



**Universidad  
Católica de  
Santa María**

**Facultad de Obstetricia y Puericultura Segunda  
Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**

**Hipertension cronica y obesidad en gestacion de 37 semanas**

Trabajo Académico presentado por:

**Reynoso Zegarra, Patsy Alessandra**

**ORCID: 0009-0003-5186-8395**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesora:

**Mgter. Fernandez Vasquez, Armida Angelita**

**ORCID: 0000-0003-4097-2712**

**Arequipa-Perú**

**2026**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 02 de Diciembre del 2025

**Dictamen: 017287-C-EPOYP-2025**

Visto el borrador del expediente 017287, presentado por:

**2023970662 - REYNOSO ZEGARRA PATSY ALESSANDRA**

Titulado:

**HIPERTENSION CRONICA Y OBESIDAD EN GESTACION DE 37 SEMANAS**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES  
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH  
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH  
DICTAMINADOR**



# Hipertension cronica y obesidad en gestacion de 37 semanas

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.ucsm.edu.pe">repositorio.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://revista.fecolsog.org">revista.fecolsog.org</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://repositorio.unsaac.edu.pe">repositorio.unsaac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unesum.edu.ec">repositorio.unesum.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe">revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

## **DEDICATORIA**

A Dios, por abrir mis ojos cada día, por la salud de mi familia y por todas las cosas bellas que nos da. A mis padres, por ser el apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por estar conmigo en las buenas, pero sobre todo en las malas, por enseñarme a superarme cada día y seguir el camino del bien. A mis hermanos, por ser mis compañeros de locuras, por su apoyo y paciencia. A mis abuelitos, por todas sus enseñanzas, por creer y confiar en mí. A mis fieles compañeras de cuatro patas, Cataleya, Chica y Naisha, que, con sus miradas llenas de amor, sus siestas a mi lado y su cariño hicieron más anemos los días de estudio y desvelo.



**EPIGRAFE**

“Un hombre ingenioso no se equivoca. Sus errores son volitivos y son portales de descubrimiento”.

James Joyce

## RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan entre 5 y 10% de los embarazos, su prevalencia ha ido en aumento debido a enfermedades cardio metabólicas en mujeres en edad fértil. Es la segunda causa de mortalidad materna después de la hemorragia, por lo que es importante identificar los factores de riesgo a tiempo y así evitar futuras complicaciones.

**OBJETIVO:** Analizar el caso clínico e identificar los factores de riesgo asociados a la hipertensión crónica y la obesidad en una gestación de 37 semanas. Identificar los procedimientos seguidos de acuerdo con las guías respectivas de la institución. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio descriptivo, documental, observacional de corte transversal, en el cual se elaboró la historia clínica de una paciente con el diagnóstico de hipertensión crónica, obesidad, cesárea anterior por preeclampsia dos veces, que fue atendida en un Establecimiento Hospitalario nivel IV de Arequipa.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 35 años, multigesta, multípara, con antecedentes personales de hipertensión crónica y obesidad (IMC pregestacional: 35.37), ingresa el 26 de marzo de 2025 a las 13:00 horas al servicio de Ginecoobstetricia de un hospital nivel IV en Arequipa para internamiento por cesárea programada a las 37 semanas de gestación. Durante el control prenatal, se observa presiones arteriales elevadas (>130/80 mmHg) previas a las 20 semanas, confirmando hipertensión crónica como comorbilidad materna preexistente. A esto se suma el antecedente de dos cesáreas previas por preeclampsia. Al ingreso, la paciente se encuentra estable, sin signos premonitorios, y con percepción de movimientos fetales. El 27 de marzo se realiza cesárea programada, en el puerperio inmediato, la evolución es favorable: leve dolor en zona operatoria, presión arterial estable, útero contraído y loquios hemáticos escasos.

**CONCLUSIONES:** Se analizó el caso clínico y se encuentra paciente multigesta multípara con gestación única viva de 37 semanas, con antecedente de hipertensión crónica, obesidad, preeclampsia en sus 2 gestaciones previas y cesárea anterior dos veces. Se identificó factores de riesgo asociados a la hipertensión crónica el antecedente de preeclampsia en sus gestaciones previas, dieta poco balanceada, edad, obesidad y falta de actividad física. Los procedimientos que se realizaron durante la atención cumplieron con la GPC para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo de EsSALUD, como la toma de exámenes de laboratorio periódicos para determinar la condición materna, así como también la culminación del embarazo a las 37 semanas a más.

**Palabras clave:** Hipertensión crónica, Obesidad, Embarazo.

## ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy affect between 5 and 10% of pregnancies, and their prevalence has been increasing due to cardiometabolic diseases in women of childbearing age. It is the second leading cause of maternal mortality after hemorrhage, making it important to identify risk factors early and thus prevent future complications. **OBJECTIVE:** To analyze the clinical case and identify the risk factors associated with chronic hypertension and obesity in a 37-week pregnancy. To identify the procedures followed according to the respective guidelines of the institution. **MATERIALS AND METHODS:** This is a descriptive, documentary, observational cross-sectional study, in which the medical history of a patient diagnosed with chronic hypertension, obesity, and a previous cesarean section due to preeclampsia twice, who was treated at a level IV hospital facility in Arequipa, was prepared.

**CLINICAL CASE:** A 35-year-old female patient, multigravida, multiparous, with a personal history of chronic hypertension and obesity (pre-pregnancy BMI: 35.37), was admitted on March 26, 2025, at 1:00 PM to the Gynecology and Obstetrics department of a level IV hospital in Arequipa for hospitalization for a scheduled cesarean section at 37 weeks of gestation. During prenatal care, elevated blood pressures (>130/80 mmHg) were observed prior to 20 weeks, confirming chronic hypertension as a preexisting maternal comorbidity. This is compounded by a history of two previous cesarean sections due to preeclampsia. Upon admission, the patient was stable, without warning signs, and with perception of fetal movements. On March 27, a scheduled cesarean section was performed. In the immediate postpartum period, the course was favorable: mild pain at the surgical site, stable blood pressure, contracted uterus, and scant bloody lochia.

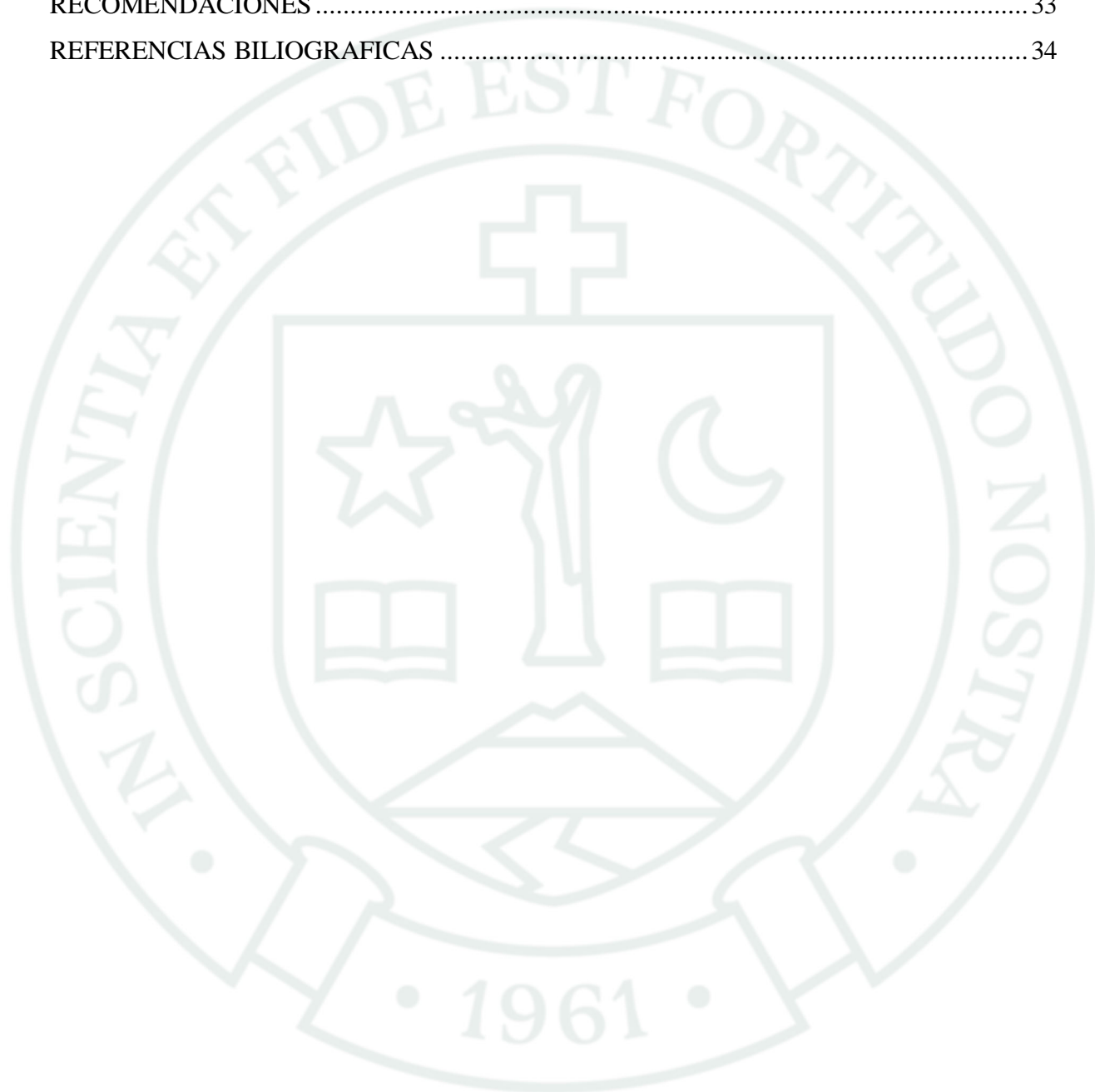
**CONCLUSIONS:** The clinical case was analyzed, and the patient is found to be a multigravida, multiparous woman with a single living pregnancy of 37 weeks, with a history of chronic hypertension, obesity, preeclampsia in her two previous pregnancies, and two prior cesarean sections. Risk factors associated with chronic hypertension were identified, including a history of preeclampsia in previous pregnancies, a poorly balanced diet, age, obesity, and lack of physical activity. The procedures performed during care adhered to the clinical practice guideline for the prevention and management of hypertensive disorders in pregnancy by EsSALUD, including periodic laboratory tests to assess maternal condition, as well as delivery at 37 weeks or later.

**Keywords:** Chronic hypertension, Obesity, Pregnancy.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
EPIGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO CONCEPTUAL.....	4
1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA.....	4
1.1. Definición .....	4
1.2. Características .....	4
1.3. Complicaciones .....	5
1.4. Manejo .....	5
1.5. Indicaciones para finalizar el embarazo.....	6
1.6. Hipertensión crónica y obesidad.....	7
2. PREECLAMPSIA.....	8
2.1. Definición .....	8
2.2. Clasificación.....	8
2.3. Etiología.....	8
2.4. Factores de Riesgo.....	9
3. OBESIDAD .....	9
3.1. Definición .....	9
3.2. Etiología.....	10
3.3. Complicaciones .....	11
3.4. Manejo .....	11
CAPITULO II.....	14
MARCO METODOLÓGICO .....	14
1. ANAMNESIS .....	15
2. ENFERMEDAD ACTUAL.....	15
3. ANTECEDENTES.....	16
4. EMBARAZO ACTUAL.....	18
5. EXAMEN FÍSICO .....	18

6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.....	20
7. TRATAMIENTO.....	21
8. INDICACIONES .....	21
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	34



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Cuadro resumen de signo vitales .....	24
TABLA 2: Cuadro resumen de analítica .....	24
TABLA 3: Cuadro resumen ecografías .....	25
TABLA 4: Cuadro resumen controles prenatales .....	25



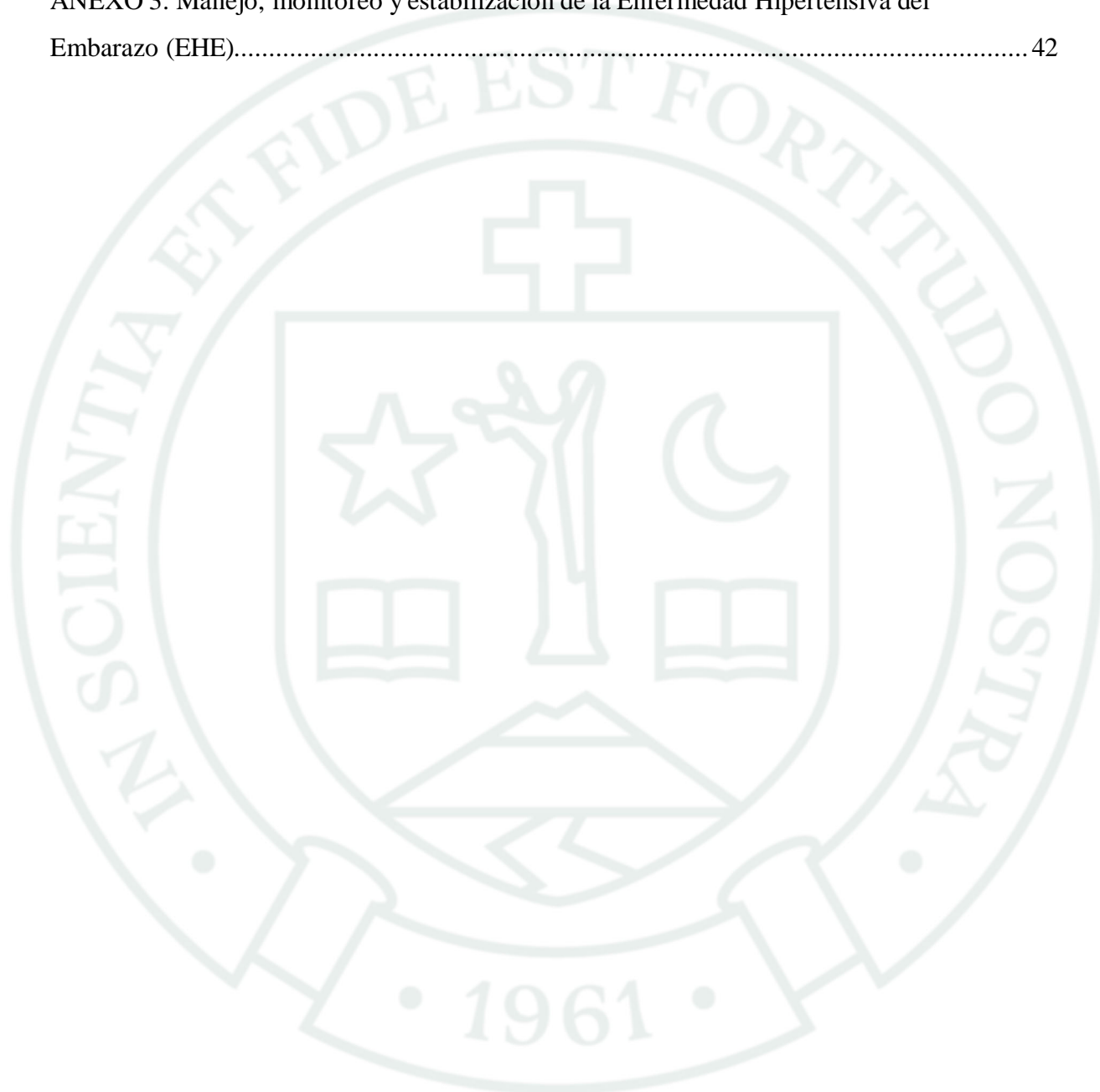
## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Control de presión arterial en los controles prenatales.....	26
FIGURA 2: Control de presión arterial en hospitalización.....	26
FIGURA 3 Control de Clave azul.....	27



## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Carnet perinatal .....	39
ANEXO 2: Fluxograma de prevención y manejo de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).....	41
ANEXO 3: Manejo, monitoreo y estabilización de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).....	42



## INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan entre 5 y 10% de las gestaciones, cuya frecuencia se ha incrementado asociada a patologías cardiometabólicas en mujeres en etapa reproductiva. Constituye la segunda razón de fallecimiento materno posterior a la hemorragia; representa el 26% de los decesos maternos en América Latina y el Caribe (1).

La hipertensión arterial crónica se considera cuando la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140mmHg y/o la presión arterial diastólica es mayor o igual a 90mmHg previo a la gestación, o antes de cumplirse las 20 semanas del periodo gestacional. Mujeres que mantienen elevación tensional incluso superando las 12 semanas posteriores al parto también se catalogan dentro del grupo de hipertensión crónica (1).

Puede presentar complicaciones tanto maternas como fetales; entre las complicaciones maternas están; mortalidad materna y el riesgo de accidentes cerebro vasculares, edema pulmonar o insuficiencia renal. Y las fetales: bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de placenta, malformaciones congénitas fetales (2).

En las indicaciones para culminar el embarazo en gestantes con edad gestacional menor a 37 semanas que presenten preeclampsia sin manifestaciones de gravedad, hipertensión del embarazo o hipertensión preexistente, la terminación del embarazo se desarrollará mediante conducta expectante hasta alcanzar las 37 semanas, o hasta que la gestante presente preeclampsia con signos de severidad, o hasta que aparezca algún criterio médico adicional que indique finalizar la gestación (lo que suceda primero) (3).

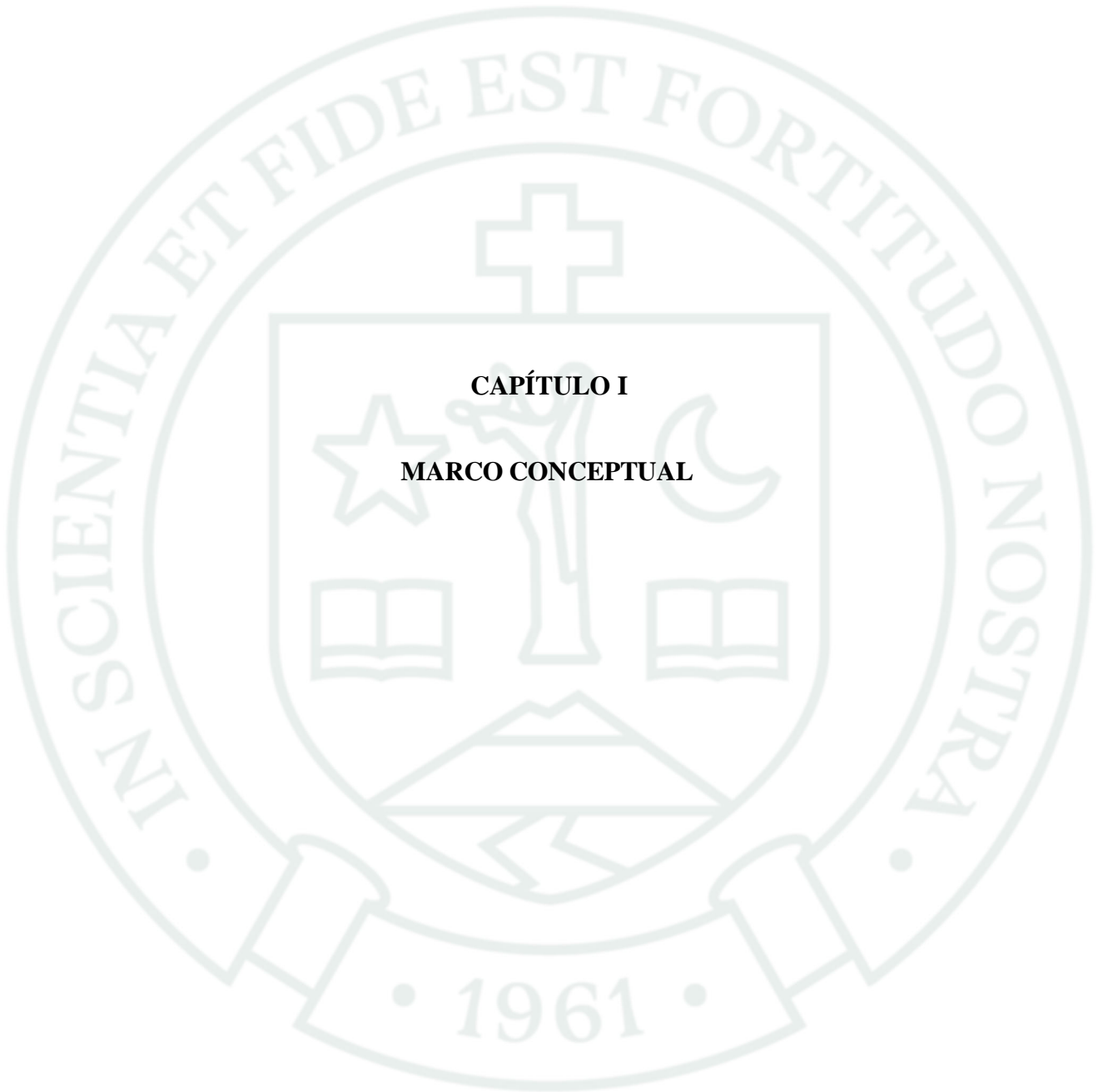
La obesidad es un trastorno metabólico y endocrino que influye en el embarazo con diferentes complicaciones. Siendo un factor de riesgo de preeclampsia, además de repercutir de manera adversa sobre el embarazo; se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo, con disfunción endotelial, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia (4). El exceso de tejido adiposo se vincula con disminución de la capacidad reproductiva y prolongación del tiempo necesario para lograr la concepción, además las gestaciones con esta condición suelen asociarse a diabetes del embarazo, preeclampsia, nacimiento pretérmino, partos asistidos mediante instrumentos o cirugía cesárea, procesos infecciosos y sangrado postparto (5).

La identificación de factores de riesgo y la aplicación de protocolos oportunamente en la atención permite la prevención y reducción de complicaciones en la gestante con el diagnóstico de preeclampsia con o sin signos de severidad y disminución de recién nacidos prematuros.

El objetivo del estudio es analizar el caso clínico e identificar los factores de riesgo asociados a la hipertensión crónica y la obesidad en una gestante de 37 semanas. E identificar los procedimientos seguidos de acuerdo con las guías respectivas de la institución.

El presente trabajo académico está organizado en III Capítulos, el Capítulo I incluye el marco teórico, el Capítulo II la presentación del caso clínico y el Capítulo III incluye la discusión, conclusiones y recomendaciones del caso.





**CAPÍTULO I**

**MARCO CONCEPTUAL**

## MARCO CONCEPTUAL

### 1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

#### 1.1. Definición

- 1.2. Se considera hipertensión arterial crónica cuando la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140mmHg y/o la presión arterial diastólica es mayor o igual a 90mmHg previo al inicio de la gestación, o antes de completarse las 20 semanas del proceso gestacional. Mujeres que presentan mantenimiento de cifras tensionales elevadas incluso después de transcurridas más de 12 semanas posteriores al parto también se clasifican dentro del grupo de hipertensión crónica (1).

Las pacientes con hipertensión arterial crónica que pueden desarrollar una preeclampsia añadida se ubican aproximadamente entre el 20 a 50% de los casos clínicos. Esta probabilidad se incrementa en pacientes de origen afrodescendiente, con obesidad, con hábito tabáquico, en aquellas que presentan una PAD mayor a 100mmHg, con hipertensión identificada desde hace más de 4 años, o con antecedentes previos de preeclampsia durante una gestación anterior. La preeclampsia asociada alcanza mayor presencia clínica (hasta un 75%) en mujeres con daño en órganos diana o que presentan hipertensión arterial de origen secundario (1).

#### 1.3. Características

- 1.4. El 90% de las gestantes con hipertensión arterial corresponden a formas primarias, mientras que en el 10% restante se vincula a etiología secundaria. Elementos como edad materna menor de 35 años, hipertensión severa o con pobre respuesta terapéutica, falta de antecedentes familiares de hipertensión o alteraciones laboratoriales tales como hipocalcemia, elevación de creatinina o presencia de albúmina en orina en etapas iniciales del embarazo orientan a sospechar hipertensión secundaria (1) (6).

En mujeres con hipertensión arterial de tipo esencial en grado leve a moderado, hasta el 75% de las gestaciones pueden evolucionar sin eventos adversos

mayores, salvo la tendencia a que el neonato presente peso reducido (7) . Las complicaciones más habituales incluyen restricción del crecimiento fetal, nacimiento antes del término y, como evento más severo, la preeclampsia agregada, condición que puede presentarse aproximadamente entre el 20–25% de gestantes con hipertensión arterial crónica. En la mitad de los casos la preeclampsia se presenta de forma temprana. El cuadro suele presentarse con un aumento rápido de los valores de presión arterial (por encima de los niveles previos, que ya eran altos), junto con la aparición de proteinuria (o un incremento de ésta si ya era positiva), hiperuricemia y edemas generalizados. Es una situación siempre grave, que conlleva riesgos maternos y un aumento en la morbimortalidad fetal (7).

### **1.5. Complicaciones**

Riesgos maternos: mortalidad materna y el riesgo de accidentes cerebro vasculares, edema pulmonar o insuficiencia renal.

Se asocia con un mayor riesgo de diabetes gestacional, como consecuencia de factores de riesgo comunes (como la obesidad) (2).

Riesgos fetales: bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de placenta, malformaciones congénitas fetales (2).

### **1.6. Manejo**

Los antihipertensivos orales de uso común en el embarazo son:

- Labetalol: posibles efectos broncoespásticos, se evita en gestantes con asma bronquial, patología miocárdica previa, desempeño cardíaco deteriorado y trastornos de conducción cardíaca junto a frecuencia cardíaca baja.
- Nifedipino: Presentación de acción farmacológica rápida, usualmente se indica para el control de cifras tensionales severas y elevación aguda de la presión arterial en pacientes hospitalizadas. Debe evitarse en presencia de taquicardia y no administrarse por vía sublingual.
- Metildopa: se inicia con 250 mg dos o tres veces al día (2).

En base a la edad gestacional más temprana en el rango sugerido para el momento del parto para las mujeres a término depende del uso de medicamentos de mantenimiento.

- Mujeres sin complicaciones maternas o fetales adicionales que respalden un parto más temprano, si no se prescriben medicamentos antihipertensivos de mantenimiento, no se recomienda el parto antes de las 38 semanas.
- Mujeres sin complicaciones maternas o fetales adicionales que respalden un parto más temprano, si se prescriben medicamentos hipertensivos de mantenimiento, no se recomienda parto antes de las 37 semanas.
- Pacientes con hipertensión que es difícil de controlar, como los que requieren ajustes frecuentes de los medicamentos de mantenimiento, pueden requerir un parto más temprano.

(2).

Exámenes de laboratorio orientados a evaluar el estado materno: proteinuria, creatinina sérica (1,1 mg/dL), cuantificación de plaquetas ( $<100 \times 10^9/L$ ), marcadores enzimáticos hepáticos ( $\geq 70$  U/L), LDH ( $\geq 600$  IU/L), entre otros; además de controles ecográficos dirigidos a monitorizar la condición fetal de forma periódica (3).

### **1.7. Indicaciones para finalizar el embarazo**

- En gestantes que presentan una datación gestacional fiable entre 24 y 33 semanas más 6 días, en quienes el nacimiento antes de término es considerado próximo, como ocurre en pacientes con preeclampsia con signos de gravedad, y sin hallazgos clínicos sugestivos de infección, administrar corticoides prenatales (3).
- Cuando se opte por indicar corticoides prenatales, aplicar un esquema de dexametasona, 6 mg cada 12 horas por 4 dosis, o betametasona, 12 mg cada 24 horas por 2 aplicaciones; ambas por vía intramuscular.
- No se indicará repetir una dosis adicional de sulfato de magnesio con fines de neuroprotección fetal en gestantes que previamente hayan

recibido sulfato de magnesio para profilaxis o recurrencia de eclampsia(3).

- En embarazadas con edad gestacional menor de 37 semanas y presencia de preeclampsia sin manifestaciones de severidad, o hipertensión del embarazo, o hipertensión preexistente, la culminación de la gestación se conducirá mediante vigilancia expectante hasta completar las 37 semanas, o hasta que la gestante presente preeclampsia con criterios de severidad, o hasta que surja alguna indicación médica complementaria que justifique la finalización del embarazo, lo que suceda primero (3).
- En embarazadas con 37 semanas o más de gestación, y presencia de preeclampsia sin manifestaciones de gravedad, hipertensión del embarazo o hipertensión preexistente, se procederá a culminar la gestación en un intervalo aproximado de 24 a 48 horas (3).
- En mujeres gestantes que presenten eclampsia o cuadro HELLP, se deberá culminar la gestación sin considerar la edad gestacional (3).
- Para definir el tipo de nacimiento, priorizar el parto por vía vaginal. La preeclampsia por sí misma no constituye criterio para indicar cesárea, salvo que exista alguna condición médica que comprometa la salud materna o fetal (3).

### **1.8. Hipertensión crónica y obesidad**

En cuanto a la coexistencia de hipertensión crónica y obesidad, investigaciones efectuadas en Ecuador muestran que persisten porcentajes elevados de frecuencia en ambos factores de riesgo, observándose en hipertensión arterial valores de 93.5% y en obesidad 98.1%. La existencia de antecedentes de hipertensión en la familia, junto con la presencia de obesidad y prácticas alimentarias inadecuadas durante el embarazo, ha demostrado de forma reiterada que mujeres en etapa reproductiva presentan mayor riesgo de complicaciones gestacionales, asociándose hipertensión arterial y exceso de peso en gestantes (8).

Ponce y colaboradores coinciden, en su investigación, respecto a la relevancia del incremento ponderal durante el primer trimestre como indicador de alerta

dentro del seguimiento prenatal y la presencia previa de hipertensión arterial; la relación entre ambos factores en embarazadas evidencia que el sobrepeso se asocia de manera paralela con la aparición de cuadros hipertensivos, ambos con predisposición a generar preeclampsia o complicaciones de mayor severidad (4).

## **2. PREECLAMPSIA**

### **2.1. Definición**

Se diagnostica preeclampsia cuando hay una elevación de la PAS  $\geq 140$ mmHg y/o la PAD  $\geq 90$ mmHg en dos ocasiones separadas por 4 horas después de las 20 semanas de gestación, en una mujer con presiones arteriales previas normales. A menudo se acompaña de proteinuria o sin la presencia de ésta, alteraciones sistémicas como trombocitopenia, aumento de transaminasas, insuficiencia renal, edema pulmonar y alteraciones cerebrales (9).

### **2.2. Clasificación**

- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia sin signos de severidad
- Preeclampsia con signos de severidad
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada
- Síndrome de HELLP

### **2.3. Etiología**

Hasta el momento su patogénesis aún no está definida, pero surgen varias teorías de mecanismos causales.

- Estado angiogénico dado por remodelación inadecuada de las arterias espinales: primera etapa de invasión trofoblástica superficial con inadecuada remodelación de las arterias espinales, y una segunda etapa en que la disfunción endotelial y el desequilibrio que llevan a manifestaciones clínicas de la enfermedad. (“Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y ... - FASGO”)

- Pérdida de actividad del factor de crecimiento placentario junto a concentraciones elevadas del factor soluble del receptor para factor del crecimiento endotelial vascular son la base de la enfermedad (9).
- Mala perfusión placentaria resultado de remodelación anormal de las arterias espirales maternas (9).

#### **2.4. Factores de Riesgo**

- Nuliparidad
  - Gestaciones múltiples
  - Preeclampsia en un embarazo previo
  - Hipertensión crónica
  - Diabetes pregestacional/ gestacional
  - Trombofilia
  - Lupus eritematoso sistémico
  - IMC antes del embarazo superior a 30
  - Síndrome de anticuerpo fosfolipídico
  - Edad materna de 35 años a más
  - Enfermedad renal
- (10)

### **3. OBESIDAD**

#### **3.1. Definición**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la obesidad se describe como una patología en la que un individuo acumula una cantidad elevada de tejido adiposo corporal capaz de generar efectos perjudiciales sobre el bienestar general. Se identifica mediante un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30. Esta condición puede originarse por la interacción de componentes hereditarios, del entorno, sociales y conductuales. Dentro de los factores más frecuentes se encuentran la ingesta elevada de energía calórica, el sedentarismo, alteraciones hormonales y determinadas patologías que también favorecen la aparición de obesidad (11).

### 3.2. Etiología

La gestación constituye una etapa caracterizada por transformaciones fisiológicas vinculadas al embarazo, la lactancia y al marcado crecimiento y maduración del feto. El incremento ponderal total actualmente sugerido durante la gestación y en relación con el IMC previo al embarazo es el siguiente:

- Peso bajo: 12,5 a 18 kg de ganancia de peso total.
- Peso normal: 11,5 a 16 kg de ganancia de peso total.
- Sobrepeso: 7 a 11,5 kg de ganancia de peso total.
- Obesa: 5 a 9 kg de ganancia de peso total.
- Se sugiere que sea 11 a 19 kg en embarazo gemelar. (5)

Las gestantes habitualmente incrementan entre 1 a 2 kg durante el primer trimestre. Conforme a los parámetros actualizados, las mujeres con peso adecuado deben incrementar aproximadamente 0,4 kg por semana en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Aquellas con bajo peso requieren un incremento ligeramente mayor, cerca de 0,5 kg semanales, mientras que las mujeres con exceso de peso deben aumentar cerca de 0,3 kg por semana. En el caso de mujeres con obesidad, el incremento estimado es alrededor de 0,2 kg por semana (5).

La guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante del Ministerio de Salud clasifica el estado nutricional de la gestante según el índice de masa corporal pregestacional (12).

- Delgadez (<18,5)
- Normal ( $\geq 18,5$  y <25)
- Sobrepeso (25 y <30)
- Obesidad ( $\geq 30$ )

Las recomendaciones de la ganancia de peso en gestantes son diferentes y dependen de la clasificación del estado nutricional, según el IMC pregestacional. Todas deben ganar peso desde el primer trimestre de gestación, incluyendo las que se encuentran con sobrepeso y obesidad, dado que están formando nuevos tejidos (12). Siendo la recomendación de ganancia de peso total:

- Delgadez: ganancia de 12,5 a 18 kg

- Normal: ganancia de 11,5 a 16,0 kg
- Sobrepeso: ganancia de 7,0 a 11,5 kg
- Obesidad: ganancia de 5,0 a 9,0 kg

En el caso de pacientes con talla <1,57 m la ganancia de peso total en el embarazo para gestantes con IMC pregestacional >30.0 es de 5 kg (12).

### **3.3. Complicaciones**

El exceso de tejido adiposo corporal se vincula con disminución de la capacidad reproductiva y con un periodo más prolongado para lograr la concepción, y las gestaciones con esta condición se asocian a diabetes del embarazo, preeclampsia, nacimiento antes del término, partos asistidos mediante instrumentos o por cesárea, cuadros infecciosos y sangrado después del parto; asimismo, se observa incremento en la probabilidad de anomalías congénitas en la descendencia, macrosomía fetal, dificultad en la salida de hombros y óbito fetal. De igual manera, las placentas suelen presentar mayor espesor y reducción en la eficacia del flujo sanguíneo, en comparación con la placenta de gestantes sin obesidad. Además, las mujeres con obesidad presentan mayor probabilidad de conservar peso corporal en el periodo posterior al parto y presentar eventos adversos en una gestación posterior (5).

El exceso de tejido adiposo corporal se vincula con patologías del sistema cardiovascular, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus tipo 2 y determinadas neoplasias; una proporción considerable de estas afecciones puede prevenirse. Asimismo, la obesidad en la etapa materna se asocia con mayor probabilidad de fallecimiento temprano y afecciones cardiovasculares (5).

### **3.4. Manejo**

En años recientes, las guías emitidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos dirigidas a la gestante con obesidad, que se presentan de forma resumida a continuación, han sido difundidas.

Las siguientes directrices se sustentan en evidencia científica sólida y consistente (nivel A):

- La estimación del índice de masa corporal durante el primer control prenatal permitirá orientar el plan nutricional y la actividad física conforme a las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM) respecto al aumento ponderal durante la gestación.

- Los drenajes colocados en tejido subcutáneo incrementan la probabilidad de complicaciones en la herida quirúrgica posterior a una cesárea y no deberían emplearse de manera rutinaria.

- Las intervenciones basadas en cambios conductuales que integran alimentación y actividad física pueden favorecer la reducción del peso corporal después del parto, con mejores resultados que realizar solo ejercicio.

Las siguientes directrices se apoyan en evidencia científica limitada o variable (nivel B):

- Las gestantes con obesidad que reducen, aunque sea mínimamente, su peso corporal antes del embarazo puede presentar desenlaces obstétricos más favorables.

- Es conveniente permitir una fase inicial más prolongada del trabajo de parto en gestantes con obesidad antes de indicar cesárea por detención de la progresión del trabajo de parto.

- Se aconseja la profilaxis antitrombótica mecánica antes del parto por cesárea, cuando sea viable, así como también posterior al procedimiento quirúrgico.

- Posterior a la cesárea, la dosificación profiláctica frente a tromboembolismo venoso ajustada según el peso corporal podría resultar más efectiva que el esquema basado en estratificación por IMC en gestantes con obesidad grado III.

Las siguientes directrices se sustentan principalmente en acuerdos de especialistas y criterio profesional (nivel C):

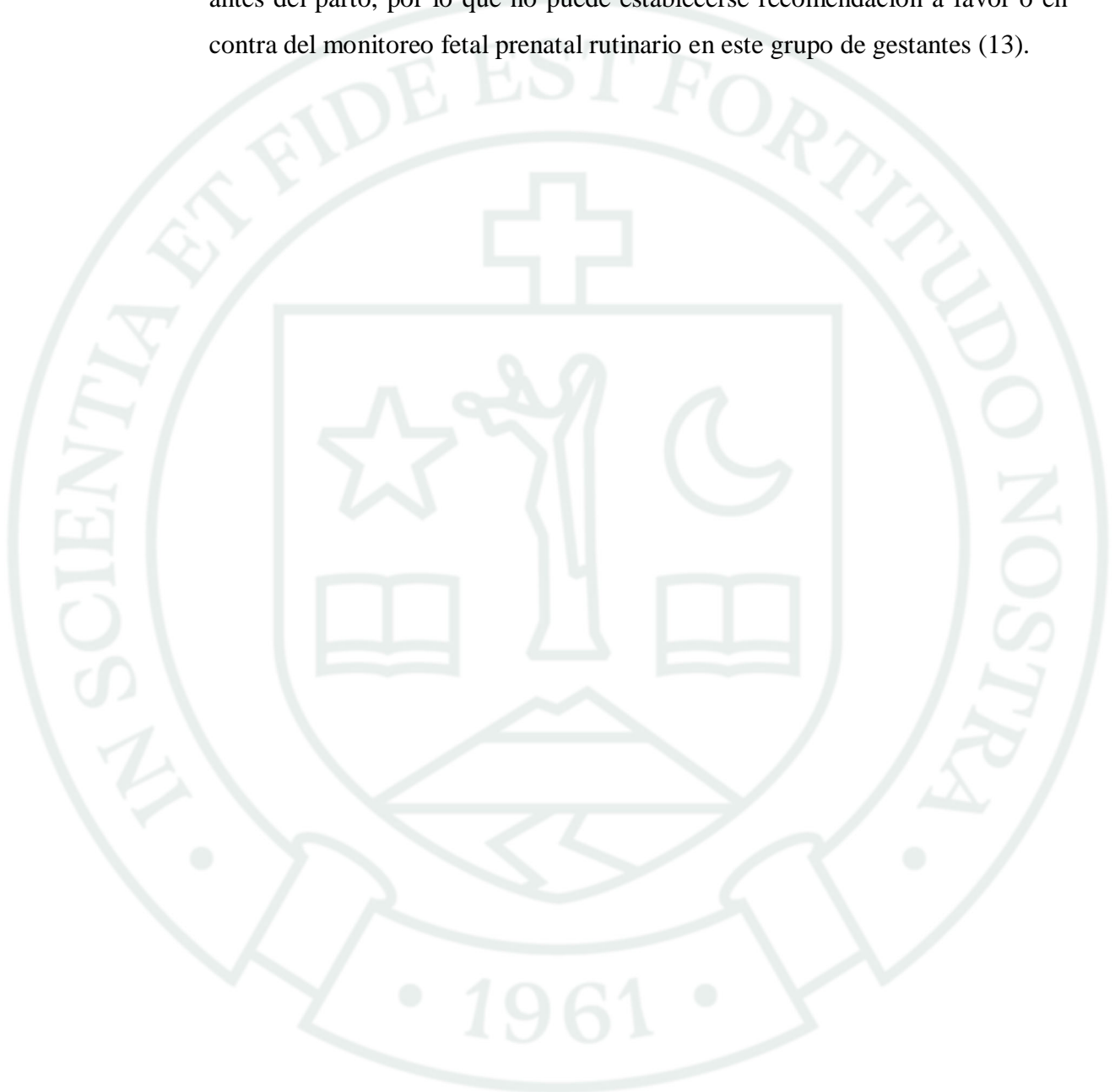
- Es necesario orientar a las gestantes con obesidad respecto a las limitaciones del ultrasonido en la detección de alteraciones estructurales fetales.

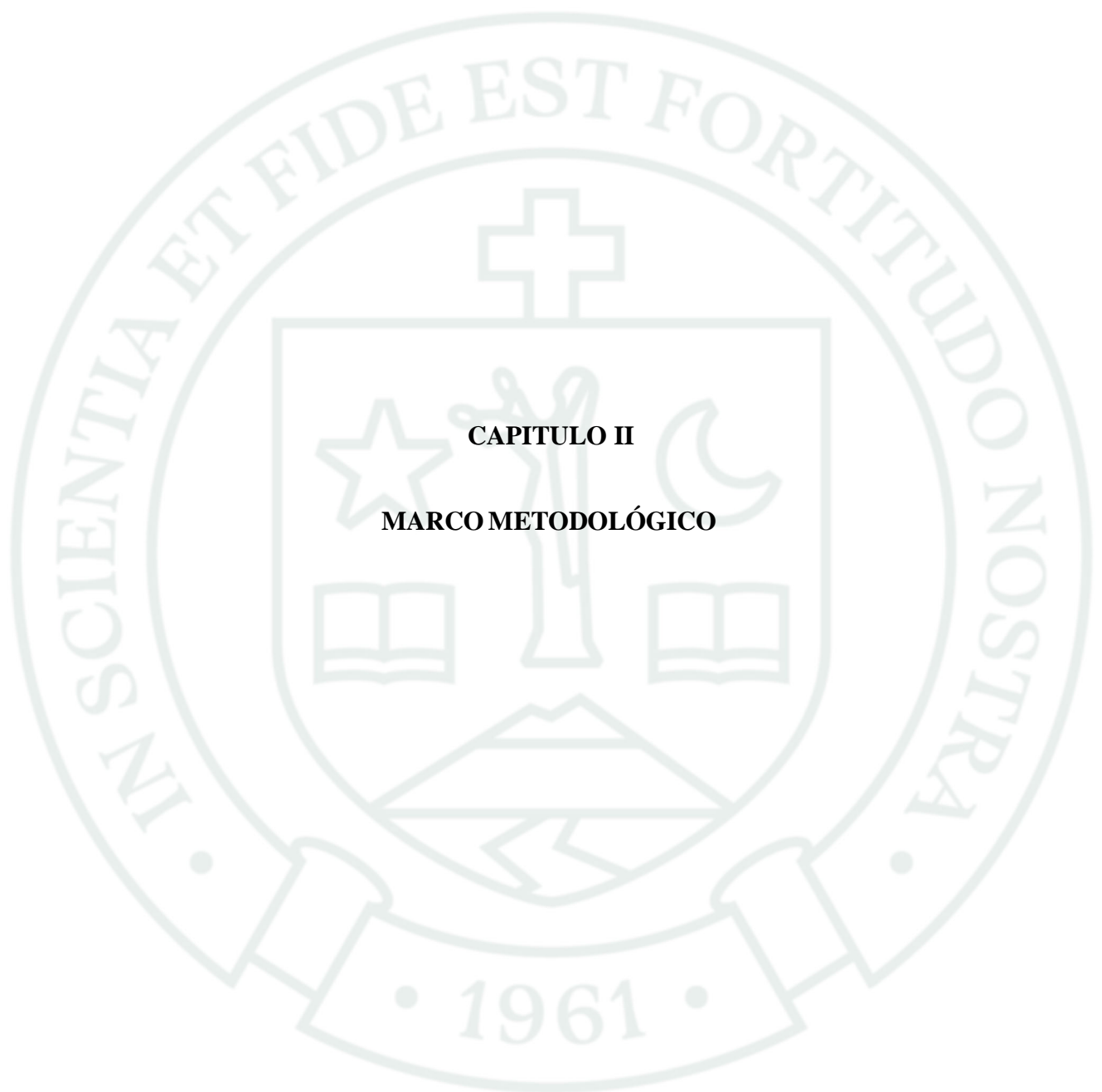
- Resulta pertinente evaluar la interconsulta con el área de anestesiología en gestantes con obesidad y síndrome de apnea obstructiva del sueño, debido al incremento en la probabilidad de hipoxemia, retención de CO<sub>2</sub> y muerte súbita.

- La evaluación temprana de alteraciones en la tolerancia a la glucosa durante la gestación (diabetes del embarazo o diabetes preexistente) debe fundamentarse en los factores predisponentes, considerando un IMC materno igual o superior a

30, trastornos previos del metabolismo glucémico o antecedente de diabetes gestacional.

- Aunque los índices de mortalidad neonatal tienden a ser más elevados en gestantes con obesidad, no se dispone de evidencia concluyente que confirme una mejora significativa en los desenlaces gestacionales mediante la vigilancia antes del parto, por lo que no puede establecerse recomendación a favor o en contra del monitoreo fetal prenatal rutinario en este grupo de gestantes (13).





**CAPITULO II**

**MARCO METODOLÓGICO**

## 1. ANAMNESIS

### 1.1. Filiación

Nombre y Apellidos:	C.E.M.K.
Edad:	35 años
Cama:	413-A
Fecha de nacimiento:	20/06/1989
Lugar de nacimiento:	Arequipa
Lugar de procedencia:	Arequipa
Dirección:	Ciudad municipal Mz. M Lt. 21 Zn 2
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Conviviente
Religión:	Católica
Idioma:	Español
Grado de instrucción:	Superior técnico
Ocupación actual:	Técnica en farmacia
Fecha de ingreso:	26/03/2025
Forma de ingreso:	Por emergencia (para el programa)
Fecha de elaboración:	28/03/025
Persona de referencia:	C.C.
Informante:	Paciente
Tipo de anamnesis:	Directa
Número de Historia Clínica:	709062

## 2. ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 28/03/2025      Hora: 07:30  
Tiempo de la enfermedad: 02 días  
Signos y síntomas principales: Leve dolor en herida operatoria

### 2.1. Historia de la enfermedad.

Paciente femenina de 35 años, con gestación única viva de 37 semanas, refiere que hace 2 días acude al hospital por emergencia para ser internada para cesárea programada para el día 27 de marzo del 2025 por hipertensión crónica y

obesidad, además de tener el antecedente de cesárea anterior dos veces por preeclampsia, al momento del ingreso niega cefalea, escotomas, tinitus, epigastralgia, niega pérdida de líquido y sangrado transvaginal, percibe movimientos fetales. En el carnet de control prenatal, se observa presiones arteriales elevadas (>130/80 mmHg) desde antes de las 20 semanas, confirmando hipertensión crónica como comorbilidad materna preexistente. A esto se suma el antecedente de dos cesáreas previas por preeclampsia y el índice de masa pregestacional de 35.37.

El día 27 de marzo se realiza cesárea, obteniendo un recién nacido masculino de 3175gr con un Apgar de 9/9. En el puerperio paciente refiere leve dolor en zona operatoria, niega cefalea, náuseas, vómitos. Presiones arteriales en niveles estables, controles de clave azul negativos, Herida operatoria con apósitos secos, útero contraído, loquios hemáticos escasos sin mal olor.

## **2.2. Funciones Biológicas**

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Depositiones: Conservado
- Micción: Conservado
- Sueño: Conservado

## **3. ANTECEDENTES**

### **3.1. Personales**

#### **3.1.1. Fisiológicos:**

Paciente de embarazo normal, nacida de parto eutócico de atención médica, con lactancia materna hasta el primer año, recibió vacunas y CRED normal.

#### **3.1.2. Patológicos:**

- Enfermedades virales: Niega
- Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial crónica (18 semanas)
- Cirugías: Cesárea (2017, 2019)
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

- Medicación: Metildopa 250mg cada 8 horas vía oral (desde 20/03/2025)

### **3.1.3. Gineco-obstétricos**

- Menarquia: 12 años
- Régimen catamenial: 5-6/30
- Dismenorrea: Si
- Inicio de relaciones sexuales: 19 años
- Parejas sexuales: 03
- Métodos anticonceptivos: ACOS
- Tratamiento de fertilidad: No
- Examen de mamas: Normal
- Examen de Papanicolau: Negativo (Julio 2024)
- Infecciones ginecológicas: Niega
- Fórmula obstétrica: G3 P2012
- N° de gestaciones:3
- N° de partos a término:2
- N° de partos pretérmino:0
- N° de abortos:1
- N° de hijos vivos:2
- N° de hijos muertos:0
- G 1 Aborto espontáneo, 4 semanas (2016)
- G 2 Parto por cesárea por preeclampsia a las 37 semanas, femenino de 2900 gramos (2017)
- G 3 Parto por cesárea por preeclampsia a las 38 semanas, femenino de 3200 gramos (2019)

### **3.2. Familiares**

- Padre: Vivo, 60 años, aparentemente sano
- Madre: Viva, 59 años, aparentemente sano
- Hijo: Viva, 7 años, aparentemente sana  
Viva, 5 años, aparentemente sana
- Pareja: Vivo, 38 años, aparentemente sano

### **3.3. Socioeconómicos**

- Vivienda: Propia
- Zona: Urbana
- Material: Noble
- Servicios: Luz, agua, desagüe
- Eliminación de basuras: Municipalidad
- Crianza de animales: Niega

### **3.4. Hábitos y costumbres**

- Alimentación: Dieta poco balanceada y saludable
- Ejercicio: Niega
- Tabaco: Niega
- Alcohol: Niega
- Drogas: Niega

## **4. EMBARAZO ACTUAL**

- Fecha de última menstruación: 13/07/2024
- Fecha probable de parto: 18/04/2025
- Atención prenatal: 9 controles
- Lugar de atención: Hospital Yanahuara
- Peso pregestacional: 85kg
- Talla: 155 cm
- IMC pregestacional: 35.37
- Ganancia de peso: 5kg
- Gestación planificada: No
- Altura uterina: 34 cm
- Feto: longitudinal cefálica izquierda
- Latidos cardio fetales: 144 x´
- Movimientos fetales: presentes

## **5. EXAMEN FÍSICO**

Realizado el día 28/03/2025, primer día post cesárea

### **5.1. General**

Al examen aparente buen estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, se encuentra lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, al momento no refiere molestias.

Al momento del examen:

Funciones vitales

- Presión arterial: 130/78 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 85 x'
- Frecuencia respiratoria: 18 x'
- Saturación de oxígeno: 94 %
- Temperatura: 36.3 °C
- Peso: 85 kg
- Talla: 155 cm
- IMC: 35.38

### **5.2. Piel y faneras**

Piel trigüeña, elasticidad y turgor conservada, signo del pliegue negativo

Pelo de color negro, bien implantados y con buena cantidad

Uñas en buen estado, llene capilar <2 seg.

Signo del pliegue: negativo

TCSC: abundante cantidad

### **5.3. Cabeza**

Cráneo: Normocéfalo, de consistencia dura, no se registran tumoraciones.

Cejas: Regular cantidad, pelos situados en los arcos ciliares.

Párpados y pestañas: Conservados, pestañas bien implantadas.

Conjuntivas: palpebrales ligeramente pálidas

Pupilas: Redondeadas, centrales de color café claro

Nariz: Normorrínea de ubicación central, tabique conservado, fosas nasales permeables, no secreciones.

Boca: Simétrica, móvil, no se refleja lesiones, mucosas orales húmedas.

Dientes: Con buena higiene, piezas dentarias completas.

Oídos: de buena implantación, permeable con audición conservada.

Cuello: móvil, no se palpa nódulos

#### **5.4. Tórax**

Tórax: Móvil, simétrico no se refleja retracciones intercostales. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.

Mamas: simétricas con pezones bien formados.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos. No se reconocen soplos.

#### **5.5. Abdomen**

Blando y depresible, doloroso a la palpación, útero contraído, altura uterina; 18 cm, apósito de herida operatoria limpios y secos, ruidos hidroaéreos aumentados.

#### **5.6. Genitales**

Genitales externos de nulípara, presencia de vello escaso y loquios hemáticos en escasa cantidad sin mal olor.

#### **5.7. Extremidades**

Superiores: simétricas móviles no edema

Inferiores: simétricas, edema (+), ROT conservados

#### **5.8. Neurológico**

Paciente lúcida y enfocada en espacio y persona, despierta a la hora del examen, sin alteración alguna en el lenguaje y con conservado tono muscular.

### **6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

#### **6.1. Diagnóstico de ingreso**

- Multigesta múltipara
- Gestación de 36 semanas 5 días
- Hipertensión crónica

- Cesárea anterior dos veces
- Obesidad materna
- Feto único vivo

#### **6.2. Diagnóstico post operatorio**

- Puérpera inmediata
- Post operatorio en 20hrs post Cesárea segmentaria
- Síndrome adherencial severo
- Cesárea anterior dos veces
- Obesidad materna

### **7. TRATAMIENTO**

#### **7.1. Tratamiento de ingreso**

- Candado salinizado
- Metildopa 250mg cada 8horas vía oral
- Cefazolina 2gr presop vía endovenosa

#### **7.2. Tratamiento post operatorio**

- Candado salinizado
- Metamizol 2gr cada 8 horas EV
- Cefazolina 1 gr cada 8 horas EV
- Tramadol 100mg condicional a dolor intenso SC
- Metildopa 250 mg 1 tableta cada 24 horas VO

### **8. INDICACIONES**

#### **8.1. Indicaciones de ingreso**

- Dieta blanda más líquidos orales a voluntad
- Control de funciones vitales cada 4 hrs (PA)
- Control Obstétrico
- Control de signos de alarma

- Control de diuresis por turno
- Control de peso diario
- Higiene vulvoperineal

## **8.2. Indicaciones post operatorio**

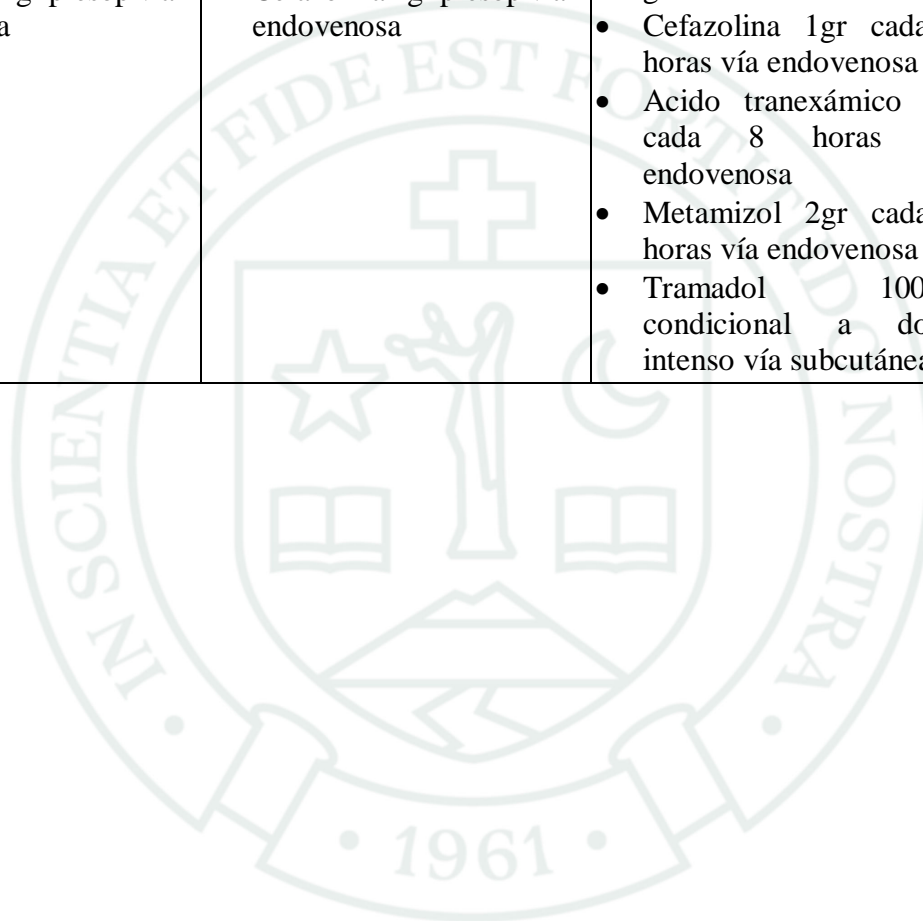
- Dieta blanda más líquidos orales a voluntad
- Deambulación asistida
- Control de funciones vitales
- Control de involución uterina
- Control de signos de alarma
- Control de loquios
- Control de diuresis por turno
- Higiene vulvoperineal
- Extracción de leche cada 3 horas

## 9. PLAN DE TRABAJO

	<b>Día 26/03/25</b>	<b>Día 27/03/25</b>	<b>Día 27/03/25 Post operatorio</b>	<b>Día 28/03/25</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multigesta múltipara</li> <li>• Gestación de 36 semanas 5 días</li> <li>• Hipertensión crónica</li> <li>• Bicesareada anterior</li> <li>• Obesidad materna</li> <li>• Feto único vivo</li> <li>• No trabajo de parto</li> <li>• Ganancia inadecuada de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multigesta múltipara</li> <li>• Gestación de 36 semanas 6 días</li> <li>• Hipertensión crónica</li> <li>• Bicesareada anterior</li> <li>• Obesidad materna</li> <li>• Feto único vivo</li> <li>• No trabajo de parto</li> <li>• Ganancia inadecuada de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puérpera inmediata de cesárea segmentaria por:</li> <li>• Gestación de 36 semanas 6 días</li> <li>• Hipertensión crónica</li> <li>• Bicesareada anterior</li> <li>• Obesidad materna</li> <li>• Paridad satisfecha</li> <li>• Sd adherencial severo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puérpera inmediata de 20 horas cesárea segmentaria por gestación de 36 semanas 6 días, hipertensión crónica, bicesareada anterior, obesidad materna, paridad satisfecha y Sd adherencial severo</li> </ul>
<b>INDICACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta blanda +LOAV</li> <li>• Control de funciones vitales cada 4 hrs (PA)</li> <li>• Control Obstétrico</li> <li>• Control de signos de alarma</li> <li>• Control de diuresis por turno</li> <li>• Control de peso diario</li> <li>• Higiene vulvoperineal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO</li> <li>• Control de funciones vitales cada 4 hrs (PA)</li> <li>• Control Obstétrico</li> <li>• Control de signos de alarma</li> <li>• Control de diuresis por turno</li> <li>• Control de peso diario</li> <li>• Higiene vulvoperineal</li> <li>• Vendaje de MMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO x 6 horas luego DLA</li> <li>• Movilización en cama</li> <li>• Control de funciones vitales</li> <li>• Control de involución uterina</li> <li>• Control de signos de alarma</li> <li>• Control de loquios</li> <li>• Control de diuresis</li> <li>• Higiene vulvoperineal</li> <li>• Extracción de leche cada 3 horas</li> <li>• Hemograma control en 6 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta blanda + LOAV</li> <li>• Deambulación asistida</li> <li>• Control de funciones vitales</li> <li>• Control de involución uterina</li> <li>• Control de signos de alarma</li> <li>• Control de loquios</li> <li>• Control de diuresis por turno</li> <li>• Higiene vulvoperineal</li> <li>• Extracción de leche cada 3 horas</li> </ul>

<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candado salinizado</li> <li>• Metildopa 250mg cada 8horas vía oral</li> <li>• Cefazolina 2gr presop vía endovenosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candado salinizado</li> <li>• Metildopa 250mg cada 8horas vía oral</li> <li>• Cefazolina 2gr presop vía endovenosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dextrosa 5% 1000cc+ ClNa 20% 1 ampolla+ Oxitocina 20UI a XXX gotas EV</li> <li>• Cefazolina 1gr cada 8 horas vía endovenosa</li> <li>• Acido tranexámico 1gr cada 8 horas vía endovenosa</li> <li>• Metamizol 2gr cada 8 horas vía endovenosa</li> <li>• Tramadol 100mg condicional a dolor intenso vía subcutánea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Candado salinizado</li> <li>• Metamizol 2gr cada 8 horas vía endovenosa</li> <li>• Cefazolina 1gr cada 8 horas vía endovenosa</li> <li>• Tramadol 100mg condicional a dolor intenso vía subcutánea</li> <li>• Metildopa 250mg cada 24 horas vía oral</li> </ul>
--------------------	--	--	--	--

*Fuente:* Elaboración propia



**TABLA 1: Cuadro resumen de signo vitales**

<b>Fecha</b>	<b>26/03</b>	<b>27/03</b>	<b>28/03</b>
<b>Hora</b>	<b>13:00</b>	<b>07:00</b>	<b>07:00</b>
<b>PA sistólica (mmHg)</b>	140	120	130
<b>PA diastólica (mmHg)</b>	90	70	84
<b>PAM presión arterial media (mmHg)</b>	107	87	99
<b>Pulso (por minuto)</b>	92	94	85
<b>Temperatura (°C)</b>	36	36.5	36.0
<b>Frecuencia respiratoria (por minuto)</b>	20	18	19
<b>Saturación de O2</b>	95	95	94

*Fuente:* Historia clínica del paciente

**TABLA 2: Cuadro resumen de analítica**

	HNCASE	HNCASE	HNCASE	HNCASE
Fecha	20/03/25	26/03/25	27/03/25	28/03/25
<b>EXAMENES DE LABORATORIO HEMATOLÓGICOS</b>				
Hb (g/7dl)	13.1	12.9	12.4	10.9
Plaquetas (mm <sup>3</sup> )	302	276	276	255
Leucocitos (mm <sup>3</sup> )	8.98	9.16	8160	12020
<b>EXAMENES DE LABORATORIO BIOQUÍMICO</b>				
Glucosa (mg/dl)	82.7	80	71.8	61.2
Creatinina (mg/dl)	0.4	0.5	0.39	0.43
Urea	11.5		15.3	16.7
INR	0.003	1.01	0.9	
Ac. Úrico (mg/dl)				4.4
TGP (U/L)	26	16.8	18	28
TGO (U/L)	28	19.7	27	16
DHL (U/L)	209	158	193	

BT (mg/dl)	0.33	0.2	0.29	0.3
BD (mg/dl)	0.1	0.11	0.11	0.1
BI (mg/dl)	0.23	0.11	0.18	0.1

*Fuente:* Historia clínica del paciente

**TABLA 3: Cuadro resumen ecografías**

ECOGRAFÍA FETAL				
Feto	LCI	LCI		
Placenta	II/III	II/III		
ILA/ Pozo máx.	12	12		
Ponderado F.	3128	3245		
DOPPLER FETAL				
Arterias uterinas	0.90			
Art. Cerebral media	1.91			
ICP	>1			

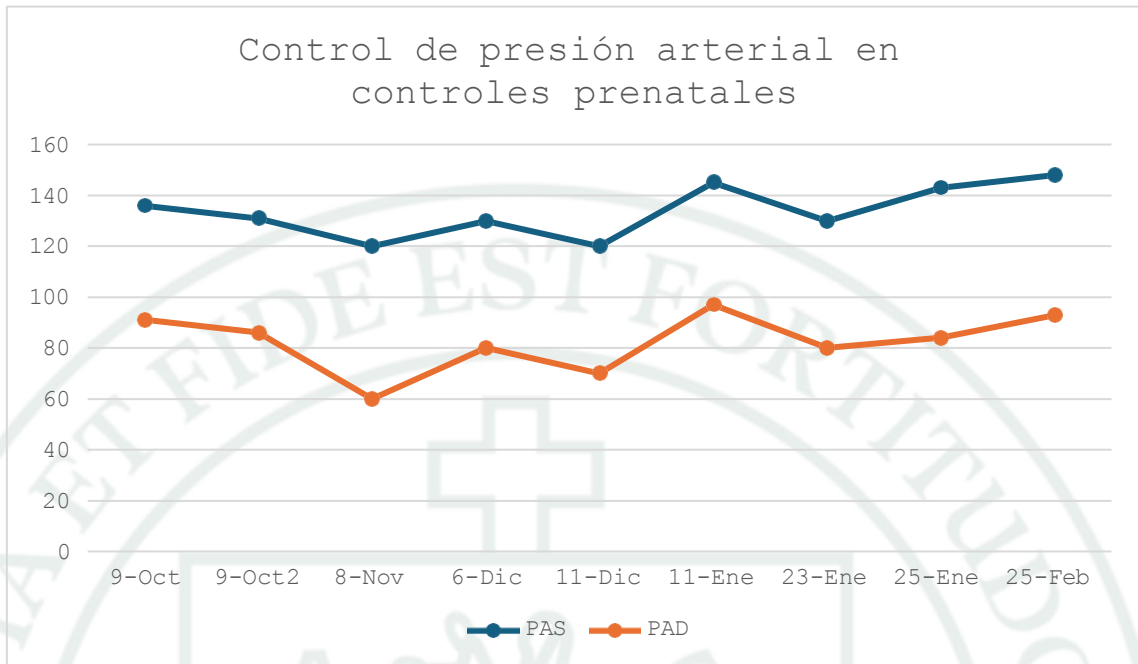
*Fuente:* Historia clínica del paciente

**TABLA 4: Cuadro resumen controles prenatales**

AÑO	2024					2025			
	09/10	19/10	08/11	06/12	11/12	11/01	23/01	25/01	25/02
<b>E.G.</b>	13	15	18	20,3	22	26	29	28	32,7
<b>PAS</b>	136	131	120	130	120	145	130	143	148
<b>PAD</b>	91	86	60	80	70	97	80	84	93
<b>FC</b>	88	89	93	89	86	103	95	93	90
<b>AU</b>	13	-	16	19	20	-	24	-	-
<b>Peso materno</b>	81.3	79.8	80.4	82.6	82	85.2	86.3	85	86.4

*Fuente:* Historia clínica del paciente

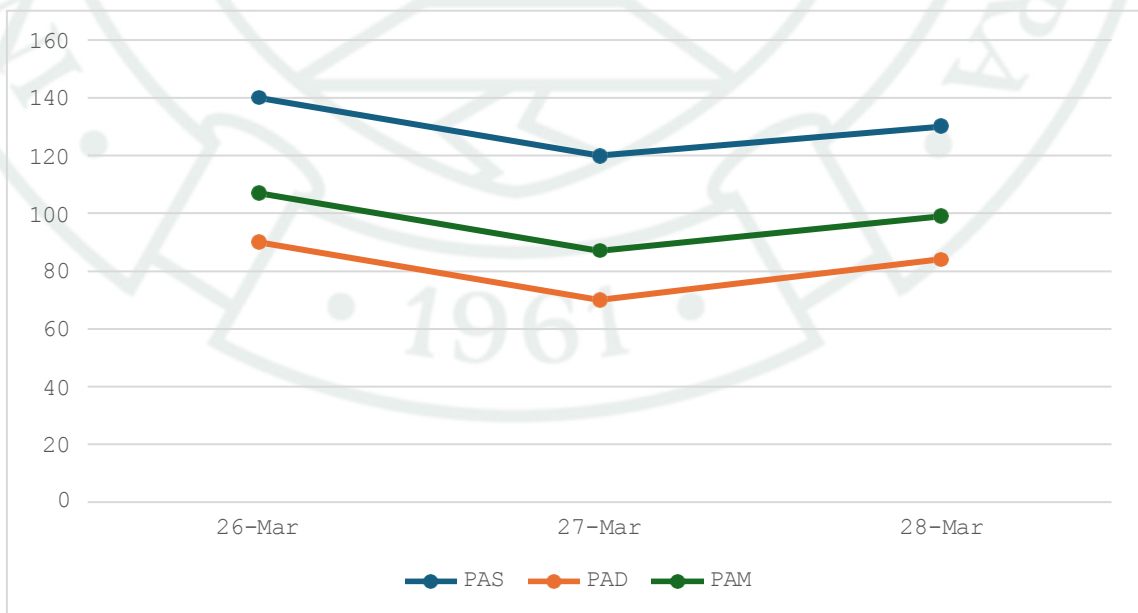
**FIGURA 1 : Control de presión arterial en los controles prenatales**



*Fuente:* Carnet de controles historia clínica del paciente

**INTERPRETACIÓN:** Se observa que a lo largo de los controles prenatales la presión arterial fue muy variable, llegando a su punto más alto en el control realizado el día 11 de enero del 2025. Confirmando el diagnóstico de presión arterial crónica.

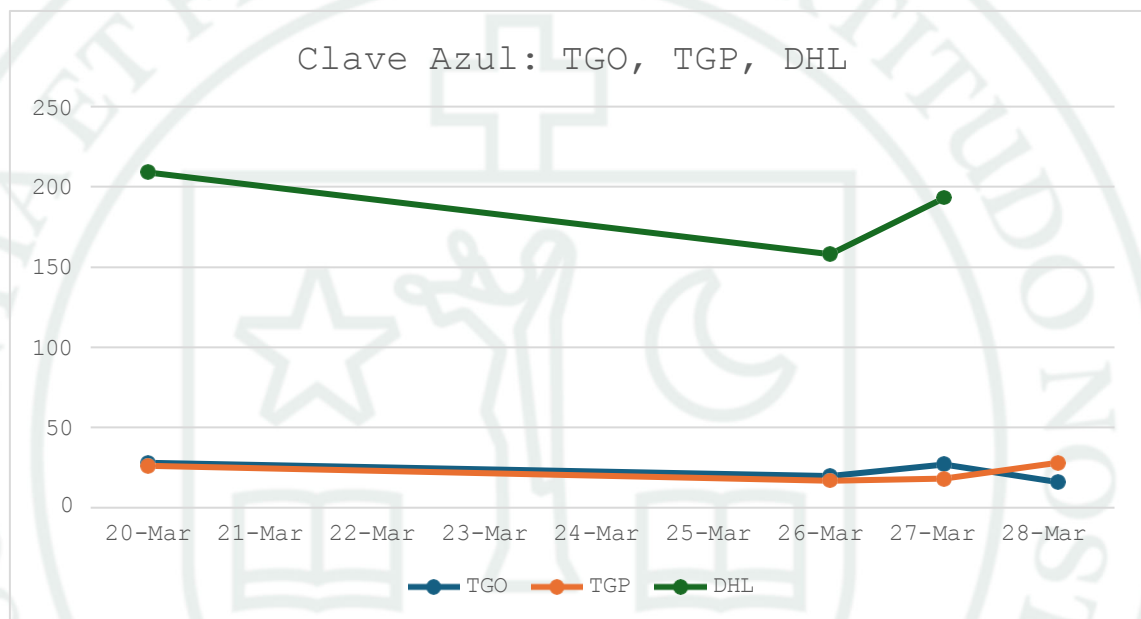
**FIGURA 2: Control de presión arterial en hospitalización**



*Fuente:* Historia clínica del paciente

**INTERPRETACIÓN:** El día 27 de marzo que se realizó la cesárea, se ve que hay una disminución de la presión arterial, pero en el post operatorio se vuelve a incrementar la presión arterial pero dentro de los valores a los que se mantuvo en los controles prenatales. Respecto a la presión arterial media también se encuentra dentro de los valores normales.

**FIGURA 3: Control de Clave azul**



*Fuente:* Historia clínica del paciente

**INTERPRETACIÓN:** Sus exámenes de laboratorio de clave azul se mantuvieron dentro de los valores normales, durante su hospitalización, descartando el diagnóstico de hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.

## DISCUSIÓN

En el caso clínico se analiza la historia de una paciente de 35 años, gestante de 37 semanas, hipertensa crónica y obesa. Ingresa al servicio de emergencia, de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo- Essalud, el día 26/03/2025 para hospitalización por cesárea programada. Es evaluada por médico especialista, de turno según la guía de práctica clínica (GPC), diagnóstico, y tratamiento de los escenarios obstétricos en la gestante, mencionando que:

1. En el carnet de controles prenatales, se observa que la paciente tiene 9 controles, siendo el primero a las 13 semanas, observándose presiones  $\geq 130/80$  mmHg; cuenta con la primera batería de laboratorio con resultados dentro de los valores normales.
2. Se realiza ecografía en emergencia en donde se encuentra gestación de 37 sem 4 días, feto en longitudinal cefálica izquierda, latidos cardio fetales 144x', movimientos fetales presentes, ponderado 3245gr, ILA 12, placenta posterior G II/III, circular simple de cordón al cuello fetal sin signos de compresión. Se toma monitoreo, fetal, test no estresante: frecuencia cardíaca fetal por minuto entre 130-140, variabilidad; regular, aceleraciones, presentes, ausentes desaceleraciones, hubo movimientos fetales, cuya categoría I.
3. Se efectuó seguimiento a la paciente hospitalizada por medio de pruebas complementarias de laboratorio: hemograma, clave azul, monitoreo fetal todos con resultado categoría 1.
4. Factores de riesgo asociados a preeclampsia se encontró, edad de 35 años, antecedente de cesárea previa 2 veces por preeclampsia, IMC  $> 30$  (obesidad), Hipertensión crónica. Estuvo con medicación metildopa 250mg 1 tableta cada 8 horas vía oral.
5. Se realizó cesárea segmentaria el día 27/03/2025 a horas 09:00 encontrando un síndrome adherencial severo, obteniendo un recién nacido masculino de peso 3175 gr, talla; 52 cm, capurro 36 sem, con Apgar 9 al minuto y 9 a los cinco minutos.
6. No fue necesario el uso de sulfato de magnesio, mientras estuvo hospitalizada la paciente.
7. En el puerperio inmediato funciones vitales estables, con dolor abdominal con predominio en zona operatoria, niega cefalea, niega sintomatología premonitoria, niega náuseas y vómitos, clave azul negativa, útero contraído y bien involucionado, herida quirúrgica en buenas condiciones, loquios hemáticos en escasa cantidad sin mal olor.

8. Se realiza interconsulta a oftalmología y no se reporta alteraciones, interconsulta a cardiología indica medicamentos para el alta; amlodipino 10mg ½ tableta cada 24 horas vía oral y bisoprolol 5mg 1 tableta cada 24 horas vía oral.

En el estudio realizado “Factores asociados, con preeclampsia severa, en pacientes, en dos hospitales de Huánuco, Perú” por Checya-Segura y Moquillaza-Alcántara refiere los aspectos anteriores, a la concepción, el más riesgoso es la preeclampsia ante un embarazo previo. Es evidente los efectos de la preeclampsia, coincidiendo así con una indagación de México. Investigaciones realizadas en nuestro país y otros países como Argentina reconocen esta asociación, y reflejan el papel de la edad materna, > 35 años y la obesidad como factores riesgosos de preeclampsia (14). En nuestra paciente encontramos todos los factores de riesgo mencionados: preeclampsia en un embarazo previo, obesidad y edad mayor a 35 años. Coincidiendo también con el estudio de Rana y Lemoine que en su estudio mencionan que los principales factores de riesgo para preeclampsia son; preeclampsia previa, Hipertensión crónica, IMC antes del embarazo > 30, edad materna avanzada >35 (15). El instituto nacional materno perinatal (INMP), en su GPC para la prevención y manejo, de la preeclampsia y eclampsia entre sus factores de riesgo moderados, se encuentra edad <18 años o ≥40 años, intervalo intergenésico >10 años, IMC ≥35kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta, embarazo múltiple, antecedente familiar de preeclampsia y factores de alto riesgo; trastorno hipertensivo en embarazo anterior, enfermedad renal crónica, diabetes, tipo 1 o 2, enfermedades autoinmunes, hipertensión, crónica. Y se considera paciente de alto riesgo “si tiene 1 factor de alto riesgo o 2 de riesgo, moderado” (16). En su GPC y de procedimientos en obstetricia, y perinatología del 2023 acrecienta como factor de riesgo alto el IMC previo al embarazo mayor de 30 kg/ m<sup>2</sup> (17). Siendo considerada la paciente de alto riesgo por los antecedentes presentados.

Como tratamiento el colegio americano de ginecología y obstetricia sugiere el uso de betabloqueadores y bloqueadores, de canales de calcio como elementos de primera línea, entre ellos el labetalol, pinodol, metoprolol, atenolol, nifedipino y alfametildopa. EL último de ellos ha sido muy usado en embarazadas y que presentan un historial de seguridad en el seguimiento, no obstante, la depresión es un efecto adverso (1). Irianzo menciona en su estudio que, metildopa, hidrocortiazida y pindolol comprenden aquellos fármacos de grado B; un agente tan antiguo como la alfametildopa continúa

siendo el fármaco más usado. Hay mucha experiencia respecto a su eficacia, y la ausencia de toxicidad en indagaciones de rastreo de hasta ocho años con hijos de gestantes, que lo adquirieron en cualquier, fase de la gestación (7). El INMP en su GPC y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2023 indica que los antihipertensivos aceptables para el tratamiento de la hipertensión crónica incluyen, metildopa, labetalol, nifedipino. Siendo la dosis baja de 250mg 3-4 veces al día, si no se controla la presión subir la dosis, la precaución que presenta en el documento es la que puede causar depresión materna (17); coincidiendo con la dosis recibida por la paciente.

Respecto a los exámenes de diagnóstico que referirán del estado basal ante la sospecha luego del desarrollo de preeclampsia están; Hemograma, y plaquetas, así como las enzimas, hepáticas TGO y también las TGP, creatinina sérica, asimismo, los electrolitos y ácido úrico, examen, de orina, proteinuria de 24 hrs, electrocardiograma, evaluación, por cardiología y oftalmología (17). A la paciente durante su hospitalización se realizó los exámenes mencionados.

En la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante, recomienda que para las pacientes obesas (  $IMC \geq 30,0$ ), como ganancia total de peso entre 5,0 a 9,0 kg, y en el caso de pacientes con talla  $< 1,57m$  la ganancia de peso total en el embarazo es recomendable 5,0 kg (12); en el caso de nuestra paciente tuvo una ganancia de peso total del embarazo de 5 kg, la adecuada ganancia de peso es un buen indicio de los resultados del embarazo y el peso del bebé al nacer.

En el estudio “Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales” realizado por Panduro y Barrios se menciona que la vía de nacimiento fue más frecuente por cesárea de urgencia en pacientes con ganancia excesiva de peso durante el embarazo (13). En el estudio del caso, la paciente la vía del parto fue por cesárea, pero no se tuvo alguna otra complicación mencionada en el estudio, como desprendimiento prematuro de placenta, parto pretérmino, infecciones urinarias, ruptura prematura de membranas.

Respecto al neonato se evidencia que en mujeres obesas fue más frecuente la macrosomía, apgar al minuto  $\leq 7$  y nacimiento pretérmino (13). El caso presentado, coincide con el parto pretérmino ya que fue un bebe con 36 semanas por capurro, pero se discrepa con el peso y apgar, ya que el peso fue adecuado para la edad gestacional y con un apgar de 9 al minuto.

Con la tasa de cesáreas repetidas en aumento, las adherencias intraperitoneales causadas por cesáreas repetidas podrían dar lugar a morbilidad materna durante el parto. La paciente al tener dos cesáreas anteriores y como fue reportado presentó un síndrome adherencial severo. En el estudio realizado por Mooij refiere que las adherencias después de una cesárea son comunes y ocurren con mayor frecuencia, a la vez menciona que las adherencias se consideraron graves en el 56% de las segundas cesáreas y en el 64% de las terceras cesáreas. Pero no hubo aumento de la morbilidad materna ante la presencia de las adherencias severas (18). Coincidiendo con el estudio de Arlier que menciona que, entre las mujeres con antecedentes de dos cesáreas, la tasa de adherencia fue del 66,3% y la morbilidad materna de 14%; los sitios de adhesión y adherencias fibrosas densas aumentaron paralelamente al número de cesáreas subsiguientes (19). El estudio de Nuamah también coincide ya que establece que a mayor número de cesáreas mayor prevalencia de adherencias (20).

## CONCLUSIONES

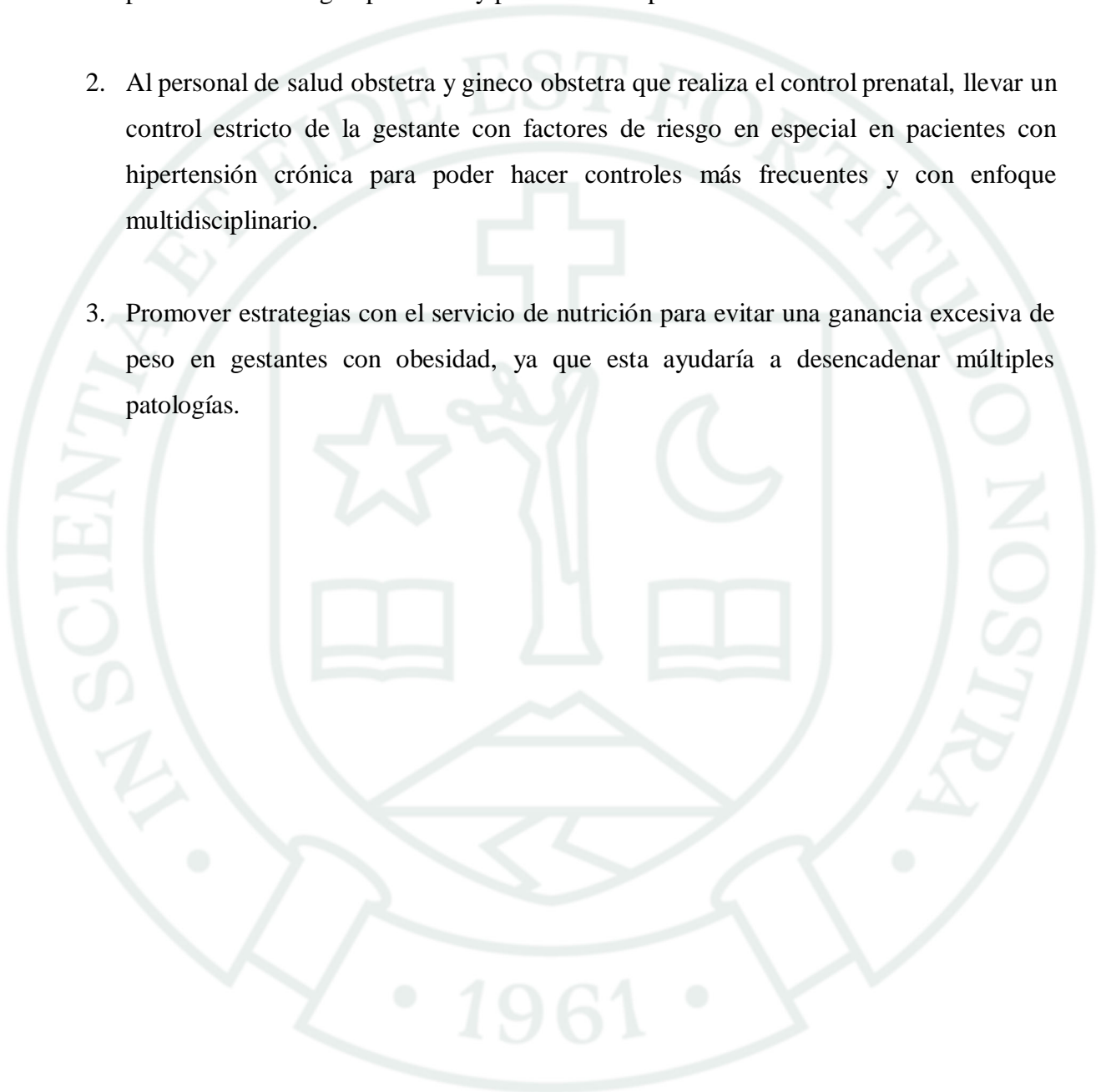
**PRIMERA:** Se analizó el caso clínico y se encuentra paciente multigesta múltipara con gestación única viva de 37 semanas, con antecedente de hipertensión crónica, obesidad, preeclampsia en sus 2 gestaciones previas y cesárea anterior dos veces.

**SEGUNDA:** Se identifico factores de riesgo asociados a la hipertensión crónica el antecedente de preeclampsia en sus gestaciones previas, dieta poco balanceada, edad, obesidad y falta de actividad física.

**TERCERA:** Los procesos efectuados durante la atención cumplieron con la GPC respecto a la prevención y lo referente al manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo de EsSALUD, como la toma de exámenes de laboratorio periódicos para determinar la condición materna, así como también la culminación del embarazo a las 37 semanas a más.

## RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud en general recomendar la capacitación constante y la revisión permanente de las guías de práctica clínica para poder realizar los procedimientos según protocolo y poder actuar oportunamente.
2. Al personal de salud obstetra y gineco obstetra que realiza el control prenatal, llevar un control estricto de la gestante con factores de riesgo en especial en pacientes con hipertensión crónica para poder hacer controles más frecuentes y con enfoque multidisciplinario.
3. Promover estrategias con el servicio de nutrición para evitar una ganancia excesiva de peso en gestantes con obesidad, ya que esta ayudaría a desencadenar múltiples patologías.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Luna D, Marinovic C. Hipertensión arterial y embarazo: revisión de la literatura. Revista médica clínica Las Condes. 2023; 34(1): p. 33-43. CITADO (08/04/2025) DISPONIBLE EN: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hipertension-embarazo-revision-literatura-S0716864023000081>
2. Comité de boletines de práctica del Colegio Estadounidense de Obstetras y ginecólogos. Hipertensión crónica en el embarazo. Boletín de prácticas ACOG. 2019; 133(1): p. 26- 50. CITADO (11/04/2025) DISPONIBLE EN: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/01/chronic-hypertension-in-pregnancy>
3. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación- ESSALUD. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Guía en versión extensa. Lima: EsSalud, Lima. CITADO (28/03/2025) DISPONIBLE EN: [https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/12/GPC-EHE\\_Version-in-extenso.pdf](https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/12/GPC-EHE_Version-in-extenso.pdf)
4. Alvarez Ponce VA, Martos Benítez FD. El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2017; 43(2). CITADO (22/05/2025) DISPONIBLE EN: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/272>
5. Pacheco- Romero J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. Anales de la facultad de medicina. 2017; 78(2). CITADO (17/04/2025) DISPONIBLE EN: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000200017](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200017)
6. Gavoric V, Dechend R, et. al. Hipertensión en el embarazo: diagnóstico, objetivos de presión arterial y farmacoterapia: una declaración científica de la asociación americana del corazón. 2021; 79(2): p. 42-49. CITADO (09/04/2025) DISPONIBLE EN: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.000000000000208>
7. Iranzo RM, Iranzo M, Gorostidi M. Hipertensión arterial y embarazo. Revista de nefrología. 2011; 4(2): p. 1-56. CITADO (09/04/2025) DISPONIBLE EN:

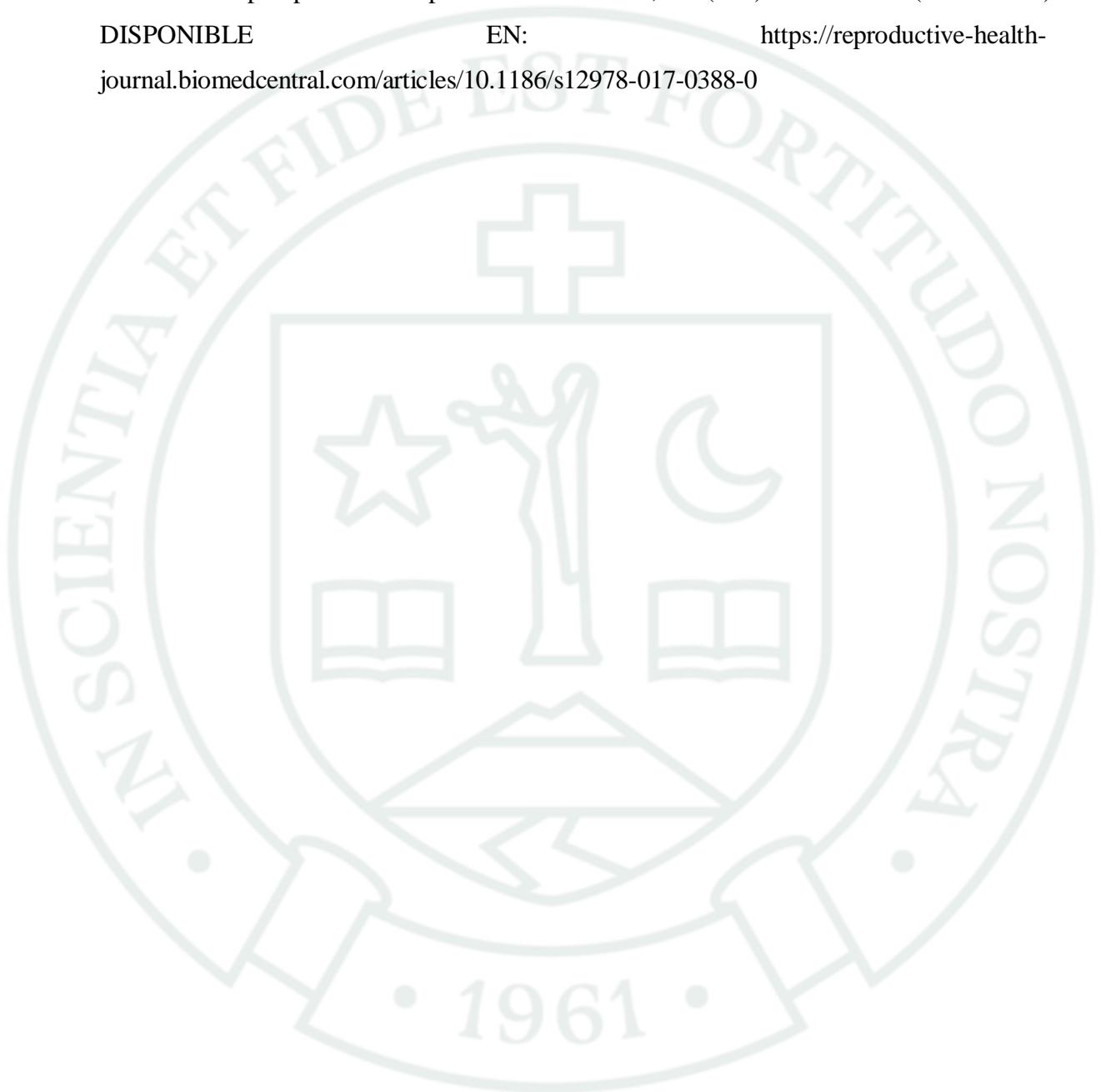
<https://revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-embarazo-articulo-X1888970011001019>

8. Zambrano-Macias C, Moran-Pincay AG. Hipertensión crónica y obesidad como factores de riesgo a padecer Preeclampsia en embarazadas de Latino América. *Journal Scientific MQR Investig.* 2023; 7(3). CITADO (22/05/2025) DISPONIBLE EN: [https://www.researchgate.net/publication/372772463\\_Hipertension\\_cronica\\_y\\_obesidad\\_como\\_factores\\_de\\_riesgo\\_a\\_padecer\\_Preeclampsia\\_en\\_embarazadas\\_de\\_Latino\\_America](https://www.researchgate.net/publication/372772463_Hipertension_cronica_y_obesidad_como_factores_de_riesgo_a_padecer_Preeclampsia_en_embarazadas_de_Latino_America)
9. Godoy-Villamil P, Caicedo-Goyeneche A, Rosas- Pabón D, Paba- Rojas S. Preeclampsia: Un acercamiento a su fisiopatología y predicción por medio de biomarcadores. *Revista FASGO.* 2025; 24(1). CITADO (10/04/2025) DISPONIBLE EN: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/126-revista-fasgo/n-13-2022/2578-preeclampsia-un-acercamiento-a-su-fisiopatologia-y-prediccion-por-medio-de-biomarcadores>
10. Committee on Practice Bulletins- Obstetrics. Gestational hypertension and preeclampsia. *The American College of Obstetricians and gynecologists practice bulletin.* 2020; 135(6): p. 237- 260. CITADO (10/04/2025) DISPONIBLE EN: [https://www.preeclampsia.org/frontend/assets/img/advocacy\\_resource/Gestational\\_Hypertension\\_and\\_Preeclampsia\\_ACOG\\_Practice\\_Bulletin,\\_Number\\_222\\_1605448006.pdf](https://www.preeclampsia.org/frontend/assets/img/advocacy_resource/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia_ACOG_Practice_Bulletin,_Number_222_1605448006.pdf)
11. Moran Pincay AG. Hipertensión crónica y obesidad como factores de riesgo a padecer preeclampsia en embarazadas de latinoamerica. Proyecto de integración curricular previo a la obtención del título de licenciado en laboratorio clínico. Manabí: Universidad Estatal del Sur de Manabí, Manabí. CITADO (15/04/2025) DISPONIBLE EN: <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5592/1/Moran%20Pincay%20Ana%20Gabriela.pdf>
12. MINSA. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Guía técnica. Lima: Ministerio de salud, Lima. CITADO (16/07/2025) DISPONIBLE EN: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306405/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_325-2019-MINSA.PDF?v=1554746297](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306405/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__325-2019-MINSA.PDF?v=1554746297)

13. Panduro- Barón G, Barrios -Prieto E, Pérez- Molina J, Panduro-Moore E, et. al. Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales. *Ginecología y obstetricia de México*. 2021; 89(7). CITADO (17/04/2025) DISPONIBLE EN: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412021000700005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000700005)
14. Checya- Segura J, Moquillaza- Alacántara VH. Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2021; 87(5). CITADO (17/04/2025) DISPONIBLE EN: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412019000500295](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000500295)
15. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: fisiopatología, desafíos y perspectivas. *AHA/ASA journals*. 2019; 124(7). CITADO (15/05/2025) DISPONIBLE EN: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Guía de práctica clínica. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. CITADO (31/05/2025) DISPONIBLE EN: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
17. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología. Guías de práctica clínica y de procedimientos. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. CITADO (01/06/2025) DISPONIBLE EN: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf?v=1694526164>
18. Mooij R, Mwampagatwa IH, Dillen Jv, Stekelenburg J. Asociación entre técnica quirúrgica, adherencias y morbilidad en mujeres con cesárea repetida: un estudio retrospectivo en un hospital rural del oeste de Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020; 20(1). CITADO (27/05/2025) DISPONIBLE EN: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33012289/>
19. Arlier S, Seyfettinoglu S, Yilmaz E, Nazik H, Et. al. Incidencia de adherencias y morbilidad materna y neonatal tras la repetición de la cesárea. *Archives of gynecology and*

obstetrics. 2017; 295(2): p. 301- 311. CITADO (26/05/2025) DISPONIBLE EN:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27770246/>

20. Nuamah MA, Browne JL, Ory AV, Damale N, Et. al. Prevalencia de adherencias y complicaciones post operatorias asociadas después de una cesárea en Ghana: un estudio de cohorte prospectivo. *Reprod Health*. 2017; 14(143). CITADO (26/05/2025) DISPONIBLE EN: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0388-0>





**ANEXOS**

# ANEXO 1: Carnet perinatal

MSP. TARIJA  
**PROGRAMA GESTANTE**  
[ ]  
 - 9 OCT. 2024

ARO

**KEsSalud**

**No. HC** 000

= significa ALERTA     = requiere seguimiento continuo

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_ **Establecimiento:** \_\_\_\_\_

Establ. Origen:  No Aplica     Referencia    Código Afiliación SIS: 8

DNI N° [ ]    Ocupación: Doc. farmacia    Edad: 35  <15     >35

Localidad: \_\_\_\_\_ Cod. Sector: \_\_\_\_\_    Estudios:  Analfabeto     Primaria     Secundaria     Superior     Superior No Univ.    Años aprobados: 3

Departamento: Chu    Provincia: Chu    Modo Civil:   Casada     Convivencia     Soltera     Otro    Padre RN: \_\_\_\_\_

Distrito: C. Colorado    Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

### Antecedentes Obstétricos

Gestas: <u>03</u>	Abortos: <u>07</u>	Vaginales: <u>00</u>	Nacidos vivos: <u>02</u>	Vivos: <u>02</u>
0 ó + 3: <input type="checkbox"/>	Partos: <u>02</u>	Cesáreas: <u>00</u>	Nacidos muertos: <u>00</u>	Muerto - tra. semana: <u>00</u>
< 2500 g: <input type="checkbox"/>	Partos: <u>02</u>	Cesáreas: <u>00</u>	Nacidos muertos: <u>00</u>	Muerto - tra. semana: <u>00</u>
Múltiple: <input type="checkbox"/>	Partos: <u>02</u>	Cesáreas: <u>00</u>	Nacidos muertos: <u>00</u>	Muerto - tra. semana: <u>00</u>
< 37 sem.: <input type="checkbox"/>	Partos: <u>02</u>	Cesáreas: <u>00</u>	Nacidos muertos: <u>00</u>	Muerto - tra. semana: <u>00</u>

RN de mayor peso: 3220 g

### Gestación Anterior

Fecha: 27/3/2019    Si  No

Terminación:  Peto vaginal     Cesárea     Aborto     Asistido     Aborto motor     No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto:  Incompleto     Completo     Finito/Retenido     Séptico     No Aplica

Lactancia Materna:  No hubo     < 6 meses     6 meses o más     No aplica     Lugar del parto:  TESS     Donde: \_\_\_\_\_

Captada: Si  No     Referente a Ag. Comunit: Si  No

### Antecedentes Familiares

Ninguno     Malaria     Hipertensión Arterial     Hipolipidismo     Neoplasia     TBC Pulmonar     Otros

Enf. Hipertens. Emb.     Epilepsia     Diabetes     Enfem. Congénitas     Emb. Múltiple

### Antecedentes Personales

Ninguno     Aborto habitual/incompleto     Alcoholismo     Alergia a medicamentos     Violencia     Asma Bronquial     Cardiopatía     Cirugía Pélv. - uterina     Diabetes

Eclampsia     Enfem. Congénitas     Enfem. Infecciosas     Epilepsia     Hemorra. Postparto     Hipertensión Arterial     Coca     Infertilidad     Neoplasias     Otros

Otras Drogas     Parto prolongado     Preeclampsia     Prematuridad     Reten. placenta     Tabaco     TBC Pulmonar     Transform. mentales     VIH/SIDA     Otros

### Peso y Talla

Peso Habitual: 85 kg    Talla: 1.65 cm

### Antitética

N° Dosis Previa: 1    Dosis: \_\_\_\_\_    Sin dosis:     No Aplica:

### Tipo de Sangre

Grupo: A  B  AB  O

Rh: Rh (+)  Rh (-)     Rh (+)  Rh (-)     Rh (+)  Rh (-)     Rh (+)  Rh (-)

### Vac. Previas

Rubéola     Sí  No     Hepatitis B     Sí  No     Papiloma     Sí  No     Virus     Sí  No     Virus     Sí  No

### Fecha Última Menstruación

FUM: 13/03/2024    Duda:  Si  No

EG. (Ecografía)     Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha Probable de Parto: 11/14/25

### Hospitalización

Hospitalización:  Si  No

Fecha: \_\_\_\_\_    Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CIE 10: \_\_\_\_\_

### Emergencia

Fecha: \_\_\_\_\_    Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CIE 10: \_\_\_\_\_

### Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si  No     Violencia: Si  No     Fecha: 9/OCT/2024

### Exámenes de Laboratorio

Ítem	Hj (N)	No se hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1	<u>143</u>	<input type="checkbox"/>	<u>23/9/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemoglobina 2	<u>134</u>	<input type="checkbox"/>	<u>14/9/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemogl. al Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glicemia 1	<u>76</u>	<input type="checkbox"/>	<u>19/10/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glicemia 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tolerancia Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VDRL/RPR 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>19/10/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VDRL/RPR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TPHA / VDRL/RPR reactivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba Rápida 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>9/10/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prueba Rápida 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ELISA 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>14/10/24</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ELISA 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Examen Físico

Clinico:  Sin Examen     Normal     Patológico

Mamas:  Sin Examen     Normal     Patológico

Cuello:  Sin Examen     Normal     Patológico

Herino:  Sin Examen     Normal     Patológico

Pelvis:  Sin Examen     Normal     Patológico

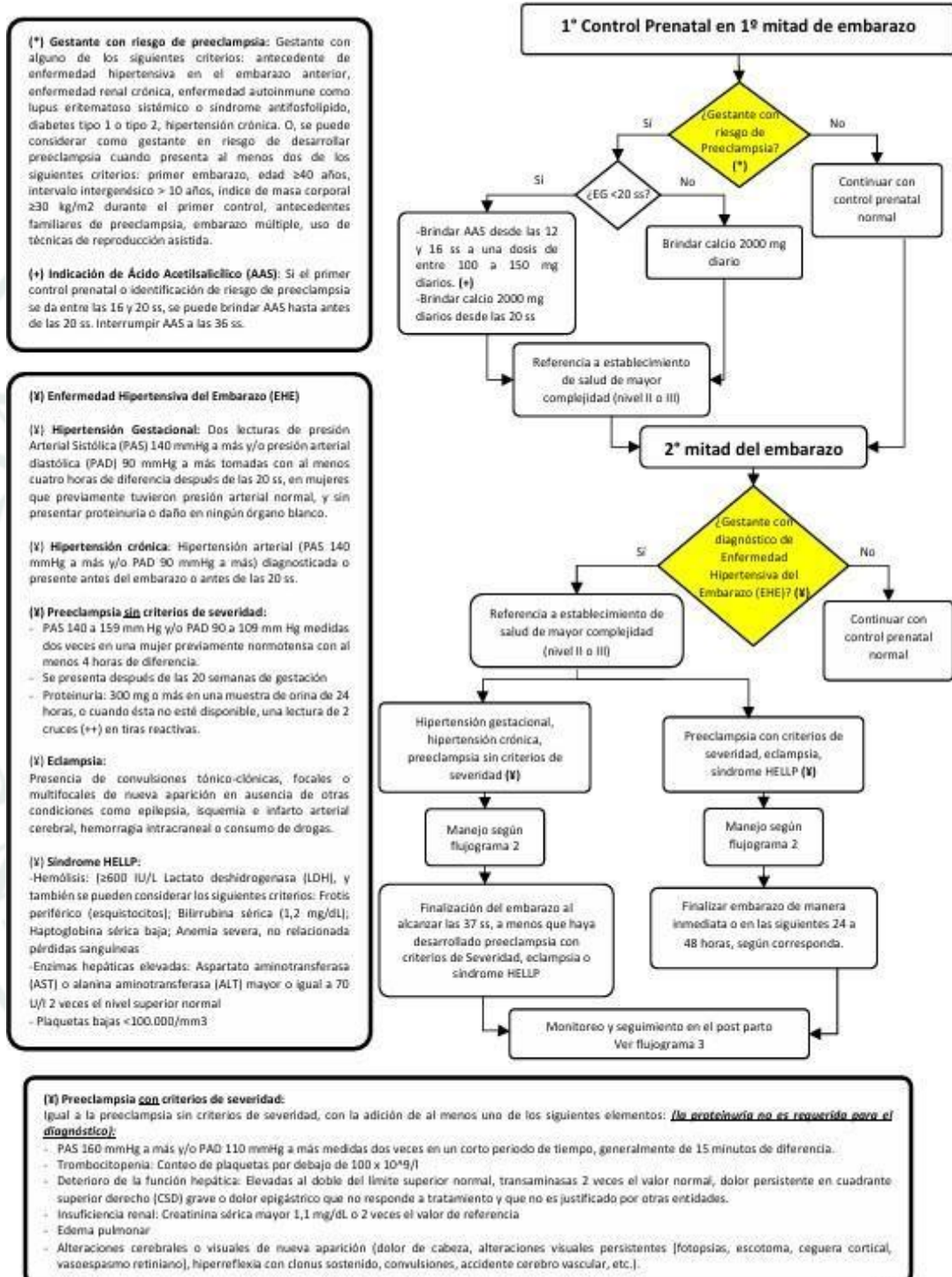
Denti:  Sin Examen     Normal     Patológico

### Western Blot

Western Blot:     HTLV:     TORCH:     Gota Gruesa:     Fluoro. Malaria:     Ex. Comp. Orina:     Bacteriuria:     Nitritos:     Urocultivo:     BK en Espuito:     Listeria:     PAP:     Colposcopia:

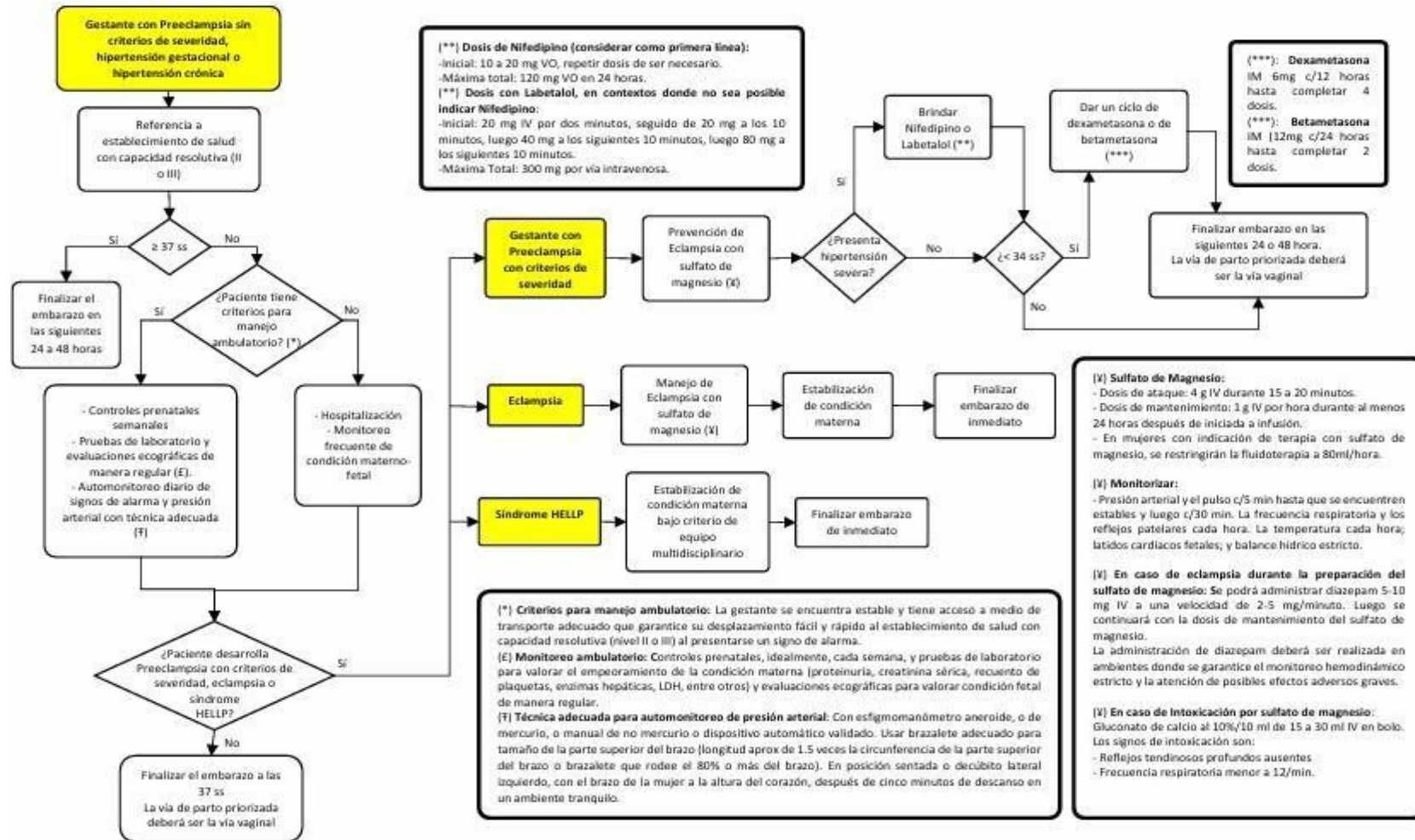


## ANEXO 2: Fluxograma de prevención y manejo de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)



**Fuente:** Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo EsSALUD

### ANEXO 3: Manejo, monitoreo y estabilización de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE)



**Fuente:** Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo EsSALUD