

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

“Incidencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en un Hospital de II nivel, Honduras 2019”

Datos Generales

No. De Expediente _____

No. Encuesta _____

Investigador Principal: Eduardo Borjas, ASOCEM UNICAH-SPSP

1. Qué edad tiene _____ años

2. De donde proviene

rural _____

Urbano _____

3. Usted está

Soltero _____

Casado _____

Unión Libre _____

Viuda _____

4. Hasta qué grado llego

Primaria Completa _____

Primaria Incompleta _____

Secundaria Completa _____

Secundaria Incompleta _____

Educación superior _____

Analfabeta _____

5. A qué se dedica

Ama de casa _____

Estudiante _____

Trabaja _____

No Trabaja _____

6. Raza:

Mestizo _____

Blanca _____

indígena _____

negra _____

Datos Ginecológicos

7. Historia Gineco Obstetra:

G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ O: _____ HV: _____ HM: _____

Antecedentes patológicos maternos

8. Padece usted de la presión alta (Hipertensión Arterial Crónica) si __ no ____
9. Padece usted de la azúcar (Diabetes Mellitus) si __ no ____
10. Padeció usted en su embarazo anterior de presiones elevadas (preeclampsia) si __ no __
11. Presento usted en su embarazo anterior un episodio de convulsión (Eclampsia) si ____ no ____

Dato Anamnesis

12. Usted presenta alguno de los siguientes signos y síntomas
 - Le duele la cabeza _____
 - Ve chispitas/lucecitas o mirra borroso _____
 - Siente que el Oído le zumba _____
 - Se le hinchan los pies _____
 - Le arde la boca del estómago _____
 - Usted ha presentado episodios convulsivos recientemente _____
 - Niega todo _____

Datos de signos Vitales

13. Presión arterial
 - PAS: _____ mmHg
 - PAD: _____ mmHg
14. Frecuencia Cardiaca _____ (por minuto)
15. Frecuencia Respiratorio _____ (por minuto)
16. Temperatura _____ (°C)

Datos antropométricos

17. Peso _____ kg
18. Talla _____ m
19. Índice de masa corporal (IMC) _____ kg/m²
20. Sabe usted cuanto pesaba antes del embarazo _____ kg

Datos Examen Físico

21. Presenta Hiperreflexia si __ no ____
22. Presenta edema de miembros inferiores: si ____ no ____

Datos Específicos

23. Edad gestacional _____
24. Porta carnet de control prenatales si ___ no ___
25. Número de controles prenatales _____
26. Tipo de trastorno hipertensivo
 Hipertensión Gestacional _____
 Hipertensión Arterial Crónica _____
 Preeclampsia _____
 Preeclampsia severa _____
 Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada _____
 eclampsia _____

Datos Laboratoriales

27. Análisis de sangre
 Leucocitos: _____ u/L
 Hemoglobina: _____ g/dl
 Hematocrito: _____ %
 Plaquetas _____ mm³

Datos de complicaciones maternas

28. Tipo de complicación
 Ninguna: _____
 Síndrome de HELLP _____
 Insuficiencia renal aguda _____
 Insuficiencia hepática _____
 Óbito _____
 Parto prematuro _____
 Corioamnionitis _____
 Retención de restos placentarios _____
 Eclampsia _____
 otros _____ (**Especifique**)

Datos de manejo terapéutico

29. Usos uterotónicos: Si ___ No ___
 cual: Oxitocina _____ Misoprostol _____
30. Usos antihipertensivos: Si ___ No ___
 cual: Hidralazina _____, Labetatol: _____, Nifedipina _____, Alfa-Metildopa _____
 otro _____ (**Especifique**)
31. Uso anticonvulsivantes: Si ___ No ___
 cual: Sulfato de magnesio _____, Fenitoína _____, otro _____ (**Especifique**)
32. Uso cortico esteroides si ___ no ___
 cual: Dexametasona _____, Betametasona _____

Datos del trabajo de parto

33. inicio del trabajo de parto: Espontaneo _____ Inducido _____, Conducción: _____

Datos del parto

34. Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____

35. El peso del RN. _____ gr

36. La talla del RN _____ cm

37. APGAR del RN: _____ al minuto y _____ a los cinco minutos

38. Sexo del RN: Femenino _____, Masculino _____

39. Condición del RN: Vivo _____, Muerto _____

Versión 1.0 junio 2019