de la preeclampsia y las recomendaciones sobre las evaluaciones vigentes de estos factores. Específicamente, se abarcaron temas como la detección temprana del riesgo de preeclampsia mediante la evaluación y control de la presión arterial, aportaciones de la longitud cráneo - caudal, diagnóstico mejorado de preeclampsia con el cociente sFlt1/PIGF y predicción de la preeclampsia usando la fluxometría Doppler de las arterias uterinas. La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión, evidenciando la existencia de factores de riesgo que predisponen a padecer de preeclampsia, en virtud de lo cual, resulta fundamental, en principio, establecer una adecuada valoración clínica para cada paciente, con el propósito de tomar las medidas preventivas necesarias y/o efectuar un diagnóstico temprano que permita minimizar los riesgos para esta entidad. La literatura disponible está con base en la

evidencia científica, la cual presenta cierta discrepancia de un país a otro, y las complicaciones de la preeclampsia se siguen presentando como un problema de salud pública en todo el mundo.¹⁴

Por otra parte, en Venezuela en el Estado Apure se realizó una investigación retrospectiva de recolección de datos de 25 prenatales hospitalizadas, atendidas en el Hospital Acosta Ortiz de San Fernando de Apure Con el objetivo de determinar los factores de riesgos asociados a hipertensión inducida por el embarazo. Con relación a los factores de riesgo sociodemográficos, se encontró que la mayoría de las gestantes estaban en edades relativamente jóvenes y que el 80% vivían en pareja. El nivel educativo era bajo; un alto porcentaje (60%) se dedicaban a oficios del hogar y el 72% vivía en hacinamiento. En lo que respecta a los factores biológicos, predominó la hipertensión arterial en los padres de las encuestadas; la mayoría tenía de 29 a 36 semanas de gestación y una gran parte de ellas presentó complicaciones en sus embarazos anteriores. En cuanto a su alimentación, la mayoría mantenía un alto consumo de carbohidratos y grasas saturadas. Con respecto a los hábitos psicosociales, el 60% consumía alcohol y el 88% consumía cafeína. Un 10% de las pacientes realizaba algún tipo de actividad física y un 8% participaba en actividades recreativas. El 91% asistía a consultas prenatales; sin embargo, el 27% de las pacientes no cumplían con el tratamiento prescrito y el 30% no seguían las recomendaciones dadas por el personal de salud.¹⁵

Ahora bien, cabe destacar que en el Departamento Clínico Integral de la Costa, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento de Obstetricia y Ginecología. En Puerto Cabello, Estado Carabobo, se realizó un estudio a 40 pacientes para determinar la incidencia de eclampsia y su repercusión materna y perinatal en 31.532 nacimientos en un período de 10 años: 1998 - 2007. Obteniendo como resultado: La incidencia fue de 0,13%, 1 caso por cada 788 nacimientos. Predominó el grupo etario de 10 – 19 años (52%), concubinas 60 %, grado de instrucción primaria (60%). Prevalció el antecedente familiar de hipertensión en la madre (25 %), el antecedente personal de preeclampsia en embarazo anterior (12,5%). Los principales signos y síntomas fueron: hiperreflexia (65%), cefalea (50 %), escotomas y amaurosis (20%). La primera convulsión se presentó ante-parto (75%). Sin control de embarazo (55%). Destacaron las I gestas (72,5%), edad de embarazo 37-41 semanas

(50%), tipo de parto: cesárea (85%). En los resultados perinatales prevaleció: neonatos deprimidos (52,5%), peso neonatal entre 2.500-3.499 g (50%), con morbilidad de 30,55%, la mayoría debido al síndrome de dificultad respiratoria. La mortalidad fetal fue de 9,09% y la mortalidad neonatal 9,09%. Morbilidad materna fue de 53,84%, asociada: síndrome HELLP (23,07%), insuficiencia renal aguda (7,69%), desprendimiento prematuro de placenta (7,69%); hubo una muerte materna (2,5%).¹⁶

De igual manera se realizó una investigación en el hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” Puerto Cabello, Estado Carabobo, el cual fue un Estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista-encuesta, en pacientes que en el embarazo actual o pasado no se controlaron, Analizaron 1500 casos durante el año 2001, con el objetivo de Conocer qué factores personales epidemiológicos, socioeconómicos, institucionales y médicos estaban relacionados con la inasistencia al control prenatal. Obteniendo como resultados que los factores epidemiológicos que predominaron fueron la residencia en barrios (n = 800 - 53,33%), educación primaria (n = 679 - 45,26%), estado civil concubina (n = 750 - 50%) y la edad entre 25-34 años (n = 635 - 49,79%). Dentro de los factores sociales dominó el domicilio lejano (n = 697 - 46,46%), en los económicos, el desempleo (n = 537 - 35,8%) y en la educación el desconocimiento de la importancia del control prenatal (n = 865 - 57,66%). En los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (n = 639 - 42,6%) y la ubicación lejana del centro de salud (13,13%). En factores de atención médica, la mayoría no expresó argumentos (n = 830 - 53,33%). Concluyeron que existen diversos factores relacionados que implican acciones educativas, planes de apoyo para elevar el estándar de vida, e instaurar un plan de motivación integral de salud, con mejoramiento de la planta física.¹⁷

En el hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” se evidencia una gran cantidad de pacientes que acuden al servicio de emergencia obstétrica con embarazos no controlados oportunamente. Gran parte de estas gestantes son de bajos recursos económicos, teniendo acceso limitado a los centros de servicio de su comunidad y de esta manera dificultando su diagnóstico temprano, acudiendo con complicaciones asociadas a la preeclampsia como el Síndrome HELLP y la Eclampsia entre las más frecuentes y en algunas ocasiones ameritando la Unidad de Cuidados Intensivos.

Por lo que surge la siguiente interrogante, ¿Cuáles serán los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia en pacientes que acuden a sala de partos del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período enero - diciembre 2022?

Para dar respuesta a esta interrogante se plantea como objetivo general: Determinar los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia en pacientes que acuden a sala de partos del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período enero - diciembre 2022. El objetivo general se espera lograr a través de los siguientes objetivos específicos: Caracterizar la muestra según edad, nivel socioeconómico, control prenatal y procedencia. Determinar antecedentes patológicos médicos personales. Identificar las manifestaciones clínicas y alteraciones de laboratorios de la paciente preecláptica al ingreso. Precisar patologías asociadas al embarazo. Establecer la edad gestacional y vía de culminación del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se desarrolla bajo el paradigma positivista, de nivel descriptivo, retrospectivo, de diseño no experimental, método científico, de corte transversal.

La población estuvo constituida por todas las embarazadas ingresadas para la resolución obstétrica que acudieron a la emergencia del servicio de obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” en el período de Enero a Diciembre del 2022.

La muestra fue no probabilística circunstancial y estuvo constituida por 225 embarazadas en el período antes señalado de las cuales 172 cumplieron el criterio de inclusión: todas aquellas embarazadas que acudieron al servicio antes mencionado con diagnóstico de preeclampsia, en el período previamente señalado, de las cuales 53 embarazadas fueron excluidas, ya que presentaban historias incompletas o no ubicables. Se registró un total de 2280 nacimientos en el mismo período.

Se empleó el método de razonamiento inductivo, la técnica de recolección de los datos fue la revisión documental y los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes: Una ficha donde se registraron las variables en estudio: Edad, Procedencia, Estrato social, Control prenatal, Antecedentes patológicos personales, Características clínicas, Patologías asociadas al embarazo, Edad gestacional y vía de culminación del embarazo. De igual manera, se aplicó una versión modificada de la escala de Graffar por el Dr. Hernán Méndez Castellano para clasificar a la población en estratos sociales, de acuerdo con la siguiente escala: Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos), Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos), Estrato III: clase media baja (10 a 12 puntos), Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos) y Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos).

El criterio de clasificación de las pacientes para los grupos de edades fue el siguiente: adolescentes: entre 10 a 18 años; 19 a 26 años: juventud; 27 a 59 años: adulto.

Se solicitó autorización escrita a la Dirección Médica del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, cumpliendo de esta manera con los requisitos de carácter bioético para el acceso

pleno de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en relación con las investigaciones científicas del área de la salud.

Una vez obtenidos los datos se procesaron a través de Excel Microsoft office 2010, se organizaron, codificaron y se vaciaron en tablas, para su posterior análisis y representación para lo cual se utilizó el Programa Estadístico Computarizado IBM – SPSS versión 21, sirviendo de base para el análisis de los resultados, posteriormente la discusión e igualmente la conclusión y recomendaciones.

RESULTADOS

Tabla 1: Caracterización de las pacientes preeclámplicas según edad, nivel socioeconómico, control prenatal y procedencia.

VARIABLE	DETALLES	f	%
EDAD	14 - 18 AÑOS	29	16,9
	19 - 26 AÑOS	79	45,9
	27 - 49 AÑOS	64	37,2
TOTAL		172	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO	ESTRATO II	19	11
	ESTRATO III	118	68,6
	ESTRATO IV	34	19,8
	ESTRATO V	1	0,6
TOTAL		172	100
CONTROL PRENATAL	NO CONTROLADAS	153	89
	CONTROLADAS	19	11
TOTAL		172	100
PROCEDENCIA	LOCAL (PUERTO CABELLO)	111	64,5
	FORÁNEA (OTRAS COMUNIDADES)	61	35,5
TOTAL		172	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

De acuerdo con los resultados, se puede señalar, que el grupo etario con la más alta proporción fue el de 19 – 26 años con 45,9%, seguido del grupo con edades de 27 – 49 años con 37,2% y las de 14 - 18 años con un 16,9%.

El promedio de la edad fue de 25,53 años, con una desviación estándar de $\pm 7,07$ años; con un valor mínimo de 14 años y máximo de 49 años. Hubo predominio estadísticamente significativo del grupo de 19-26 años (45,9%; $p < 0,001$).

Con relación al estrato socioeconómico, según el método de Graffar, se determinó que el 68,6% de las pacientes pertenecen al estrato III, seguido del estrato IV con el 19,8%, mientras que el estrato II corresponde al 11% y finalmente el estrato V tuvo una proporción de 0,6% que corresponde a Pobreza extrema, con un predominio significativo del estrato III. Cabe destacar que el 89% de las pacientes no se controlaron el embarazo y el 11% sí tuvieron control prenatal adecuado. La mayoría de estas pacientes tienen una procedencia local (Puerto Cabello) en el 64,5% y el resto, 35,5%, proceden de otras comunidades (foráneas).

Tabla 2: Antecedentes patológicos médicos personales de las pacientes con preeclampsia

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MÉDICOS PERSONALES	f	%	TOTAL	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	30	17,4	57	33
OBESIDAD	13	7,5		
ASMA BRONQUIAL	6	3,5		
HIPOTIROIDISMO	4	2,3		
DM PREGESTACIONAL	3	1,7		
PATOLOGÍA CARDIACA	1	0,6	115	66,9
SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS	115	66,9		
TOTAL	172	100	172	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

Se pudo registrar que el 66,9% de las pacientes no presentaron antecedentes personales patológicos, no obstante el 33,1% de ellas si presentó patología previa al embarazo destacando las siguientes: hipertensión arterial crónica (17,4%) obesidad (7,5%); asma bronquial (3,5%); hipotiroidismo (2,3%); DM pregestacional (1,7%) y patología cardiaca (0,6%). La proporción de las pacientes que no presentaban antecedentes personales patológicos, resultó estadísticamente significativo (66,9%; $p < 0,001$).

Tabla 3: Manifestaciones clínicas y alteraciones de laboratorios de la paciente preeclámpsica al ingreso.

preclínicamente al ingreso.					
VARIABLES	ESPECIFICACIÓN				
	DETALLES	PROMEDIOS	CATEGORIZACIÓN	f	%
CIFRAS TENSIONALES	TAS	149,27 ± 13,64	HTA ≥ (140 /90)	97	56,4
	TAD	97,92 ± 8,35	SEVERIDAD ≥ (160/110)	53	30,8
	TAM	115,04 ± 8,93	TAM ≥ 110	128	74,4
MANIFESTACIONES CLÍNICAS					
NEUROLÓGICAS	CEFALEA			60	34,9
	HIPERREFLEXIA			35	20,3
	ESCOTOMAS CENTELLANTES			22	12,8
	TINNITUS			15	8,8
	VISIÓN BORROSA			5	3
	CONVULSIONES			5	3
GÁSTRICAS	EPIGASTRALGIA			19	11
GENITALES	SANGRADO			9	5,2
ALTERACIONES DE LABORATORIO					
COAGULACIÓN (CID)				4	2,3
RENAL (IR 02) — (PROTEÍNAS 76)				78	45,3
HEPÁTICAS (HELLP)				6	3,4

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

De acuerdo con las cifras tensionales, se registró un promedio aproximado de tensión arterial de 149/98 mmHg, con una tensión arterial media aproximada de 115 mmHg. Asimismo, se observó una categorización del 56,4% con HTA ($\geq 140/90$) y el 30,8% con mayor severidad ($\geq 160/110$) y con TAM ≥ 110 mmHg, el 74,4%.

Sobre la base de los resultados se puede señalar que los síntomas neurológicos registrados con mayor frecuencia fueron: cefalea (34,9%); hiperreflexia (20,3%); escotomas centellantes (12,8%); tinnitus (8,8%); visión borrosa y convulsiones (3% en cada caso).

En cuanto a las manifestaciones gástricas, se observó el 11% con epigastralgia y con manifestaciones genitales el 5,2% con sangrado.

En lo referente a las alteraciones de laboratorio, se registró que las alteraciones de la coagulación (2,3%), mientras que las renales (45,3%) y el 3,4% hepáticas.

Tabla 4: Patologías asociadas al embarazo de las pacientes con preeclampsia

PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL EMBARAZO	f	%	TOTAL (f)	%
INFECCIÓN TRACTO URINARIO	69	40,1	150	87,2
ANEMIA	40	23,2		
INFECCIÓN GINECOLÓGICA	38	22,1		
SÍFILIS ADQUIRIDA RECIENTEMENTE	3	1,7	22	12,8
SIN PATOLOGÍAS ASOCIADAS	22	12,8		
TOTAL	172	100	172	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

De acuerdo a los resultados se puede señalar, que el 12,8% de las pacientes no presentó patologías asociadas al embarazo, no obstante el 87,2% presentaron patologías asociadas al embarazo entre las que destacan: infección del tracto urinario (40,1%); anemia (23,2%) infección ginecológica (22,1%); y sífilis adquirida recientemente (1,7%). El porcentaje de las pacientes que presentan patologías asociadas al embarazo, resultó estadísticamente significativo (87,2%; $p < 0,001$)

Tabla 5: Edad gestacional y vía de culminación del embarazo en pacientes con preeclampsia

VARIABLES	DETALLES	ESPECIFICACIÓN	SUB TOTAL (f)	TOTAL (f)	%
EDAD GESTACIONAL A LA CULMINACIÓN DEL EMBARAZO (36,44 ± 2,69)	PREMATURIDA D (34,31 ± 2,33)	EXTREMA (28 semanas)	1	82	47,7
		MODERADA (28 – 33+6 semanas)	28		
		LEVE (34 – 36+6 semanas)	53		
	A TERMINO (38,33 ± 1,01)	≥ 37 semanas	90	90	52,3
TOTAL				172	100
VÍA CULMINACIÓN DEL EMBARAZO	CESÁREA			169	98,3
	PARTO			3	1,7
TOTAL				172	100

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En cuanto a la edad gestacional a la culminación del embarazo, se obtuvo un promedio general de 36,44 ± 2,69 semanas. En el grupo de prematuridad el promedio fue de 34,31 ± 2,33 semanas y en el grupo a término el promedio fue de 38,33 ± 1,01 semanas.

El 52,3% se registraron con una edad gestacional a la culminación del embarazo igual o mayor a 37 semanas (a término), mientras que el 47,7% se categorizó con prematuridad: destacando la prematuridad leve con 30,8% seguido de la prematuridad moderada con 16,3% y finalmente la prematuridad extrema con apenas el 0,6%. La cantidad de registros a término, no tuvo significancia estadística (52,3%; $P > 0,05$).

Es importante señalar, que del total de pacientes que acudieron al Servicio, en 169 de ellas la vía de culminación del embarazo fue mediante cesárea (98,3% de los casos), seguidos de partos con 1,7%. La cantidad de embarazos resueltos mediante cesárea, tuvo significancia estadística (98,3%; $P = 0,001$)

Tabla 6: factores de riesgo maternos asociados a pacientes con preeclampsia

FACTORES DE RIESGO	ESPECIFICACIÓN	F	%
BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO	ESTRATO III y IV (POBREZA RELATIVA)	153	89
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	HTA CRÓNICA, DM, OBESIDAD, DM PREGESTACIONAL, HIPOTIROIDISMO	57	33
EDAD	≥ 35 AÑOS	24	14
PARIDAD	PRIMIGESTAS	80	47,1
CONTROL PRENATAL	NO ADECUADO	153	89

Fuente: Datos obtenidos en la investigación

En lo que respecta a los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia, se registró que: el 89% de las pacientes tienen un nivel socioeconómico bajo (Estratos III y IV); el 33% con patologías médicas previas al embarazo; 14% con edades iguales o superiores a 35 años; el 47,1% son primigestas y el 89% con registro de control prenatal no adecuado. Importa señalar que, a medida que se incrementan estos factores en las pacientes, aumenta en igual medida el riesgo probabilístico de presentar preeclampsia y, a su vez, aumentar sus complicaciones.

DISCUSION

La preeclampsia complica del 5% al 10 % de todos los embarazos a nivel mundial, ya que existen factores de riesgo que han sido asociados con una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante el embarazo, aumentando el riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Cabe destacar según los datos obtenidos en esta investigación que la incidencia de la preeclampsia en la institución objeto de estudio en 2880 nacimientos en el periodo de enero a diciembre del 2022, tuvo una tasa de incidencia de 7,8% lo que se traduce a que 8 de cada 100 embarazadas presentaran preeclampsia, coincidiendo con el estudio realizado por Bohórquez A. en el año 2019 en Puebla México donde hubo una incidencia de 8,5% lo que significa que 9 de cada 100 pacientes presentará preeclampsia.

Según los resultados en esta investigación, nos permite señalar que el grupo etario que predominó fue el de 19 a 26 años con un 45,9%, la edad promedio de la muestra fue de 25,53 años, lo cual contrasta con el estudio realizado por Mendoza y Col. en Venezuela en el año 2018 en el hospital Acosta Ortiz de San Fernando de Apure donde el 52% de las embarazadas eran menores de 21 años de edad.

De igual manera, los resultados obtenidos indican, que el 68,6% de las pacientes se categorizaron con un estrato socioeconómico de nivel medio - bajo, lo que coincide con el estudio realizado por Bohórquez A. en el año 2019 en Puebla México, quien indica que el nivel socioeconómico que predominó en su estudio fue el nivel bajo, teniendo estas pacientes dependencia económica de terceras personas.

Sobre los antecedentes patológicos previos al embarazo en nuestro estudio se demostró que el 66,9% de estas pacientes no tenían antecedentes patológicos personales, sin embargo, el 33,1% de estas pacientes si presentaron algún tipo de patología previa al embarazo, predominando la hipertensión arterial crónica en un 15,1% coincidiendo con el estudio realizado por Mendoza y Col. en Venezuela en el año 2018 en el hospital Acosta Ortiz de San Fernando de Apure donde el 24% presento antecedentes de hipertensión arterial previo al embarazo o en sus embarazos anteriores.

Los síntomas registrados con mayor frecuencia en esta investigación fueron: cefalea con el (34,9%) e hiperreflexia en el (20,3%) coincidiendo con el estudio realizado por Rivas y Col. En el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento de Obstetricia y Ginecología de Puerto Cabello en 1998 – 2007, quienes reportan como principales síntomas la hiperreflexia (65%) y la cefalea (50%). De similar forma los resultados obtenidos en el presente estudio indican que del total de pacientes que acudieron al Servicio, en 169 de ellas la vía de culminación del embarazo fue mediante cesárea con un (98,3% de los casos), resultado que coincide con el estudio citado anteriormente, quienes reportan un 85% de resolución del parto por vía cesárea.

Importa señalar, que los resultados de esta investigación indican que la mayor proporción de la culminación de la gestación fue a término con un (52,3%) seguido del pretérmino que resultó con un 47,7%, lo que coincide con la investigación de Cerrón E, Huancavelica Perú en 2019, quien reporta que en su estudio el 61% de nacidos fueron a término y el 39% resultó pretérmino.

Conviene destacar, que los resultados obtenidos en esta experiencia, además de apoyar la base teórica en que se fundamentó, tienen importantes implicaciones en el estudio y la prevención de la preeclampsia en las gestantes que acuden al hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en esta investigación, se concluye que el grupo etario que predominó fueron las jóvenes, lo que significa que no hay edad específica para que la paciente desarrolle preeclampsia, ya que cualquier edad representa un factor de riesgo. El nivel socioeconómico bajo sigue constituyendo un factor de riesgo influyente para un inadecuado control del embarazo, aumentando la morbilidad materna y neonatal asociada a la preeclampsia, ya que no se detecta de manera oportuna.

De acuerdo con nuestro estudio, el mayor porcentaje de pacientes no presentó patologías médicas previas al embarazo, lo que nos lleva a reflejar que cualquier paciente puede desarrollar esta noxa, ya que es propia del embarazo, constituyendo un factor de riesgo para preeclampsia.

La mayoría de las gestantes de nuestro estudio fueron de procedencia local (Puerto Cabello), debido a la cercanía de la zona geográfica donde habita la paciente a la institución.

Se concluye que las patologías asociadas al embarazo constituyen un factor de riesgo para preeclampsia, ya que en este estudio la proporción de pacientes con patologías aumentó las complicaciones.

La vía de culminación del embarazo mayormente fue mediante cesárea debido a que el mayor número de estas pacientes presentó criterios de severidad y embarazos pretérminos llevando a la toma de decisión de esta vía de resolución para disminuir los riesgos de complicaciones tanto maternas como neonatales, lo que nos impulsa a identificar correctamente los factores de riesgo de manera precoz y por consiguiente reducir la cantidad de Cesáreas realizadas por esta patología.

La mayor proporción de la culminación de la gestación fue a término, sin embargo, cabe destacar que hubo un alto porcentaje de todos los pretérminos lo que refleja el aumento de la morbilidad neonatal, por lo que debemos enfocarnos no solo en la mujer preeclámpsicas sino también en los neonatos.

RECOMENDACIONES

Dar a conocer los resultados obtenidos en esta investigación, ya que pueden servir de base para futuros estudios relacionados con el tema.

Promover la continuidad en esta línea de investigación, particularmente con preeclampsia, estudiando otras variables que puedan incidir como factores de riesgo.

Mantener el seguimiento de las gestantes con riesgo de preeclampsia con el fin de evitar o disminuir complicaciones maternas y perinatales a largo plazo.

Fortalecer la educación de la población gestante para que reconozcan los síntomas y signos de la preeclampsia e incentivarlas a mantener la asistencia del control prenatal, el cual debe ser periódico, oportuno y de calidad para disminuir la morbilidad materno-infantil.

Incluir en el sistema público de salud estrategias de estudios predictivos y de detección precoz para brindar una conducta adecuada con diagnósticos y tratamientos oportunos.

Explicar y educar a toda la población gestante que acuda a consulta que la preeclampsia constituye un factor de riesgo independiente de la edad, procedencia, nivel socioeconómico entre otras, ya que esta noxa es propia del embarazo.

Brindar capacitación continua al personal médico, de enfermería y de servicio comunitario para clasificar a las pacientes de alto riesgo obstétrico con alta probabilidad de complicaciones con la finalidad de detectar precozmente síntomas y signos que eviten llevar el embarazo a feliz término para el binomio madre feto.

REFERENCIAS

1. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Hipertensión gestacional y preeclampsia: Boletín de práctica de ACOG, número 222. *Obstet Gynecol* 2020 - 06;135(6):e237-e260.
2. Hipertensión gestacional y preeclampsia: Boletín de práctica de ACOG, número 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237-e260. doi: <https://10.1097/aog.0000000000003891>.
3. Guevara Ríos, E., & Gonzales Medina, C. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Rev Perú Investig Matern Perinat*, 8(1), 30-35. Recuperado el 10 de abril de 2022, de <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/140/1441>.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Niveles y tendencias mundiales, regionales y nacionales de la mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios hasta 2030: un análisis sistemático realizado por el Grupo interinstitucional de estimación de la mortalidad materna de las Naciones Unidas. *Lanceta*. 2016;387(10017):462-74. doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
5. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. Análisis de la OMS de las causas de muerte materna: una revisión sistemática. *Lanceta*. 2006; 367(9516):10661074. DOI: [10.1016/S0140-6736\(06\)68397-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68397-9)
6. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Preeclampsia. *Lanceta*. 2010; 376 (9741): 631-644. DOI: [10.1016/S0140-6736\(10\)60279-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60279-6)
7. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8 (17): 69-79.
8. Conde-Agudelo A, Belizán JM. Factores de riesgo de preeclampsia en una gran cohorte de mujeres latinoamericanas y caribeñas. *Bjog*. 2000; 107(1):75-83. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2000.tb11582.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11582.x)
9. Zhang JJ, Ma XX, Hao L, Liu LJ, Lv JC, Zhang H. Una revisión sistemática y metanálisis de los resultados del embarazo en la ERC y los resultados de la ERC en el embarazo. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015; 10(11):1964-1978. DOI: [10.2215/CJN.09250914](https://doi.org/10.2215/CJN.09250914)

10. Chesley LC, Cooper DW. Genética de la hipertensión en el embarazo: posible control de un solo gen de la preeclampsia y la eclampsia en los descendientes de mujeres con eclampsia. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986; 93(9):898-908. DOI: [10.1111/j.1471-0528.1986.tb08006.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1986.tb08006.x)
11. Ward K, Hata A, Jeunemaitre X, Helin C, Nelson L, Namikawa C, et al. Una variante molecular del angiotensinógeno asociada con la preeclampsia. *Nat Genet.* 1993; 4(1):59-61. DOI: [10.1038/ng0593-59](https://doi.org/10.1038/ng0593-59)
12. Bohorquez A, “Incidencia de Preeclampsia En Pacientes Embarazadas Adolescentes En El Periodo Enero 2018 A Diciembre 2018 en el Hospital General Zona Norte”.
13. Cerrón E, “Factores Sociales Asociados a la Preeclampsia En El Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica 2016” Perú 2019.
14. Moncayo Párraga, Z. A., Ramírez Medranda, K. A., Moreira Alava, K. I., & Mendoza Salazar, J. G. (2022). Evaluación del riesgo de preeclampsia. Últimos avances. *RECIAMUC*, 6(2), 143-151. DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.143-151](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.143-151)
15. Mendoza N, Benavente Y, Papale J, Moreno J, Berné Y. Factores de riesgo asociados a hipertensión inducida por el embarazo en prenatales del estado Apure. *Boletín Médico de Postgrado* 2018; 34(1): 26-33. ISSN: 0798-0361. DOI: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2514>
16. Rivas M, Faneite P, Salazar G, *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012;72 (1):34-41 Eclampsia. Repercusión materna y perinatal, Universidad de Carabobo, Departamento Clínico Integral de la Costa, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Puerto Cabello, Estado Carabobo. Vol. 72, N° 1, marzo 2012.
17. Faneite A, Pedro et al. ¿Por qué no se controla la embarazada?. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2002, vol.62, n.2 [citado 2025-01-26], pp.77-82. Disponible en: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732
18. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta. Ed. México: McGraw-Hill; 2000.
19. Díaz LA. Editor. Visión Investigativa en Ciencias de la Salud (Énfasis en Paradigmas Emergentes). Valencia; 2011.
20. Hurtado D. Teoría general de sistema: Un enfoque hacia la ingeniería de sistema. 2da ed. Raleigh: Lulu Press; 2011.

21. Pardo de VG, Cedeño CM. Investigación en salud. Factores sociales. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
22. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ta. Ed. McGraw Hill: México; 2010.