

FORMULARIO DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

a) Nº HISTORIA CLINICA MADRE: .....

b) IDNUM:

--	--	--	--	--

c) NOMBRE MADRE : .....

d) FECHA INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e) HORA INGRESO: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

f) EDAD GESTACIONAL INGRESO:  -  POR F.U.R.

1) HIPERTENSIÓN PREVIA AL EMBARAZO: SI  NO

2) HIPERTENSIÓN PREVIA A LA 20 SEMANA DE GESTACIÓN: SI  NO

3) MEDICIONES PRESIÓN ARTERIAL Y PROTEINURIA

FECHA	HORA	PRESIÓN ARTERIAL	PROTEINURIA (TIRA)	PROTEINURIA 24 H

4) DIAGNÓSTICO

- a. HIPERTENSIÓN CRÓNICA O PRE-EXISTENTE
- b. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (SIN PROTEINURIA) 
  - i. Sin condiciones adversas (no síntomas sistémicos ni compromiso fetal)
  - ii. Con condiciones adversas<sup>1</sup>
- c. PRE-ECLAMPSIA<sup>2</sup>: 
  - i. Inicio temprano (<34 semanas)

<sup>1</sup> convulsiones; presión diastólica >110 mm Hg; trombocitopenia; oliguria (<500 ml/día); edema pulmonar; enzimas hepáticos elevados; náusea y vómitos graves, cefalea, alteraciones visuales; sospecha de abrupcio placentae; síndrome HELLP; RCIU; oligohidramnios; compromiso circulación feto-placentaria (Doppler).

<sup>2</sup> desarrollo de hipertensión y proteinuria después de la 20 semana de gestación, en mujeres previamente normotensas, considerando como **hipertensión** valores de presión arterial diastólica de 90 mm Hg o superiores medidos en dos ocasiones separadas al menos por 4 horas, o bien valores de 100 mm Hg o superiores medidos una sola vez; la **proteinuria** debe ser  $\geq 300$  mg en orina de 24 horas,  $\geq 2+$  de proteínas medido mediante tira reactiva en dos muestras de orina separadas al menos por 4 horas.



	<b>INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE</b> <b>INMA</b>	<b>PREECLAMPSIA</b>
--	---	---------------------

ii. Inicio tardío (> 34 semanas)

  


d. **HIPERTENSIÓN INCLASIFICABLE** (cuando no existe una medición de presión arterial previa a la 20 semana)

**5) DESENLACE CLÍNICO:**

a. ALTA SIN PARTO NO TRATAMIENTO

b. ALTA SIN PARTO CON TRATAMIENTO (especificar): .....  
 .....

c. PARTO:

i. ESPONTÁNEO VAGINAL

ii. INDUCIDO VAGINAL

iii. CESÁREA

d. OTROS (especificar): .....

.....

6) FECHA ALTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

COMENTARIOS:.....  
 .....  
 .....  
 .....

OBSTETRA(S) RESPONSABLE(S):

.....