



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada en gestante de 23 semanas en un hospital nivel IV - Arequipa, 2026

Trabajo Académico presentada por:

Mendoza Romani, Ines de Maria

ORCID: 0009-0009-9349-8082

Para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor:

Mg. Herrera Cardenas, Marcos Erveth

ORCID: 0000-0001-5221-7269

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, 14 de Abril del 2026

Dictamen: 017560-C-EPOYP-2026

Visto el borrador del expediente 017560, presentado por:

2018973682 - MENDOZA ROMANI INES DE MARIA

Titulado:

**HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA EN GESTANTE DE 23
SEMANAS EN UN HOSPITAL NIVEL IV - AREQUIPA, 2026**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA AURORA
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada en gestante de 23 semanas en un hospital nivel IV - Arequipa, 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	6%
2	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Primeramente, dedico este trabajo a Dios, por guiar mi camino y brindarme fortaleza en cada etapa de mi formación profesional. A mis padres, por su apoyo incondicional y constante, que ha sido fundamental en mi desarrollo personal y académico. A mis hermanos, por ser mi motivación y el impulso que me inspira a seguir adelante



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Obstetricia y Puericultura por permitirme crecer profesionalmente, a mi asesor de tesis cuyo conocimiento disposición ayudo a la culminación de mi trabajo a la vez a todos los que me impulsaron a seguir desarrollándome en mi vida personal y profesional.



EPÍGRAFE

*Nuestra paciencia conseguirá más cosas que nuestra fuerza.
(Edmund Burke)*



RESUMEN

Objetivo: Analizar el caso clínico y los factores de riesgo de una paciente con hipertensión arterial crónica y preeclampsia sobreagregada con criterios de severidad, cursando una gestación de 23 semanas, atendida en un Hospital de Nivel IV en Arequipa, 2026.

Metodología: Estudio descriptivo tipo reporte de caso, basado en la revisión de la historia clínica, evolución hospitalaria y resultados laboratoriales de una gestante con diagnóstico de preeclampsia sobreagregada.

Caso clínico: Paciente de 41 años, con gestación de 23 semanas y 6 días, multigesta primípara, quien acude al Hospital nivel III por cefalea occipital de moderada intensidad. Al ingreso presentó presión arterial de 160/110 mmHg, por lo que se diagnosticó preeclampsia con criterios de severidad, iniciándose manejo con sulfato de magnesio, antihipertensivos y referencia a un hospital de mayor complejidad. A su ingreso al Hospital de nivel IV, se planteó el diagnóstico diferencial entre hipertensión arterial crónica y preeclampsia sobreagregada, indicándose hospitalización, tratamiento antihipertensivo, profilaxis anticonvulsivante y maduración pulmonar fetal. Durante la hospitalización, la paciente presentó progresión clínica con cefalea persistente, epigastralgia, hipertensión arterial severa (185/100 mmHg) y alteraciones laboratoriales (plaquetopenia y elevación de transaminasas), compatibles con compromiso de órgano blanco. Ante la falta de respuesta al tratamiento médico, se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea de emergencia tras evaluación por junta médica.

Conclusiones: La preeclampsia sobreagregada de inicio precoz constituye una condición de alto riesgo asociada a factores como edad materna avanzada, obesidad e hipertensión crónica. El manejo oportuno permitió priorizar la estabilidad materna; sin embargo, la detección tardía y el control prenatal insuficiente contribuyeron a la evolución desfavorable, evidenciando la importancia del diagnóstico precoz y del seguimiento especializado en gestantes de alto riesgo.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Preeclampsia severa, Hipertensión gestacional

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical case and risk factors of a patient with chronic hypertension and superimposed preeclampsia with severe features at 23 weeks of gestation, treated at a level IV Hospital in Arequipa, 2026.

Methodology: A descriptive case report based on the review of medical records, hospital course, and laboratory findings of a pregnant woman diagnosed with superimposed preeclampsia.

Clinical case: A 41-year-old patient, at 23 weeks and 6 days of gestation, multigravida, presented to Hospital level III with a moderate occipital headache. On admission, her blood pressure was 160/110 mmHg, and she was diagnosed with preeclampsia with severe features. Initial management included magnesium sulfate, antihypertensive therapy, and referral to a higher-level hospital. Upon admission to the level IV hospital, a differential diagnosis between chronic hypertension and superimposed preeclampsia was established. The patient was hospitalized and received antihypertensive treatment, seizure prophylaxis, and corticosteroids for fetal lung maturation. During hospitalization, the patient showed clinical deterioration with persistent headache, epigastric pain, severe hypertension (185/100 mmHg), and abnormal laboratory findings, including thrombocytopenia and elevated liver enzymes, consistent with target organ involvement. Due to the lack of response to medical treatment, pregnancy termination by emergency cesarean section was performed following multidisciplinary team evaluation.

Conclusions: Early-onset superimposed preeclampsia represents a high-risk condition associated with advanced maternal age, obesity, and chronic hypertension. Although timely management prioritized maternal stabilization, delayed detection and inadequate prenatal care contributed to an unfavorable outcome, highlighting the importance of early diagnosis and specialized follow-up in high-risk pregnancies.

Keyword: Arterial hypertension, Severe preeclampsia, gestational hypertension.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPIGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO3

1.1 Clasificación actual de los trastornos hipertensivos del embarazo4

1.2 Preeclampsia con criterios de severidad4

1.2.1. Definición:.....4

1.2.2. Criterios de diagnóstico:.....4

1.2.3. Fisiopatología placentaria y factores angiogénicos5

1.2.4. Factores de riesgo.....5

1.2.5. Complicaciones6

1.2.6. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la preeclampsia severa6

1.3 Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica7

1.4 Hipertensión arterial crónica7

1.4.1. Definición:.....7

1.4.2. Etiopatogenia.....8

1.4.3. Complicaciones8

1.4.3.1. Enfermedad de las arterias coronarias.....8

1.4.3.2. Insuficiencia cardíaca.....8

1.4.3.3. Accidente cerebrovascular (ACV)9

1.4.3.4. Insuficiencia renal9

1.4.3.5. Retinopatía hipertensiva (pérdida de visión).....9

1.4.3.6. Síndrome metabólico9

1.5 Hipertensión arterial crónica 9

1.5.1. Cambios en el estilo de vida.....10

1.5.2. Educación y apoyo11

1.5.3. Recomendaciones11

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA13

2.1 Metodología.....	14
2.2. Presentación del caso clínico.....	14
2.2.1. Anamnesis	14
2.2.1.1. Filiación	14
Enfermedad actual.....	15
Funciones biológicas	16
2.2.1.2. Antecedentes personales	16
2.2.1.3 Antecedentes Gineco-Obstétricos	17
2.2.1.4 Antecedentes familiares	18
2.2.1.5 Antecedentes de la pareja.....	19
2.2.1.6 Antecedentes cósmicos ambientales	19
2.2.1.7 Antecedentes Socioeconómicos	19
2.2.1.8 Antecedentes psicosociales	19
2.2.1.9 Hábitos y estilo de vida	20
2.2.1.10 Embarazo actual.....	20
2.3. Examen clínico:.....	21
2.3.1 Examen clínico general	22
2.3.2 Examen obstétrico.....	23
2.4 Impresión diagnóstica al ingreso:.....	23
2.5 Plan de trabajo:.....	23
2.6 Indicaciones.....	23
2.7 Diagnóstico.....	24
2.8 Interpretación clínica.....	24
2.9 Cronología y evolución del caso clínico	25
25/08/2025 – 18:47 h (Hospital Nivel III).....	25
25/08/2025 – 20:02 h (Hospital de nivel IV)	25
26/08/2025 (Hospitalización – Día 1).....	26
27/08/2025 (Hospitalización – Día 2).....	27
28/08/2025 (Hospitalización – Día 3).....	28
29/08/2025 (Puerperio inmediato)	29
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN.....	31
3.1 Análisis del caso	32
CONCLUSIONES	35

RECOMENDACIONES.....36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....37



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Control de presión arterial diurna	27
TABLA 2 Control de presión arterial nocturna	27
TABLA 3 Resumen de resultados de exámenes de laboratorio.....	29



INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Carnet de control perinatal	39
ANEXO 2: Resultados de laboratorio.....	42



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos hipertensivos del embarazo representan aproximadamente el 16% de las muertes maternas a nivel mundial, lo que en el año 2023 equivale a cerca de 42,000 fallecimientos (1). Estas condiciones no solo afectan la salud materna, sino que también se asocian con un elevado riesgo de morbilidad perinatal. En el Perú, la preeclampsia presenta una frecuencia estimada entre el 4% y el 10% de las gestaciones, alcanzando aproximadamente el 8% en pacientes atendidas en el Seguro Social de Salud (EsSalud) (2). Asimismo, en 2022 se reportó una prevalencia del 13% de trastornos hipertensivos del embarazo a nivel nacional, evidenciando su relevancia como problema de salud pública (3).

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica caracterizada por disfunción endotelial, alteraciones en la perfusión placentaria y compromiso de órganos blanco, que puede preceder al diagnóstico clínico. A nivel mundial, afecta aproximadamente al 3% de las gestaciones, de las cuales el 25% presenta criterios de severidad (4). Su presencia se asocia con complicaciones maternas graves como eclampsia, síndrome HELLP, insuficiencia renal y eventos cerebrovasculares, así como con desenlaces perinatales adversos, incluyendo parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y muerte fetal (5). En sus formas más severas, estas complicaciones contribuyen a más de 500,000 muertes fetales y neonatales anuales, reflejando su alto impacto en la salud materno-infantil.

Dentro de este contexto, la preeclampsia sobreagregada en pacientes con hipertensión arterial crónica representa una de las formas más graves de la enfermedad, asociada a mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Se estima que entre el 20% y el 50% de las gestantes con hipertensión crónica desarrollarán preeclampsia sobreagregada, especialmente en presencia de factores como obesidad, edad materna avanzada, antecedentes obstétricos adversos y mal control tensional previo al embarazo (6, 7). Esta condición se relaciona con mayor frecuencia de parto pretérmino, ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, restricción del crecimiento fetal y aumento de la mortalidad perinatal.

El diagnóstico temprano de la preeclampsia sobreagregada constituye un desafío clínico, debido a la superposición de signos y síntomas con la hipertensión crónica. En este

sentido, la identificación oportuna de criterios de severidad, el monitoreo estrecho de la presión arterial y la evaluación de biomarcadores como el cociente sFlt-1/PlGF pueden contribuir a mejorar la detección precoz y la toma de decisiones clínicas. Las guías actuales, como las del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), enfatizan la importancia de un manejo individualizado y oportuno, priorizando la seguridad materna y fetal.

En el Perú, la alta prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta (22.5% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024) constituye un factor determinante en el incremento de gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia sobreagregada (8). A ello se suma la limitada detección precoz y el inadecuado control prenatal en algunos niveles de atención, lo que contribuye a la progresión de la enfermedad hacia formas severas y a peores desenlaces clínicos.

En este contexto, el presente trabajo académico tiene como objetivo analizar el caso clínico de una gestante con hipertensión arterial crónica y preeclampsia sobreagregada de inicio precoz, destacando los factores de riesgo, el proceso diagnóstico, el manejo clínico y la evolución materno-fetal. El documento se estructura en tres capítulos: el primero aborda el marco teórico, el segundo describe el desarrollo metodológico y la evolución del caso clínico, y el tercero presenta la discusión de los hallazgos en relación con la evidencia científica disponible.



CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Clasificación actual de los trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un grupo heterogéneo de entidades clínicas que comparten la elevación de la presión arterial, pero difieren en su momento de aparición, fisiopatología, gravedad y pronóstico materno-fetal. De acuerdo con la clasificación actual propuesta por la International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) y recogida también en guías clínicas internacionales, se reconocen cuatro categorías principales: hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica. Esta clasificación tiene relevancia clínica porque permite orientar el diagnóstico diferencial, estimar el riesgo de complicaciones y definir la conducta terapéutica (9).

1.2. Preeclampsia con criterios de severidad

1.2.1. Definición:

Preeclampsia con criterios de severidad es aquella preeclampsia asociada a PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o con evidencia daño de órgano blanco materno (con o sin proteinuria) o disfunción útero placentaria: desprendimiento prematuro de placenta, desbalance angiogénico, RCIU asociado a Doppler umbilical alterado, óbito fetal y Doppler anormal de la arteria umbilical (10).

1.2.2. Criterios de diagnóstico:

Se diagnostica en pacientes con hipertensión grave persistente de reciente comienzo y/o signos o síntomas de daño de órganos terminales. El criterio para la tensión arterial es la tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmHg en 2 mediciones como mínimo tomadas con 4 horas como mínimo de diferencia (3).

La hipertensión arterial en mujeres previamente normotensas después de la semana 20 de gestación, acompañada de al menos uno de los siguientes criterios: proteinuria, disfunción orgánica materna clínica o analítica o restricción del crecimiento intrauterino. Cabe destacar que la PE puede diagnosticarse en ausencia de proteinuria. La proteinuria no es criterio de gravedad de la PE, es un marcador de daño renal.

También hay que recordar que existen casos de preeclampsia que cursan sin hipertensión (1).

1.2.3. Fisiopatología placentaria y factores angiogénicos

La fisiopatología de la preeclampsia no debe entenderse solo como “hipertensión con proteinuria”, sino como el resultado de una placentación anormal y una respuesta materna sistémica desregulada. En etapas tempranas del embarazo, la invasión trofoblástica insuficiente y la remodelación incompleta de las arterias espirales uterinas condicionan una perfusión placentaria deficiente. Como consecuencia, la placenta desarrolla hipoxia, estrés oxidativo y liberación de mediadores inflamatorios y antiangiogénicos a la circulación materna. Entre los mediadores más relevantes destacan el sFlt-1 y la endoglina soluble (sEng), ambos con efecto antiangiogénico.

El sFlt-1 actúa como receptor señuelo, uniéndose al VEGF y al PlGF e impidiendo su acción proangiogénica. Esto genera disfunción endotelial sistémica, vasoconstricción, aumento de la permeabilidad vascular y daño en órganos blanco, explicando manifestaciones como hipertensión, proteinuria, trombocitopenia, alteración hepática y compromiso placentario.

A su vez, la disminución del PlGF refleja deterioro de la función placentaria y se ha incorporado como apoyo diagnóstico en casos seleccionados, especialmente cuando existe duda entre hipertensión crónica mal controlada y preeclampsia sobreagregada (11).

1.2.4. Factores de riesgo

La preeclampsia se asocia con múltiples factores predisponentes, entre ellos nuliparidad, antecedente de preeclampsia, embarazo múltiple, obesidad, hipertensión crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y edad materna avanzada. En particular, la hipertensión arterial crónica incrementa de manera importante el riesgo de preeclampsia sobreagregada y de desenlaces adversos materno-perinatales. Esta asociación no es casual, ya que una paciente hipertensa crónica parte de una condición basal de disfunción endotelial y mayor vulnerabilidad vascular, sobre la cual se superpone el desequilibrio angiogénico propio de la gestación complicada. (12).

1.2.5. Complicaciones

-Maternas: edema pulmonar, insuficiencia hepática y renal, enfermedad cerebro vascular, coagulación intravascular diseminada, problemas respiratorios y crisis convulsivas.

-Fetales: prematuridad, alteración del bienestar fetal y retardo del crecimiento intrauterino.

-Neonatales: hiperbilirrubinemia, infecciones, hipocalcemia, hipoglucemia.

1.2.6. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la preeclampsia severa

El manejo de la preeclampsia con criterios de severidad debe ser oportuno, multidisciplinario y orientado a la prevención de complicaciones maternas y perinatales. En primer lugar, es fundamental evaluar el bienestar materno mediante el control de la función renal (urea, creatinina, ácido úrico y proteinuria), el estado hematológico (recuento plaquetario) y la función hepática (transaminasas y lactato deshidrogenasa). Estas evaluaciones permiten identificar de manera precoz el compromiso de órganos blanco y la progresión de la enfermedad.

De igual forma, debe realizarse una evaluación integral del bienestar fetal, que incluya monitoreo fetal electrónico (test estresante y no estresante), perfil biofísico y estudio Doppler de las arterias uterinas y umbilicales, así como la valoración del grado de madurez pulmonar fetal (13).

La hospitalización inmediata es obligatoria en casos de preeclampsia severa, con el objetivo de lograr un control estricto de la presión arterial, prevenir la aparición de convulsiones mediante el uso de sulfato de magnesio, optimizar el estado hemodinámico materno y garantizar una adecuada oxigenación, además de permitir la vigilancia continua del binomio madre-feto.

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es la interrupción del embarazo, decisión que debe basarse principalmente en la condición materna, independientemente de la edad gestacional, sin descuidar el bienestar fetal. En gestaciones de 34 semanas o más, o cuando la madurez pulmonar fetal está asegurada, se recomienda la finalización del embarazo a la brevedad, ya sea por vía vaginal o cesárea, según las condiciones

obstétricas (14). En gestaciones menores de 34 semanas, en ausencia de deterioro materno o fetal, puede considerarse una conducta expectante bajo estricta vigilancia. En estos casos, se indica la administración de corticoides para la maduración pulmonar fetal, utilizando betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos dosis, o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis. Esta estrategia busca mejorar el pronóstico neonatal, siempre que la condición materna lo permita y se realice un monitoreo continuo de la función hepática, renal y hematológica (4, 14).

1.3. Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica

La preeclampsia sobreagregada representa una de las formas de mayor riesgo dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo. Se estima que entre el 20% y el 50% de las gestantes con hipertensión crónica desarrollan esta complicación, con mayor probabilidad cuando coexisten obesidad, larga evolución de la hipertensión, presión diastólica elevada, daño de órgano blanco o hipertensión secundaria. Clínicamente, debe sospecharse ante empeoramiento brusco de la presión arterial, necesidad de intensificar antihipertensivos, proteinuria nueva o creciente, trombocitopenia, alteración hepática, insuficiencia renal o deterioro fetal (15).

1.4. Hipertensión arterial crónica

1.4.1. Definición:

Se considera hipertensión crónica cuando la PAS es $>140\text{mmHg}$ y/o la EAD es $>90\text{mmHg}$ antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, pacientes con persistencia de la hipertensión más allá de las 12 semanas postparto también son consideradas como hipertensas crónicas (16). Aproximadamente el 90% de los casos en gestantes corresponden a hipertensión primaria (esencial), mientras que el 10% restante se atribuye a causas secundarias, las cuales deben sospecharse ante edad materna <35 años, hipertensión grave o resistente al tratamiento, ausencia de antecedentes familiares o alteraciones laboratoriales como hipocalemia, elevación de creatinina o albuminuria precoz.

1.4.2. Etiopatogenia

La hipertensión arterial crónica se origina por la interacción de factores genéticos y ambientales que alteran los mecanismos de regulación de la presión arterial. Su fisiopatología involucra la activación del sistema nervioso simpático y del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), así como disfunción endotelial y un desequilibrio entre factores vasoconstrictores y vasodilatadores, como el óxido nítrico. Además, condiciones como la resistencia a la insulina, la obesidad y el consumo elevado de sodio contribuyen a su desarrollo. En algunos casos, la hipertensión puede ser secundaria a enfermedades subyacentes, principalmente de origen renal o endocrino, como las alteraciones tiroideas (17).

1.4.3. Complicaciones

La HTA crónica se asocia a daño progresivo de órganos blanco, principalmente el corazón, el cerebro, los riñones y los ojos, incrementando el riesgo de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad. Este daño se produce como consecuencia de la exposición sostenida a cifras elevadas de presión arterial, lo que genera sobrecarga hemodinámica, remodelado vascular y deterioro de la microcirculación (17).

1.4.3.1. Enfermedad de las arterias coronarias

La hipertensión favorece el desarrollo de aterosclerosis coronaria, provocando el estrechamiento y endurecimiento de las arterias que irrigan el miocardio. Esto puede manifestarse como angina de pecho y aumenta significativamente el riesgo de infarto agudo de miocardio, especialmente en pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular asociados (18).

1.4.3.2. Insuficiencia cardíaca

La sobrecarga crónica de presión obliga al corazón a trabajar en exceso, lo que con el tiempo conduce a hipertrofia ventricular y posterior disfunción sistólica o diastólica. Esto puede evolucionar hacia insuficiencia cardíaca, caracterizada por la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado (19).

1.4.3.3. Accidente cerebrovascular (ACV)

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo modificable para el ACV. Puede ocasionar daño en las arterias cerebrales, favoreciendo su obstrucción (ACV isquémico) o ruptura (ACV hemorrágico), lo que puede generar secuelas neurológicas permanentes o incluso la muerte (20).

1.4.3.4. Insuficiencia renal

La elevación sostenida de la presión arterial produce daño en los vasos renales, afectando la capacidad de filtración glomerular. Esto puede conducir a enfermedad renal crónica, caracterizada por proteinuria, deterioro progresivo de la función renal y, en casos avanzados, necesidad de terapia de reemplazo renal como diálisis o trasplante (21).

1.4.3.5. Retinopatía hipertensiva (pérdida de visión)

La presión alta puede dañar los vasos sanguíneos de la retina, produciendo retinopatía hipertensiva, la cual se manifiesta con visión borrosa, hemorragias retinianas y, en casos severos, pérdida permanente de la visión (22).

1.4.3.6. Síndrome metabólico

La HTA forma parte del síndrome metabólico, conjunto de alteraciones que incluyen obesidad central, resistencia a la insulina, dislipidemia y elevación de la glucosa. Esta asociación incrementa de manera significativa el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2 (23).

1.5. Manejo y tratamiento de la HTA crónica

El manejo de la hipertensión arterial crónica tiene como objetivo principal lograr un adecuado control de la presión arterial, reducir el riesgo de daño a órganos blanco y prevenir complicaciones cardiovasculares, renales y cerebrovasculares. Este abordaje debe ser integral e individualizado, combinando modificaciones del estilo de vida, tratamiento farmacológico y seguimiento clínico continuo (24).

1.5.1. Cambios en el estilo de vida

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base del tratamiento y deben indicarse en todos los pacientes, independientemente del uso de fármacos. Estas intervenciones contribuyen significativamente al control de la presión arterial y potencian el efecto de la terapia farmacológica.

Las intervenciones no farmacológicas constituyen la base del tratamiento y deben indicarse en todos los pacientes. Se recomienda una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, granos integrales y proteínas magras, con bajo contenido de grasas saturadas y reducción de la ingesta de sodio a menos de 2 g/día. Asimismo, la práctica regular de actividad física aeróbica (al menos 150 minutos por semana) contribuye al control de la presión arterial y del peso corporal. La reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, junto con la limitación del consumo de alcohol y la suspensión del tabaquismo, ha demostrado un impacto favorable en la disminución del riesgo cardiovascular (25).

El tratamiento farmacológico está indicado cuando las medidas no farmacológicas resultan insuficientes o cuando existen cifras elevadas de presión arterial desde el inicio. La elección del fármaco debe basarse en las características clínicas del paciente y sus comorbilidades. Entre los principales grupos se incluyen los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), los bloqueadores de los canales de calcio, los diuréticos y los betabloqueadores. No obstante, en el contexto del embarazo, los IECA y ARA II están contraindicados, por lo que el manejo debe ajustarse a medicamentos seguros para la gestante (26).

El seguimiento clínico periódico es fundamental para evaluar la respuesta terapéutica y detectar de forma precoz posibles complicaciones. El monitoreo regular de la presión arterial, ya sea en el establecimiento de salud o mediante autocontrol domiciliario, permite realizar ajustes oportunos en el tratamiento. Asimismo, se recomienda la evaluación periódica de la función renal, el perfil lipídico y otros parámetros laboratoriales, así como la vigilancia del daño a órganos blanco, ajustando la frecuencia de los controles según el grado de control tensional y la presencia de comorbilidades (14).

1.5.2. Educación y apoyo

La educación del paciente constituye un pilar fundamental en el manejo de la HTA crónica. Informar sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento y la identificación de signos de alarma contribuye a mejorar los resultados clínicos.

El apoyo familiar y social también desempeña un rol importante, ya que favorece la adherencia terapéutica y la adopción de estilos de vida saludables. Asimismo, es fundamental fomentar la participación activa del paciente en el control de su enfermedad. En conjunto, el manejo de la hipertensión arterial crónica requiere un enfoque multidisciplinario y continuo, orientado a la prevención de complicaciones y a la mejora de la calidad de vida del paciente (14).

1.5.3. Recomendaciones

En gestantes con baja ingesta de calcio (<600 mg/día), se recomienda la suplementación con calcio (1 g/día). Asimismo, en pacientes con alto riesgo de preeclampsia, se indica ácido acetilsalicílico a dosis de 150 mg/día, iniciado antes de las 16 semanas y mantenido hasta las 36 semanas, preferentemente administrado por la noche. No se recomienda una dieta hiposódica ni hipocalórica estricta, pero sí medidas generales como reposo relativo en el tercer trimestre y educación sobre signos de alarma de preeclampsia y eclampsia, indicando acudir a un servicio de emergencia ante su aparición (13).

El seguimiento clínico incluye el autocontrol de la presión arterial 2 a 3 veces por semana y controles médicos cada 2 a 4 semanas, ajustándose según comorbilidades. Se recomienda la evaluación de proteinuria mediante tira reactiva en cada consulta y la determinación del índice proteína/creatinina en orina mensual o ante cambios clínicos; si este es ≥ 0.3 mg/mg, debe confirmarse con proteinuria de 24 horas.

El control analítico debe realizarse de forma mensual o según evolución clínica, incluyendo hemograma, función renal y hepática, así como LDH. En ausencia de trombocitopenia, no se requieren estudios de coagulación adicionales. El monitoreo fetal se realiza mediante ecografía de crecimiento a las 28, 32 y 36 semanas en pacientes con Doppler uterino normal; en caso de alteraciones, se recomienda iniciar

controles desde las 24 semanas.

Finalmente, ante la sospecha de preeclampsia sobreagregada entre las 22 y 36.6 semanas, puede ser útil la determinación del cociente sFlt-1/PlGF. Debe sospecharse esta entidad ante un incremento brusco de la presión arterial ($\geq 20\%$) o la aparición de signos de daño a órgano blanco no explicados por otra causa (13).





CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso, enfocado en el análisis clínico de una gestante con diagnóstico de hipertensión arterial crónica y preeclampsia sobreagregada con criterios de severidad. La información fue obtenida mediante la revisión detallada de la historia clínica, incluyendo datos de anamnesis, evolución hospitalaria, hallazgos clínicos, resultados laboratoriales y estudios complementarios.

El análisis del caso se desarrolló de manera retrospectiva, permitiendo describir la evolución clínica, los factores de riesgo asociados, el proceso diagnóstico y las decisiones terapéuticas adoptadas durante la atención. Asimismo, se realizó una correlación del caso con la evidencia científica disponible y con guías clínicas internacionales y nacionales, con el fin de interpretar los hallazgos en un contexto clínico actualizado.

Este tipo de diseño es adecuado para la descripción de condiciones clínicas complejas o poco frecuentes, ya que permite profundizar en el razonamiento clínico, el abordaje terapéutico y los desenlaces materno-fetales, contribuyendo a la generación de conocimiento aplicable en la práctica médica.

2.2. Presentación del caso clínico

2.2.1. Anamnesis

2.2.1.1. Filiación

- Nombre (iniciales): L.N.C
- Edad: 41 años
- Sexo: Femenino
- Cama: 413B
- Seguro: Titular
- Fecha de nacimiento: 12/04/1984

a) Lugar de Nacimiento: Arequipa

- b) Lugar de Procedencia: Arequipa
- c) Distrito: Cerro Colorado
- d) Grado de Instrucción: Superior no universitario completo
- e) Raza: Mestiza
- f) Estado Civil: Casada
- g) Religión: católica
- h) Idioma: Castellano
- i) Ocupación actual: Comerciante
- j) Fecha de ingreso: 25/08/25
- k) Forma de ingreso: Referencia del Hospital de nivel III
- l) Tipo de anamnesis: Directa
- m) Numero de Historia Clínica: 725245
- n) Historia Clínica elaborada por: Mendoza Romaní Inés de María
- o) Fecha de la elaboración de la HCL: 25/08/25

Enfermedad actual

- Fecha: 25/08/25 Hora: 18:47pm
- Tiempo de la enfermedad: Aproximadamente 3 horas.
- Síntoma principal: Cefalea

Paciente gestante de 23 semanas y 6 días, multigesta (antecedente de parto eutócico hace 16 años y aborto en 2024), quien refiere inicio de cuadro clínico hace aproximadamente 3 horas, caracterizado por cefalea occipital de moderada intensidad, sin asociación a náuseas, vómitos ni otros síntomas acompañantes. El cuadro se inicia en su domicilio posterior a un evento de estrés emocional (discusión familiar), motivo por el cual acude al servicio de emergencia del Hospital de nivel III.

A su ingreso, se registran cifras de presión arterial elevadas (160/90 mmHg y 165/90 mmHg). Durante el interrogatorio, la paciente refiere antecedente de hipertensión arterial crónica y uso de ácido acetilsalicílico desde las 11 semanas de gestación como medida profiláctica.

Ante la sospecha de enfermedad hipertensiva del embarazo, se inicia manejo con sulfato de magnesio en dosis de ataque (4 g endovenosos en 20 minutos), nifedipino 10 mg por vía oral (dosis única), dexametasona 6 mg intramuscular (dosis inicial) y colocación de sonda vesical. Debido a la complejidad del cuadro, se decide su referencia al hospital nivel IV, donde ingresa con el diagnóstico de hipertensión arterial crónica versus preeclampsia sobreagregada.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: aumentada
- Sueño: conservado
- Micción: conservado
- Deposiciones: conservada

2.2.1.2. Antecedentes personales

- Antecedentes fisiológicos:
- Nacida de embarazo: normal
- Nacida de parto: eutócico
- Lugar: Arequipa
- Lactancia materna / tiempo: 1 año
- Vacunas: completas

- Dentición: normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: normal
- Medicación: Aspirina, Vitaminas.
- Alergia: Naproxeno

a) Antecedentes patológicos

- Enfermedades eruptivas de la infancia: ninguna
- Enfermedades de la adolescencia: ninguna
- Enfermedades de la adultez: Hipertensión crónica
- Accidentes o traumatismos: ninguno
- Hospitalizaciones: ninguno
- Transfusiones sanguíneas: no
- Alergias a medicamentos: Naproxeno.
- Alergias a alimentos: no

2.2.1.3 Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Menarquía: 13 años
- Régimen Catamenial: 02/28 días
- Dismenorrea: no
- Nro. de parejas sexuales: 03
- Parto eutócico: 2009
- Aborto: legrado uterino 2024
- FUM: 13/03/25
- FPP: 16/12/2025
- ECO 1T: No dispone
- CPN: 4 controles

- Infecciones ginecológicas: no
- I.T.S.: no
- Uso de MAC: Trimestral
- PAP: 2024 negativo
- Examen de mamas: se realiza autoexamen de mamas
- Tratamiento de infertilidad: no
- Primera ecografía: 16/12/2025 =07 semanas
- Fórmula Obstétrica: G3P1A1HV1HM0

2.2.1.4 Antecedentes familiares

- Padre: fallecido
- Madre: fallecida
- Hermano/a: ninguno
- Pareja: ninguno
- Sífilis: niega
- Diabetes: niega
- Taras nerviosas y mentales no
- Malformaciones congénitas: no
- Enfermedades y causa de fallecimiento: no

2.2.1.5 Antecedentes de la pareja

- Enfermedades venéreas: no
- Malformaciones congénitas en su familia: no
- Antecedentes en su familia de partos múltiples: no

2.2.1.6 Antecedentes cósmicos ambientales

- Vivienda: Propia
- Zona: Rural: no
- Material: Noble
- Nro. de habitantes: 04
- Saneamiento: agua y desagüe
- Eliminación de basura: Carro recolector de basura
- Armonía en la familia: si
- Ambiente laboral: estresante
- Crianza de animales: no

2.2.1.7 Antecedentes Socioeconómicos

- Nivel educacional: superior no universitario completo
- Nro. de personas dependientes: una
- Persona responsable de sustento familiar: ambos

2.2.1.8 Antecedentes psicosociales

- Situación familiar: buena
- Situación personal: buena

- Vida afectiva: disfuncional
- Horas de sueño: 7- 8 horas

2.2.1.9 Hábitos y estilo de vida

- Fuma: no
- Ingiere bebidas alcohólicas: no
- Consume drogas: no
- Bebe té: ocasionalmente
- Bebe café: no
- Tipo de alimentación: normosódica, ingesta alta de carbohidratos, proteínas, ingesta baja de ensaladas, frutas de 1 a 2 veces por día.

2.2.1.10 Embarazo actual:

- a) Nro. de controles prenatales: 04
- b) Inicio de control prenatal: 7 semanas
- c) Lugar de controles prenatales: Centro de salud nivel II
- d) Peso previo: 74 kg
- e) Talla: 1.56 m
- f) IMC: 30.4 Obesidad Grado 1
- g) Peso actual: 79 kg
- h) Peso en su primer control prenatal: 77.5 kg
- i) Ganancia de peso: 2 Kg
- j) Actividad sexual: si
- k) Gestación planificada: si
- l) Estimulación prenatal: no

- m) Psicoprofilaxis Obstétrica: no
- n) Molestias durante el embarazo: cefalea
- o) Administración profiláctica de sulfato ferroso: si
- p) Trabaja haciendo esfuerzo físico: si
- q) Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones, radiación solar: no
- r) Tamizaje de VIH/SIDA: negativo
- s) Tamizaje de violencia familiar: No refiere
- t) Nutricionales: no
- u) Métodos anticonceptivos: No
- v) VIH/SIDA: no
- w) Grupo sanguíneo: A Rh: positivo
- x) Hb: 14.4 mg/dl
- y) Glucosa: normal
- z) VDRL: negativo
- aa) Examen de orina: negativo
- bb) Vacuna del COVID-19: 3 dosis

2.3 Examen clínico:

Funciones vitales: PA: 160/90 mm Hg FC: 94x T: 36.7 °C FR: 18 x' SO2: 96%

Antropometría:

- Peso: 74 kg
- Talla: 1.56 m
- IMC: 30.4

2.3.1 Examen clínico general

General: Paciente en aparente regular estado general (AREG), en regular estado de nutrición (AREN) e hidratación (ABEH), lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel y faneras: Piel trigueña, tibia y rosada, con adecuado llenado capilar. No se evidencian edemas.

Cabeza: Cabello negro de adecuada implantación, cejas simétricas. Conjuntivas palpebrales ligeramente pálidas. agudeza visual conservada. Pabellones auriculares de adecuada implantación. Labios rosados y ligeramente secos. Mucosas orales secas.

Piezas dentarias: completas.

Cuello: Simétrico, sin presencia de adenopatías ni tumoraciones.

Mamas: Mamas turgentes, pezones formados, no se palpa tumoraciones.

Cardiovascular: Pulso radial con frecuencia y amplitud conservadas. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.

Abdomen: Blando y depresible. Útero grávido con altura uterina de 22 cm. Feto vivo en situación indiferente, latidos cardíacos fetales (LCF) de 130 lpm, sin dinámica uterina.

Genitales: Sin evidencia de sangrado vaginal.

Columna vertebral y extremidades superiores: Simetría de masa muscular, tono conservado, sin puntos dolorosos vertebrales. Movilidad conservada en miembros superiores.

Neurológico: Paciente lúcida, con funciones motoras y sensitivas conservadas. No se evidencian signos meníngeos.

Extremidades inferiores: Simétricas, sin edemas, con movilidad conservada.

2.3.2 Examen obstétrico

- a) **Mamas:** Simétricas, blandas, con pezones formados.
- b) **Abdomen:** Útero grávido, altura uterina de 22 cm. Feto en situación indiferente, con latidos cardíacos fetales de 160 lpm. Ausencia de dinámica uterina.
- c) **Genitales externos:** Sin evidencia de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico.
- d) **Extremidades superiores:** Simétricas, móviles.
- e) **Extremidades inferiores:** Simétricas, móviles, reflejos osteotendinosos conservados, sin edemas.
- f) **Ecografía obstétrica (25/07/2025):** Feto único vivo en situación indiferente, latidos cardíacos fetales de 160 lpm, placenta en cara posterior. Índice de líquido amniótico adecuado. Peso fetal estimado: 533 g.

2.4 Impresión diagnóstica al ingreso:

- Gestación de 23 semanas y 6 días.
- Feto único vivo
- Preeclampsia no especificada

2.5 Plan de trabajo:

Hospitalización en el servicio de obstetricia.

2.6 Indicaciones:

Vía periférica con candado salinizado Sulfato de magnesio: 10 ampollas en 1000 mL de cloruro de sodio al 0.9%, en infusión continua (dosis de mantenimiento)
Nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis

2.7 Diagnostico

- Gestación de 23 semanas y 6 días
- Enfermedad hipertensiva del embarazo: a descartar hipertensión arterial crónica versus preeclampsia con criterios de severidad sobreagregada.
- Feto único vivo

2.8 Interpretación clínica

La paciente presentó hipertensión arterial severa ($\geq 160/110$ mmHg) desde su ingreso, asociada a cefalea persistente, lo que inicialmente orientó al diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Durante su evolución hospitalaria, desarrolló signos de progresión clínica, incluyendo epigastralgia, hipertensión refractaria al tratamiento antihipertensivo y alteraciones laboratoriales, como trombocitopenia (126,000 plaquetas) y elevación de transaminasas (TGO y TGP), evidenciando compromiso de órgano blanco.

Estos hallazgos permiten confirmar el diagnóstico de preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica con criterios de severidad, considerando el antecedente de hipertensión previa y el deterioro clínico progresivo. Asimismo, la presencia de alteraciones hepáticas y hematológicas sugiere evolución hacia una forma severa de la enfermedad, con riesgo de complicaciones maternas mayores.

Desde el punto de vista fetal, la edad gestacional de 24 semanas y el contexto de insuficiencia placentaria secundaria a la enfermedad hipertensiva condicionaron un alto riesgo de prematuridad extrema y mal pronóstico neonatal.

2.9 Cronología y evolución del caso clínico

25/08/2025 – 18:47 h (Hospital Nivel III)

Gestante de 41 años, con 23 semanas y 6 días de gestación, acude por cefalea occipital de moderada intensidad de 3 horas de evolución, iniciada posterior a un evento de estrés emocional.

Al examen presenta: PA: 166/95 FC: 98x' T°: 36.4 SO2: 95%

Funciones biológicas conservadas y examen clínico sin hallazgos

Se plantea como impresión diagnóstica: hipertensión arterial crónica versus preeclampsia sobreagregada con criterios de severidad. Se inicia manejo con sulfato de magnesio (dosis de ataque), nifedipino 10 mg sublingual (STAT), dexametasona 6 mg intramuscular (dosis única) y colocación de sonda Foley.

Indicaciones:

Debido a la complejidad del cuadro, se decide referencia a Hospital de nivel IV.

25/08/2025 – 20:02 h (Hospital de nivel IV)

Ingresa al servicio de emergencia obstétrica con persistencia de cefalea y sensación de palpitations. Refiere uso de ácido acetilsalicílico 100 mg diarios desde las 11 semanas de gestación.

Al examen obstétrico: altura uterina de 22 cm, feto en situación indiferente, latidos cardíacos fetales de 160 lpm, sin dinámica uterina ni evidencia de sangrado o pérdida de líquido amniótico. Ecografía obstétrica reporta feto único vivo, peso fetal estimado de 533 g, índice de líquido amniótico adecuado y Doppler de arterias uterinas con índice de resistencia elevado (2.36).

Al examen presenta: PA160/100 FC: 90x T°:36.5 SO2: 94%

Indicaciones:

Se decide hospitalización en el servicio de obstetricia, iniciándose monitoreo estricto materno-fetal, control de funciones vitales, balance hídrico y evaluación cardiológica. Se instaura tratamiento con sulfato de magnesio en infusión continua (1 g/h), nifedipino oral según respuesta y esquema completo de corticoides para maduración pulmonar fetal.

26/08/2025 (Hospitalización – Día 1)

Paciente de 24 semanas en aparente regular estado general (AREG), lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con vías venosas permeables y en infusión continua de sulfato de magnesio a 1 g/hora, portadora de sonda vesical permeable.

Al examen obstétrico: útero grávido, latidos cardíacos fetales (LCF) de 142 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, altura uterina de 22 cm, sin evidencia de dinámica uterina. La paciente continúa hospitalizada bajo manejo expectante, cumpliendo indicaciones médicas y tratamiento instaurado.

Al examen presenta: PA: 144/92 FC: 90x T: 36.2 FR: 18x SO2: 98%

Diagnóstico: Preeclampsia con criterios de severidad.

Tabla 1. Control de presión arterial diurna

Hora	Presión arterial
08:00	144/92 mmHg
12:00	142/80 mmHg
15:00	138/88 mmHg
18:00	135/84 mmHg

Nota. Elaboración propia

27/08/2025 (Hospitalización – Día 2)

Paciente de 24 semanas y 2 días de gestación, multigesta primípara, en aparente regular estado general (AREG), lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con vías venosas permeables y en infusión continua de sulfato de magnesio a 1 g/hora, portadora de sonda vesical permeable. No refiere sintomatología asociada. Continúa en el servicio cumpliendo indicaciones médicas y tratamiento instaurado.

Al examen presenta: PA: 138/98 FC: 84x T: 36.4 FR: 18x SO2: 95%

Diagnóstico: Hipertensión arterial mal controlada a descartar preeclampsia con criterios de severidad sobreagregada.

TABLA 2. Control de presión arterial nocturna

Hora	Presión arterial
19:30	129/76 mmHg
23:00	138/80 mmHg
02:00	135/82 mmHg
06:00	129/84 mmHg

Nota. Elaboración propia

28/08/2025 (Hospitalización – Día 3)

A las 11:50 h, la paciente presenta deterioro clínico caracterizado por cefalea holocraneana intensa, epigastralgia, mareos y náuseas. Se evidencia hipertensión severa persistente (PA: 185/100 mmHg) pese a tratamiento antihipertensivo y profilaxis anticonvulsivante.

Los exámenes de laboratorio muestran trombocitopenia (126,000 plaquetas) y elevación de transaminasas (TGO 54 U/L, TGP 89 U/L), indicativos de compromiso de órgano blanco. Se evidencian reflejos osteotendinosos aumentados (3+/4). Feto con latidos cardíacos de 140 lpm, sin sangrado ni pérdida de líquido.

Ante la progresión clínica y los hallazgos laboratoriales, se confirma el diagnóstico de preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica con criterios de severidad. En junta médica se decide la interrupción del embarazo.

Diagnostico:

- Preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica con criterios de severidad
- Ganancia de peso inadecuado para la edad gestacional
- Feto único vivo

Indicación:

- Cesárea segmentaria de urgencia (histerotomía).
- Resultados Neonatales:
- Recién nacido de 400 g, Apgar 3 al minuto, 6 a los 5 minutos y 8 a los 10 minutos. Evoluciona en malas condiciones y fallece a las 3 horas de vida, compatible con prematuridad extrema.

29/08/2025 (Puerperio inmediato)

Paciente puérpera post cesárea, en aparente buen estado general, refiere dolor leve en herida operatoria. Útero contraído, altura uterina de 16 cm, loquios escasos. Presenta edema en miembros inferiores.

PA: 143/89 FC: 65x T: 36.3 FR: 18x SO2:93%

Diagnostico:

Puerperio postoperatorio de cesárea en paciente con hipertensión arterial crónica mal controlada y preeclampsia con criterios de severidad.

Indicaciones:

- Movilización en cama
- Control de funciones vitales cada 4 horas en hoja especial.
- Control de involución uterina
- Control de loquios.

Tabla 3. Resumen de resultados de exámenes de laboratorio

Fecha	25/08/25	27/08/25	27/08/25(tarde)
Grupo y factor	A (+)	---	
Leucocitos	9390	8050	9140
HB	14.9	---	----
Plaquetas	171 mil	126mil	161mil
creatinina	0.53	0.54	0.43
DHL	186	151	152
TGO	42.5	54	38
TGP	58	89	63
Proteinuria cuantitativa	-----	500mg	----

Nota. Elaboración propia

Según el cuadro 1: Resultados de exámenes de laboratorio, los resultados laboratoriales evidencian una progresión clínica compatible con preeclampsia con criterios de severidad sobreagregada a hipertensión arterial crónica, caracterizada por compromiso de órgano blanco.

Inicialmente (25/08/25), los parámetros se encontraban dentro de rangos relativamente normales, destacando plaquetas en 171,000/mm³, transaminasas ligeramente elevadas (TGO 42.5 U/L, TGP 58 U/L) y función renal conservada (creatinina 0.53 mg/dL), sin evidencia de proteinuria documentada.

Sin embargo, en la evaluación del 27/08/25 se observa deterioro hematológico y hepático, evidenciado por:

Trombocitopenia (126,000/mm³), indicativa de consumo plaquetario y compromiso hematológico. Elevación de transaminasas (TGO 54 U/L, TGP 89 U/L), lo que sugiere afectación hepática. Proteinuria cuantitativa de 500 mg, confirmando daño renal asociado.

Estos hallazgos son criterios diagnósticos de severidad y reflejan disfunción endotelial sistémica, característica de la preeclampsia.

En la medición posterior (27/08/25 tarde), se evidencia una leve mejoría parcial en algunos parámetros:

Plaquetas aumentan a 161,000/mm³

Elevación de transaminasas (TGO 38 U/L, TGP 63 U/L)

No obstante, esta mejoría no descarta la gravedad del cuadro, ya que clínicamente la paciente presentó deterioro posterior, lo que indica una evolución dinámica e inestable de la enfermedad.

En conjunto, los hallazgos laboratoriales, asociados a la clínica (hipertensión severa, cefalea y epigastralgia), confirman la presencia de:

Preeclampsia sobreagregada con criterios de severidad.



CAPITULO III
DISCUSIÓN

3.1 Análisis del caso

El presente caso clínico describe a una gestante con factores de alto riesgo, incluyendo edad materna avanzada, obesidad e hipertensión arterial crónica, los cuales han sido ampliamente reconocidos como determinantes en el desarrollo de preeclampsia sobreagregada.

Diversos estudios han reportado que entre el 20% y el 50% de las gestantes con hipertensión crónica desarrollan esta condición, incrementándose significativamente el riesgo de complicaciones maternas y perinatales adversas (27). En este contexto, el caso presentado concuerda con la literatura, evidenciando la asociación entre estos factores y la aparición de preeclampsia de inicio precoz.

En relación con el control prenatal, se ha descrito que una vigilancia inadecuada en gestantes con factores de riesgo limita la identificación temprana de signos de alarma y retrasa la intervención oportuna.

En el estudio de Peñareta et al. (28). se reporta un caso similar con hipertensión crónica y obesidad, en el que el adecuado manejo en un centro de mayor complejidad permitió prolongar la gestación hasta las 32 semanas. En contraste, en el presente caso, el control prenatal insuficiente y la falta de seguimiento especializado pudieron contribuir a la progresión temprana de la enfermedad y a un desenlace perinatal desfavorable.

Desde el punto de vista diagnóstico, la paciente presentó criterios claros de preeclampsia con severidad, tales como hipertensión arterial persistente $\geq 160/110$ mmHg, síntomas neurológicos (cefalea) y signos de compromiso de órgano blanco, incluyendo alteración hepática y trombocitopenia. Estos hallazgos son consistentes con los criterios establecidos por guías internacionales como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y las guías del MINSA, que enfatizan que la presencia de estos criterios justifica un manejo intensivo y la evaluación continua del binomio madre-feto.

En cuanto al manejo clínico, las guías recomiendan que en casos de preeclampsia con criterios de severidad antes de las 34 semanas se puede considerar una conducta expectante bajo estricta vigilancia, siempre que no exista deterioro materno ni fetal.

En el estudio de Huamán (29), se optó por manejo expectante inicial con posterior interrupción del embarazo ante falta de control de la presión arterial. De manera similar, en el presente caso se instauró manejo expectante durante la hospitalización, incluyendo control antihipertensivo, administración de sulfato de magnesio y maduración pulmonar fetal. Sin embargo, la progresión clínica desfavorable, evidenciada por hipertensión persistente, síntomas neurológicos y alteraciones laboratoriales, obligó a la interrupción del embarazo.

Este enfoque es concordante con las recomendaciones de ACOG y guías nacionales, que establecen que la finalización del embarazo es el tratamiento definitivo ante la presencia de criterios de severidad, independientemente de la edad gestacional, priorizando la vida materna.

En comparación con el estudio realizado por Jacob Poma (30), en el que se describe el manejo de una gestante de 41 años con preeclampsia severa a las 31 semanas asociada a restricción del crecimiento intrauterino y diabetes mellitus, se evidencia un abordaje clínico similar en cuanto al uso de tratamiento antihipertensivo, control metabólico y administración de corticoides para maduración pulmonar fetal.

Sin embargo, en dicho estudio la interrupción del embarazo se indicó ante la disminución progresiva de la diuresis, logrando un recién nacido vivo con mejor pronóstico debido a una mayor edad gestacional (33 semanas). En contraste, en el presente caso, la interrupción se realizó a las 24 semanas debido a la progresión de criterios de severidad, lo que condicionó un desenlace perinatal desfavorable asociado a la prematuridad extrema.

Esta comparación evidencia que, si bien el manejo clínico sigue principios similares, la edad gestacional al momento de la interrupción constituye un factor determinante en el pronóstico neonatal.

Asimismo, estudios como el de Quiroz (31), han demostrado que la preeclampsia sobreagregada se asocia a mayor riesgo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y mayor ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, lo cual coincide con la evolución del presente caso. Por otro lado, la presencia de trombocitopenia, aunque no en rangos críticos, evidencia compromiso hematológico, hallazgo también reportado en casos de preeclampsia severa y síndrome

HELLP, como describe Chirinos (32).

En conjunto, este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno, el manejo basado en guías clínicas y el seguimiento especializado en gestantes con hipertensión crónica. Asimismo, evidencia el impacto significativo de la preeclampsia sobreagregada de inicio precoz en los resultados materno-fetales, especialmente cuando coexisten múltiples factores de riesgo y limitaciones en el control prenatal.



CONCLUSIONES

PRIMERO. El caso clínico corresponde a una gestante con factores de alto riesgo, entre ellos edad materna avanzada, obesidad y antecedente de hipertensión arterial crónica, los cuales favorecieron el desarrollo de preeclampsia sobreagregada de inicio precoz.

SEGUNDO. El diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad se estableció en base a la presencia de hipertensión arterial persistente, síntomas clínicos (cefalea, epigastralgia) y alteraciones laboratoriales, evidenciando compromiso de órgano blanco y permitiendo diferenciarla de la hipertensión crónica aislada.

TERCERO. El manejo clínico se realizó conforme a las recomendaciones actuales, incluyendo hospitalización, control de la presión arterial, uso de sulfato de magnesio para prevención de eclampsia y administración de corticoides para maduración pulmonar fetal, con monitorización materno-fetal continua.

CUARTO. La interrupción del embarazo mediante cesárea de emergencia estuvo indicada por la progresión de la enfermedad y la presencia de criterios de severidad, priorizando la seguridad materna ante el riesgo de complicaciones graves.

QUINTO. La evolución materna fue favorable tras la intervención oportuna; sin embargo, la evolución perinatal fue desfavorable debido a la prematuridad extrema, evidenciando el impacto de la preeclampsia sobreagregada de inicio precoz en los resultados neonatales.

SEXTO. El control prenatal inadecuado y la identificación tardía de factores de riesgo contribuyeron a la progresión de la enfermedad, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y seguimiento especializado en gestantes con hipertensión crónica.

RECOMENDACIONES

1. El personal de salud del primer nivel de atención debe fortalecer la identificación precoz de factores de riesgo en mujeres en edad fértil y gestantes, como hipertensión arterial crónica, obesidad y antecedentes obstétricos adversos, mediante una evaluación clínica integral y seguimiento oportuno, con el fin de prevenir complicaciones durante la gestación.
2. Los médicos y obstetras deben brindar educación integral desde el primer trimestre sobre signos de alarma de preeclampsia, adherencia al tratamiento y planificación del embarazo, así como asegurar la referencia oportuna a establecimientos de mayor complejidad en gestantes con factores de alto riesgo.
3. El sistema de salud (EsSalud y MINSA) debe implementar y reforzar protocolos de atención y referencia para gestantes con hipertensión arterial crónica, garantizando un control prenatal especializado y continuo en establecimientos de nivel II o III, según el riesgo obstétrico.
4. Las gestantes y su entorno familiar deben participar activamente en el control prenatal, cumplir con las indicaciones médicas y reconocer oportunamente los signos de alarma, con el objetivo de disminuir el riesgo de complicaciones maternas y perinatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Preeclampsia. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>.
2. Guia de práctica clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo IETSI Essalud 2021. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial_Version-corta.pdf.
3. Ministerio de salud. INMP: especialistas recomiendan iniciar control prenatal precoz para prevenir preeclampsia. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/764046-inmp-especialistas-recomiendan-iniciar-control-prenatal-precoz-para-prevenir-preeclampsia>.
4. Overton E, Tobes D, Lee A. Preeclampsia diagnosis and management. Best practice & research Clinical anaesthesiology. 2022;36(1):107-21.
5. Vera-Ponce VJ, Loayza-Castro JA, Ballena-Caicedo J, Valladolid-Sandoval LAM, Zuzunaga-Montoya FE, Gutierrez De Carrillo CI. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in reproductive health*. 2025;7:1706009.
6. Mustary M, Syam A, Riskiyani S, Erika KA, Moedjiono AI, Lubis M. Preeclampsia: etiology, pathophysiology, risk factors, impact and prevention: a narrative review. *Iranian Journal of Public Health*. 2024;53(11):2392.
7. Abraham T, Romani AM. The relationship between obesity and pre-eclampsia: incidental risks and identification of potential biomarkers for pre-eclampsia. *Cells*. 2022;11(9):1548.
8. Ministerio de Salud. En el Perú, existen 5.5 millones de personas mayores de 15 años que sufren de hipertensión arterial. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/607500-en-el-peru-existen-5-5-millones-de-personas-mayores-de-15-anos-que-sufren-de-hipertension-arterial>.
9. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al.

- International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018;72(1):24-43.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 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>.
 11. Torres-Torres J, Espino-y-Sosa S, Martínez-Portilla R, Borboa-Olivares H, Estrada-Gutiérrez G, Acevedo-Gallegos S, et al. A narrative review on the pathophysiology of preeclampsia. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024;25(14):7569.
 12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2017/libro.pdf.
 13. Luna SD, Martinovic TC. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2023;34(1):33-43.
 14. Berzan E, Doyle R, Brown CM. Treatment of preeclampsia: current approach and future perspectives. *Current hypertension reports*. 2014;16(9):473.
 15. Nie X, Xu Z, Ren H. Analysis of risk factors of preeclampsia in pregnant women with chronic hypertension and its impact on pregnancy outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*. 2024;24(1):307.
 16. Xu J, Li T, Wang Y, Xue L, Miao Z, Long W, et al. The association between hypertensive disorders in pregnancy and the risk of developing chronic hypertension. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022;9:897771.
 17. Battarbee AN, Sinkey RG, Harper LM, Oparil S, Tita AT. Chronic hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):532-41.
 18. Ramlakhan KP, Johnson MR, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and cardiovascular

- disease. *Nature Reviews Cardiology*. 2020;17(11):718-31.
19. Ramlakhan KP, Malhamé I, Marelli A, Rutz T, Goland S, Franx A, et al. Hypertensive disorders of pregnant women with heart disease: the ESC EORP ROPAC Registry. *European heart journal*. 2022;43(38):3749-61.
 20. Wang Z, Yang T, Fu H. Prevalence of diabetes and hypertension and their interaction effects on cardio-cerebrovascular diseases: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1224.
 21. Burnier M, Damianaki A. Hypertension as cardiovascular risk factor in chronic kidney disease. *Circulation research*. 2023;132(8):1050-63.
 22. Tsukikawa M, Stacey AW. A review of hypertensive retinopathy and chorioretinopathy. *Clinical optometry*. 2020:67-73.
 23. Litwin M, Kułaga Z. Obesity, metabolic syndrome, and primary hypertension. *Pediatric Nephrology*. 2021;36(4):825-37.
 24. Cífková R. Hypertension in pregnancy: a diagnostic and therapeutic overview. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2023;30(4):289.
 25. Henry A, Roberts LM, Kotevski DP, Arnott C, Beech A, Brew BK, et al. Lifestyle intervention versus usual care for improving cardiovascular risk profile in the first year after hypertensive disorders of pregnancy in Australia (Blood Pressure Postpartum): a randomised controlled trial. *The Lancet Obstetrics, Gynaecology, & Women's Health*. 2026;2(2):e101-e17.
 26. Sinkey RG, Battarbee AN, Bello NA, Ives CW, Oparil S, Tita AT. Prevention, diagnosis, and management of hypertensive disorders of pregnancy: a comparison of international guidelines. *Current hypertension reports*. 2020;22(9):66.
 27. Antwi E, Amoakoh-Coleman M, Vieira DL, Madhavaram S, Koram KA, Grobbee DE, et al. Systematic review of prediction models for gestational hypertension and preeclampsia. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0230955.
 28. Peñareta SX, Correa ODS, Yáñez CAO. Hipertensión crónica como factor predisponente de preeclampsia severa y mal pronóstico materno-fetal: reporte de caso.

Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2025;9(60):297-304.

29. Julián Huamán RB. Preeclampsia con criterios de severidad en una gestante atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima–2024. [Tesis para optar Título de segunda especialidad en obstetricia con mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/3466>. 2025.
30. Poma Mamani JJ. Preeclampsia severa en una gestante añosa, Hospital San Bartolomé, Lima–2024. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en salud reproductiva con mención en investigación científica, alto riesgo obstétrico y monitoreo fetal]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/3597>. 2025.
31. Quiroz Abarca RE. Factores angiogénicos como marcadores predictivos de preeclampsia en el embarazo en pacientes hipertensas crónicas del Hospital San Juan de Dios de julio 2024 a abril 2025. [Tesis para optar el Título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/0208e64c-2e52-46fe-b813-5211e7182e52/content>. 2025.
32. Chirinos Cayllahua BL. Preeclampsia severa - Síndrome Hellp. [Tesis para optar el Título de segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ca1cbba4-a6f3-4eda-af8f-a5cabb63223a>. 2021.

ANEXOS

ANEXO 1: CARNET PERINATAL

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

Establecimiento
 SIS Código: _____
 ISSALUD Afiliación Seguro: _____
 PRIVADO Ocupación: **PREVENTISTA** Edad: **41** < 15 > 35
 Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados: **5**
 Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: _____

Antecedentes Obstétricos
 Gestas: **02** Abortos: **01** Vaginales: **01** Nacidos vivos: **01** Viven: **01**
 0 ó + 3 < 2500 g Múltiple < 37 sem.
 Partos: **01** Cesáreas: **00** Nacidos muertos: **00** Muerto - 1ra. semana: **00** Después - 1ra semana: **00**
 RN de mayor peso: **2500** g.

Gestación Anterior
 Fecha: **05/04/2009** Per. Si No Lactancia Materna
 Terminación: Si fue aborto: No hubo
 Tipo de Aborto: Incompleto < 6 meses
 Cesárea Completo No aplica
 Aborto Frustrado/Retenido Lugar del parto
 Aclóptico Séptico EESS Domic.
 Aborto molar No Aplica EESS Domic.
 Captada: Si No Referida x Ag. Comuni: Si No

Antecedentes Familiares
 Ninguno Malaria
 Enf. Hipertens. Emb. Hipertensión Arterial
 Epilepsia Hipotiroidismo
 Diabetes Neoplasia
 Enf. Congénitas TBC Pulmonar
 Emb. Múltiple Otros: **CANCEL UTERO MAURE HERMANA**

Antecedentes Personales
 Ninguno Eclampsia Otras Drogas
 Aborto habitual/recurrente Enf. Congénitas Parto prolong.
 Alcoholismo Enf. Infecciosas Preeclampsia
 Alergia a medicamentos Epilepsia Prematuridad
 Violencia Hemorra. Postparto Reten. placenta
 Asma bronquial Hipertensión Arterial Tabaco
 Cardiopatía Coca TBC Pulmonar
 Cirugía Pélv. -uterina Infertilidad Transform. mentales
 Diabetes Neoplasias VIH/SIDA Otros

Vac. Previas
 Rubeola Si No
 Hepatitis B Si No
 Papioma Virus Si No
 Fiebre Amarilla Si No

Peso y Talla
 Peso Habitual: **74** kg.
 Talla: **156** cm.

Antitética
 Nº Dosis Previa 1ra. Sin dosis No Aplica
 2da. mes de gestación

Tipo de Sangre
 Grupo: A B AB O
 Rh: Rh (+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fuma
 N. Cigarrillos/día: **0**

Drogas
 Si No

Fecha Última Menstruación
 FUM: **13/03/2025** Duda: SI No
 EG (Ecografía) **07** Sem. Fecha: **3/5/25**
 No Aplica

Hospitalización
 Hospitalización: SI No
 Fecha: **1/1**
 Diagnóstico: _____
 CIE 10: _____

Emergencia
 Fecha: **1/1**
 Diagnóstico: _____
 CIE 10: _____

Violencia / género
 Ficha Tamizaje Si No
 Violencia Si No
 Fecha: **5/5/2025**

Exámenes de Laboratorio

Hg (%)	No se Hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se Hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1: 147	<input type="checkbox"/>	25/4/25	IFI/Western Blot: <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Hemoglobina 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	HTLV I: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Hemogl. al Alta: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	TORCH: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Glicemia 1: 81	<input type="checkbox"/>	25/4/25	Gota Gruesa: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Glicemia 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Malaria prueba rap: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Tolerancia Glucosa: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Fluorec. Malaria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
VDRL/RPR 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25/4/25	Ex. Comp. Orina: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25/4/25
VDRL/RPR 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Leucocituria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
FTA Abs.: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Nitritos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
TPHA: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Urocultivo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Prueba Rap. Sífilis: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	BK en Espudo: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
VHI Prueba Rap. 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25/4/25	Listeria: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
Prueba Rap. 2: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	Tamizaje Hepatitis B: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
ELISA: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___	PAP: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
			IVAA: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___/___/___
			Colposcopia: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

Examen Físico
 Clínico: Sin Examen Normal Patológico
 Mamas: Sin Examen Normal Patológico
 Cuello: Sin Examen Normal Patológico
 Uterino: Sin Examen Normal Patológico
 Pelvis: Sin Examen Normal Patológico
 Odont: Sin Examen Normal Patológico

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7
Fecha y hora atención (a/m/d hh:min.)	5/5/25:	4/6/25	07/07/2025:	11/10/2025:	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)	7sem	11sem	16s 4d	21s 6d			
Peso madre (kg.)	77.500	75.600	76.000	76.400			
Temperatura (°C)	37.10C	36.40C	36.9°C	36.4°C			
Presión arter. (mm. Hg.)	120/80	120/80	140/90	125/80			
Pulso materno (por min.)	82x'	80x'	86x'	76x'			
Altura Uterina (cm.)	NA	17cm	14cm	19cm			
Situación (LITINA)	NA	NA	Indicantc	Tronvenca			
Presentación (C/P/NA)	NA	NA	NA	NA			
Posición	NA	NA	NA	NA			
F.C.F. (por Min./NA)	NA	175x'	NA	NA			
Mov. fetal	NA	NA	++	+++			
Proteinuria Cualitativa	Neg	NA	NA	NA			
Edema (+/++/+++/SE)	S/c	S/c	SE	SE			
Reflejo Osteotendinoso (0,+/++/+++)	H	++	++	++			
Examen de Pezón (formado/No Form/Sin Exam)	Formado	Formado	F	F			
Indic. Hierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	Bomage I°	Bomage II°	Exhaust DHA	Exhaust DHA Ca			
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)			NA	NA			
Indic. Ac. Fólico			NA	NA			
Orient. Conse. (PF/ITS/Nut) Imn/VIH/TBC/No se hizo/NA	NUT / VIH	NUT / ITS	Nut + Sq. Malaria	Nut / Imn.			
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	12son / 4/16	12. NA	12s 3d / 10/06	21s / 08/08/2025			
Perfil Biofisico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	NA	NA	NA	NA			
Cita (a/m/d)	5/6/25	4/7/25	07/08/2025	18/09/2025			
Visita domicil. (SI/No/NA)	NA	NA	NA	NA			
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)	I°	NA	2°	NA			
Estab. de la atención							
Responsable atención							
Nro. Formato SIS							

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin movimiento SE = Sin Edema NA = N

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

1. Sin patologías Fecha: / /

2. / /

3. / /

Otras patologías (CIE 10):

1: [][][][]

2: [][][][]

Referencia - Consulta Externa SI No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: [][][]

Referencia - Emergencia SI No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: [][][]

Referencia - Apoyo al Diagnost. SI No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: [][][]

PSICOPROFILÁXIS [][] ESTIMULACIÓN PRENATAL [][] PLAN DE PARTO SI No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA S

Generando mi...

Cód. 05000739

Nombre
 Dirección
 IPRES
 Hb Grupo sanguíneo **A+** GP **G2 P1 A1 M1** Fecha
 Fecha pi
 Teléfono **940**

		1ª Entrevista I Trimestre	2ª Entrevista II Trimestre	3ª Entrevista II Trimestre
		En la consulta de captación	En visita al hogar/consulta	En visita al hogar/consulta
Fecha de la atención.		5/5/25	07/07/2025	
Edad gestacional.		7.5cm	16.4d	
¿Donde se atenderá el parto?	EsSalud	X	X	
	MINSA			
	Clinica			
	Domicilio			
¿Desearía estar acompañada por un familiar en su parto?	NO		X	
	SI	X		
¿Qué familiar quiere que la acompañe.		Hermana.	Hermana	
¿En qué posición prefiere dar a luz?	Echada	X	X	
	Sentada			
	Otra			
¿Como se va a transportar en el momento del parto o en caso de emergencia?	Transporte propio	X	X	
	Taxi			
	Otro			
¿Qué tiempo tarda en llegar a la IPRESS.		30min.	45min	
¿Quién cuidará sus hijos, su casa en su ausencia?.		Mujerada.	Cunada	
Firma de la gestante.		[Redacted Signature Area]		
Firma de la pareja/acompañante.				
Firma del profesional que realiza atención.				
Personas que la acompañaran o ayudarían en su traslado a IPRESS en caso de parto o emergencia		Nombre y Apellidos		Parentesco
				Hermana



ANEXO 2 RESULTADOS DE LABORATORIO

MUESTRA: SUERO 1 ACIDO URICO	3.9	mg / dl	F: 2.4-5.7	Hrs.21:46
MUESTRA: SUERO PRE DIALISIS MUESTRA: SUERO POST DIALISIS				
Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS			
Indicaciones				FECHA RESULTADO: 25/08/2025
INF:				
MUESTRA: SANGRE TOTAL				Hrs.10:0
1 LEUCOCITOS	9.39	10 ³ /mm ³	F: 4-10	Hrs.10:0
2 HEMATIES	4.82	10 ⁶ /mm ³	F: 3.8-6.5	Hrs.10:0
3 HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	F: 12-17	Hrs.10:0
4 HEMATOCRITO	44.0	%	F: 37-54	Hrs.10:0
5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91	Um ³	F: 80-100	Hrs.10:0
6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.0	Pg	F: 27-32	Hrs.10:0
7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR	33.9	g/dL	F: 32-36	Hrs.10:0
8 IDE-CV	14.1	%	F: 11-16	Hrs.10:0
9 PLAQUETAS	171	10 ³ /mm ³	F: 150-500	Hrs.10:0
10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.7	Um ³	F: 6-11	Hrs.10:0
11 SEGMENTADOS %	65.5	%	F: 15-60	Hrs.10:0
12 EOSINOFILOS %	1.4	%	F: 0-3	Hrs.10:0
13 BASOFILOS %	0.1	%	F: 0-5	Hrs.10:0
14 LINFOCITOS %	28.3	%	F: 8-40	Hrs.10:0
15 MONOCITOS %	4.7	%	F: 1-8	Hrs.10:0
16 SEGMENTADOS #	6.1	10 ³ /mm ³	Hrs.10:0	Hrs.10:0
17 EOSINOFILOS #	0.1	10 ³ /mm ³	Hrs.10:0	Hrs.10:0
18 BASOFILOS #	0.0	10 ³ /mm ³	Hrs.10:0	Hrs.10:0
19 LINFOCITOS #	2.6	10 ³ /mm ³	Hrs.10:0	Hrs.10:0
20 MONOCITOS #	0.4	10 ³ /mm ³	Hrs.10:0	Hrs.10:0
Codigo	85610 TIEMPO DE PROTROMBINA			
Indicaciones				
Resultados				

Codigo	84450 ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)				
Indicaciones					
INF:	FECHA RESULTADO: 25/08/2025				
Resultados					
MUESTRA: SUERO	42.5	U/L	F: 0-32	Hrs.21:46	
1 TGO					
Codigo	84460 TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)				
Indicaciones					
INF:	FECHA RESULTADO: 25/08/2025				
Resultados					
MUESTRA: SUERO	58	U / l	F: 0-33	Hrs.21:46	
1 TGP					
Codigo	84520 NITROGENO UREICO; CUANTITATIVO				
Indicaciones					
INF:	FECHA RESULTADO: 25/08/2025				
Resultados					
MUESTRA: SUERO	23.8	mg / dl	F: 10-50	Hrs.21:46	
1 UREA					
MUESTRA: SUERO PRE DIALISIS					
MUESTRA: SUERO POST DIALISIS					
Codigo	84550 ACIDO URICO; EN SANGRE				
Indicaciones					
Resultados					
INF:	FECHA RESULTADO: 25/08/2025				

INR : 0.82

Código 86900 TIPIFICACION DE SANGRE; ABO
Indicaciones

INF:

FECHA RESULTADO: 25/08/2025

Resultados

MUESTRA: SANGRE TOTAL
1 GRUPO SANGUINEO Y FACTOR "A"
POSITIVO

MUESTRA: SANGRE EDTA

Código 86901 TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)
Indicaciones

INF: "A" POSITIVO

FECHA RESULTADO: 25/08/2025

Resultados

MUESTRA: SANGRE TOTAL

INF:

FECHA RESULTADO: 25/08/2025

MUESTRA: ORINA SIMPLE

- 1 COLOR
- 2 ASPECTO
- 3 PH
- 4 DENSIDAD
- 5 GLUCOSA
- 6 CUERPO CETONICO
- 7 ACIDO ASCORBICO
- 8 BILIRRUBINA
- 9 UROBILINOGENO
- 10 NITRITOS
- 11 THEVENON
- 12 PROTEINAS
- 13 LEUCOCITOS 0 - 2
X C
- 14 HEMATIES 12 - 14
X
CAMPO
- 15 CELULAS EPITELIALES 1 - 2
X C
- 16 BACTERIAS ESCASAS
- 17 CILINDROS
- 18 CRISTALES

Código	82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE		FECHA RESULTADO:	25/08/2025
Indicaciones	INF:				
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 CREATININA				0.53 mg / dl F: 0.5-0.9 Hrs.21:46
	MUESTRA: ORINA DE 24 HRS				
	MUESTRA: LIQUIDO PERITONEAL 24 HRS				
Código	82947	DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		FECHA RESULTADO:	25/08/2025
Indicaciones	INF:				
Resultados	MUESTRA: SUERO 1 GLUCOSA BASAL				89.2 mg / dl F: 70-110 Hrs.21:46
	MUESTRA: SUERO PRE DIALISIS				
Código	83615	LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH);		FECHA RESULTADO:	25/08/2025
Indicaciones	INF:				

Indicaciones (29620764-28/08/2025 12:05-10.56.1.189)

EXÁMENES AUXILIARES

LABORATORIO

27/08/25 LEU 8050, HB 12.7, PLQ 126000, AB 2%, INR 0.84, BT 0.23, TGO 54, TGP 89, LDH 137, CR 0.41

27/08/25 LEU 8.48 HB 12 PLAQ 148 000 AB 0% INR 0.84 BIL T 0.11 CREA 0.54 GLUC 151 DHL 151 TGO 44.7 TGP 70.1 UREA 26.6 AC URICO 3.6

27/08/25 PROTEINURIA DE 24H: 500MG/24H

27/06/25 LEU 9140 HB 13.5 PLAQ 161 000 AC URICO 3.5 UREA 22.4 TGP 63 TGO 38 INR 0.95 DHL 152 GLUC 105 CREA 0.43 BIL T 0.21 BI 0.11 BD 0.1

27/06/25 RECUENTO MANUAL DE PLAQUETAS 170 000

IMÁGENES

25/07/25 ECOGRAFIA OBSTETRICA: FETO UNICO, INDIFERENTE, LCF: 160 LPM, PLACENTA CORPORAL POSTERIOR 0/III, ILA: ADECUADO, PF: 533 GR > P10 IP AUT (DERECHA): 2.97 IP AUT (IZQUIERDA): 1.75 IP ART UTERINA: 2.36 > P95