



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTÉTRICO**

Trabajo Académico

Factores de riesgo obstétrico y manejo de preeclampsia con criterios de
severidad en gestante del Centro de Salud Puente de los Hornos 2025, un estudio de
caso clínico

Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico

Presentado por:

Autora: Armacanqui Candela, Janeth Margarita

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9289-1116>

Asesora: Dra. Sanz Ramírez, Ana María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7515-5336>

Lima – Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 25/05/2026

Yo, ARMACANQUI CANDELA, JANETH MARGARITA, egresada de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis **“FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y MANEJO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN GESTANTE DEL CENTRO DE SALUD PUENTECILLOS 2025, UN ESTUDIO DE CASO CLÍNICO”**

Asesorado por el docente: ANA MARIA SANZ RAMIREZ DNI 10556523 ORCID 0000-0002-7515-5336 tiene un índice de similitud de (18) (DIECIOCHO) % con código oid:14912:593105035 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor 1

Nombres y apellidos del Egresado: JANETH MARGARITA ARMACANQUI CANDELA
DNI: 70092682



.....
Firma

Ana María Sanz Ramírez
DNI: 10556523

Lima, 25 de Mayo de 2026

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Abstract

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. METODOLOGÍA - PRESENTACIÓN DEL CASO
ASPECTOS ÉTICOS Y DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
- IV. DISCUSIÓN
- V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VII. REFERENCIAS
- VIII. ANEXOS

DEDICATORIA:

El presente trabajo es dedicado a mis padres por sus esfuerzos, los valores brindados y sobre todo la confianza compartida para crecer profesionalmente.

AGRADECIMIENTO:

Quiero expresar mi agradecimiento, a mi asesora por su paciencia y todo el acompañamiento en este tiempo desde la etapa de pregrado hasta la actualidad.

Agradezco a mi docente de la universidad Norbert Wiener por la guía y los consejos académicos brindado para mejora del trabajo de investigación.

Finalmente agradezco al centro de salud donde realice mi serums, que me permitió desarrollar la presente investigación.

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores de riesgo obstétrico y manejo de preeclampsia con criterios de severidad en gestante del Centro de Salud Puente Cillos, 2025.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de tipo caso clínico de gestante adolescente con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad atendida en el Centro de Salud Puente Cillos, establecimiento de primer nivel de atención I-3, distrito Santa Rosa, provincia Jaén, departamento de Cajamarca, durante el mes de junio 2025.

Resultados: Este caso clínico se basa de una primigesta adolescente de 14 años de edad con 36.6 semanas de gestación, que acude al Centro de Salud Puente Cillos por presentar cefalea, visión borrosa, edema generalizada en miembros inferiores, superiores y cara, sin contracciones uterinas; y al examen físico, presenta presión arterial 140/100 mmHg, por lo que se diagnostica como preeclampsia severa, y se maneja con sulfato de magnesio endovenoso y nifedipino vía oral; y es referida de inmediato al hospital de Jaén-Cajamarca, donde culminó la gestación vía cesárea de emergencia obteniendo recién nacido sexo masculino con peso 2650 g y APGAR 8-9 al minuto. La paciente fue dada de alta sin complicaciones y es contrarreferida al Centro de Puente Cillos donde se realiza su control puerperal al séptimo día poscesárea encontrándose asintomática con una hemoglobina de 11.2 g/dl y presión arterial 110/70 mmHg,

Conclusión: Primigesta adolescente que presenta signos premonitores de preeclampsia con criterios de severidad que recibió sulfato de magnesio y nifedipino como terapia inicial indicando referencia oportuna al hospital de mayor capacidad resolutoria donde se culminó el parto vía cesárea.

Palabras clave: Preeclampsia, criterios de severidad, gestante, adolescente.

ABSTRACT

Objective: To describe the obstetric risk factors and management of severe preeclampsia in pregnant women at the Puenteccillos Health Center, 2025.

Materials and methods: Materials and methods: Descriptive, observational, retrospective, clinical case study of a pregnant adolescent diagnosed with preeclampsia with severity criteria, treated at the Puenteccillos Health Center, a first level of care establishment I-3, Santa Rosa district, Jaén province, Cajamarca department, during the month of June 2025.

Results: This case study is based on a 14-year-old primigravida at 36.6 weeks of gestation who presented to the Puenteccillos Health Center with headache, blurred vision, and generalized edema in her lower and upper extremities and face, without uterine contractions. On physical examination, she presented with a blood pressure of 140/100 mmHg, leading to a diagnosis of severe preeclampsia. She was treated with intravenous magnesium sulfate and oral nifedipine and immediately referred to the Jaén-Cajamarca Hospital, where the pregnancy was completed via emergency cesarean section. A male newborn was delivered weighing 2650 g with Apgar scores of 8-9 at one minute. The patient was discharged without complications and referred back to the Puenteccillos Health Center, where her postpartum check-up was performed on the seventh day post-cesarean. She was found to be asymptomatic with a hemoglobin level of 11.2 g/dL and a blood pressure of 110/70 mmHg.

Conclusion: A primiparous adolescent presented with premonitory signs of preeclampsia with severity criteria. She received magnesium sulfate and nifedipine as initial therapy. Timely referral to the hospital with the highest treatment capacity was indicated, where the delivery was completed by cesarean section.

Keywords: Preeclampsia, severity criteria, pregnant woman, adolescent.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno multisistémico del embarazo que representa un desafío significativo y multifacético en la atención obstétrica, y es uno de los grandes síndromes obstétricos, que se manifiestan a través de diversas complicaciones maternas y fetales; y sigue siendo, una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal a nivel mundial y en el Perú. Se ha estimado que la preeclampsia afecta del 2% al 8% de los embarazos a nivel mundial, y en Latinoamérica, presenta una prevalencia general del 6,6 % (1-4).

Por consiguiente, la preeclampsia sigue siendo un problema de salud pública y perinatal importante. Es la segunda causa principal de muerte materna en hospitales, después de la hemorragia. En América Latina y el Caribe, la preeclampsia es responsable del 26% de las muertes maternas, mientras que en los países desarrollados representa el 16%. (5-8).

En el Perú, según reporte de CDC-MINSA, la preeclampsia sigue ocupando la segunda causa de muerte materna, entre 2021-2025 que provocaron aproximadamente 16.4% - 21.5% de defunciones maternas (9).

La definición de preeclampsia severa o con criterios de severidad, está basada cuando presenta hipertensión arterial (presión arterial sistólica de ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica de ≥ 110 mmHg) acompañado con proteinuria de nueva aparición (> 300 mg/24 horas) después de las 20 semanas de gestación o, si no hay proteinuria, el diagnóstico requiere ≥ 1 de las características graves, que incluyen: trombocitopenia (< 100.000 plaquetas/mcL), función hepática alterada que no se explica por diagnósticos alternativos y que está indicada por transaminasas hepáticas séricas aumentadas al doble de la concentración normal) o por dolor persistente en el cuadrante superior derecho o epigástrico refractario a la medicación, insuficiencia

renal nueva (creatinina sérica elevada > 11 mg/dl o duplicación de la creatinina sérica en un paciente sin otra enfermedad renal), edema agudo de pulmón, síntomas neurológicos (cefalea severa o alteraciones visuales de nueva aparición) y restricción del crecimiento fetal severa o doppler fetal anormal(5,10).

En la fisiopatología de la preeclampsia están involucrados los defectos en la remodelación de las arterias espirales e invasión del trofoblasto que conllevan a placentación anormal, hipoperfusión, hipoxia e isquemia placentaria, que son fenómenos característicos de los trastornos hipertensivos del embarazo y de la restricción del crecimiento fetal (6).

Asimismo, cabe destacar, que las mujeres con cualquiera de los factores de alto riesgo para preeclampsia (embarazo previo con preeclampsia, gestación multifetal, enfermedad renal, enfermedad autoinmune, diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 e hipertensión crónica) y mujeres con múltiples factores de riesgo moderado (primer embarazo, gestante de 35 años o más, un índice de masa corporal de más de 30, antecedentes familiares de preeclampsia, características sociodemográficas y factores de antecedentes personales) deben indicar aspirina en dosis baja (81 mg/día) para la profilaxis de la preeclampsia, iniciada dentro de las 12 y las 28 semanas de gestación (óptimamente antes de las 16 semanas de gestación) y posteriormente hasta el parto(5).

Por otro lado, la OMS define el embarazo en adolescente aquellas gestaciones ocurridas entre las edades de 10 a 19 años y según UNICEF indica los embarazos producidos en un periodo de edad de 13 a 19 años; y que significan un riesgo importante, tanto para la madre y como su feto (11,12).

Recientes publicaciones reportan que las adolescentes embarazadas tienen un alto riesgo de desarrollar preeclampsia y, en particular, eclampsia. El riesgo de preeclampsia entre las mujeres de 20 años es 1,25 veces elevado que, entre las personas de 20 a 24 años, y el riesgo de eclampsia es 2,3 veces mayor (13).

En el presente caso clínico, se describen como la preeclampsia con criterios de severidad en gestante adolescente atendida en Comité Local de Administración de la Salud (CLAS) Puentecillos que es primer nivel de atención I-3 del MINSA,

presentaron síntomas y signos clínicos de gravedad que amenazaron la vida de la madre y el feto, que fue referida oportunamente para la culminación del embarazo.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia severa o con criterios de severidad están asociadas con una alta tasa de morbilidad y mortalidad inmediatas considerables; así como, morbilidad a largo plazo tanto para la madre como para el feto; sin embargo, pueden sobrevivir con cuidados obstétricos oportunos y de calidad (5).

En los tiempos actuales la preeclampsia representa un desafío significativo y multifacético en la atención obstétrica y se caracteriza por un gran espectro de efectos maternos y fetales, que van desde la hipertensión materna y la proteinuria hasta la posible lesión orgánica específica en el corazón, los riñones, el hígado o el cerebro materno(1-3).; y a nivel fetal, están asociadas con un mayor riesgo de parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, fetos pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer (7,8).

La identificación temprana de factores de riesgo obstétricos, como son la edad materna en los extremos de la vida de la mujer y dentro de ellos, adolescentes embarazadas, aunada a la nuliparidad o primiparidad y además de otros factores de riesgo, confluyen en la aparición de preeclampsia que es una patología que ocasiona complicaciones maternas y fetales severas que requieren intervención y manejo oportuno con el propósito de contribuir en reducir la morbimortalidad materna y perinatal en nuestro país. (1-3).

Por consiguiente, la preeclampsia en adolescentes embarazadas antes de los 20 años es 1,25 veces aumentado que entre las mujeres de 20 a 24 años, y el riesgo de eclampsia es 2,3 veces mayor (13).

En una revisión sistemática respecto a la preeclampsia en 92 estudios de cohorte (37 estudios prospectivos y 55 retrospectivos) que evaluaron factores clínicos en el embarazo temprano (≤ 16 semanas de gestación) y el riesgo de preeclampsia en 25.356.688 embarazos, se asociaron muchos factores obstétricos al comienzo del embarazo con un mayor riesgo de preeclampsia, entre ellos: Preeclampsia previa (riesgo relativo [RR] 8,4, IC 95% 7,1-9,9) en el análisis de 20 estudios con 3.720.885 pacientes; gestación multifetal (RR 2,9; IC 95% 2,6-3,1) en análisis de 8 estudios con 7.309.227 pacientes; muerte fetal previa (RR 2,4; IC del 95 %: 1,7-3,4) en el análisis de 2 estudios con 63 814 pacientes; nuliparidad (RR 2,1, IC 95% 1,9-2,4) en análisis de 25 estudios con 2.975.158 pacientes; desprendimiento placentario previo (RR 2, IC 95% 1,4-2,7) en análisis de 3 estudios con 291.134 pacientes; edad materna avanzada: >40 años (RR 1,5, IC 95% 1,2-2) en el análisis de 16 estudios con 4.260.202 pacientes y >35 años (RR 1,2, IC 95% 1,1-1,3) en el análisis de 22 estudios con 5.244.543 pacientes (5, 14).

En el Perú, recientes publicaciones relacionadas a preeclampsia severa reportados por Neyra L (15), concluyeron que los factores significativamente asociados a la preeclampsia con criterios de severidad son la nuliparidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, infección urinaria y preeclampsia previa. Otros autores como Aredo EE (16) reportaron que el embarazo adolescente es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia severa. Asimismo, Leon LL (17), en su investigación sobre nuliparidad y preeclampsia en gestantes adolescentes concluyeron que la nuliparidad, el estado civil conviviente y pertenecer a la etapa de adolescencia tardía aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia. Por otro lado, Pacheco E et al (18), en su investigación sobre el riesgo de preeclampsia en 504 primigestas adolescentes embarazadas atendidas en un hospital materno infantil de la sierra peruana concluyeron que no encontraron asociación entre el embarazo adolescente y desarrollo de preeclampsia. Montalvan J et al (19) en su investigación sobre los determinantes sociodemográficos y obstétricos asociados al embarazo adolescente, a través de un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, concluyeron que los factores determinantes para el embarazo en adolescentes peruanas son el alto índice de pobreza, número de parejas sexuales, antecedente de no uso de MAC y embarazo adolescente previo. Finalmente, Arroyo MA et al (20), en su investigación sobre los factores asociados a la preeclampsia en

gestantes adolescentes concluyeron que los factores asociados a la preeclampsia en adolescentes fueron bajo nivel socioeconómico (OR 2) y primigravidez (OR 3.0).

Sin embargo, hay escasos estudios relacionados a factores de riesgo y manejo de preeclampsia severa en el primer nivel de atención primaria de la salud materna, por lo que es importante conocer sobre todo en gestante adolescente.

En el presente caso clínico, se describe como la preeclampsia con criterios de severidad en gestante adolescente atendida en CLAS Puentecillos que es primer nivel de atención I-3 del MINSA, presentaron síntomas y signos clínicos de gravedad que amenazaron la vida de la madre y el feto, por lo que fue referida de inmediato al hospital Jaén para atención especializada y multidisciplinaria de nivel II-2; en la práctica clínica, la gestante con preeclampsia con criterios de severidad requiere culminar la gestación por la mejor vía en forma inmediata por lo que fue sometida a cesárea de emergencia.

Cabe destacar que el análisis del presente caso clínico es trascendental, dado que la presencia de preeclampsia con criterios de severidad se encuentra enmarcada dentro la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave, que actualmente se encuentra en aumento sobre todo en mujeres adolescentes; y sigue siendo un problema de salud pública perinatal; y desde el punto de vista científico, el conocer de los factores de riesgo de esta patología, el manejo y tratamiento de manera oportuna va a permitir la prevención y disminución de la morbilidad y mortalidad en las mujeres. A nivel práctico, es importante, ya que se podrá fundamentar las intervenciones que se desarrollarán a partir del análisis respecto al manejo de forma personalizada y cuyo resultado servirá para implementar estrategias de atención e identificación oportuna de factores de riesgo en poblaciones vulnerables. Desde el punto de vista social, permitirá crear conciencia sobre aspectos de riesgo para preeclampsia y se abordará la prevención de la misma mediante el impulso de la creación de proyectos y campañas. Teóricamente los resultados analizados formarán parte del conocimiento del profesional de salud dedicado al cuidado de la mujer en edad reproductiva, y podrá ser difundido en la revista de la universidad como parte de evidencia científica a nivel institucional, regional y nacional

En tal sentido, el objetivo de estudio del presente caso clínico fue describir los factores de riesgo obstétrico y manejo de preeclampsia con criterios de severidad en gestante de Centro de Salud Puentecillos durante el periodo 2025.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA - DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1 Tipo de investigación

Es una investigación tipo descriptivo.

3.1.2 Diseño de la investigación

EL estudio es observacional, retrospectivo, tipo caso clínico.

3.1.3 Escenario de estudio y participantes

Se seleccionará como participante del presente estudio a una paciente que acudió por emergencia del Centro de Puentecillos, mujer de 14 años cuyo embarazo curso con hipertensión arterial, edema, proteinuria y cefalea persistente.

3.1.4 Estrategias de producción de datos

Los datos obtenidos serán organizados mediante la revisión de la historia clínica física que maneja el Centro de Puentecillos siendo un documento médico legal que consigna información relevante de la paciente dicho documento será revisado íntegramente y de ser necesario, se realizará el escaneo y registro fotográfico de la información para fines académicos del estudio. Se garantizará la confiabilidad de la información, manteniendo el anonimato de la paciente.

3.1.5 Análisis de datos

Revisión de historia clínica de paciente con preeclampsia con criterios de severidad, atendida en julio del 2025.

3.1.6 Aspectos éticos y de integridad científica

Este caso clínico fue revisado y aprobado mediante carta de aceptación institucional por el Gerente del Centro de Salud Puentecillos perteneciente a RIS Jaén de Cajamarca, y se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki. No requiere

consentimiento informado ya que se utilizó fuente secundaria de revisión de datos de la historia clínica del caso, las cuales serán tratados de forma anónima garantizando el almacenamiento seguro de la información, protegiendo su privacidad. Por lo que se cumple a cabalidad con los principios éticos y de integridad científica.

3.2 DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

3.2.1 DATOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS

Datos de la Filiación:

Fecha de Atención: 11/01/2025

Institución: Centro de Salud PuenteCillos

Nombres y Apellidos: YVR

Edad: 14 años.

Sexo: Femenino

Estado Civil: Conviviente

Nivel de Instrucción: 2do. secundaria

Ocupación: Ama de casa

Lugar de Residencia: Caserío Romerillo -PuenteCillos-Santa Rosa

Antecedentes:

a) Personales:

- Fisiológicos:

Menarquia: 13 años

Inicio Relación Sexual: 13 años

Número de parejas sexuales: 1

Método anticonceptivo: Ninguna

Fecha última menstruación: 12/10/2024.

Fecha probable de parto: 20/07/2025

Fórmula obstétrica: G1 P0000

- Patológicos: Infección urinaria hace 15 días con tratamiento incompleto

b) Familiares: Ninguna

3.2.2 ATENCION PRENATAL EN CLAS PUENTECILLOS

FECHA	SINTOMAS Y SIGNOS	EXAMEN FISICO	DIAGNOSTICO	MANEJO	EXAMEN AUXILIARES
11-01-2025	Asintomática EG:12 4/7ss Niega signo de alarma	Peso: 56 kg Talla: 1.61cm T°:36 °c PA: 90/60 mmHg FC:86 lpm IMC: 22.4	Gestante de 12 semanas ITU en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg + ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días	Hemoglobina: 12.1 gr/dl Grupo sanguíneo: "O" Factor Rh (+) Glicemia: 66mg/dl VIH- Sífilis: no reactivo Hbsag: negativo Examen de orina: positivo Leucocito: 14-16xc
10-02-2025	Asintomática EG:17ss Niega signo de alarma	Peso: 57 kg T°:36 °c PA: 90/60 mmHg FC: 79 lpm Au:17 cm LCF: 152 lpm Movimientos fetales: +	Gestante de 17 semanas ITU en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg + ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días	Examen de orina: positivo Leucocito: 50-55xc Hematíes: 1-2xc
10-03-2025	Asintomática eg:21ss Niega signo de alarma	Peso: 59.5kg T°:36°c PA: 90/60mmHg FC: 84lpm Au: 22 cm	Gestante de 21 semanas ITU en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg +ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días Carbonato de calcio 500mg	Hemoglobina: 11.9gr/dl Leucocito: 13-15xc

		LCF: 134-137 lpm Movimientos fetales : +		vo cada 12hrs x 30 días	
10-04-2025	Asintomática eg:25ss Niega signo de alarma	Peso:62 kg T°:36.5°C PA: 90/50 mmHg FC: 79 lpm AU: 24 cm LCF: 146 lpm Movimientos fetales: +	Gestante de 21 semanas Anemia que complica en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg +ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días Carbonato de calcio 500mg vo cada 12hrs x 30 días	Hemoglobina: 10.5gr/dl Examen de orina: negativo
10-05-2025	Asintomática EG:30ss Niega signo de alarma	Peso: 67.200 kg T°: 36 °C PA: 100/60 mmHg FC: 90 lpm AU: 32cm LCF: 145-148 lpm Movimientos fetales: +	Gestante de 30 semanas ITU en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg +ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días Carbonato de calcio 500mg vo cada 12hrs x 30 días	Hemoglobina: 11.1gr/dl Examen de orina: positivo Leucocito: 35-40xc Proteína: ++
10-06-2025	Asintomática EG: 34ss Niega signo de alarma	Peso: 68.500 kg T°: 36 °C PA: 100/70 mmHg FC: 73 lpm AU: 33 cm LCF: 136 lpm Movimientos fetales: +	Gestante de 34 semanas ITU en el embarazo	Sulfato ferroso 60mg +ácido fólico 400mg vo cada 24hrs x 30 días Carbonato de calcio 500mg vo cada 12hrs x 30 días	Hemoglobina: 11.1 gr/dl Glicemia: 68mg/dl VIH- sífilis: no reactivo Hbsag: negativo Examen de orina: positivo Leucocito: 60-60xc Ácido sulfosalicílico: ++

3.2.3 ATENCIÓN EN EMERGENCIA DEL CLAS PUENTECILLOS

Fecha: 27/06/2025

Hora de atención: 9:40 h

Motivo de consulta por emergencia: Cefalea, edema de cara y miembros superiores e inferiores. Movimientos fetales presentes. Niega pérdida de líquido amniótico y niega sangrado vaginal.

Signos vitales

Presión Arterial: 140/100 mmHg

Frecuencia respiratoria (FR): 20 por minuto

Temperatura: 37.8 °C

Frecuencia Cardíaca (FC): 104 por minuto

Peso: 69 kg

Talla: 161 cm

Examen físico: Aparente Regular estado general, regular estado de hidratación y aparente regular estado de nutrición.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos

Abdomen: Altura uterina: 33cm. Feto: Longitudinal cefálica izquierda. Latido cardíaco fetal: 138-142 lpm. Dinámica uterina: Ausente.

Extremidades: Edema miembros inferiores++/+++

Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Tacto vaginal: Cérvix cerrado posterior, membranas integra. Pelvis ginecoide.

Diagnóstico:

1. Primigesta de 36.6 semanas por fecha de última menstruación
2. Preeclampsia severa.
3. Embarazo de alto riesgo obstétrico: adolescente temprana

Resultados de exámenes auxiliares:

Fecha 27/06/2025

Grupo sanguíneo: "O" Factor RH: positivo

Hemoglobina: 12.7 g/dl

Ácido Sulfosalicílico: +++

Sedimento de orina: leucocitos 18-20 por campo.

Plan de trabajo:

Referencia al hospital general de Jaén- RIS Cajamarca.

Motivo de referencia: No capacidad resolutoria por el nivel de Establecimiento de Salud.

Tratamiento:

- a) Nada por vía oral (NPO)
- b) Cloruro de sodio 9/00 1000 cc endovenoso a 30 gotas por minuto

- c) Sulfato de magnesio al 20% ampolla de 10 ml (2g). Total 5 ampollas endovenoso diluido con 50 cc de cloruro de sodio pasar 40 cc (4g) en bolo en 15 a 20 minutos como dosis de ataque y luego 10 cc(1g) horario endovenoso.
- d) Metildopa de 250mg cada 8 horas via oral.
- e) Control obstétrico estricto.
- f) Control de funciones vitales
- g) Preparar ambulancia para llevar al Hospital General de Jaén

3.2.4 ATENCIÓN EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAEN

Fecha: 27/06/2025

Hora de atención: 12:53 h

Gestante ingresa a emergencia del Hospital General de Jaén

Al examen físico:

Aparente mal estado general.

Funciones vitales:

Presión Arterial: 160/110 mmHg

Frecuencia respiratoria (FR): 18 por minuto

Temperatura: 37 °C Sat O2: 96 %

Frecuencia Cardíaca (FC): 90 por minuto

Abdomen: Ocupado por feto en longitudinal cefálica izquierda. Latido cardíaco fetal: 148 lpm. Dinámica uterina: ausente

Tacto vaginal: Cervix largo, cerrado. Pelvis ginecoide

Diagnóstico:

- a) Preeclampsia severa
- b) Primigesta de 36.6 semanas por fecha de última menstruación
- c) Adolescente temprana.
- d) Alto riesgo obstétrico

Plan de trabajo:

Cesárea de emergencia

Exámenes auxiliares

Análisis preoperatorios completos:

Hemograma completo: leucocitos 11,510 neutrófilos 91.80

Hemoglobina 13 g/dl. Hematocrito: 39.1%

Plaquetas: 180,000pmmc

Grupo Sanguíneo O Factor RH positivo

TGO: 33 UI/ml. TGP no figura.
Fibrinógeno: 455.60 mg/dl
Tiempo de coagulación: 6 minutos
Tiempo de sangría 2 minutos
Creatinina sérica: 0.80 mg/dl
Urea sérica: 39.8 mg/dl
Glucosa basal: 84 mg/dl
Lactato deshidrogenasa (LDH): 220.00 U/L
Fosfatasa alcalina: 337 U/L
Bilirrubina total: 0.59 mg/dl
Proteínas totales: 5.89 g/dl

3.2.5 INGRESO A SALA DE OPERACIONES

Fecha de Ingreso: 27/06/2025 **Hora de ingreso:** 16:45
Diagnóstico Pre Quirúrgico: Preeclampsia severa (O14.1)
Operación Propuesta: Cesárea

3.2.6. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: CESÁREA

Fecha: 27/06/2025 **Inicio:** 16:50 horas **Término:** 17:12 horas

Reporte operatorio

Diagnóstico Preoperatorio: Preeclampsia Severa.
Diagnóstico Postoperatorio: Preeclampsia severa + Parto por cesárea de emergencia.

Procedimiento: Cesárea segmentaria transversa primaria (CSTP)

Hallazgos:

Recién nacido, sexo masculino, Apgar 8 al minuto, peso 2650g, talla 48 cm

Plan de trabajo:

Pasa a Unidad de Cuidados Intensivos UCIN adultos para manejo especializado.

3.2.7. MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS EN HOSPITAL DE JAEN

Recibió manejo especializado en UCIN adultos desde 28/6/2025 hasta 3/7/2025 permaneciendo durante 7 días de estancia hospitalaria, luego es dada de alta.

Fecha: 06/07/2024 **Hora de atención:** 22:00 h

Acude a CLAS Puente de los Ingleses refiriendo fiebre, loquios mal olientes, adormecimiento de brazos y piernas.

Antecedente: Estuvo en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital general de Jaén hace 10 días por cesárea por preeclampsia y eclampsia.

Al examen físico:

Aparente regular estado general.

Funciones vitales:

Presión Arterial: 110/60 mmHg

Frecuencia respiratoria (FR): 24 por minuto

Temperatura: 38.9°C °

Frecuencia Cardíaca (FC): 125 por minuto

Abdomen: Blando, depresible, útero contraído por debajo de cicatriz umbilical doloroso a la palpación.

Genitales externos: loquios escasos

Diagnóstico:

- a) Sepsis puerperal 10° día
- b) Antecedente de cesárea por preeclampsia/eclampsia

Plan de trabajo

Referencia al Hospital General de Jaén para manejo especializado.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

Los factores de riesgo obstétricos identificados en el presente caso clínico son la edad materna adolescente y primiparidad que culminaron en parto pretérmino por presentar diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad.

Es preciso destacar lo señalado por Vigil-De Gracia P (13) que las adolescentes embarazadas tienen un alto riesgo de desarrollar preeclampsia y, en particular, eclampsia. El riesgo de preeclampsia entre las mujeres menor de 20 años es 1,25 veces mayor que entre las que se encuentran de 20 a 24 años, y el riesgo de eclampsia es 2,3 veces mayor; lo cual coincide justamente con el presente caso clínico de adolescente de 14 años de edad que fue atendida en CLAS Puentecillos, que es un establecimiento de primer nivel de atención de salud.

En relación a factores de riesgo involucrados en la aparición de la preeclampsia grave, es necesario destacar que en la actualidad las guías de práctica clínica a nivel global como ACOG (5) y Sutan R et al (22) recomiendan pesquisar sistemáticamente en toda gestante los criterios de severidad en la aparición de preeclampsia y clasificarlos a las embarazadas como de riesgo moderado si son primigestas, mayores de 35 años de edad, con embarazo múltiples, intervalo intergenésico entre embarazos de >10 años, un índice de masa corporal (IMC) >35 kg/m², y tener antecedentes familiares de preeclampsia; también considerar embarazadas de alto riesgo si tienen al menos un factor de alto riesgo, como enfermedades hipertensivas durante un embarazo previo como preeclampsia previa, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune [lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido, diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, o hipertensión crónica]; los cuales coinciden con nuestro caso clínico que es una primigesta adolescente.

Asimismo, Chicana-Muñoz J et al (24) encontraron asociación de riesgo de preeclampsia en embarazadas primigestas adolescentes, mencionando que a menor edad sea las embarazadas mayor es el riesgo de preeclampsia; las cuales coinciden con nuestro caso clínico.

Por otro lado, dentro la explicación fisiopatológica de la preeclampsia en adolescentes, mencionar que en recientes publicaciones de los autores Oviedo JN et al (23) el estudio de la preeclampsia en adolescentes muestra un alto riesgo que influyen factores biológicos y sociales que interactúan de forma significativa. Las investigaciones recientes revelan que la inmadurez uterina, resultado de un desarrollo físico y biológico incompleto, aumentan la susceptibilidad a una mala placentación que ocasiona disfunción endotelial y, por consiguiente, a complicaciones maternas graves como la eclampsia, síndrome HELLP y hemorragias severas.

Al respecto en el Control Prenatal, se evidencia que en el quinto control se detecta un aumento de peso de 5Kgr en un mes, debido a que es un factor de riesgo que está vinculado en la preeclampsia y en relación a la sintomatología clínica de la severidad de la preeclampsia, los síntomas y signos encontrados en el presente caso clínico como la cefalea, náuseas, hipertensión arterial, edema de miembros inferiores, coinciden con los hallazgos reportados por los autores Vázquez JG et al (25) quienes informan que los datos de severidad más frecuentes fueron cuantitativos (presión arterial sistólica y diastólica), relacionados con síntomas y signos neurológicos de vasoespasma (cefalea, hiperreflexia) y con síntomas de origen hepático (dolor epigástrico, dolor en hipocondrio derecho).

Finalmente señalar, que el manejo de preeclampsia severa es la interrupción inmediata de la gestación independientemente de la edad gestacional tal como indica la directiva de ACOG (5), que se evidencia con el presente caso clínico por tanto, se culminó el embarazo por vía cesárea obteniendo un recién nacido con peso adecuado al nacer ; sin embargo, fue un parto prematuro de 36.6semanas; que también coincide con las recientes investigaciones reportadas por Oviedo JN et al (23) quienes señalan que la preeclampsia en la adolescencia eleva el riesgo de complicaciones fetales, como bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad fetal, así como consecuencias maternas, como síndrome HELLP, hemorragia y eclampsia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- a) Los factores de riesgo involucrados que ocasionaron preeclampsia con criterios de severidad fueron la edad materna adolescente y la primiparidad.
- b) Las manifestaciones clínicas de la paciente con preeclampsia con criterios de severidad fueron la hipertensión arterial, edema, proteinuria, cefalea persistente.
- c) El manejo de la paciente fue la interrupción inmediata de la gestación mediante una cesárea de emergencia obteniendo un recién nacido con peso adecuado al nacer y fue un parto prematuro.

5.2. Recomendaciones

- a) Promover la detección sistemática e identificación de mujeres que presentan factores de riesgo de preeclampsia para una estrecha vigilancia y el inicio de la profilaxis con bajas dosis de aspirina durante las visitas prenatales.
- b) Realizar capacitaciones al personal de salud de Obstetricia sobre la temática de clave azul para de ese modo continuar con el manejo correcto y oportuno de las emergencias obstétricas.
- c) Promover en detectar a tiempo los factores de riesgos realizando un adecuado Control Prenatal, de tal manera que oportunamente se pueda referir a Hospital de mayor resolución de complejidad.
- d) Realizar la referencia oportuna y coordinada desde el primer nivel de atención hacia el 2do o 3er nivel de atención hospitalaria que cuente con disponibilidad de unidad de cuidados intensivos, banco de sangre y cuidados neonatales

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS

1. Solt I, Cohen SM, Admati I, Beharier O, Dominsky O. Placenta at single-cell resolution in early and late preeclampsia: insights and clinical implications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2025: S176-S189.
2. Erez O, Romero R, Jung E, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2022;226:S786–803.
3. Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. *N Engl J Med* 2022;386:1817–32.
4. Blanco E, Marin M, Nuñez L, et al. Adverse pregnancy and perinatal outcomes in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2022; 46: e21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.21>
5. ACOG Publications. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics & Gynecology* 2020;135(6):1492-1495. reaffirmed 2023. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003892
6. Luna D, Martinovic C. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Rev Med Clin Condes*. 2023; 34(1): 33-43.
7. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin*. 2021;39(1):77-90. doi: 10.1016/j.ccl.2020.09.005
8. Garovic VD, Dechend R, Easterling T, Karumanchi SA, McMurtry Baird S, Magee LA, et al. American Heart Association Council on Hypertension; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, Kidney in Heart Disease Science Committee; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2022;79(2):e21-e41. doi: 10.1161/HYP.000000000000208. Erratum in: *Hypertension*. 2022;79(3):e70.
9. MINSA. Sala de situación de Salud. Vigilancia de VIH/ITS/TB/IAAS/Muerte Materna y Perinatal. 2025. Disponible en https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-vih-its-tb-iaas-muerte-materna-y-perinatal/https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/

10. Bart Y, Horgan R, Saade G, et al. Screening tests for preeclampsia: in search of clinical utility. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2025;7:101554.
11. Eticha, T.G., Berhe, S., Deressa, A. et al. Determinants of preeclampsia among women who gave birth at Hiwot Fana Comprehensive Specialized University Hospital, Eastern Ethiopia: a case-control study. *Sci Rep* 14, 18744 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-69622x>
12. Onuzo Chuibiken, Sefogah PE, Damale NK, Boafor TK, Swarray-Deen A, Mumuni K. Comparing adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent versus adult mothers in Sub-Saharan Africa. *PLoS One*. 2024 Aug 1;19(8):e0297317. doi: 10.1371/journal.pone.0297317. PMID: 39088467; PMCID: PMC11293742
13. Vigil-De Gracia P, Olaya-Garay SX, Mata Hernández C, et al. Blood pressure changes in adolescents with pre-eclampsia: a multicenter, case-control study in Latin American Hospitals. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(1):50-57. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.024>
14. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG, on behalf of the High Risk of Pre-eclampsia. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*. 2016;353:i1753. doi: 10.1136/bmj.i1753
15. Neyra L. Factores de riesgo asociados a preeclampsia con criterios de severidad en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro De Ica, Perú, 2024. Tesis de Pregrado. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. 2025.
16. Aredo Chavez EE. Embarazo adolescente como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia severa en el hospital nivel II-1, 2023. Tesis de pregrado. Universidad José Carlos Mariátegui. 2025.
17. Leon LL. Nuliparidad y preeclampsia en gestantes adolescentes del Hospital Sabogal, Perú 2015- 2023. Tesis de Pregrado. Universidad San Juan Bautista. Lima, Perú. 2025.
18. Pacheco Ramos E, Vásquez Ávila J, Galdos-Bejar M, Yhuri Carreazo N. Risk of preeclampsia in adolescent primigravidae in a hospital in the Junin region of the Peruvian highlands. *Rev peru ginecol obstet.* 2024;70(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2657>
19. Montalvan-Santillan J, Flores-Cortez D. Determinantes del Embarazo Adolescente en el Perú: Un análisis secundario de la Encuesta demográfica de salud Familiar

- (ENDES) 2022. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2024; 9(3): o1-o8.
DOI: 10.47784/rismf.2024.9.3.347
20. Arroyo MA, Nuñez ME. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Maria Auxiliadora, LIMA – 2021. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú.
 21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2024. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6813623-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024>.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib2016/libro.pdf
 22. Sutan R, Aminuddin NA, Mahdy ZA. Prevalence, maternal characteristics, and birth outcomes of preeclampsia: a cross-sectional study in a single tertiary healthcare center in greater Kuala Lumpur Malaysia. Front Public Health. 2022; 10:973271. DOI 10.3389/fpubh.2022.973271
 23. Oviedo JN, Gavino DN, Espinoza PS. Factores de Riesgo y Complicaciones de la Preeclampsia en Adolescentes. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria.2025;9(1):1155-1164. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.15875
 24. Chicana-Muñoz J, Asencio-Cámac M, Galdos-Bejar M, Carreazo NY. Riesgo de preeclampsia en primigestas adolescentes. Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (9): 386-39
 25. Vásquez JG, Sánchez-Brito LO. Gravedad de la preeclampsia: datos de un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2020;58(4):444-449. doi: 10.24875/RMIMSS.M20000069.
 26. Jakovljevic TS, Kontic-Vucinic O, Mikovic Z, Mitrovic TL. Differences in neonatal outcomes between normal and preeclampsia complicated pregnancies. Global Pediatrics.2024;8:100163.
 27. Bromfield SG, Ma Q, DeVries A, Inglis T, Gordon AS. The association between hypertensive disorders during pregnancy and maternal and neonatal outcomes: a retrospective claims analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):514. doi: 10.1186/s12884-023-05818-9.
 28. Barda S, Yoeli Y, Stav N, Naeh A, Maor-Sagie E, Hallak M, Gabbay-Benziv R. Factors Associated with Progression to Preeclampsia with Severe Features in

- Pregnancies Complicated by Mild Hypertensive Disorders. *J Clin Med*. 2023;12(22):7022. doi: 10.3390/jcm12227022.
29. Magee LA, Smith GN, Bloch C, et al. Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. *J Obstet Gynaecol Can* 2022 May;44(5):547-571.e1.
 30. Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens* 2022 Mar;27:148-169.
 31. De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, et al.; ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. *Eur Heart J* 2025 Aug 29 early online.
 32. Farahi N, Oluyadi F, Dotson AB. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Am Fam Physician* 2024 Mar;109(3):251-260.

CAPÍTULO VII. ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO PUENTECILLOS

Puentecillos 16 de julio de 2025.

Carta N° 01 C. S.P. 2025 - ACLAS PUENTECILLOS

Señorita

JANETH MARGARITA ARMACANQUI CANDELA

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**ASUNTO: ACEPTACION PARA REALIZAR TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN**

Tengo a bien dirigirme a Usted para saludarla cordialmente y a vez comunicarle la aceptación para realizar el trabajo de investigación denominada: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y MANEJO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN GESTANTE ADOLESCENTE ATENDIDA EN COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD CLAS PUENTECILLOS**, cuya finalidad es académica y científica para ser presentada a la Universidad Norbert Wiener.

En tal sentido, se le brindará todas las facilidades pertinentes para el desarrollo de la mencionada investigación a través de la Historia Clínica en CLAS Puentecillos.

Atentamente,



WALTER OMAR SOTIL SUECA
COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD DE PUENTECILLOS
GERENTE CLAS PUENTECILLOS

[illegible]

HOJA DE REFERENCIA AL HOSPITAL DE JAÉN

PERU INSTITUTO VIAL										HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL									
1.- DATOS GENERALES																			
PEDJA	Edad	Sexo	Año	HORA	18:45:11	ENTIDAD ASEGURADORA	S.I.S	PRO. HOJA REFERENCIA	4282-00132										
	27	M	2020			CODIGO DEL ASEGURADO	3-6210500	PRO. HISTORIA CLINICA	T117-2										
COD. PRESS					ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN					COD. PRESS					ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA				
400					PUNTO CALLES					4010					HOSPITAL GENERAL DE JAÉN				
SERVICIO ORIGEN (OPS)										SERVICIO DESTINO (OPS)									
URGENCIA EXTERNA										URGENCIA									
2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																			
DNI		NOMBRE(S)				APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO									
8019800		VALEN				VALEROZ				RODRIGUEZ									
FECHA NACIMIENTO		DIA		MES		AÑO		SEXO		FEMENINO									
		27		05		1980		M		F									
DIRECCIÓN						DEPARTAMENTO		PROVINCIA		DISTRITO									
CASERO RONDULLO						CUMARCA		JAÉN		SANTA ROSA									
3.- RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA																			
ANAMNESIS		DEBILITANTE PRAGMÁTICO DE 35 AÑOS POR ECOGRAFÍA DE TIRISTIDEA, CON PRESIÓN ARTERIAL 140/90, URINO, PACIENTE NEUTRO CLÍNICA, EXAMEN DE CANAL NASAL SUPERIORES E INFERIORES, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, FCP: 136 - 142 LPM, REGA PERDIDA DE LÍQUIDO AMNIOTICO REGA SANGRINADO VAGINAL, ANT. PAT. 17U SINCE 1- 15 DIAS TRATAMIENTO INCOMPLETO, ANT. OX. NEG. ANT. GESTACIONALES O-PROB. RAM. NEG. FPP. SINTOMAS: FUM. 15/90A, ALTURA UTERINA: 30 CM. EXAMEN DE LABORATORIO: Hb: 11.8 G/L, EXAMEN DE ORINA COMPLETA: AC. SLEFOSALICILICO: +++ LEUCOCITOS: 18-20 X.C, HEMATIES: 1-2 X.C, PROTERIAS: +++.																	
EXÁMEN FÍSICO		(T) 37.50 (F) 103/100 (FR) 20 (P) 104 ARRO. AREH. AREN VENTILANDO ESPONTANEO A FOC. 27%, AP. RESPIRATORIO: MUJER EN ACP, NO NALES, AP. CARDIOVASCULAR: RUC. ARRO. OCUPADO POR GESTACIÓN. MM: +++++.																	
EXÁMENES AUXILIARES		PROCEDIMIENTOS				PRUEBAS DE LABORATORIO				DIAGNOSTICOS POR IMAGENES									
DIAGNOSTICO		SE. 1 - DMS - PRECLAMPO, NO ESPECIFICAR																	
ANTecedentes																			
4.- DATOS DE LA REFERENCIA																			
NOMBRE DE REFERENCIA						1.- NO CAPACIDAD RESOLUTIVA POR EL NIVEL DEL SER.													
DETALLE DEL SERVICIO						PRESIÓN ARTERIAL: 140/90 MMHG. ACEPTAR POR EL DR. GUERRERO CRIMINAL: BURGOS, BELGON CATELEX, SEGURIDAD INCOMPLETA, AMA DE CASA, CONVIENE.													
EMPRESA DEL DESTINO						SERVICIO CLÍNICO Y QUÍMICO													
EMISIÓN		TIPO DE TRANSPORTE		COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA		28/06/20 28/06/20													
RESPONSABLE DE LA REF.				RESPONSABLE DEL DESTINO				PERSONAL QUE ACOMPAÑA				PERSONAL QUE RECIBE							
NOMBRE(S) Y APELLIDOS				NOMBRE(S) Y APELLIDOS				NOMBRE(S) Y APELLIDOS				NOMBRE(S) Y APELLIDOS							
Firma y Sello				Firma y Sello				Firma y Sello				Firma y Sello							
Firma y Sello				Firma y Sello				Firma y Sello				Firma y Sello							
CONDICIÓN DEL USUARIO A LA LLEGADA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE DESTINO DE LA REFERENCIA																			

EXAMENES DE LABORATORIO

INMUNOSEROLOGÍA:

Pruebas Rápidas (P.R.)

P.R. VIH (-) P.R. Sifilis (-)
 P.R. Hepatitis "B" (-)
 P.R. Hepatitis "C" _____
 P.R. Helicobacter pylori _____
 P.R. Antígeno prostático _____
 RPR Cualit/Cuant _____
 Widal (Aglutinaciones):
 Tífico "O" _____ Tífico "H" _____
 Paratífico "A" _____ Paratífico "B" _____
 Brucellas abortus _____
 Rosa de Bengala _____
 Proteína "C" React. _____
 Factor Reumatoide _____
 Antiestreptolisina "O" _____
 Test de Embarazo _____
 Otros / Observaciones _____

URIANÁLISIS (Orina):

Ác. Sulfosalicílico ++
 Orina Completa _____ Sedimento ☐
 Gram s/c _____
 Color Ambarillo
 Aspecto Turbido
 Reacción (pH) 6
 Densidad 1.015 Proteínas ++
 C. cetónicos _____ Glucosa _____
 Bilirrubina _____ Ác. Ascórb. _____
 Urobilina _____ Nitritos _____
 Leucocitos ++ Sangre _____
SEDIMENTO URINARIO (400 X)
 Cél. Epiteliales Regulares
 Leucocitos 50-60 x c
 Hematíes 1-2 x c
 Cristales _____
 Cilindros _____
 Píocitos _____
 Gérmenes Abundante x c
 Otros _____

MICROBIOLOGÍA:

CULTIVOS Muestra _____

BACTERIA AISLADA _____

RECuento COLONIAS _____

COLORACIÓN GRAM _____

ANTIBIOGRAMA

Sensible M. Sensible Resistente

Test de Helecho: _____

Secreciones: _____

Leucocitos _____

Gram _____

Trichomonas vaginalis _____

Cél. Guías _____

KOH 10 % _____

Pseudohifas _____

Otros/Observaciones _____

PARASITOLOGÍA:

Heces Directo _____

1° Muestra () _____

2° Muestra () _____

3° Muestra () _____

Test de Graham _____

Reacción inflamatoria:

Color _____ pH _____

Consistencia _____

Leucocitos _____

PMN _____ MN _____

Hematíes _____

Otros _____

Benedict _____

Thevenon _____

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD I JAÉN
LABORATORIO



Paciente: Yonel Vilchez Rodriguez Edad: 15
Procedencia/Sector: laboratorio Historia Clínica: T147-2
Servicio: laboratorio SIS: OTROS:
Méd. Solicitante: C.S. Puente Alto Fecha: 27/6/25 DNI Pcte:
IPRESS: C.S. Puente Alto

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA

Hemáties _____ mm ³ VN (4'200,00-6,20000 mm ³)	Hemoglobina <u>12.7 FC 11.6 g/dl</u>
Plaquetas _____ mm ³ VN (150,000-400,000 mm ³)	Hematocrito _____ %
Leucocitos _____ mm ³ VN (5,000-10,000 mm ³)	V.S.G. _____ mm ³ /hora
Abastados _____ % VN (2 - 4%)	Tiemp. Sangría _____ min _____ seg
Segmentados _____ % VN (48 - 65%)	Tiemp. Coagulación _____ min _____ seg
Eosinófilos _____ % VN (0 - 4%)	T ^o Protrombina _____ VN (12 - 14 segundos)
Basófilos _____ % VN (0 - 1%)	TTPa _____ VN (30 - 45 segundos)
Linfocitos _____ % VN (25 - 40%)	Test de Coombs _____
Monocitos _____ % VN (3 - 8%)	Grupo Sanguíneo _____ Rh _____
MCV _____ (82.0 - 100 fL) MCH _____ (27.0-34.0 pG)	Reticulocitos _____ % VN (0.5 - 2.5%)
MCHC _____ (31.6 -35.4 GR/dL)	

BIOQUÍMICA

Glucosa _____ VN (70-110 mg/dL)	Fosfatasa Alcalina _____ VN (68-240 U/l)
Urea _____ VN (10 - 50 mg/dL)	Fosfatasa Ácida _____ VN (0.8-9 U/l)
Creatinina _____ VN (0.8-1.4 mg/dL)	Ácido Úrico _____ VN (2-6 mg/dL)
Bilirrubinas :	Calcio _____ VN (8.5-10.5 mg/dL)
B. Total _____ VN (<1.0 mg/dL)	Hb Glicosilada (HbA1c) _____ VN (<5.7%)
B. Directa _____ VN (<0.2 mg/dL)	Colesterol Total _____ VN (<200 mg/dL)
B. Indirecta _____ VN (0.8 mg/dL)	HDL _____ VN (<129 mg/dL)
Proteínas :	LDL _____ VN (<140 mg/dL)
Total _____ VN (6.1- 7.9 g/dL)	Triglicéridos _____ VN (<150 mg/dL)
Albumina _____ VN (3.5- 4.8 g/dL)	Amilasas _____ VN (<120 UA/dL)
Globulina _____ VN (2.6 -3.1 g/dL)	Proteínas 24h _____ VN (<150 mg/dL)
Transaminasas :	Observaciones _____
GOT _____ VN (Mujeres: <32 U/l, Hombres: <38 U/l)	
TGP _____ VN (Mujeres: <31 U/l, Hombres: <41 U/l)	

INMUNOSEROLOGÍA:

Pruebas Rápidas (P.R.)

P.R. VIH _____ P.R. Sífilis _____

P.R. Hepatitis "B" _____

P.R. Hepatitis "C" _____

P.R. Helicobacter pylori _____

P.R. Antígeno prostático _____

RPR Cualit/Cuant _____

Widal (Aglutinaciones):

Tífico "O" _____ Tífico "H" _____

Paratífico "A" _____ Paratífico "B" _____

Brucellas abortus _____

Rosa de Bengala _____

Proteína "C" React. _____

Factor Reumatoide _____

Antiestreptolisina "O" _____

Test de Embarazo _____

Otros / Observaciones _____

MICROBIOLOGÍA:

CULTIVOS Muestra _____

BACTERIA AISLADA _____

RECuento COLONIAS _____

COLORACIÓN GRAM _____

ANTIBIOGRAMA

Sensible M. Sensible Resistente

URIANÁLISIS (Orina):

Ác. Sulfosalicílico +++

Orina Completa Sedimento ☐

Gram s/c _____

Color Amarillo

Aspecto Ag-turbio

Reacción (pH) 5

Densidad 1.020 Proteínas +++

C. cetónicos _____ Glucosa _____

Bilirrubina _____ Ác. Ascórb. _____

Urobilina _____ Nitritos _____

Leucocitos / _____ Sangre _____

SEDIMENTO URINARIO (400 X)

Cél. Epiteliales Regulares

Leucocitos 18-20 x c

Hemates 1-2 x c

Cristales _____

Cilindros _____

Piocitos _____

Gérmenes x bacterias = Abundantes

Otros _____

PARASITOLOGÍA:

Heces Directo _____

1º Muestra () _____

2º Muestra () _____

3º Muestra () _____

ANEXOS

MARCO TEÓRICO

7.1 Antecedentes de la investigación

7.1.1. Antecedentes nacionales

Neyra L, en el año 2025, en Ica-Perú, reportó el estudio sobre “Factores de riesgo asociados a preeclampsia con criterios de severidad en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro De Ica, Perú, 2024”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia con criterios de severidad. Fue estudio observacional- analítico, casos y controles. Los resultados fueron: prevalencia de preeclampsia con criterios de severidad fue 2.3%. Los factores obstétricos asociados fueron: nuliparidad (OR=6.364) y factores patológicos tener hipertensión arterial (OR=2.23), diabetes mellitus (OR=2.105), infección urinaria (OR=5.200), obesidad (OR=2.258)), y preeclampsia previa (OR=1.122). El autor concluye que los factores significativamente asociados a la preeclampsia con criterios de severidad son la nuliparidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, infección urinaria y preeclampsia previa (15).

Aredo EE, en el año 2025, reportó el estudio sobre “Embarazo adolescente como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia severa en el hospital nivel II-1, 2023”, cuyo objetivo fue determinar si el embarazo en una adolescente es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia severa en el hospital nivel II-1. Presenta el caso clínico de una adolescente embarazada de 18 años de edad que desarrolló preeclampsia severa; con antecedente familiar de preeclampsia, primiparidad y vulnerabilidad social. Recibió atención multidisciplinaria conforme a las normas y protocolos establecidos por el establecimiento de salud. El autor concluye que el embarazo adolescente es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia severa (16).

Leon LL, el año 2025, en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre nuliparidad y preeclampsia en gestantes adolescentes del Hospital Sabogal, Perú 20152023. Fue una investigación de estudio observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo, enrolaron 192 gestantes adolescentes, 96 gestantes con preeclampsia (casos) y 96 gestantes sin preeclampsia (controles). Los

resultados fueron: Se demostró la asociación entre nuliparidad y preeclampsia en gestantes adolescentes (OR: 2,839). Ser conviviente aumenta significativamente el riesgo de desarrollar preeclampsia (OR:3,360). De manera similar, la adolescencia tardía (OR:6,214). Concluyendo que la nuliparidad, el estado civil conviviente y pertenecer a la etapa de adolescencia tardía aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia (17).

Pacheco E et al, el año 2024, en su investigación tuvo como objetivo analizar el riesgo de preeclampsia en primigestas adolescentes embarazadas en un hospital materno infantil de la sierra peruana. Fue un estudio analítico de cohorte retrospectivo. Se incluyeron gestantes atendidas entre el 2018 y 2021 en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en Junín, Perú. Los resultados fueron: enrolaron 504 primigestas, 35,9% fueron adolescentes de 10 a 19 años y 64,1% adultas. Se observó una mayor incidencia no significativa de preeclampsia en adolescentes (7,2%) que en gestantes adultas (3,4%) (RR 1,77; IC 95% 0,76 a 4,14; p 0,19). Concluyendo que no se encontró una asociación entre el embarazo adolescente y el desarrollo de preeclampsia en un hospital materno infantil de la sierra peruana (18).

Montalvan Santillan J et al, el año 2024, en su investigación tuvo como objetivo analizar los determinantes sociodemográficos y obstétricos asociados al embarazo adolescente, a través de un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. Fue estudio transversal analítico de la ENDES 2022. Se calculó la proporción de embarazo en adolescentes y sus determinantes sociodemográficos y variables obstétricas. Se estimaron razones de prevalencia crudas y ajustadas (RPa) de presentar un CPN de calidad. Los resultados fueron: Las adolescentes con quintil de riqueza baja presentaron probabilidad mayor de embarazarse RPa de 3.60; mientras que las que tenían como antecedente haber tenido dos o más parejas sexuales mostraron un mayor riesgo a embarazarse con un RPa de 3.49. El no uso previo de MAC tenían un riesgo de embarazo de 6.49 ($p<0.001$). Las gestantes que tenían 2 ó más hijos tenían un riesgo de 3.08 ($p<0.001$). Concluyendo que los factores determinantes para el embarazo en adolescentes peruanas son el alto índice de pobreza, el número de parejas sexuales, el antecedente de no uso de MAC y el embarazo adolescente previo (19).

7.1.2. Antecedentes internacionales

Oviedo JN et al, el año 2025, en su investigación tuvieron como objetivo analizar los factores de riesgo y las consecuencias asociadas a la preeclampsia en adolescentes embarazadas. Realizaron un estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque observacional y transversal. Los resultados mostraron que la preeclampsia en la adolescencia aumenta el riesgo de complicaciones fetales, como bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad fetal, así como consecuencias maternas, como síndrome HELLP, hemorragia y eclampsia. Concluyendo que la preeclampsia en adolescentes revela una cuestión complicada en la que influyen factores biológicos y sociales que interactúan de forma significativa (23).

Chicana-Muñoz J et al, el año 2024, en su investigación tuvieron como objetivo asociar el riesgo de preeclampsia por el hecho de ser primigestas y adolescentes habitantes de una región de la selva peruana. Realizó un estudio de cohortes, retrospectivo al que se incluyeron primigestas con partos atendidos en el Hospital II-1 de Rioja, durante 2019. Los resultados fueron: enrolaron 357 embarazadas, 54.9% adolescentes y 45.1% adultas. Se diagnosticó hipertensión gestacional en 18.8% y la mitad de ellas (9.9%) resultaron con preeclampsia. Encontraron relación entre la edad y la preeclampsia ($RR = 1.569$), asimismo, obesidad con $RR: 2.36$. Concluyendo que, en las adolescentes, el embarazo fue un factor de riesgo leve de preeclampsia, lo mismo que la obesidad (24)

Jakovljevic TS et al, el año 2024, en su investigación tuvieron como objetivo explorar las posibles variaciones en los resultados neonatales entre embarazos sin complicaciones y aquellos con preeclampsia en un centro terciario de ginecología y obstetricia en Serbia. Fue estudio de casos y controles. Los resultados fueron: La cesárea fue significativamente más frecuente en la preeclampsia que en el grupo de embarazo normal. La hospitalización fue más prolongada, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, junto con complicaciones perinatales como asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria, convulsiones neonatales, hemorragia intracraneal, ictericia, anemia e infección, fueron significativamente más comunes en el grupo de preeclampsia que en los controles. Concluyendo que los hallazgos

enfatan el impacto multifacético de la preeclampsia en los resultados perinatales (26)..

Bromfield SG, et al, el año 2023, en su investigación tuvieron como objetivo evaluar la asociación entre los trastornos hipertensivos, en comparación con la ausencia de hipertensión durante el embarazo, con los resultados neonatales y maternos. Fue estudio de cohorte retrospectivo. Los resultados fueron: Que el mayor riesgo de parto por cesárea OR: 1,61 y 1,99 en madres y parto prematuro (OR: 2,22 y 5,37), síndrome de dificultad respiratoria (OR: 2,39 y 4,19) y bajo peso al nacer (OR: 3,64 y 9,61) en bebés nacidos de madres con preeclampsia. El riesgo de utilización de la unidad de cuidados intensivos neonatales fue mayor entre los trastornos hipertensivos más graves (OR: 2,41 para preeclampsia). Concluyeron que las madres y los neonatos de madres con preeclampsia experimentaron resultados más adversos en comparación con aquellos sin hipertensión (27).

Barda S, et al, el año 2023, en su investigación tuvieron como objetivo investigar las variables asociadas con la progresión a preeclampsia con criterios de severidad en parturientas ya diagnosticadas con trastornos hipertensivos leves del embarazo. Fue estudio de cohorte retrospectivo. Los resultados fueron: Entre 359 mujeres que se presentaron sin características graves, 18 (5%) desarrollaron características graves, dieron a luz a bebés más pequeños a una edad gestacional más baja y con tasas más altas de parto por cesárea. El análisis de regresión y el ajuste de los factores de confusión, solo la edad gestacional en la presentación inicial y la preeclampsia superpuesta siguieron siendo variables significativas asociadas con la progresión a características graves (aOR 0,74 (0,55-0,96) y 34,44 (1,07-1111,85), aOR (IC del 95 %), respectivamente, $p < 0,05$ para ambos) con un rendimiento de predicción combinado de ROC-AUC de 0,89, IC del 95 % 0,83-0,95, $p < 0,001$. Concluyendo que la edad gestacional temprana en la presentación y la preeclampsia superpuesta como diagnóstico preliminar son los únicos factores independientes que se asocian con la progresión a características graves en mujeres ya diagnosticadas con trastornos hipertensivos leves durante el embarazo(28).

7.1.3. Bases teóricas

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo una transición entre la niñez y la edad adulta, donde ocurren características por cambios en aspectos físico, mental y emocional, durante esta etapa experimentan nuevas conductas y vivencia como hábitos alimenticios, actividad física, consumo de sustancias prohibidas y actividad sexual que pueden influir su desarrollo a nivel psicosocial. Según la OMS, se divide en dos etapas clave adolescencia temprana (12 a 14 años), donde se observa cambios físicos notorios y en la adolescencia tardía (15 a 19 años), en la que se fortalecen las relaciones con pares y surgen vínculos románticas y sexuales (11,12).

EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Los embarazos en adolescentes suponen un riesgo considerable tanto para la madre como para el feto. Mientras que la OMS define el embarazo adolescente como aquel que ocurre entre los 10 y los 19 años, UNICEF lo sitúa en el rango de 13 a 19 años (11,12).

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones que aparecen durante la gestación y se caracterizan por la presencia de hipertensión. Pueden estar asociados a comorbilidades preexistentes en la mujer antes del embarazo (hipertensión crónica) o ser causados por factores que predisponen a estados hipertensivos en el segundo trimestre (como la hipertensión gestacional, la preeclampsia o complicaciones como la eclampsia y el síndrome de Hellp) (12).

PREECLAMPSIA

La preeclampsia se define como hipertensión gestacional con PAS $\geq$ 140 mm Hg y/o PAD $\geq$ 110 mm Hg detectada en 2 ocasiones con al menos 4 horas de diferencia a partir de las 20 semanas de gestación en una paciente que anteriormente tenía presión arterial normal, acompañada de al menos uno de los siguientes criterios (5,29,30):

- a) Proteinuria, que debe definirse como cualquiera de las siguientes: $\geq$ 30 mg/mmol de creatinina urinaria en una muestra de orina aislada (aleatoria) o $\geq$ 300 mg en una muestra de orina de 24 horas. Relación proteína/creatinina

$\geq 0,3$. Relación albúmina/creatinina ≥ 8 mg/mmol. Proteinuria detectada mediante tira reactiva de orina de 2+.

- b) Trombocitopenia (recuento de plaquetas $< 100 \times 10^9 / L$)
- c) Insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL o duplicación de la creatinina sérica basal en ausencia de otra enfermedad renal)
- d) Función hepática alterada (concentraciones sanguíneas elevadas de transaminasas hepáticas, dos veces superiores al límite superior normal)
- e) Edema pulmonar
- f) Cefalea de inicio reciente que no responde a intervenciones médicas y no se explica por un diagnóstico alternativo.
- g) Síntomas visuales

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

La preeclampsia con características graves (5) se refiere a la preeclampsia que se complica por ≥ 1 de los siguientes factores:

- a) Presión arterial sistólica PAS ≥ 160 mm Hg o Presión arterial diastólica PAD ≥ 100 mm Hg en 2 ocasiones con un intervalo ≥ 4 horas.
- b) Trombocitopenia (recuento de plaquetas $< 100.000/mcL$)
- c) Disfunción hepática manifestada por dolor intenso y persistente en el cuadrante superior derecho que no responde a la medicación o transaminasas séricas $\geq$ el doble del límite superior normal
- d) Insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL o duplicación de la creatinina sérica basal en ausencia de otra enfermedad renal)
- e) Edema pulmonar
- f) estado mental alterado
- g) Cefalea intensa y persistente de reciente aparición que no responde a la medicación
- h) trastornos visuales

PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA

Se estima que los trastornos hipertensivos complican entre el 2% y el 8% de los embarazos en todo el mundo (5).

FACTORES DE RIESGO CLÍNICO PARA PREECLAMPSIA

Los factores de riesgo clínicos para la preeclampsia son las siguientes (5,29,30,31):

- a. Las pacientes con alto riesgo de preeclampsia incluyen aquellas con cualquiera de las siguientes características:
 - i. Preeclampsia previa
 - ii. Índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ en la primera visita prenatal (considerado un factor de riesgo moderado según el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos [ACOG]).
 - iii. Hipertensión crónica
 - iv. Diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 pregestacional
 - v. Enfermedad renal crónica
 - vi. Lupus eritematoso sistémico/anticuerpos antifosfolípidos
 - vii. Las técnicas de reproducción asistida en el embarazo actual presentan el mayor riesgo en pacientes que han recibido donación de semen u ovocitos y/o transferencia de embriones congelados.
- b. Las pacientes con riesgo moderado de preeclampsia incluyen aquellas con > 1 factor de riesgo moderado, incluyendo cualquiera de los siguientes:
 - i. Desprendimiento de placenta previo
 - ii. Mortinato previo
 - iii. Restricción previa del crecimiento fetal
 - iv. Edad materna > 40 años (≥ 35 años según ACOG)
 - v. Nuliparidad
 - vi. Gestación múltiple
- c. Otros factores de riesgo pueden incluir:
 - i. Antecedentes familiares de trastornos hipertensivos del embarazo
 - ii. Doppler anormal de la arteria uterina en < 24 semanas de gestación
 - iii. Apnea obstructiva del sueño
 - iv. Intervalo entre embarazos > 10 años

ETIOLOGIA DE PREECLAMPSIA

En gran medida se desconocen las causas de los trastornos hipertensivos del embarazo (32).

FISIOPATOLOGIA DE PREECLAMPSIA

La patogenia propuesta para la preeclampsia puede implicar un desajuste uteroplacentario que se produce debido a una reducción del suministro de sangre uteroplacentaria y/o un aumento de las demandas fetoplacentarias (29,32).

- a) El desequilibrio en el suministro de sangre uteroplacentaria puede deberse a una placentación inadecuada por un desarrollo insuficiente de las arterias espirales uterinas y un desarrollo deficiente de las vellosidades placentarias, lo que conduce a una preeclampsia de inicio temprano, o puede deberse a la congestión del espacio intervilloso en embarazos a término o postérmino, lo que conduce a una preeclampsia de inicio tardío.
- b) El aumento de las demandas fetoplacentarias puede deberse a la congestión del espacio intervilloso en embarazos a término o postérmino, gestaciones multifetales, macrosomía, síndrome de ovario poliquístico, lo que puede provocar preeclampsia de aparición tardía.
- c) Las consecuencias de este desajuste uteroplacentario pueden incluir:
 - a. Otras afecciones que pueden desarrollarse simultáneamente con la preeclampsia son la restricción del crecimiento fetal, el parto prematuro, la muerte fetal y el desprendimiento de placenta.
 - b. Factores derivados del estrés del sincitiotrofoblasto y desequilibrio angiogénico que pueden provocar disfunción endotelial sistémica materna e inflamación y, en última instancia, manifestaciones clínicas de preeclampsia. Entre los factores angiogénicos propuestos se incluyen:
 - i. Aumento de la tirosina quinasa 1 soluble similar a fms (sFlt-1), receptor placentario que se une a factores de crecimiento angiogénicos.
 - ii. Aumento de la endoglina soluble (sEng)
 - iii. Disminución del factor de crecimiento placentario
 - iv. Aumento de la producción placentaria de neuroquinina B

ANÁLISIS DE SANGRE

Los siguientes análisis de sangre en pacientes con hipertensión gestacional o preeclampsia (confirmada o sospechada) deben realizarse (5,29,30,31):

A) Las pruebas iniciales deben incluir:

- a) Hemograma completo para recuento de plaquetas y hemoglobina

- b) Alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) séricas
- c) creatinina sérica.
- d) Lactato deshidrogenasa
- e) Electrolitos séricos (específicamente potasio sérico)
- f) nitrógeno ureico en sangre
- g) Las pruebas de coagulación pueden estar indicadas en casos de trombocitopenia, elevación marcada de las transaminasas o si existe sospecha de desprendimiento de placenta, e incluyen:
 - Índice Internacional Normalizado (INR) que es una prueba de sangre que mide cuánto tarda la sangre en coagularse
 - Tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT)
 - tiempo de protrombina
 - fibrinógeno

B) Marcadores angiogénicos

El desequilibrio angiogénico puede permitir un diagnóstico más precoz de preeclampsia en función de la presencia de disfunción uteroplacentaria. Este desequilibrio puede manifestarse mediante una disminución del factor de crecimiento placentario (PlGF) (inferior al percentil 5 para la edad gestacional) o un aumento de la relación tirosina quinasa soluble tipo fms (sFlt-1)/PlGF (superior a 38 según el ensayo de Roche) (30).

MANEJO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD

El manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo depende del diagnóstico específico, la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades médicas u obstétricas, la edad gestacional y el estado materno y fetal (5).

- a) La hipertensión gestacional grave y la preeclampsia (o la hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta) con características graves en ausencia de inestabilidad materna o fetal generalmente requieren hospitalización hasta el parto, que está indicado a las ≥ 34 semanas de gestación.
- b) La hipertensión gestacional grave y la preeclampsia con características y signos graves de compromiso o inestabilidad materna o fetal, así como las pacientes que presentan síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia), pueden requerir un parto urgente.

PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA

Recomendaciones del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) para la prevención de la preeclampsia (5):

Se debe iniciar la administración de aspirina en dosis bajas (81 mg) entre las 12 y 28 semanas de gestación (idealmente antes de las 16 semanas de gestación) y continuarla hasta el parto en personas con algún factor de alto riesgo o > 1 factor de riesgo moderado de preeclampsia.

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 12 de marzo del 2026.

Autor Responsable:
JANETH MARGARITA ARMACANQUI CANDELA

Exp. N°: 0194-2026

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y MANEJO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD EN GESTANTE DEL CENTRO DE SALUD PUENTECILLOS 2025"**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 26/02/2026.

El cual tiene como Autor(es) a:
JANETH MARGARITA ARMACANQUI CANDELA

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

CARTA DE AUTORIZACIÓN AL CENTRO DE SALUD PUENTECILLO



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la
Democracia"



Lima, 20 de Abril de 2026

CARTA N°0834-2026-SG-UPNW-CP

Lic. Enf. María Rosa Cáceres Vásquez
Gerenta De Centro De Salud Puentecillos
Centro de Salud "Puentecillos"
Centro de Salud "Puentecillos" - Distrito Santa Rosa – Provincia Jaén - Región
Cajamarca

ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez presentar a la Licenciada en Obstetricia **Armacanqui Candela Janeth Margarita**, con código de matrícula **2024802134** con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos al caso Clínico.

Toda la información que solicita la Licenciada **Armacanqui Candela Janeth Margarita**, para la elaboración de su Trabajo Académico denominado: **"Factores De Riesgo Obstétricos Y Manejo De Preeclampsia Con Criterio De Severidad En Gestante Del Centro De Salud Puentecillos 2025"** dirigido por la asesora de tesis, Dra. Ana María Sanz Ramírez para la obtención del Título de Especialista en Riesgo Obstétrico.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Khristian Vigil Vega
DNI: 44025187
RUC: 20460246370
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/04/2026 Hora: 10:20:30



Khristian Vigil Vega
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

CARTA DE RESPUESTA DEL CENTRO DE SALUD PUENTECILLOS

Puentecillos de 5 mayo de 2026.

Carta N° 04 C.S.P.2026 - ACLAS PUENTECILLOS

Señorita

JANETH MARGARITA ARMACANQUI CANDELA

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE
ESTUDIO DE CAMPO

Tengo a bien dirigirme a Usted para saludarla cordialmente y a vez comunicarle la aceptación para brindarle todas las facilidades de recolección de datos al caso clínico denominada: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y MANEJO DE PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN GESTANTE DEL CENTRO DE SALUD PUENTECILLOS**, cuya finalidad es académica y científica para ser presentada a la Universidad Norbert Wiener.

En tal sentido, se le brindará todas las facilidades pertinentes para el desarrollo de la mencionada investigación a través de la Historia Clínica en CLAS Puentecillos.

Atentamente,



LIC. ENF. ROSA CÁCERES VÁSQUEZ
COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD DE PUENTECILLOS
GERENTE CLAS PUENTECILLOS

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
idoc.pub		2%
2	Internet	
alicia.concytec.gob.pe		2%
3	Internet	
dialnet.unirioja.es		1%
4	Internet	
es.scribd.com		1%
5	Internet	
repositorio.uleam.edu.ec		1%
6	Internet	
repositorio.ucsm.edu.pe		<1%
7	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		<1%
8	Internet	
repositorio.ujcm.edu.pe		<1%
9	Internet	
repositorio.ug.edu.ec		<1%
10	Internet	
www.elsevier.es		<1%
11	Internet	
core.ac.uk		<1%