



11217

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

92

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES  
HEMORRÁGICAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL  
EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA  
DR. ALFREDO MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

ASESOR: DR. GUILLERMO SÁNCHEZ HUERTA



MÉXICO, D.F.

27 7477  
2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

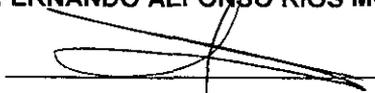
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

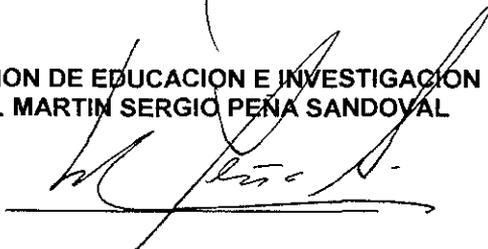
**EPIDEMIOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS DE LA  
SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO  
EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

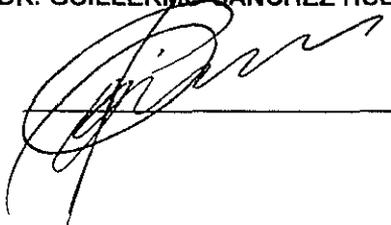
**DIRECTOR DEL HOSPITAL:  
DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL**



**JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA:  
DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL**



**ASESOR DE TESIS:  
DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA**



## **AGRADECIMIENTOS:**

**A MI PADRE,**

**Por haberme guiado en el camino de la honestidad y trabajo**

**A MI MADRE,**

**Por su cariño, comprensión y apoyo incondicional a todo.**

**A MIS PACIENTES,**

**Por su Cariño, comprensión, confianza.**

**A MIS MAESTROS,**

**Por su paciencia, enseñanza y apoyo.**

**Y SOBRE TODO A DIOS**

**Por haberme guiado en el buen camino y permitirme salud  
para la realización de mis Ideales**

## INDICE

<b>Titulo</b>	<b>Pagina</b>
<b>1. Resumen</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes</b>	<b>2</b>
<b>3. Material y Métodos</b>	<b>5</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>6</b>
<b>5. Discusión</b>	<b>11</b>
<b>6. Conclusión</b>	<b>14</b>
<b>7. Gráficos</b>	<b>15</b>
<b>8. Bibliografía</b>	<b>22</b>
<b>9. Anexo</b>	<b>24</b>

## **Martínez GA, Sánchez HG. EPIDEMIOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"**

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de las complicaciones hemorrágicas de la segunda mitad del embarazo detectando los principales factores de riesgo.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:** Longitudinal, Descriptivo, Observacional y Retrospectivo.

**MATERIAL Y METODOS:** Se registraron en este estudio 132 pacientes con diagnósticos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), Placenta Previa y Ruptura Uterina durante el periodo comprendido de Enero a Junio de 1998. Se excluyeron de este estudio 18 pacientes las cuales no contaron con datos completos en el expediente, se obtuvieron datos de las pacientes y de los neonatos determinando los principales factores de riesgo y complicaciones materno fetales de cada patología.

**RESULTADOS:** De las 132 pacientes estudiadas, 58 pacientes tuvieron diagnóstico de (DPPNI), 68 placenta previa y sólo 6 casos de ruptura uterina. El rango de edad fue de 16-38 años, con una media de 25.97. Los principales factores de riesgo en nuestras pacientes de estudio fueron para DPPNI, la inducción con oxitocina, en el 87.93% de los casos la ruptura prematura de membranas (RPM) se observó en el 6.90% de los casos al igual que el tabaquismo durante el embarazo, en el 6% de los casos tuvieron el antecedente de Preclampsia severa. En cuanto a las pacientes con placenta previa los principales factores de riesgo fue cesárea previa y legrado previo; ninguno de los casos tuvo antecedente de cocaína durante en embarazo, como lo reporta la literatura. En este estudio se observó que el tabaquismo se relacionó principalmente para Inserción baja y placenta previa. Por ultimo de las pacientes estudiadas con diagnóstico de Ruptura uterina el 83% de los casos tuvo cesárea previa. La principal complicación Materna fue shock hipovolémico que se presentó con más frecuencia en placenta previa, 2 casos de muerte materna (placenta previa) y la principal complicación neonatal fue la prematuridad.

**CONCLUSION:** Los factores de riesgo más importantes para DPPNI fue el uso de oxitocicos, miomatosis y preclampsia severa; para placenta previa fue cesárea previa y legrado previo; para Ruptura uterina cesárea previa, la complicación materna más común fue shock hipovolémico y la complicación neonatal prematuridad. Se requieren de estudios más específicos para determinar el riesgo relativo de cada patología en particular.

**PALABRAS CLAVE:** Hemorragias, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa y ruptura uterina.

## ANTECEDENTES

Dentro de las complicaciones hemorrágicas de la segunda mitad del embarazo, tenemos una gran variedad de entidades clínicas; me enfocaré prácticamente a las más comunes. En primer término tenemos al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, que es la separación placentaria de su lugar de implantación antes del parto.(1,2)

La frecuencia con que se diagnostica varía dependiendo con la rapidez con que la paciente reciba atención médica, la media se sitúa en uno de cada 150 partos (3). se asocia a diferentes entidades, es mayor en mujeres de elevada paridad, más común en las afroamericanas que en las blancas ó latinas, las enfermedades que más se asocian son los procesos hipertensivos, la ruptura prematura de membranas, ésta última hasta en un 6-25% dependiendo de cada autor, los traumatismos externos pueden estar implicados, se han documentado otros cofactores como el tabaquismo.(4)

El consumo de cocaína se relaciona con este padecimiento. Chasnoff y cols. publicaron una tasa asombrosa de desprendimiento de un 13% de 112 mujeres consumidoras. La miomatosis uterina también si están situados por detrás del lecho placentario; hay otras entidades que se relacionan como son el mal uso de oxitocina, uso de ácido acetil salicílico a una dosis de 200 mg/día durante el embarazo, y trabajo de parto activo en presencia de desproporción cefalopélvica. (5)

Los signos y síntomas pueden variar considerablemente como son: hemorragia, dolor lumbar, hipersensibilidad uterina, polisistolía, hipertonia uterina, las cuales pueden ocasionar en el producto sufrimiento fetal agudo, muerte y en la madre shock hipovolémico, coagulopatía, insuficiencia renal, útero de Couvelaire, etc.(6)

En segundo lugar mencionaremos a la Placenta previa la cual se define como la inserción placentaria sobre el orificio cervical interno ó muy cerca de éste; se clasifica en cuatro grados y son: placenta previa total, parcial, marginal y de implantación baja. La frecuencia es aproximadamente de uno de cada 200 partos(7). En el Parkland Hospital, Clarck y cols., publicaron una incidencia de .3%, las estadísticas contradictorias sobre la incidencia de grados variables de placenta previa reflejan en su mayor parte la falta de precisión en la identificación de las mismas. (7,8)

La placenta previa se puede asociar a acretismo placentario ó a una de sus formas más avanzadas como incretismo ó percretismo placentario, se ha reportado que el 5% de las mujeres con placenta previa se asocian a acretismo. En las mujeres que tienen en antecedente de cesárea aumenta hasta en un 25%. (9,10,11) Otros autores sugieren que el cigarrillo aumenta el riesgo de éste padecimiento. El cuadro clínico es una hemorragia indolora, el tratamiento dependerá de la edad gestacional así como la intensidad del sangrado. (12,13,14)

Por último, incluiremos en esta breve revisión a la ruptura uterina, la cual se define como la solución completa de continuidad de la pared uterina, la cual pone

en peligro la vida del feto, de la madre ó de ambos. Los factores que intervienen son heterogéneos y las relaciones más comunes son: cesárea previa, mal uso de oxitocina, multigestas, desprendimiento placentario, así como uso de fórceps. (15,16,17)

Los signos y síntomas que podemos encontrar son dolor abdominal intenso con desgarro repentino, salida abundante de sangre por vagina; el signo más común es la aparición repentina de sufrimiento fetal en el 81% de los casos.(18,19)

El pronóstico perinatal puede ser devastador, van desde una puntuación de APGAR bajo; hasta la muerte del feto la cual varía desde el 8-56%. (20)

Las complicaciones más vinculadas con la madre son la hemorragia, coagulación intravascular diseminada y en casos más severos la muerte.(21)

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo relacionados con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa y ruptura uterina, detectando las principales complicaciones materno fetales relacionadas con las patologías mencionadas.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de investigación longitudinal, descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México D.F. En nuestro estudio se incluyeron 68 pacientes con diagnóstico de placenta previa, 58 pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y 6 pacientes con diagnóstico de ruptura uterina durante el período de Enero a Junio de 1998. Se excluyeron del estudio a 18 pacientes las cuales no contaron con los datos completos.

Se obtuvieron los datos de las pacientes y de sus recién nacidos de los expedientes correspondientes determinando los factores de riesgo relacionados con DPPNI, placenta previa y ruptura uterina así como detectando las principales complicaciones materno fetales relacionadas con las patologías mencionadas, en la hoja de recolección de datos la cual se muestra en el anexo 1.

Nuestro estudio no tiene implicaciones éticas, ya que es descriptivo, tampoco tuvo riesgo para la salud ya que se les dio el mismo manejo de las normas de la Institución, en todos los casos se requirió de la información de los expedientes.

Este estudio se presento ante el Comité Local de Investigación médica y fue aprobado para su realización. Se utilizaron métodos estadísticos, rangos, modas, medianas.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo sobre los factores que influyen en el segundo trimestre del embarazo tales como características maternas y fetales. Se tomó como base una población de 132 pacientes que tuvieran complicaciones durante éste período. Los rangos de edad que se obtuvieron fueron 16 años como mínimo y máximo 38 años, con una media de 25.97 (moda 26) y una Curtosis de 2.27. Se plantean 1= 16 a 20 años, 2= 21 a 35 años (edad fértil para este estudio) y 3= mayores de 36 años. El 81% eran mujeres en edad fértil, en la población de estudio se encontró que 58 casos correspondieron a DPPNi, 68 a Placenta Previa y 6 casos fueron de Ruptura Uterina, siendo un total de 132 mujeres embarazadas que presentaron complicación durante el segundo trimestre del embarazo. Hablaremos solo de frecuencia de presentación de algunos de los factores de riesgo más importantes encontrados en cada uno de los padecimientos, siendo estos solo aplicables a está población en estudio.

### **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA**

Se encontró que de las 58 pacientes, 6.8% (8 pacientes) tenían el antecedente de Preeclampsia severa, 6.82% tuvieron ruptura prematura de membranas, el antecedente de miomatosis se encontró en un 6.90% de las pacientes. la inducción del trabajo de parto se realizó en 51 casos (87.93%) con oxitocina. la resolución del embarazo en el 100% fue cesárea. (ver tabla)

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Frecuencia %</b>
Preeclampsia severa	8	6.8
RPM	9	6.82
Trauma abdominal	2	3.44
Tabaquismo	4	6.90
Cocaína	0	0
Miomatosis	4	6.90
AAS	5	8.62
Inducción del T. de P.	51	97.93

### **PLACENTA PREVIA**

El número de pacientes que presentaron placenta previa fue de 68 que representa el 51.5% de la población total. Para poder evaluar la edad gestacional se clasificó en pretérmino y de término. El 91.7% fueron pretérmino, mientras el restante 8.8% fueron de término. La distribución en cuanto al tipo de presentación de placenta se muestra en el siguiente cuadro, siendo la implantación baja y la placenta previa total las que terminaron en shock y/o histerectomía.

<b>PRESENTACION DE LA PLACENTA.</b>	<b>N° DE CASOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Previa total	23	33.82
Parcial	10	14.71
Marginal	4	5.88
Inserción baja	31	45.59
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Las pacientes multigestas tienen mayor posibilidad de complicarse con Placenta Previa. De estas pacientes sólo 13 (17.11%) tenían antecedente de cesárea previa de las cuales 7.5% se complicaron con shock; a una se le efectuó histerectomía, otra tuvo coagulación intravascular diseminada (CID), dos se les realizó histerectomía y posteriormente presentaron CID. El antecedente de legrado intrauterino fue de 17.18%, y de estos el 13% se complicaron con shock. Culminando en Histerectomía dos de los casos y otros 2 tuvieron además CID.

El tabaquismo en estas pacientes fue aparentemente un factor de riesgo no muy importante debido a que sólo 11 pacientes fumaban. Sin embargo se reportó que el tipo de placenta con la que más se asocia el tabaquismo materno es con la inserción baja (45%) y la placenta total (36%) para este estudio. A continuación se muestra los resultados encontrados en relación con los factores de riesgo para los casos de placenta previa investigados:

FACTORES DE RIESGO.	Nº DE CASOS	FRECUENCIA (%)
Multigestas	42	61.76
Cesárea Previa	13	19.11
Lui	11	16.17
Tabaquismo	11	16.17

El 14.7% de las pacientes que presentaron Placenta Previa independientemente del tipo de esta se complicaron con shock hipovolémico en un

50%, el 30% restante terminó en histerectomía y el 20% se agregó CID. sólo se presentaron 2 casos de mortalidad materna (2.9%) y por otro lado se presentaron 6 casos de mortalidad fetal (8.8%).

### **RUPTURA UTERINA**

Se encontró que sólo el 4.5% de los casos fueron de ruptura uterina y el antecedente de cesárea se presentó en 83.3% de los casos; mientras que el uso de oxitocina se presentó en el 50% de las pacientes. Por otra parte el uso de prostaglandinas se presenta en el 33.3% de ellas, complicándose éstas con shock. Todas las pacientes eran multigestas y estaban en su mayoría dentro de edad fértil. No se encontró ningún caso en el que se reportará el uso de fórceps, así como de mortalidad tanto materna como fetal. La siguiente tabla muestra los factores de riesgo y su frecuencia para este estudio:

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>N° DE CASOS</b>	<b>FRECUENCIA (%)</b>
Cesárea previa	5	83.33
Oxitocina	3	50
Prostaglandinas	2	33.33
Multigestas	6	100
Fórceps	0	0

### **COMPLICACIONES**

En cuanto a las complicaciones de manera general, se encontró que de las 132 pacientes el 16% presentaron shock, de las cuales a 3 de ellas se agregó

CID, 4 se intervinieron quirúrgicamente y 3 presentaron una evolución desde shock-histerectomía-CID. El siguiente cuadro muestra los resultados:

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>N° CASOS</b>	<b>FRECUENCIA (%)</b>
Shock	21	15.9
Histerectomía	4	3.03
Coagulación intravascular diseminada	3	2.27

En cuanto a la mortalidad el 1.51% fueron maternas, 11.36% fueron fetales y la complicación principal fetal fue la prematuridad.

## DISCUSION

En este estudio nos enfocamos solo a las hemorragias de la segunda mitad del embarazo más comunes; en primer término se evaluó el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en donde éste se presentó con más frecuencia en mujeres de elevada paridad (3), en cuanto a los procesos hipertensivos el que se asoció con más frecuencia en este estudio fue la preclampsia severa en un 6.8% de las pacientes, en la literatura se reportan rangos de 6-15% dependiendo de cada autor, el 6.82% de los casos se asoció a ruptura prematura de membranas, lo reportado por Ananth CV y cols es de 6-25%, en la población en estudio solo el 6% de las pacientes tuvieron el antecedente de tabaquismo durante el embarazo aunque en menor porcentaje de lo reportado, esto puede estar influenciado por la idiosincrasia diferente de la mujer latina a la anglosajona.(1,2,3,4). Ninguna de las pacientes tuvo el antecedente de uso de cocaína, Chasnoff y cols han encontrado que el consumo de esta se asocia hasta en un 13% lo cual no es aplicable a nuestras pacientes por el diferente nivel de vida; en cuanto al uso de ácido acetil salicílico hubo pacientes que consumieron este medicamento pero ninguna por tiempo prolongado(3), en el 87.93% de las pacientes se utilizó oxitocina durante su trabajo de parto aunque no se conoce la dosis, dentro de las variables estudiadas no se incluyó la polisistolia que se debe principalmente al mal uso de oxitocina y que por resultado puede ocasionar DDPNI. Del total de los casos, el 100% fueron cesáreas; esto es debido a que los

casos que se solucionaron por parto, que seguramente se presentaron no se consignaron en los expedientes.

En cuanto a la placenta previa tenemos que se presentó con más frecuencia fue la inserción baja y la placenta previa total lo cual se corrobora con lo reportado por Williams y cols., de las pacientes con antecedente de cesárea previa que fue el 17.11%; es importante ver que 3 de estas pacientes culminaron en histerectomía obstétrica y que estas mismas pacientes fueron las que más se complicaron con shock hipovolémico y coagulación intravascular diseminada, mencionado por Miller DA y Lauria MA.(7,8) Es importante considerar que el tabaquismo se presentó solo en 11 pacientes los cuales correspondieron a inserción baja y placenta previa total, no hay literatura al respecto por lo que sería un factor importante a considerar en estudios posteriores.

En cuanto a la Ruptura uterina observamos que el 83.3% de los casos tenía el antecedente de cesárea, mientras que el uso de oxitocina se presentó en el 50% de los casos; el 33% de las pacientes usaron prostaglandina F2 alfa. Es difícil predecir si se debió a mal uso de medicamentos ó a una mal valoración en cuanto a la resolución de su embarazo.

## CONCLUSIONES

1. El factor de riesgo más importante para desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue uso de ocitócicos con 87.93%, miomatosis con 6.90%, preclampsia severa en el 6.82% y tabaquismo en el 6%.

2. El tipo de placenta previa que se presentó con más frecuencia fue inserción baja de placenta.

3. El factor de riesgo para Placenta Previa más frecuente fue cesárea previa y legrado previo.

4. El tabaquismo se asoció a inserción baja de placenta en un 45% y placenta previa total en un 36%

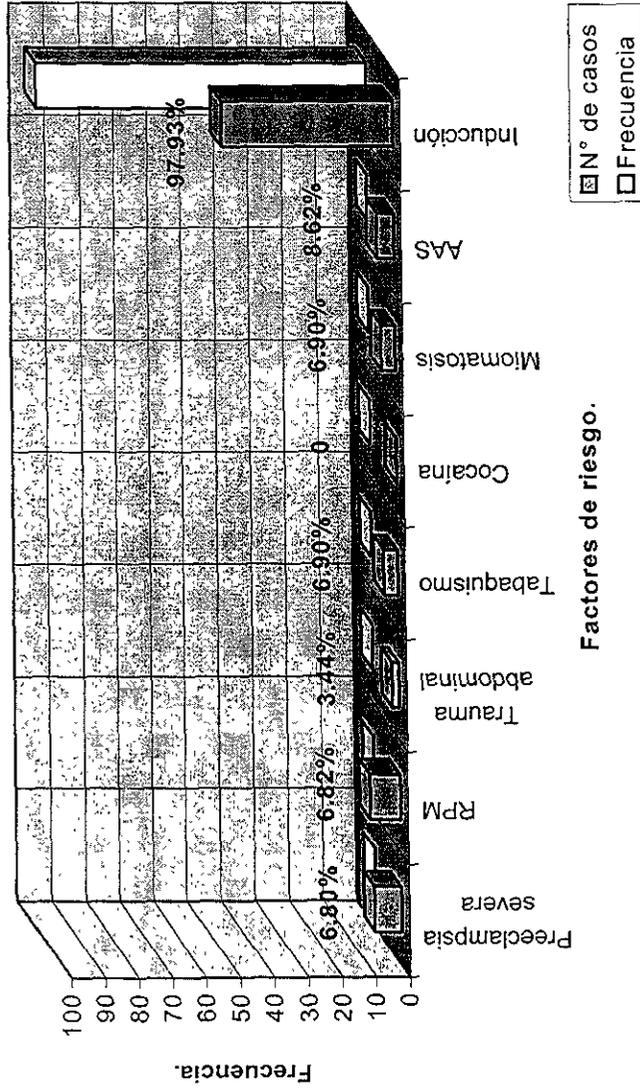
5. La principal complicación materna de placenta previa fue shock hipovolémico 50%, Histerectomía 30% y CID 20%.

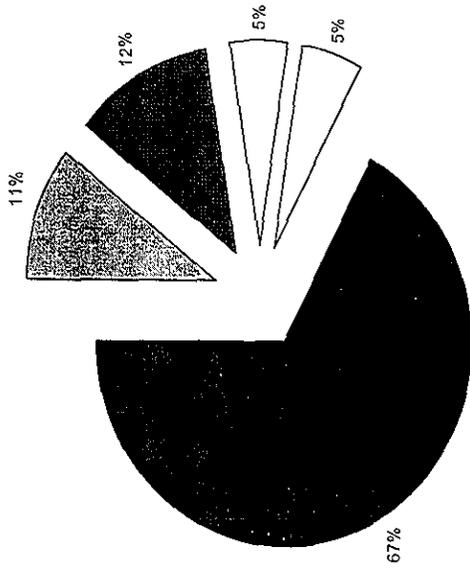
6. El 83.3% de los casos de Ruptura uterina tuvieron antecedente de Cesárea Previa.

7. El 16% de los pacientes estudiados presentaron shock hipovolémico, la mortalidad materna se presentó en el 1.5% de los casos y correspondieron en su totalidad a placenta previa. La mortalidad fetal fue de 11% y la principal complicación fetal fue la prematuridad.

8. Se requieren de estudios más específicos para determinar el riesgo relativo de cada uno de los factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta Previa y Ruptura uterina en relación con la población general de nuestro Hospital.

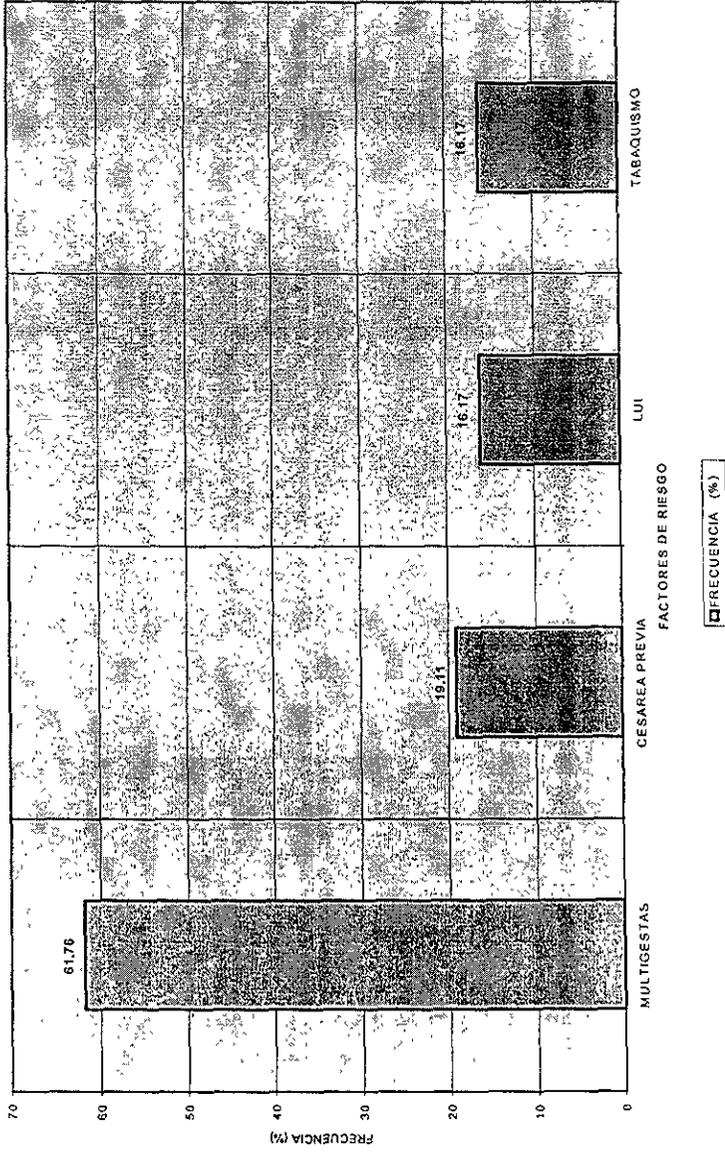
# DPPNI .



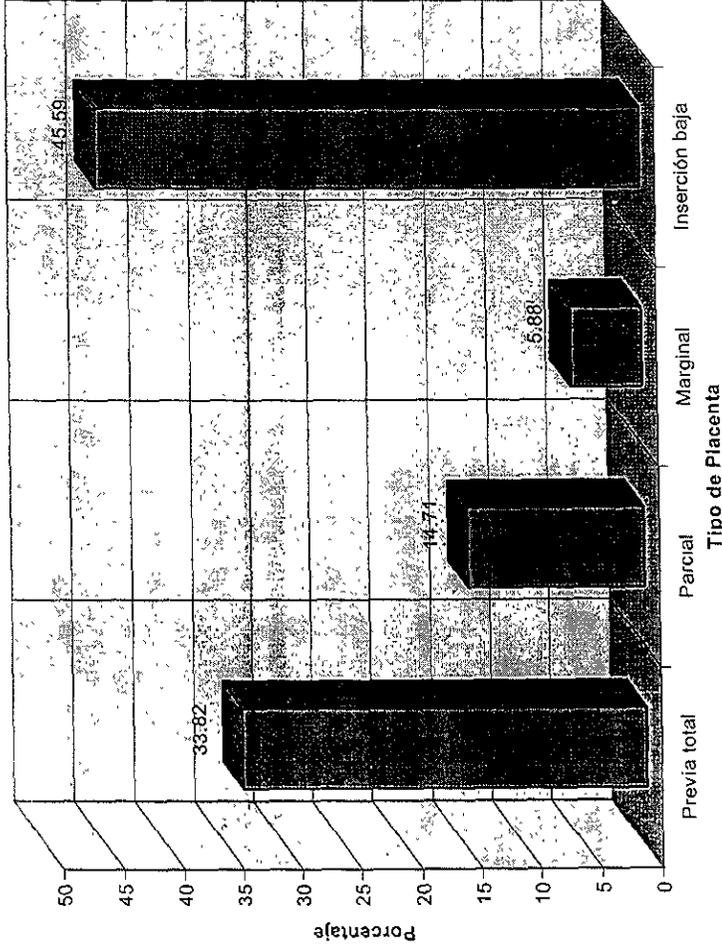


FACTORES DE RIESGO DE DPPNI.

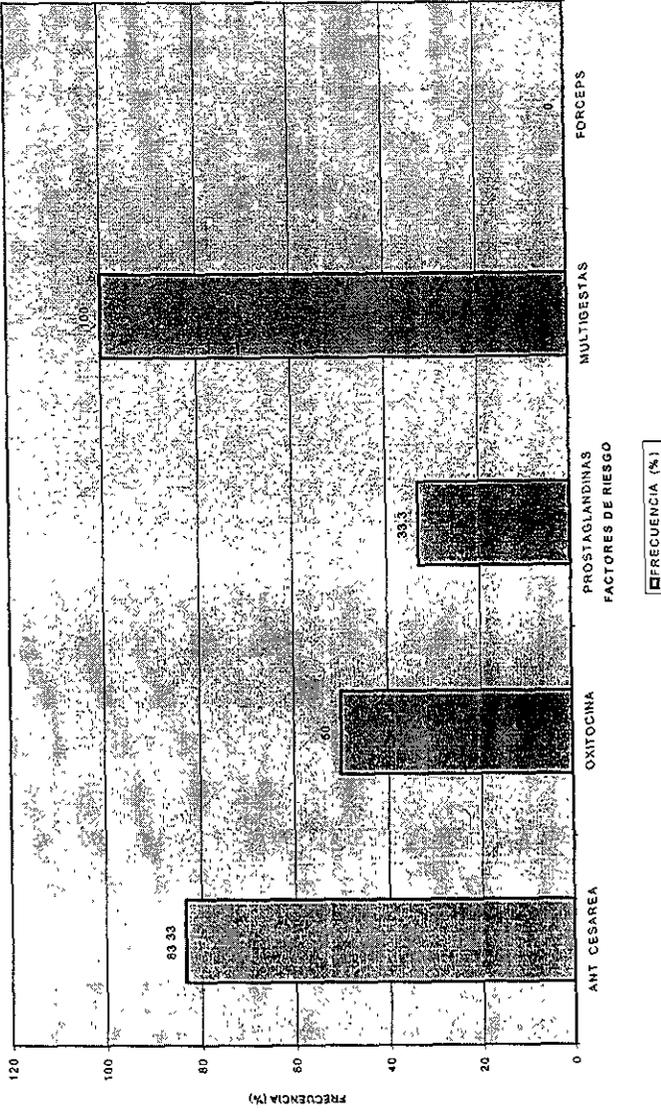
# PLACENTA PREVIA Y RELACION CON RIESGOS.



# PRESENTACION DE PLACENTA.

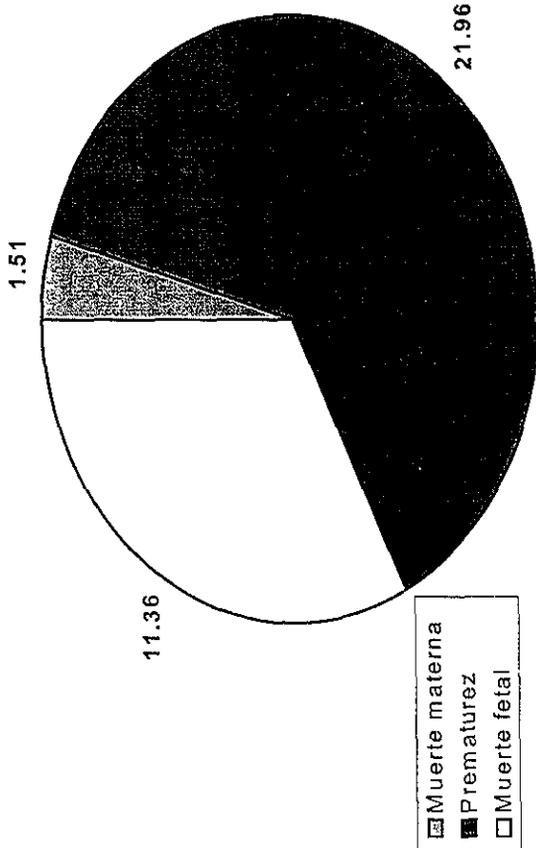


RUPTURA UTERINA Y RIESGOS.



ESTA TESTA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FRECUENCIA DE MORTALIDAD PARA EL 3er. TRIMESTRE DEL EMBARAZO.



## BIBLIOGRAFIA

1. Helguera MA. HELLP; Análisis de 102 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64:528-533.
2. Ananth CV. Maternal cigarette smoking as risk factor for placental abruption, placenta previa. *Am J Epidemiol* 1996; 144:881.
3. Ananth CV. Placental abruption and its association with hipertension and plonong rupture membranas. *Obst Gynecol* 1996; 88: 309-318.
4. Gogjin-wessel TA, Wouters Mg. Hiperhomocysteinemia: a risk factor for placental abruption or infartion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 66: 23-29.
5. Hauth JC, Goldenberg RL, Parker CR. Low dose aspirin: Lack of association with an increase in abruption or perinatal mortality. *Obst Gynecol* 1995; 85:1055-1058.
6. Mahon MA. Shock in abruption placentae. Characteristics. *Obstet Gynecol* 1994; 84:47-51.
7. Signore C, Sood AK, Richards DS. Second- trimestre Vaginal Bleeding. Correlation of ultrasonographic: findings with perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:336-340.
8. Greter JK, Hoogstrate. Magnesium uifate tocolysis and risk neonatal. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:1-6.
9. Miller DA. Clinical risk factor for placental previa with acreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-214.
10. Lauria MR, Smith R. The use of second-trimester transvaginal sonography to predictet placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8: 337-340.
11. Love CD. Pregnancies complicated by placenta previa. What is apropiate management? *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 864-867.
12. Chelmow D, Andrew DE. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet Gynecol* 1996; 87:703-710.
13. Akush R. Placenta praevia. A review of contradictory opinions on its incidence. *Gynecol* 1996; 35:43-45.
14. Taylor VM. Increase risk of placental previa among women of asian origin. *Obstet Gynecol* 1995; 86:805-808.
15. Leung W. Placenta previa and previous cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 1995; 51:25-31.
16. Miller DA, Goodwing TM. Intrapartum Rupture Of the unscarred Uterus. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 123-128.
17. Saglamants M, Vicdan K. Rupture of uterus. *Obstet Gynecol* 1995; 49: 9-15.
18. Ziadheh SM, Zacaira M. Intrapartum rupture uterus. *Obstetric in North Jourdan* 1996; 22: 209-213.
19. Zisow DL. Uterine rupture as a cause of sholder dystocia. *Obstet Gynecol* 1996; 87:818-820.
20. Williams. *Obstetrics*. Ed. Masson SA. 1996. 254-270

21. Sociedad de médicos cirujanos del Hospital Gineco-Obstetricia No. 4 del IMSS. Principales patologías que causan sangrado en la segunda mitad del embarazo. 1994. 179

ANEXO 1

FORMATO DE CAPTACION DE DATOS

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

CEDULA \_\_\_\_\_

**DPPNI**

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DURANTE EL EMBARAZO: SI \_\_\_ NO \_\_\_

TIPO: A) PRECLAMPSIA LEVE

B) PRECLAMPSIA SEVERA

C) HIPERTENSION GESTACIONAL

D) HIPERTENSION CRONICA

E) OTROS \_\_\_\_\_

R.P.M: SI \_\_\_ NO \_\_\_

TRAUMA ABDOMINAL: SI \_\_\_ NO \_\_\_

TABAQUISMO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ No de cigarros día \_\_\_\_\_

USO DE COCAINA: SI \_\_\_ NO \_\_\_

ANTECEDENTE DE MIOMATOSIS: SI \_\_\_ NO \_\_\_

USO DE ACIDO ACETIL SALICILICO EN EL EMB.

SI \_\_\_ NO \_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_ mg

TRABAJO DE PARTO INDUCIDO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ CON OXITOCINA \_\_\_\_\_

CON Pg \_\_\_\_\_

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO: PARTO \_\_\_\_\_ CESAREA \_\_\_\_\_

**PLACENTA PREVIA**

EDAD GESTACIONAL \_\_\_\_\_ SEMANAS

GESTA \_\_\_\_\_ CESAREA PREVIA SI \_\_\_ NO \_\_\_

ANTECEDENTE DE LUI: SI \_\_\_ NO \_\_\_

TABAQUISMO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ No. De cigarros día \_\_\_\_\_

**RUPTURA UTERINA**

ANTECEDENTE DE CESAREA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ No. de Cesárea \_\_\_\_\_

USO DE OXITOCINA: SI \_\_\_ NO \_\_\_

USO DE PROSTAGLANDINAS: SI \_\_\_ NO \_\_\_

No. DE GESTAS: \_\_\_\_\_

USO DE FORCEPS: SI \_\_\_ NO \_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES MATERNAS.**

SHOCK HIPOVOLEMICO: SI \_\_\_ NO \_\_\_

C.I.D: SI \_\_\_ NO \_\_\_

H.T.A.: SI \_\_\_ NO \_\_\_

OTRAS ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

**PRODUCTOS.**

COMPLICACIONES FETALES: \_\_\_\_\_