

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN EL PRIMER
TRIMESTRE DE GESTACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE
EMBARAZO NO EVOLUTIVO EN PACIENTE
ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic.Obst. Rosa María Pacohuanaco Condori

Lic.Obst. Daysi Pilar Espinoza Balcona

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN EL PRIMER
TRIMESTRE DE GESTACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO
DE EMBARAZO NO EVOLUTIVO EN PACIENTE
ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Rosa María Pacohuanaco Condori
Lic. Obst. Daysi Pilar Espinoza Balcona

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

Aprobadas por **MAYORIA** ante el siguiente jurado:

Dra. Nery Rafael Bernabé
Presidenta

Dr. Luis Fredy Choque Mamani
Secretario

Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Vocal

Mgr. Nelly Elizabeth Pantigoso Chambilla
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mgr. Nelly Elizabeth Pantigoso Chambilla**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 12366-2023-FACS-UNJBG del 12 de octubre del 2023, del Trabajo Académico titulado: **IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO NO EVOLUTIVO EN PACIENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, 2022**, presentado por la Lic. Obst. Rosa María Pacohuanaco Condori y la Lic. Obst. Daysi Pilar Espinoza Balcona. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 7 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del trabajo académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 18 de octubre del 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Nelly Elizabeth Pantigoso Chambilla
DNI: 00447676



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Rosa María Pacohuanaco Condori



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Daysi Pilar Espinoza Balcona



Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por
la oportunidad que nos brindó.

Agradecer a mi familia por el apoyo incondicional y comprensión en
todo instante.

Al personal del hospital por otorgarnos la oportunidad de obtener
datos en su totalidad en este trabajo académico.

A mis docentes de la segunda especialidad por nuestra formación
profesional.

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado salud y bienestar durante el proceso de formación universitaria y permitirme mantenerme fuerte frente a diferentes adversidades dentro de este proceso.

Con mucho cariño doy gracias a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional y comprensión en todo momento.

Rosa María

A Dios, por guiarme en este proceso y por ser mi fuente de fortaleza y sabiduría en este logro académico.

A mis padres que me impulsaron a tomar siempre buenas decisiones lo cual me ha ayudado a seguir adelante. A mi compañero de vida padre de mis hijos, tu amor y apoyo han sido la base de nuestro hogar. Gracias por la paciencia y comprensión que has brindado y sé que haces todo lo posible para ser un ejemplo para nuestros hijos. y este logro es nuestro, somos un equipo. También dedico a mis dos grandes amores mis hijos Gael y Derek quién ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme y seguir cumpliendo mis metas.

Daysi Pilar

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Justificación e importancia	6
1.4. Objetivos	18
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL	8
2.1. Fundamentos teóricos	8
2.1.1. Ecografía obstétrica	8
2.2. Definición de términos	18
2.3. Clasificación	22
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	32
3.1. Anamnesis	32
3.1.1. Filiación	32
3.1.2. Enfermedad actual	32

3.1.3. Antecedentes	33
3.1.4. Examen clínico/físico	35
3.1.5. Impresión diagnóstica	38
3.1.6. Tratamiento y evolución	38
3.1.7. Exámenes Auxiliares	61
3.1.8. Epicrisis	62
CAPITULO IV: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Marcadores del primer trimestre (USG obstétrico)	18
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Ecografía transvaginal de embarazo anembrionario.....	41
-----------------	---	----

RESUMEN

El desarrollo de la tecnología de imágenes por ultrasonido ha permitido evaluar el desarrollo de órganos y estructuras embrionarias desde etapas tempranas, identificando patologías de forma precoz. Actualmente, la ecografía es una herramienta diagnóstica crucial en obstetricia y ginecología, permitiendo valorar el tamaño, forma, localización y estructura de los órganos fetales. El uso de transductores transvaginales ha mejorado la calidad de las imágenes, facilitando la evaluación de diversos órganos y sistemas en el feto. La posibilidad de estudiar la embriología mediante ultrasonido sin dañar el organismo ha mejorado nuestra comprensión de la vida humana desde sus primeras etapas. La evaluación ecográfica en el primer trimestre del embarazo es esencial para manejar a las pacientes obstétricas y es un predictor clave de complicaciones, como el embarazo no progresivo. Un embarazo intrauterino viable, con saco gestacional presente y latidos cardíacos embrionarios, tiene una alta tasa de éxito (97%) y baja tasa de aborto espontáneo (3-5%). Factores de mal pronóstico en este período incluyen deformación del saco gestacional, saco vitelino anormal, bradicardia (<80 latidos por minuto), taquicardia y ausencia de embrión.

Desde su primer uso limitado a fetos en edades gestacionales avanzadas, la tecnología de ultrasonido ha evolucionado significativamente, integrando innovaciones en la práctica obstétrica habitual. Este trabajo académico busca reconocer la importancia de la ecografía obstétrica en el primer trimestre para diagnosticar embarazos no evolutivos, específicamente en paciente atendida en el hospital regional Manuel Núñez Butrón ,2022 mediante una investigación aplicada y descriptiva.

ABSTRACT

The development of ultrasound imaging technology has made it possible to assess the development of embryonic organs and structures from early stages, identifying pathologies early. Today, ultrasound is a crucial diagnostic tool in obstetrics and gynecology, allowing the assessment of the size, shape, location and structure of fetal organs. The use of transvaginal transducers has improved the quality of images, facilitating the evaluation of various organs and systems in the fetus. (2) The possibility of studying embryology by ultrasound without damaging the organism has improved our understanding of human life from its earliest stages. Ultrasound evaluation in the first trimester of pregnancy is essential to manage obstetric patients and is a key predictor of complications, such as non-progressive pregnancy. A viable intrauterine pregnancy, with a present gestational sac and embryonic heartbeat, has a high success rate (97%) and a low spontaneous abortion rate (3-5%). Poor prognostic factors in this period include deformation of the gestational sac, abnormal yolk sac, bradycardia (<80 beats per minute), tachycardia, and absence of embryo.

Since its first use limited to fetuses at advanced gestational ages, ultrasound technology has evolved significantly, integrating innovations in routine obstetric practice. This academic work seeks to recognize the importance of obstetric ultrasound in the first trimester to diagnose non-evolving pregnancies, specifically in patient treated at the Manuel Núñez Butrón regional hospital between 2022, through applied and descriptive research

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por objetivo dar a conocer la importancia de la ecografía que en la actualidad es uno de los más utilizados resultandos ser el procedimiento preciso y oportuno para confirmar un embarazo no evolutivo.

La ecografía obstétrica es uno de los exámenes de ayuda diagnóstica, más utilizados en el campo de la obstetricia y precisos para la confirmación de ciertas patologías que pudieran afectar a las gestantes, independiente de su edad y cuadro clínico. (2)

La importancia de la ecografía del primer trimestre define la edad gestacional, corroborar la viabilidad del embrión; y los parámetros que se evalúan en el primer trimestre para el diagnóstico de embarazo no evolutivo asimismo es primordial para su evaluación fetal en el primer trimestre para tener con exactitud la edad gestacional e identificar los embarazos múltiples, embarazos no viables y otras patologías. Actualmente, se utiliza el transductor transvaginal para mejorar la calidad de las imágenes, logrando una mayor resolución y claridad en las estructuras. Esto facilita la evaluación del desarrollo y la presencia de diversos órganos y sistemas en el embrión. (2)

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón vienen gestantes que

en la mayoría son diagnosticadas por ecografía, entre pacientes que desconocen su fecha última menstruación, usuarias de método anticonceptivo que dejaron de usarlas, otras adolescentes y pacientes menopáusicas por lo cual son diferentes factores asociados a un embarazo no evolutivo.

En el presente trabajo nos vamos a referir a la importancia de la ecografía obstétrica en el primer trimestre de gestación para el diagnóstico de embarazo no evolutivo.

Hemos podido demostrar que el estudio realizado con ayuda de la ecografía obstétrica es de gran importancia por ser sensible y decisiva para el manejo del diagnóstico de embarazo no evolutivo y así actuar con el tratamiento adecuado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La sociedad española de ginecología y obstetricia en el año 2015, determina que el objetivo de la ecografía obstétrica en el primer trimestre tiene como finalidad concluir el número de embriones, el latido cardiaco del embrión, la edad gestacional, determinación de patología uterina y otras patologías igualmente determina el tiempo para la próxima ecografía anatómica en el segundo trimestre que se valora cada órgano fetal y otros parámetros importantes para el desarrollo del embarazo (1).

Asimismo, en ese sentido, Ronquillo, Monar, Cañelos (2021), resaltan la importancia de la ecografía obstétrica radica en la identificación de los riesgos maternos o fetales que se pueden presentar en un embarazo, teniendo en cuenta que el primer trimestre del embarazo es de alto riesgo, siendo la ecografía un examen no invasivo ni riesgoso para la madre ni el embrión, por cuanto lo que se realiza es una valoración y seguimiento del desarrollo embrionario, en el que, realiza un estudio anatómico precoz y otros factores que determinan la viabilidad óptima del feto (2).

Del mismo modo, Obando, Quesada, Vargas, Vargas (2008) señalan en las ecografías obstétricas se evalúan las primeras imágenes del embrión, el flujo sanguíneo en el cordón umbilical, (además se evalúan diversos parámetros es en cada semana del embarazo, por cuanto en la 5ta semana se observa la aparición del saco gestacional, en la 6ta semana se observa la aparición y formación del embrión ,siendo la 7ma semana de importancia porque se visualiza y se analiza la viabilidad del embrión, tras la aparición del latido cardíaco y luego de manera constante se va desarrollando hasta que en la semana 12 se realiza la ecografía genética y se evalúa la continuación del desarrollo embrionario (3).

Bendezú (2018), resalta que es de carácter esencial la ecografía en el primer trimestre, debido a que permite diagnosticar una gestación múltiple y se pueda realizar una adecuada localización del embrión en el útero, de la misma forma se pueda determinar un adecuado seguimiento a las amenazas de aborto y diagnosticar cualquier riesgo de alteración cromosómica en el feto (4).

Por eso, como señala Artal (2021), lo recomendable durante una gestación se realiza en la primera visita prenatal que se realiza entre la sexta a octava semana, para poder reducir el riesgo gestacional y se pueda realizar una atención prenatal sistematizada que ayude a salvaguardar la vida de la futura mamá y el embrión (5). Además, señala

Rodríguez y Valle (2016), el ultrasonido en la actualidad no es considerado como una herramienta de riesgo, si no, por el contrario, es considerada como una herramienta esencial en la que se evalúan el estado de bienestar del embrión o feto (6).

Por ello, se debe considerar como herramienta a la ecografía obstétrica en el primer trimestre, en una gestante es esencial, por cuanto nos permite analizar y evaluar el desarrollo que tienen el embrión durante las primeras semanas de formación, en la que, se evalúa la viabilidad y se puede evitar algún riesgo es la gestante al poderse determinar si es un embarazo extrauterino o embarazo anembrionario y analizar los riesgos de aborto espontáneo que puede padecer las gestantes de acuerdo a los diferentes factores biológicos o sociales.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la importancia de la ecografía obstétrica en el primer trimestre para el diagnóstico de embarazo no evolutivo en paciente atendida en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2022?

1.3. Justificación e importancia

La presente investigación servirá como una herramienta científica actualizada con el fin de apoyo a los profesionales de la salud y así lograr profundizar sus conocimientos sobre la ecografía en las gestantes sobre todo enfatizar en el primer trimestre, y a través de ello conocer el bienestar del embrión y así poder realizar una valoración integral de la gestante con el diagnóstico adecuado.

Este trabajo académico también permitirá destacar la importancia de la ecografía en las primeras semanas de gestación., realizando la manera práctica en las exploraciones en las gestantes sin riesgos, y se pueda reducir las complicaciones de la gestante en el primer trimestre, ante la presencia de un embarazo no evolutivo, anembrionario y posible riesgo de aborto. El aborto se define como la expulsión o extracción de un embrión del útero materno cuando su peso es igual o inferior a 500 gramos. Entre los tipos de aborto se encuentra el llamado aborto por embarazo anembrionario, que ocurre cuando un óvulo fértil se implanta en la cavidad del útero y solo se desarrolla el saco gestacional y se forme un embrión dentro de él. Por esta razón, este tipo de aborto concluye con la expulsión del saco gestacional.

La detección temprana del embarazo anembrionario se realiza principalmente mediante ultrasonografía. Este examen proporciona la oportunidad de diagnosticar el problema a tiempo y tomar medidas

preventivas durante el embarazo, lo cual es crucial para evitar complicaciones como hemorragias para la paciente. Es fundamental, por tanto, comprender las características específicas de la mujer embarazada con embarazo anembrionario.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la importancia de la ecografía obstétrica en el primer trimestre para el diagnóstico de embarazo no evolutivo en paciente atendida en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón ,2022.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar los parámetros que se evalúan en una ecografía del primer trimestre para el diagnóstico de un embarazo no evolutivo.
2. Identificar los signos y síntomas de un embarazo no evolutivo.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Fundamentos teóricos

2.1.1. Ecografía obstétrica

La ecografía es considerada como la técnica, que le permite al personal de salud a través del uso del ultrasonido analizar los diferentes órganos que tiene el cuerpo humano. Por eso que, la imagen generada a través de la ecografía permite que se represente el órgano de la persona; en la captación de los sonidos por el ecógrafo se encuentra determinado por el ciclo, la longitud de onda, frecuencia por unidad de tiempo y la amplitud que puede existir (17). Es por ello que, la ecografía en las mujeres embarazadas es algo imprescindible para poder determinar el diagnóstico del desarrollo del feto en el vientre materno, asimismo, se pueda determinar las patologías que pueda tener una mujer gestando, razón de ello, se ha considerado lo importante que es la ecografía para determinar de manera precoz las posibles patologías, asimismo, le permitan escuchar a la madre los latidos del corazón del feto (18).

El uso de la ecografía en el área de obstetricia y Ginecología significó un gran avance científico, ya que no es un método invasivo en la observación de los diferentes aparatos genitales de la mujer, y también

porque permite observar al embrión con mayor información, por ello, es el instrumento más utilizado por los ginecólogos y obstetras, y además la tecnología ha ido evolucionando con los años, permitiendo el desarrollo de la ecografía tridimensional, dejando atrás la ecografía bidimensional (19).

Además, también se ha indicado, que es un método de control con bajo riesgo obstétrico durante la gestación, llegando a ser un procedimiento seguro y no invasivo, que nos permite determinar el bienestar fetal, convirtiéndose en una herramienta para el adecuado seguimiento del embarazo y la detección de manera oportuna de las complicaciones que se pueden presentar durante la gestación y se pueda garantizar una adecuada evaluación (13).

Exploración ecográfica en el primer trimestre

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sugiere realizar la ecografía entre la octava y la duodécima semana de gestación. El objetivo de esta ecografía es evaluar la viabilidad del embarazo y confirmar la presencia del embrión junto con su actividad cardíaca.

a) Localización del saco gestacional

En muchos casos, se ha utilizado una sonda vaginal, es posible determinar el saco o vesícula gestacional a partir de la quinta semana, a veces se pueden ver ya desde la cuarta semana. Por otro lado, con la sonda abdominal, es posible visualizar el embarazo entre la quinta y la

sexta semana de gestación.

Generalmente, se evalúan los tres diámetros del saco gestacional para realizar su medición, y se utiliza su promedio para estimar la edad gestacional. Sin embargo, esta metodología es menos precisa que la medición de la longitud cráneo-caudal del embrión (LCC) o Crown Rump Length (CRL). Dado que se emplea esta última para evaluar la edad gestacional cuando el embrión es visible, generalmente en la cuarta y sexta semana de gestación. Se estima que esta medición tiene una precisión de aproximadamente ± 5 días. Una vez que el embrión es visible, se utiliza la longitud corono-nalga para una estimación más precisa.

Es fundamental no confundir la vesícula gestacional, que aún no presenta el embrión, con la pseudo vesícula. La vesícula gestacional se caracteriza por un anillo hiperecogénico que rodea una vesícula hipoecogénica de forma regular, donde se localiza el embrión. En contraste, la pseudo vesícula no tiene este anillo hiperecogénico y muestra una forma irregular. (10)

b) Saco vitelino

Normalmente, es la primera estructura que se puede ver en el saco gestacional, y se observa aproximadamente en la cuarta y quinta semana de gestación. Es crucial reconocer correctamente el saco gestacional. Posteriormente, se observará el botón embrionario en su proximidad. Generalmente se visualiza cuando la vesícula alcanza unos

ocho milímetros. Su apariencia membrana anular eco refringente y su tamaño es inferior a seis milímetros. Si supera este tamaño, recomendamos una supervisión seguida de la gestante, ya que puede estar asociado, problemas cromosómicas o anomalías. (10)

c) Presencia o ausencia de embrión

El embrión puede visualizarse una semana antes con la sonda vaginal que, con la sonda abdominal, en la quinta y sexta semana.

La porción del embrión se puede observar en la intersección entre la cavidad amniótica y el saco vitelino.

d) Número de embriones

Mediante el uso de una sonda vaginal, se pueden identificar los sacos amnióticos y el crecimiento del trofoblasto, lo que facilita la determinación del tipo de gestación múltiple. Es fundamental distinguir entre las gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas y las monocoriales monoamnióticas, siendo estas últimas poco comunes y con importantes implicaciones durante el embarazo y el parto. (10)

e) Vitalidad embrionaria: Latido cardiaco

Usando una sonda vaginal, los latidos del embrión se detecta a la sexta semana relativamente. Probablemente se verá el embrión antes de visualizar si hay latidos o no. Se debe visualizar los latidos del embrión con una longitud cráneo-caudal (LCC) mayor de cinco milímetros, que

corresponde a la sexta semana. En cambio, con la sonda abdominal, esto demora una semana o más, especialmente si la gestante tiene obesidad. (10)

f) Biometría del embrión: Longitud Cráneo Caudal (LCC)

Durante la séptima y octava semana de gestación, es posible diferenciar entre el torso y la cabeza del embrión, dependiendo del tipo de sonda utilizada. La longitud cráneo-caudal es un método preciso que determina la edad gestacional del embrión. No obstante, su uso no es recomendable después de la semana 12, ya que en esta etapa el embrión comienza a flexionarse y extenderse, lo que disminuye la exactitud de la medición. (11)

2.1.2. Embarazo no evolutivo

Es un embarazo en el que, debido a una complicación, no se detecta actividad fetal, lo que da lugar a las siguientes entidades patológicas: (8)

Criterios de gestación no evolutiva:

- Una reacción endometrial pobre, caracterizada por la línea endometrial heterogénea menor de seis milímetros, dificulta la concepción de manera poco frecuente.
- Ausencia del signo del doble saco decidual.
- Posición baja del saco gestacional en el útero.

- Saco gestacional identificado mediante ecografía transvaginal con un diámetro promedio de trece milímetros o más sin vesícula vitelina, o con un diámetro promedio superior a dieciocho milímetros sin embrión visible.
- Vesícula vitelina de más de cinco milímetros sin embrión visible.
- Embrión con longitud cráneo-nalgas de seis milímetros o más, sin actividad cardíaca.
- Ausencia de actividad cardíaca después de las 6.5 semanas de gestación.
- La bradicardia (latidos cardíacos < 100 lpm) entre las semanas 5 y 8 no tiene relevancia si se realiza solo una medición y debe tomarse en cuenta en evaluaciones posteriores. Falta de crecimiento tras 7-10 días.
- La presencia de una mega vesícula (vesícula vitelina > 6 mm) y hematomas retrocoriales se asocia con la pérdida del embarazo, cromosomopatías y resultados obstétricos desfavorables. (8)

2.1.3. El embarazo anembrionado

Se trata de una condición clínica en la que se presenta un embarazo intrauterino, pero el desarrollo no ocurre de manera adecuada; en este caso, se observa únicamente un saco gestacional vacío, sin indicios de un embrión en su interior. (8)

Los Factores De Riesgo Básicamente se Basan en tres Grandes

Categorías:

- a. **Macroambiente:** Se refiere al contexto económico y cultural en el que se encuentra la mujer embarazada.
- b. **Microambiente:** Engloba todas las características de la madre que no están vinculadas al macroambiente.
- c. **Microambiente:** Incluye los factores relacionados con el feto, la placenta, el cordón umbilical y el líquido amniótico. La ausencia de detección de los latidos cardíacos fetales durante un examen físico puede indicar muerte fetal, aunque esta señal no es definitiva y debe confirmarse a través de una ecografía. Es fundamental llevar a cabo una investigación detallada para identificar la causa del óbito y/o posibles factores de riesgo. (8)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO NO EVOLUTIVO POR MEDIO DE LA ULTRASONOGRAFÍA

a) Criterios Mayores

- Sensibilidad del 29% y 41% y especificidad del 100%.
- Ausencia de embrión en el saco gestacional con un diámetro superior de 25 mm.
- Ausencia de visualización del saco vitelino en un saco gestacional con un diámetro superior de 20 mm.

b) Criterios Menores

- Reacción decidual menor de 2 mm.
- Saco gestacional irregular
- Sin observación del doble reacción decidual.
- Implantación del saco gestacional en posición baja. (3)

c) Tabla de hallazgos ecográficos en sacos gestacionales con mal pronóstico

• Embrión

- Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con más de 5 milímetros.
- Falta actividad cardíaca después de la sexta semana.

• Vesícula Vitelina y Amnios

- Vesícula vitelina más de 5 milímetros sin embrión activo.
- Vesícula vitelina calcificado

• Saco Gestacional

- Diámetro mayor de 18 milímetros sin visualización de embrión vivo.
- Diámetro mayor de 8 milímetros sin visualización de vesícula vitelina visible.

- **Forma y Posición**

- Forma irregular, ubicación baja.

- **Reacción Trofoblásticas**

- Trofoblástica irregular con menor a 2 milímetros.

- **Crecimiento**

- Crecimiento del saco gestacional de 0,6 mm o menos por día.
- Ausencia de crecimiento embrionario.
- Desajuste entre el tamaño del saco y los niveles cuantitativos de la subunidad B de la hormona gonadotropina coriónica. (3)

d) Gestación interrumpida

- **La confirmación de la muerte embrionaria**

- Inactividad de los latidos embrionarios cuando la longitud cráneo-caudal es igual o superior a 10 mm. (3)

Marcadores Ecográficos Tempranos de Gestación Evolutiva:

Alteraciones del Saco Gestacional.

- Este suele aparecer en 28 y 30 días después del inicio de la última menstruación.
- La subunidad Beta debe ser vista cuando supera las 250 mU/mL y se observa al alcanzar entre 650 y 1000 mU/mL

- Saco irregular.
- Disminuye su tamaño.
- Cambios en la ecogenicidad.

Alteraciones del Amnios.

- Rotura prematura de membranas.
- Se altera debido a los pliegues articulares.
- Afectación en el desarrollo y tono muscular.

Alteraciones de la Vesícula Vitelina.

Mide hasta 6 milímetros. Ecográficamente, se pueden observar:

- Vesícula vitelina: de color blanco o hiperecogénica.
- Vesícula vitelina muy pequeña.
- Vesícula vitelina muy grande, mayor a 7 milímetros.

Funciones

- Es el órgano que inicia la hematopoyesis y la circulación del embrión.
- Desempeña funciones metabólicas y de transporte en la madre como en el embrión.
- Contribuye al desarrollo del intestino medio y al cierre de la pared

abdominal, lo que puede dar lugar a un onfalocele si se presenta un fallo temprano. (6)

Tabla 1

Marcadores del primer trimestre (USG obstétrico)

MARCADOR	1ER APARICION USG TRANSVAGINAL (SDG)	1ERA APARICION TRANS-ABDOMINAL (SDG)	DIAMETRO DE SG (MEDIA)	GCH-B (IU)
Engrosamiento endometrial	3 ½ a 4	-	-	<1200 Duplicado cada 48 hrs.
Saco gestacional (SG)	4 ½ a 5	5 ½	5 milímetro (crece 0.6-1mm diario)	1000-1200 (obligatorio >2000)
Saco vitelino (NL<6milímetros)	5 a 5 ½ Degradación 10 a 12 SDG	6	8 milímetro (obligatorio 13 mm)	>5,000-7,000
Embrión (disco embrionario 1-2milímetros)	5 ½ a 6	6 ½ -7	5 a 12 milímetro	>11.000
Actividad cardiaca visible (embrión 4-5 milímetros)	5 ½ a 6	7-8	16-20 milímetro	>35,000

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Embrión:** Es un conjunto de célula que conforman el cigoto y tienen una identidad biológica propia para poder generar un nuevo individuo, que genéticamente tiene un vínculo con otros seres vivos que son los progenitores, haciendo que la persona cuando complete

su desarrollo pueda ser autónoma, pero, mientras es embrión debe adquirir diferentes proteínas y nutrientes de la progenitora en el que se encuentra. Por eso el embrión es considerado como un sistema combinado irreductible y nuevo en el ámbito genético para permitir el desarrollo del cigoto (28).

- b) **Vesícula Vitelina:** Es una estructura observable en el interior del saco gestacional. Su detección en una ecografía de verificación confirma la presencia de un embarazo intrauterino. Alrededor de la cuarta o quinta semana, su tamaño es de aproximadamente tres milímetros, y aumenta en promedio un milímetro al día en las primeras etapas del embarazo. Al llegar a las diez semanas, alcanza un tamaño de seis milímetros y aparece como un disco redondeado con un borde brillante dentro del útero.
- c) **Mola Hidatiforme:** Se refiere a la proliferación anormal del tejido que forma la placenta. En la mayoría de los casos, estos tejidos que dan lugar al feto no están, en consecuencia, se trata principalmente en gestaciones anembrionadas.
- d) **Complicaciones:** Es denominada como el efecto y la acción de generar una dificultad en el desarrollo de un procedimiento o tratamiento que realiza una persona, produciendo efectos que pueden ser leves o genera deceso del individuo por consecuente de infecciones y otras que dificulta realizar un adecuado procedimiento

y tratamiento (30).

- e) **Aborto Frustrado:** Es considerada como un trastorno donde se ha evidenciado una muerte del embrión o feto inmaduro, pero no ha sido expulsado cuando ya se tiene más de 8 semanas de embarazo; por eso, durante la ecografía del primer trimestre se evalúa los movimientos fetales, para evaluar el estado del feto, así como presencia de otros síntomas como sangrado, disminución de síntomas del embarazo u otras señales de alerta (33).

- f) **Embarazo Ectópico:** Es considerada como una situación de emergencia que se presenta durante el primer trimestre y puede ocasionar el fallecimiento de la gestante, porque el blastocisto se implanta de manera inadecuada en una cavidad uterina diferente al endometrio, representando un riesgo con alta tasa de morbilidad y mortalidad en la gestante; la mayoría de la implantación en un embarazo ectópico se encuentran ubicadas en las trompas de Falopio o en el cuerno uterino rudimentario (34).

- g) **Ecografía Transvaginal:** Este examen se utiliza para evaluar la vagina, el útero, los ovarios, el cuello uterino, las trompas de Falopio, la vejiga y toda el área pélvica en mujeres. El procedimiento implica la inserción de un dispositivo llamado transductor en la vagina, que emite ondas sonoras (ecografía) que rebotan en los órganos internos de la pelvis, generando imágenes que ayudan en el diagnóstico. A

diferencia de las radiografías convencionales, este estudio no expone al paciente a radiación.

- h) **Factor De Riesgo:** Se refiere a factores obstétricos que incrementan la posibilidad de enfrentar complicaciones durante el embarazo, el parto o el periodo de posparto.
- i) **Riesgo:** Se define como la probabilidad de enfermar o morir. Se refiere a la probabilidad de estar expuesto a una situación de enfermedad.
- j) **Edad:** Es el período del tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento actual.
- k) **Paridad:** Se define como la categorización de una mujer en función del número de hijos nacidos vivos y de fetos que no han sobrevivido que ha tenido a lo largo de su vida.
- l) **Antecedentes De Abortos:** Se refiere a la pérdida de un embrión o feto que ocurrió en gestaciones anteriores, puede ser tanto espontánea como provocada.
- m) **Infección Tracto Urinario:** Bacterias comunes que infectan a las vías urinarias durante el embarazo, que incluyen la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis.
- n) **Automedicación:** Se refiere al consumir medicamentos sin receta, hierbas por recomendación de una tercera persona, sin consultar a

un médico.

- o) **Diabetes Mellitus:** Enfermedad prolongada, ocurre en el páncreas y no produce suficiente insulina o el cuerpo no puede utilizar la insulina que se produce.
- p) **Nivel De Instrucción:** Nivel de educación formal que completo un individuo. Y clasifica en categorías: analfabeta, educación primaria, educación secundaria y educación superior.
- q) **Tabaquismo:** Se refiere a un individuo adicta al tabaco y fuma una cantidad de cigarrillos, incluso uno, durante el último mes.

2.3. CLASIFICACIÓN

2.3.1. Embarazo no evolutivo

Es la interrupción de manera prematura el embarazo, que frecuentemente sucede durante el primer trimestre por diferentes anomalías cromosómicas en el embarazo, y puede ser por un embarazo anembrionado, ectópico, muerte embrionaria, y aborto (23).

Criterios de gestación no evolutiva:

- Reacción endometrial deficiente: Es poco común concebir con una línea endometrial heterogénea menor de seis milímetros.
- Falta del signo de doble saco decidual.
- Saco gestacional posicionado baja en el útero.

2.3.2. Embarazo anembrionado

Este embarazo se determina la presencia de un saco gestacional mayor de 18 milímetros sin visualización de la vesícula vitelina o de la presencia del embrión, así también, se puede decir que sucede cuando el embrión mayor de 5 mm no tiene actividad cardiaca (24).

2.3.3. Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico se presenta porque el embrión se ha implantado en un tejido diferente al endometrio, en el 95-97% de estos embarazos, el embrión se ubica en la trompa y del 2 – 5% se ubica en la porción intersticial de la trompa. Los síntomas más comunes de estos embarazos se realizan por una ligera metrorragias, dolor pélvico moderado y palpación de una masa uterina, y se detecta con la ecografía (25). También es conocido como embarazo tubárico o cervical, por cuanto, se tiene una localización en las trompas de Falopio o a nivel cervical; se ha detectado diferentes causas como un defecto congénito en ambas trompas de Falopio, cicatrización de la ruptura de apéndice e infecciones pasada a los órganos reproductivos, presencia de endometriosis o del DIU, antecedentes de embarazo ectópico, reversión de la ligadura, múltiples compañeros sexuales y por otros factores (26).

2.3.4. Aborto

Es la terminación del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, donde el feto pesa menos de 500 gramos, y puede tener diferentes factores como la presencia de una diabetes mal controlada o genética, la presencia de síndrome antifosfolípido, es por ello, que ante la presencia del sangrado y se puede prevenir estos mediante la ecografía en la que confirma un embarazo intrauterino y se determine que el saco gestacional es menor a 1 milímetro, o presencia de una forma irregular y se debe realizar este diagnóstico entre la 6 y 7 semana para determinar la viabilidad del feto (24).

2.4. INCIDENCIA

Se produce con mayor frecuencia en el primer trimestre y en aproximadamente el 80% de los casos está relacionado con una anomalía cromosómica del embrión.

2.5. ETIOLOGÍA

En el 80 % de los casos, las causas del embarazo anembrionado se deben a alteraciones cromosómicas en el óvulo y/o el espermatozoide. Este fenómeno ocurre como resultado de un error en la codificación durante la fecundación y la interrupción temprana del desarrollo embrionario. Otra causa posible es la división anormal del embrión tras la fecundación. (20)

2.6. FACTORES DE RIESGO

2.6.1. Paridad

Se refiere a la categorización de una mujer en función del número de hijos nacidos vivos y de fetos que no han sobrevivido. Cada embarazo implica un desgaste físico para la mujer, por lo que se recomienda un intervalo adecuado entre un embarazo y otro; sin embargo, esto no siempre es factible en mujeres con múltiples partos o con una gran cantidad de hijos.

2.6.2. Antecedentes de Abortos

Se refiere a la pérdida del embarazo ocurrida en gestaciones anteriores, tanto espontánea como provocada. Se considera el 85% de los casos de abortos espontáneos se deben a embarazos no evolutivos, los cuales pueden ocurrir antes o después de detectarse un embarazo.

2.6.3. Infección Del Tracto Urinario

Se produce cuando microorganismos ingresan al tracto urinario y provocan una infección. En las mujeres, es un evento común que se incrementa con la edad; hasta el 50 % de ellas puede experimentar una infección del tracto urinario en algún momento. Este es un problema de salud que impacta a miles de personas anualmente.

2.6.4. Automedicación

Es el uso de medicamentos por iniciativa propia, sin receta médica ni diagnóstico, son actividades realizadas por el individuo sin la atención médica. La automedicación se relaciona con analgésicos, antibióticos y antihistamínicos

2.6.5. Diabetes Mellitus

Se trata de un grupo de trastornos metabólicos, siendo su rasgo distintivo la elevación de los niveles de glucosa en la sangre. La hiperglucemia, que caracteriza a la diabetes, indica, en última instancia, una deficiencia de insulina o un problema en la forma en que esta hormona actúa sobre los tejidos.

2.6.6. Tabaquismo

Se considera una enfermedad crónica con características adictivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasifica como un trastorno mental. Las mujeres que fuman durante el embarazo corren el riesgo de enfrentar diversas complicaciones, que pueden dar lugar a problemas como placenta previa, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia antes del parto, partos prematuros, abortos espontáneos, bajo peso al nacer y muerte súbita del recién nacido, además de afectar el desarrollo físico del niño.

(20)

2.6.7. Nivel De Instrucción

Se refiere al grado de educación alcanzado por una persona, que se clasifica en analfabeto, primaria, secundaria y superior. (20)

2.7. FISIOPATOLOGÍA

Las causas del embarazo anembrionado suelen ser las mismas que desencadenan un aborto espontáneo. Estas causas influyen principalmente anomalías cromosómicas y anomalías embrionarias de origen genético, infeccioso o congénito que dificulta el desarrollo del embrión. El resumen, el embrión comienza a desarrollar, pero se paraliza por el motivo de las alteraciones antes de que pueda ser visible en la ecografía. El embrión deja de desarrollarse antes de 1 milímetro, lo que resulta en la falta de visualización y se le asigna el término de "anembrionado". (12)

En la evolución natural de un embarazo anembrionado, el producto de la concepción humano se desarrolla como un óvulo con dos grupos de células: una interna y otra externa. Tras la implantación, la masa externa se transforma en la placenta y los tejidos extraembrionarios, mientras que la masa interna se especializa para dar lugar al embrión y sus órganos. Si ocurre algún problema durante este proceso embrionario, el desarrollo del embrión se detiene. Sin embargo, los tejidos placentarios pueden continuar desarrollándose y mantener los síntomas del

embarazo, aunque no hay embrión presente.

En el embarazo, generalmente es en la décima a doceava semana, que ocurre sangrado vaginal o una amenaza de aborto. Este sangrado a menudo conduce a un aborto, ya que la falta de embrión, impide que estos tejidos placentarios continúan desarrollando, dependiendo de su edad gestacional.

Frecuencia: En embarazos clínicamente reconocidos, los abortos espontáneos ocurren con una frecuencia superior al 15%. Dentro de todos los casos de aborto, el embarazo anembrionado puede representar entre el 10% y el 50%. Previo a los avances en sonografía transvaginal y en pruebas de embarazo ultrasensibles, era complicado realizar este diagnóstico. Sin embargo, actualmente, muchos embarazos anembrionados se identifican antes de que se produzca una pérdida espontánea. (12)

2.8. FORMAS CLINICAS

Hay diferentes enfoques terapéuticos disponibles para tratar un embarazo anembrionado. (5):

2.8.1. Tratamiento Conservador

Con este enfoque, no se lleva a cabo ningún tratamiento y se opta por esperar a que se produzca una pérdida espontánea. Ante la aparición de sangrado, se realiza una ecografía para verificar que el tejido

placentario haya sido expulsado por completo. Si se detectan restos, se pueden administrar medicamentos para facilitar su expulsión, o se procede a realizar un legrado uterino bajo anestesia. (5)

2.8.2. Tratamiento Médico

Los medicamentos mencionados en el cuadro tienen como objetivo inducir modificaciones en el cuello uterino y generar contracciones que ayuden en la expulsión de las membranas ovulares. Si este método no tiene éxito, lo cual ocurre en alrededor del 15% de los casos, se procede a realizar un legrado uterino. (5)

2.8.3. Tratamiento Quirúrgico

El procedimiento quirúrgico se lleva a cabo de inmediato, y la paciente está informada sobre su situación. La ansiedad psicológica relacionada con la posible pérdida se reduce significativamente. Anteriormente, se solían utilizar métodos conservadores y farmacológicos, pero los riesgos asociados, como sangrado, dolor durante varios días, inquietud, temor a infecciones y la naturaleza inusual del procedimiento, han llevado a una menor aceptación por parte de las pacientes. Este tipo de tratamiento se realiza en embarazos que no superan las cinco semanas o cuando ha ocurrido una expulsión completa del producto de la concepción. (5)

2.9. EXÁMENES AUXILIARES

- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo
- Fibrinógeno
- Tiempo trombina
- Tiempo protombina
- Tiempo tromboplastina
- Examen completo de orina

2.10. TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico:

Plan Hospitalización “Legrado Uterino”

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 9% 1000cc
- Ecografía transvaginal
- Hemograma
- Preparar para Sala de Operación

- Misoprostol 200mg vía oral
- Funciones de signos vitales

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Anamnesis

3.1.1. Filiación

Apellido y Nombre: N. M.M.

Edad: 39 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Conviviente

Grado de Instrucción: Primaria Completa

Ocupación: Ama de Casa

Procedencia: Provincia de Puno- Distrito de Huata

3.1.2. Enfermedad actual

Fecha :09 de marzo 2022. 13:35 Horas

Paciente acude referida del Centro de Salud Huata por presentar Sangrado vaginal con características de color rojo rutilante en escaso cantidad, presenta dolor tipo cólico menstrual de leve intensidad.

En el interrogatorio refiere fecha de última menstruación 14 diciembre

2021 G:2 P:2002, EG actual :12 semanas y que sus cólicos son hace dos días aproximadamente y su sangrado es escaso que llega a mojar 1 toalla higiénica en el día.

3.1.3. Antecedentes

a) Antecedentes Personales/patológicos

- Diabetes: Niega
- TBC: Niega
- Cáncer: Niega
- Hipertensión Arterial: Niega
- Convulsiones: Niega
- Enfermedades Hepáticas
- Alergias: Niega
- Enfermedades Endocrinas: Niega
- Varices: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Transfusiones: Niega
- Hospitalizaciones: Niega

- Otros: Niega

b) Antecedentes Obstétricos:

G2 P2002

- Partos Vaginales: 02
- Parto Pretérmino :0
- Abortos :0
- Hijos vivos:02
- FUR :14-12-2021
- Gestación 1: 2010 - tipo de parto Eutócico - C.S José Antonio Encinas
- Gestación 2: 2014 - tipo de parto Eutócico - C.S José Antonio Encinas

c) Antecedentes gineco obstétricas:

- Menarquia: 15 años
- Régimen catamenial:4/30
- Método Anticonceptivo: Ninguno.
- PAP: no se hizo

- Régimen menstrual: regular
- Dismenorrea: Ninguno
- Vulvovaginitis: Ninguno
- Enfermedad de Transmisión Sexual: Ninguno
- Cauterizaciones: Ninguno
- Tumor/Quiste: Ninguno
- Hospitalizaciones: Niega

d) Antecedentes Familiares:

- Diabetes: Niega
- TBC: Niega
- Cáncer: Niega
- Hipertensión Arterial: Niega
- Otros: Niega

3.1.4. Examen clínico/físico

- a) General:** Aparente Regular estado general, regular estado hidratación, regular estado de nutrición, lucida y bien orientada en tiempo, espacio y persona.

b) Funciones vitales:

- Presión arterial :90/70mmHg
- Frecuencia cardiaca:60 Latidos x minuto
- Frecuencia respiratoria 20 x minuto
- Temperatura:36.5 °C
- Saturación:96%

c) Piel y Faneras: Piel húmeda, tibia y de raza mestiza, cabello, cejas y pestañas oscuros bien implantadas. Uñas bien implantadas y rosadas con buen retorno vascular a la presión digital.

d) Cabeza: Normocéfala sin lesiones aparente, con buena tensión ocular, sin adenopatías.

Conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas y normo reactivas.

- Nariz: Permeable.
- Orejas: bien implantadas, conducto externo limpio y tímpano brillante y normotenso.
- Orofaringe: No congestiva
- Dientes: Con buena higiene

- Lengua: Móvil, rosada y húmeda

e) Cuello: Sin adenopatías, no palpa masas en tiroides.

f) Tórax: Simétrico, palpación, simétricas. Pezones bien implantados, oscuros, sin secreción. Ligamentos de Cooper bien conservados.

g) Mamas: Buena Implantación, simétricas. Pezones bien implantados, oscuros, sin secreciones. Ligamentos de Cooper bien conservados.

h) Cardiovascular: rítmico, conservado.

i) Abdomen: blando, simétrico, depresible, dolor en hipogastrio, dolor a la palpación. Por la presencia de dolor se evita palpar y medir útero, dejando esta exploración al examen ecográfico.

j) Genitourinario: puño percusión con presencia de dolor. A la Especuloscopia: con presencia de sangrado rojo oscuro en escasa cantidad.

Tacto Vaginal:

- Pelvis: ginecoide.
- cérvix: posición centralizado
- consistencia: firme, orificio cervical interno /orificio cervical

externo cerrado.

k) Columna vertebral y extremidades: simétricas con curvatura fisiológica, alineación de omoplato y caderas conservados. Con movilidad conservada. Extremidades: móviles y simétricas.

l) Linfáticos: No se palpan adenopatías.

m) Neurológicos: Lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Las funciones motoras, cognitivas, sensoriales y autónoma conservados.

n) Extremidades inferiores: simétricas, móviles, con tono muscular conservado, sin varices, sin edema.

o) Reflejos osteotendinosos: normo reactivos.

3.1.5. Impresión diagnóstica

- Aborto Incompleto
- Gestación Anembrionaria

3.1.6. Tratamiento y Evolución

Historia Clínica de emergencia

Fecha: 09/03/2022 **Hora:** 14:10horas

Gestante ingresa por emergencia referida del centro de salud Huatta

refiriendo presentar un sangrado vaginal, con características de color rojo rutilante en escasa cantidad y se asocia a un dolor tipo cólico de leve intensidad, por el cual el medico de turno evalúa y sugiere una ecografía transvaginal.

Antecedente de emergencia: 14 días antes con los mismos síntomas

Gravedad: Emergencia leve

Síntomas y signos: Abdomen blando, presenta un dolor a la palpación en la zona hipogastrio y se evidencia un sangrado color rojo rutilante de escasa cantidad.

3.1.4.1. Diagnóstico de emergencia

- DX1 Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- DX2 Embarazo no evolutivo

Al Examen Físico: SpO₂: 93%||T: 35.4||PA: 120/80 ||FR 18X¹||FC 64X¹||Peso: 60||Talla: 1.51cm.

Tratamiento de emergencia

El medico de turno indica hospitalización a la gestante con las siguientes indicaciones:

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 9% 1000cc

- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo
- Preparar para Sala de operaciones
- Misoprostol 200 mcg vía oral 1 tableta STAT
- Control de signos vitales

Medico de turno solicita una orden de ecografía transvaginal a la gestante para descartar una amenaza de aborto, se realiza la ecografía transvaginal con informe ecográfico.

Informe ecográfico:

- Útero: 69x34x48 milímetros
- Saco Gestacional: Bordes irregulares
- Embrión: No se evidencia, no se observa la vesícula vitelina +/-10 milímetros.
- Anexos: de características normales.
- Fondo de saco de Douglas: Libre
- Conclusión: Embarazo Anembrionado

Figura 1. Ecografía transvaginal de embarazo anembrionario



Nota. Saco gestacional irregular, no se evidencia embrión

Gestante es derivada de emergencia a centro de hospitalización de ginecología / obstetricia con indicaciones medicas e informe ecográfico transvaginal.

FECHA:09 .03.2024 HORA :14:40 (guardia diurna)

Medico de turno de hospitalización evalúa a la gestante

Nota de ingreso de hospitalización:

Presión arterial:100/60mmhg

Frecuencia cardiaca:70x´

Frecuencia respiratoria:20x´

Temperatura 36°c

Gestante acude referida de centro de salud Huatta, por presentar dolor abdominal tipo cólico menstrual de leve intensidad, que se asocia a sangrado vaginal en escasa cantidad con característica de color rojo rutilante, que llega a manchar a la toalla higiénica, niega otras sintomatologías, refiere a ver acudido hace 14 días en donde evidenció saco gestacional.

Fecha de Última menstruacion:14.12. 2021 EG:12 semanas

Embarazos: G2 P 2002

A la especuloscopia, no se evidencia sangrado oscuro en escasa cantidad, en canal vaginal no se evidencia sangrado actual.

Al tacto vaginal: cérvix posterior orificio cervical interno / orificio externo cerrado.

Gestante lucida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Medico de turno informa Diagnóstico:

- Hemorragia de la primera mita del embarazo
- Embarazo anembrionario

Plan: Se solicita preparar a la gestante a sala de operaciones. Se informa a la gestante que se realizará el procedimiento de legrado uterino explicándole los riesgos quirúrgicos, se hace firmar el consentimiento informado, y se realiza los exámenes de laboratorio.

RESULTADOS DE LABORATORIO:**HEMATOLOGIA Y COAGULACION**

- Hemoglobina:16.97g/dL
- Hematocrito:52.63%
- Fibrinógeno:338.93
- Tiempo trombina:12.60
- Tiempo protombina13.20
- Tiempo tromboplastina:34.90
- Recuento de plaquetas:298.00

BIOQUIMICA

- Creatinina:0.60 mg/dL

- Glucosa:70.00 mg/dL
- Urea :23.60 mg/dL
- Prueba de VIH: NEGATIVO
- Prueba SIFILIS:NO REACTIVO

RESULTADOS DE EXAMEN DE ORINA

- Color: amarillo
- Aspecto: límpido
- Proteína: negativo
- Leucocitos:0 por campo
- Gérmenes: escasos

Preparar para Sala de Operación (LEGRADO UTERINO) a la gestante. Se le administra Doxiciclina 200mg Vía oral 1 tableta STAT.

FECHA:09 .03.2024 HORA :14:40 (guardia diurna)

NOTA DE ENFERMERIA

Personal de enfermería prepara a la gestante para la sala de operaciones con vía periférica permeable con cloruro de sodio al 9 % 1000 cc como vía, se realiza higiene vulvoperineal. Gestante queda en su unidad en observación estable en espera para la sala de operaciones.

FECHA:09 .03.2024 HORA :20:45 (guardia nocturna)

Gestante de 39 años de edad con diagnostico medico:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Embarazo no evolutivo

Se controla las funciones vitales

- Presión arterial:100/60mmhg
- Frecuencia cardiaca:58x´
- Frecuencia respiratoria:19x´
- Temperatura 36°c
- Saturación de oxígeno:94%

Gestante se encuentra en su unidad de observación, estable y lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Al examen físico: conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, mamas asimétricas, abdomen blando, al examen genitales se evidencia sangrado de escasa cantidad. Con vía permeable de cloruro de sodio 9%1000cc

FECHA:09 .03.2024 HORA :22:45 (guardia nocturna)

Gestante es trasladada a SALA DE OPERACIONES (LEGRADO UTERINO) Por personal de turno, Licenciada de Enfermería y técnico de enfermería.

3.1.4.2. Tratamiento quirúrgico

FECHA: 09-03-2022 Anestesiología 22:50 horas

INFORME DE ANESTESIA

- Diagnostico preoperatorio:
 - Hemorragia de la primera mitad del embarazo
 - Gestación anembrionado
- Operación indicada: legrado uterino

Se administra: vía endovenosa (cloruro de sodio al 9%1000cc)
Midazolán5mg, Propofol20ml, Fentanilo0,5mg, Ketamina 500mg, Atropina
1ml

Se administra: vía endovenosa Poligelina 500cc.

Gestante es derivada a sala de operaciones (legrado uterino), se le explica sobre el consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico de emergencia lo cual ella procede a firmar y se le procede a realiza el procedimiento de legrado **uterino**.

FECHA 09 de marzo a HORA 23:30,

Se procede a realizar el procedimiento de legrado uterino.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO

Gestante en posición de litotomía bajo efecto de anestesia general se le coloca el especulo vía vaginal, donde se realiza el pinzamiento de labio anterior con pinza pozzi, histerometro directo, se le realiza la extracción

del contenido endouterino (50 ml), según la técnica bimanual, se retira la pinza pozzi, se realiza hemostasia, se retira el material quirúrgico, paciente tolera procedimiento del legrado uterino.

Paciente post legrado uterino pasa a unidad de recuperación post anestésica para su recuperación.

Culminando 23:40 horas. Queda en observación.

FECHA:10.03. 2024 HORA: 00:15 am

Paciente post legrado uterino es trasladada a servicio de ginecología, se le ubica en cama y ambiente de recuperación, queda con las siguientes indicaciones médicas.

- Control de sangrado vaginal
- Control de funciones vitales
- Higiene perineal
- Doxiciclina 200mg 1 tableta vía oral STAT

FECHA:10.03.2024 HORA:04:00am

Se le brinda confort y comodidad a la paciente, se le administra doxiciclina de 200mg vía oral 1 tableta STAT, se le realiza la higiene perineal en su unidad de recuperación, se procede a controlar y registrar el control de funciones vitales, se vigila los signos alarma, se observa el control de

sangrado genital, paciente queda en su unidad aparentemente tranquila.

FECHA 10.03.2024 HORA: 09:30

Paciente se encuentra en recuperación favorable en su unidad, médico de turno pasa visita médica, no presenta molestias, no presenta signos de alarma por el cual el medico de turno indica alta médica de la paciente, se realiza la hoja de contrarreferencia a su centro de salud Huatta donde se le explica que debe de acudir para su control en 5 días

Paciente Recibe consejería y orientación en planificación familiar por parte del profesional obstetra, indicándole que debe de utilizar un método anticonceptivo, por el cual la paciente opta por utilizar el inyectable mensual.

Se procede a colocar el método anticonceptivo (acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol 25mg/5mg vía intramuscular)

- Alta médica.
- Control en el Centro de Salud Huatta en 5 días.
- Retornar ante los signos de alarma.

3.1.7. EXÁMENES AUXILIARES

- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo

- Fibrinógeno
- Tiempo trombina
- Tiempo protombina
- Tiempo tromboplastina
- Examen completo de orina

3.1.8. EPICRISIS

a. Filiación

Nombre: M.N.M

Edad:39 años

Sexo: Femenino

Fecha de Intervencion:09/06/2022 / Hora: 23:30 pm (Legrado Uterino)

b. Resumen Anamnesis De Ingreso

Paciente acude referida del centro de salud huata por presentar sangrado vaginal con características a un color rojo rutilante en escasa cantidad, se asocia a dolor tipo cólico de leve intensidad, refiere hospitalización hace 14 días por el mismo cuadro.

c. Examen Clínico

Paciente en aparente regular estado general, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, a la palpación puño percusión con presencia de dolor.

A la Especuloscopia: con presencia de sangrado rojo oscuro en

escasa cantidad.

Tacto Vaginal:

- Pelvis: ginecoide.
- cérvix: posición centralizado
- consistencia: firme, orificio cervical interno /orificio externo cerrado.

d. Diagnóstico De Ingreso

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Embarazo no evolutivo

e. Exámenes Auxiliares

- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo
- Fibrinógeno
- Tiempo trombina
- Tiempo protombina
- Tiempo tromboplastina
- Examen completo de orina

f. Tratamiento

Plan Hospitalización (Legrado Uterino)

- Nada por vía oral
- Cloruro de sodio 9% 1000cc
- Ecografía transvaginal
- Hemograma Completo
- Preparar para Sala de operación
- Misoprostol 200mg vía oral STAT
- Control de signos vitales

g. Evolución

Favorable

h. Diagnostico final

Post Legrado Uterino Por Embarazo Anembrionario

i. Condición Del Alta

- Orientación y consejería en planificación familiar
- Observación ante signos de alarma
- Acudir a su centro de salud en 5 días

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El entendimiento de la embriología es crucial para reconocer y comprender los diversos resultados de los ultrasonidos durante el seguimiento temprano del embarazo, permitiendo distinguir entre resultados normales y anómalos. El saco gestacional se forma aproximadamente entre 28 y 30 días después del último periodo menstrual.

La presencia de un embrión dentro de un saco de 15 mm es esperada. Un saco mayor de 16 mm sin la presencia de un embrión sugiere un embarazo no evolutivo. Desde el punto de vista ecográfico, los latidos del corazón del embrión pueden detectarse muy temprano, alrededor de los 34 días de gestación o cuando la longitud corona-rabadilla alcanza 1-2 mm. En un examen ecográfico transvaginal, sin latidos cardiacos del embrión con una longitud corona-rabadilla superior a 5 mm indica una pérdida del embarazo embrionario.

En este caso clínico se utilizó la ecografía transvaginal, no solo para determinar la edad gestacional y evidencia el saco gestacional además es útil para ver si el embarazo es viable o no, en este caso es un embarazo no evolutivo y termina en un embarazo anembrionario.

Actualmente el embarazo no evolutivo es un problema relativamente frecuente, un 10-15 % de los embarazos detectados clínicamente se pierden de forma espontánea, y una tercera parte de ellos son huevos hueros.

Es fundamental la labor educativa de los obstetras al momento de orientar sobre la importancia de sus primeros controles de embarazo y la ecografía en el primer trimestre para desarrollar un embarazo viable y prevenir el embarazo no evolutivo como en nuestro caso clínico que se pudo prevenir.

Se le identifica los parámetros que se evalúa en una ecografía del primer trimestre, para luego también identificar los factores de riesgo para luego tomar las medidas necesarias.

Actualmente la gestante se le intervino a tiempo para realizar el procedimiento LEGRADO UTERINO, por lo mismo que el embarazo es no evolutivo que se determinó como diagnóstico de embarazo anembrionario.

La paciente al estar hospitalizada recibió consejería en planificación familiar por parte de la OBSTETRA de turno, al momento del alta, opto por tomar la decisión de usar un método anticonceptivo hormonal.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La ecografía obstétrica es de gran importancia por ser sensible y decisiva para el manejo de una gestación de primer trimestre con diagnóstico de embarazo no evolutivo y así con las medidas ecográficas, definir que termina en una gestación anembrionaria y tomar las medidas de intervención adecuada.

SEGUNDA: Los parámetros que se evalúan en una ecografía del primer trimestre son diámetro del saco gestacional (DMS), vesícula vitelina, embrión, latidos cardio fetales.

En el caso clínico se realizó una ecografía transvaginal donde se visualiza el saco gestacional de bordes irregulares, no se evidencia embrión, ni vesícula vitelina.

TERCERA: Se identifica algunos signos y síntomas de la gestante del caso clínico que son características de un embarazo no evolutivo como: el sangrado vaginal de color rojo rutilante, dolor pélvico.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A las Gestantes que deben saber la importancia del inicio del control prenatal en conjunto con una ecografía temprana para descartar cualquier tipo de complicación que podría poner en riesgo al embrión.

SEGUNDA: A las Obstetras que trabajan en las zonas rurales, innovar estrategias de captación temprana en gestantes durante el primer trimestre en el C.S. HUATTA en mujeres de edad fértil a través de agentes comunitarios y de visitas programadas por profesional capacitado.

TERCERA: A los profesionales que realizan ecografía, capacitarse y actualizarse en el uso de la ecografía como ayuda diagnóstica en el examen rutinario del control pre natal de acuerdo a Normas Técnicas establecidas.

CUARTA: Se sugiere a todas las mujeres embarazadas someterse a un ultrasonido transvaginal durante el primer trimestre para detectar tempranamente la ausencia de desarrollo embrionario o un embarazo no evolutivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Exploración ecográfica del primer trimestre. Prog. Obstet Ginecol. 2015 Octubre.
2. Ronquillo P, Monar M, Cañelos J, Borja R. Importance of obstetric ultrasound for the assessment and monitoring of embryonic development. Dominio de la Ciencia. 2021 Agosto; 7(4).
3. Obando G, Quesada P, Vargas C, Vargas K. Percepción del uso del ultrasonido obstétrico: mitos y hechos. Medicina Legal de Costa Rica. 2008 Setiembre; 25(2).
4. Bendezú P. Dr. Pedro Bendezú Bullón: Médico Ginecólogo obstetra. [Online].; 2018 [cited 2022 Julio 18]. Available from: <https://www.pedrobend.com/por-que-son-importantes-las-ecografias-en-el-embarazo/>.
5. Artal R. Manual MSD. [Online].; 2021 [cited 2022 Julio 18]. Available from: <https://msdmnls.co/3AVu74R>.
6. Rodríguez I, Valle R. Safety of obstetric ultrasonography for maternal and fetal health. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Septiembre; 42(3).
7. Murugan V, Murphy B, Dupuis C. Role of ultrasound in the evaluation of first-trimester pregnancies in the acute setting. National Center for Biotechnology Information. 2019; 39(2): p. 178–189.

8. Detti L, Francillon L, Christiansen M, Alvarez I, Goedecke P, Bursac Z, et al. Early pregnancy ultrasound measurements and prediction of first trimester pregnancy loss: A logistic model. *Scientific Reports*. 2020 January; 10(1): 1-10.
9. Pietersma C, Mulders A, Moolenaar L, Hunink M, Koning A, Willemsen P, et al. First trimester anomaly scan using virtual reality (VR FETUS study): study protocol for a randomized clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 September; 20(515): 1-10.
10. Celen S, Dover N, Seckin B, Goker U, Yenicesu O, Danisman N. Utility of First Trimester Ultrasonography before 11 Weeks of Gestation: A Retrospective Study. *International Scholarly Notices*. 2021; 1(1): p. 50-56.
11. Bradburn E, Roberts N, Karim J. First-trimester ultrasound detection of fetal heart anomalies: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2021; 59(1): 11-25.
12. Silva B, Espinoza G. Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho; 2017.
13. Coaguila K. Importancia de la ecografía obstetrica en el primer nivel de atención en salud, análisis realizado en el centro de salud de la Joya. Universidad privada de Ica, Ica; 2018.

14. Rumay M. Patologías diagnosticadas por ecografía obstétrica en la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabezas Bambamarca – Cajamarca. Universidad Nacional "Hermilio Valdizan", Huánuco; 2019.
15. Ramos J. Características de la gestante con diagnóstico de embarazo anembrionario en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, 2017 y 2018. Tesis para obtener la segunda especialidad. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica; 2019.
16. Reátegui E, Cumbia C. Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema - Yurimaguas, Julio - Diciembre, 2018. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto; 2019.
17. García G, Torres J. Manuel de Ecografía Clínica. Sociedad Española de medicina interna. 2012.
18. Ronquillo P, Canelos J, Monar M, Borja R. Importance of obstetric ultrasound for the assessment and monitoring of embryonic development. Ciencias de la Salud. 2021 Agosto; 7(4).
19. Alcázar J. Ecografía tridimensional en Obstetricia y Ginecología. Rev. Med. Univ.Navarra. 2005; 49(4).
20. Ruiz C. Revista de Salud y Bienestar. [Online].; 2022 [cited 2022 Julio 23]. Available from:
<https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del->

embarazo/huevo- huero-embarazo-sin-embrión-causas-y-cuando-se-expulsa.

21. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2022 [cited 2022 Agosto 08]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/prenatal-care/art-20045302>.
22. Nazario C, Ventura J, Flores E, Ventura W. Importance of ultrasound evaluation at 11+0- 13+6 weeks of pregnancy. An update. An. Fac. med. 2011 Setiembre; 72(3).
23. Reátegui E, Cumbia C. Factores asociados a embarazos no evolutivo por diagnóstico de ultrasonido, Hospital Santa Gema - Yurimaguas, Julio - Diciembre 2018. Universidad Nacional de San Martín. 2019 Setiembre.
24. Álvarez C. Hemorragias del primer trimestre. XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia. 2012.
25. Betancourt Y, Duany M, Cuza Á, Hardí R, Odalis A, Reverón E, et al. Comportamiento ecográfico de embarazo ectópico. Revista Información Científica. 2009 Diciembre; 64(4).
26. Reyes L. Hemorragias de primer, segundo y tercer trimestre de gestación. Ediciones Universidad. 2017 Diciembre;(13).
27. Borrego R, González. Fundamentos Básicos de Ecografía. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2018.

28. Arango P. Status of human embryo. Escrito. 2016 Diciembre; 24(53).
29. Zavala C. El feto como paciente. Rev Peruana de Pediatría. 2005 Diciembre.
30. Gaitán H. Las complicaciones en el ejercicio actual de medicina en Colombia. Rev Colom de obstet y ginecol. 2003; 54(4).
31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol. 2018; 61(5).
32. Gonzáles M. Perdida Gestacional. Rev Med de Costa Rica y Centroamerica LXXIII. 2016; 619(309).
33. Limay A, Ayala F, Toro R, Tupac J, Valle V, Vicencio L, et al. Manejo de un aborto frustrado en paciente con útero doble más tabique vaginal longitudinal. Rev. Perú Investig. Matern. Perinat. 2019; 8(1).
34. Update of the confrontation and management of tubal ectopic pregnancy. Rev Chil Obstet Gineco. 2020; 85(6).
35. Ariel R. Muerte fetal intrauterina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 188. EE.UU. 10 Diciembre 2008.

ANEXOS

1° CARNET PERINATAL

ALTA UTERINA

PERÚ Ministerio de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN" - PUNO

CARNÉ DE CONTROL PRE - NATAL

Establecimiento: C.S. Huatta

APellidos y Nombres: _____

Nº. HC.

Código afiliación SIS:

CITA DE CONTROL

DÍA	MES	AÑO
28	02	2022

DÍA	MES	AÑO

Señales de Peligro:

Dolor de cabeza

Fiebre o Escalofríos

Hinchazón de cara, manos y pies



Vómitos exagerados

Pérdida de sangre o líquido por la vagina

ATENCIONES PRENATALES

ATENCIONES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora de atención (a/m/d hh:mm)	28/01/22	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)	6 sem								
Peso de la madre (Kg)	50	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Temperatura (°C)	36								
Presión Arterial (mm.Hg)	110/60	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Pulso Materno (por. min)	62								
Altura Uterina (cm)	NA	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Situación (L/T/NA)	NA								
Presentación (C/P/NA)	NA								
Posición (D/I/NA)	NA								
F.C.F. (por min/NA)	NA								
Movimiento Fetal (++++/SM/NA)	NA	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Proteinuria Cualitativa (++++/NSH)	NSH								
Edema (++++/SE)	SE								
Reflejo Osteotendinoso. (0, +/+)	++								
Examen de Pezón (Form. No Form. Sin Exam.)	Formado								
Indic. Hierro/Ac. Fólico (> 0 = 16 sem)	Si								
Indicación Calcio (> 0 = 20 sem)	NA								
Indicación Ácido Fólico	NA								
Orient. Consej. PF/ITS/Nut/Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA	No se hizo								
EG de ECO. Control (Sem/No se hizo/NA)	-								
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10 /NSH/NA)	NSH								
Cita (a/m/d)									
Vista domiciliaria (Si/No/Na)	NO								
Plan parto (Control/Visita/ no se hizo/NA)	No se hizo								

PERINATAL EXAMENES DEL PRIMER CONTROL


PERU Ministerio de Salud 

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
 HOSPITAL REGIONAL

Nº. HC:

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombre: _____ **Establecimiento:** "HRMNB - PUNO"

Establ. Origen: No Aplica Tipo de Seguro: SIS Código Afiliación Seguro:

DNI Nº: Referencia Ocupación: Edad: < 15 > 15

Dirección: Localidad: Cod. Sector: _____

Departamento: Provincia: Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior no Univ. Años aprobados:

Distrito: Estado Civil: Casada Convivencia Soltera Otro Padre RN: _____

Teléfono: Correo electrónico: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas: Abortos: Vaginales: Nacidos vivos: Viven:

0 ó + 3: < 2500g: Múltiple: < 37 sem.: Partos: Cesáreas: Nacidos Muertos: Muerto - 1ra semana: Después - 1ra semana:

RN de mayor peso: g

Gestación Anterior

Fecha: Per. Inter-gestacional Adecuado: Si No

Terminación

Parto Vaginal: Casárea: Aborto: Ectópica: Aborto Molar: No Aplica:

Si fue aborto:

Tipo de Aborto: Incompleto Completo Frustrado/Retenido Séptico No Aplica

Lactancia Materna

no hubo: < 6 meses: 6 meses o más: No Aplica:

Lugar del parto

EESS: Domic:

Captada: Si No Referida a Ag. Comuni.: Si No

Antecedentes Familiares Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Malana <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Enf. Hipertens. Emb. <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Emb. Múltiples <input type="checkbox"/>		Antecedentes Personales Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Edamposia <input type="checkbox"/> Otras Orígenes <input type="checkbox"/> Aborto habitual/recurrente <input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/> Parto prolongado <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/> Pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Hemorra. Postparto <input type="checkbox"/> Reten. placenta <input type="checkbox"/> Asma Bronquial <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Coca <input type="checkbox"/> TBC Pulmonar <input type="checkbox"/> Cirugía Pélv.-uterina <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Trastorn. mentales <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Vac. Previas Rubéola <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Papiloma Virus <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Amarilla <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Peso y Talla Peso Habitual: 54 Kg Talla: 151 cm		Antitetánica Nº Dosis Previa 1ra: <input type="checkbox"/> Sin dosis <input checked="" type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> 2da: 2 mes de gestación <input type="checkbox"/>		Tpo de Sangre Grupo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> Rh: Rh(-) <input checked="" type="checkbox"/> Rh(+) Sin Dosis <input type="checkbox"/> Rh(-) No Sin <input type="checkbox"/> Rh(+) Sin <input type="checkbox"/>		Fuma Nº Cigarras por día: 0		Drogas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Fecha Última Menstruación FUM: 14 / 12 / 21 Duda <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> EG (Ecografía) <input type="checkbox"/> Sem. fecha: / / No Aplica <input type="checkbox"/> Fecha Probable de Parto: 23 09 / 22		Hospitalización Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: 09 / 03 / 22 Diagnóstico: Aborto Incompleto CIE 10:		Emergencia Fecha: / / Diagnóstico: CIE 10:		Recién nacido Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> indeterminado <input type="checkbox"/> Peso: <input type="text"/> g < 2500 g <input type="checkbox"/> < 1500 g <input type="checkbox"/> > 4000 g <input type="checkbox"/> P. Cef: <input type="text"/> mm. Temp: <input type="text"/> C Talla: <input type="text"/> mm. Edad por Ex. Físico: Sem <input type="checkbox"/> < 37 <input type="checkbox"/> > 42 <input type="checkbox"/> APGAR: 4-8 0-3 Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/>			

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha Última Menstruación
 FUM: 14 / 12 / 21 Duda No
 Si No
 EG (Ecografía) Sem. Fecha: _____
 No Aplica
 Fecha Probable de Parto: 23 09 / 22

Hospitalización
 Hospitalización
 Si No
 Fecha: 09 / 03 / 22
 Diagnóstico:
 Aborto Incompleto
 CIE 10: _____

Emergencia
 Fecha: _____
 Diagnóstico: _____
 CIE 10: _____

Recién nacido
 Sexo: Femenino Masculino indeterminado
 Peso: _____ g < 2500 g < 1500 g > 4000 g
 P. Cef: _____ mm
 Temp: _____ C
 Talla: _____ mm
 Edad por Ex. Físico: Sem. < 37 > 42
 APGAR: 4-6 0-3
 Peso x Edad Gestacional: Adecuado Pésimo Grande
 B

Violencia / Género
 Ficha Tamizaje Si No
 Violencia Si No
 Fecha: 09 / 03 / 22

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

Exámenes / Laboratorio

Hgb(%)	No se hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se hizo	No aplica	Fecha
Hemoglobina 1: 15.0	<input type="checkbox"/>	28 01 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemoglobina 2: 16.9	<input type="checkbox"/>	09 03 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hemogl. al Alta: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glicemia 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 01 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glicemia 2: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09 03 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tolerancia Glucosa: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VDRL/RPR 1: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09 03 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VDRL/RPR 2: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
FTA Abs: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
IF1 / Western Blot: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HTLV 1: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TORCH: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gota Gruesa: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malaria Prueba Rap.: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fluorec. Malaria: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ex. Comp. Orina: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 01 / 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09.03.22
Leucocituria: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nitritos: <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urocultivo: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
BK en Esputo: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Listeria: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tamizaje Hepatitis B: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3.-EXAMEN COMPLETO DE URINA

N° Historia: (44055875) H (Sexo: F) (1971)
 (S.Act: EMERGENCIA GINECOLOGIA)
 Médico: MEDICO DE TUR (15:24 09/03/22)
 Personal que realizó prueba: Yergara Eyzaguirre (Servicio: G.O 20)

RESULTADOS

ANALISIS: 81001 - Examen completo de orina ECO

Grupo	Item	RESULTADOS	Valor Referencial
urinales	volamen	NO	
urinales	REACCION (pH)	ACIDA	C.C.
urinales	DENSIDAD	1.010	
urinales	COLOR	AMARILLO	
urinales	ASPECTO	LIMPIDO	
urinales	GLUCOSA	NEGATIVO	
urinales	PROTEINAS	NEGATIVO	
urinales	UROBILINA	NEGATIVO	
urinales	BILIRUBINAS	NEGATIVO	
urinales	CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	
urinales	NITRITOS	NEGATIVO	
urinales	HEMOGLOBINA	NEGATIVO	
urinales	LEUCOCITOS		
urinales	HEMATIES		x Campo
urinales	PIQUITOS		x Campo
urinales	C. EPITELIALES	0 a 3	x Campo
urinales	GERMINES	COCCOS ESCABOS	
urinales	CLINDROS		
urinales	CRISTALES		
urinales	OTROS		x Entero
Región: VU			

4.-INFORME ECOGRAFICO

INFORME ECOGRAFICO

Nombre: _____ Edad: 29

DNI: _____

Utero: 69,34,48, en interior se aprecia solo
rotacion de bouds irregulares, no se
evidencia embrión ni vesícula vitelina
± más o menos 80mm.

Anexos: de características normales

F.S.D. libre

Conclusion: Embarazo anembrionado

[Signature] *[Signature]*



5.-HOJA ANESTESIOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL "MNB", PUNO - QUIRÓFANO
INFORME DE ANESTESIA 002-0003765

SALA

FECHA: 09/06/10	HORA: 11:10	SEXO: F	EDAD: 37	PESO: 70	TALLA:	ASA: II																																																											
PA: 120/80	PULSO: 100	RESP: 20	TEMP:	Hb: 16.0	Hc: 5.6	Gc: 0																																																											
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO: <i>Distrofia arritmica</i>					COMPL. PRE OPERATORIAS:																																																												
OPERACION INDICADA: <i>laparotomía</i>																																																																	
PREMEDICACIÓN:					PSE INDUCCIÓN:																																																												
HORA INICIO	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15																																																												
DA X						TIPO ANESTESIA																																																											
PULSO						RESPIRACION																																																											
RESP						INTUBACION																																																											
T. ANES						MET. AUX.																																																											
I. OPER. X						TOTAL																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="8" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INDICACIONES</td> <td>D 5% AD</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 5% SS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 5% + REI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cl Na 9%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGRE T</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FRG GLOB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PLASMA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">TOTAL</td> </tr> </table>							INDICACIONES	D 5% AD						D 5% SS						D 5% + REI						Cl Na 9%						SANGRE T						FRG GLOB						PLASMA						OTROS						TOTAL									
INDICACIONES	D 5% AD																																																																
	D 5% SS																																																																
	D 5% + REI																																																																
	Cl Na 9%																																																																
	SANGRE T																																																																
	FRG GLOB																																																																
	PLASMA																																																																
	OTROS																																																																
TOTAL																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EGRESOS</td> <td>Pied. Inven</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGRADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIURESIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S.N.G</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIG. CAVID</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							EGRESOS	Pied. Inven						SANGRADO						DIURESIS						S.N.G						LIG. CAVID						TOTAL																											
EGRESOS	Pied. Inven																																																																
	SANGRADO																																																																
	DIURESIS																																																																
	S.N.G																																																																
	LIG. CAVID																																																																
	TOTAL																																																																
ANESTESIA REGIONAL			AGENTES																																																														
POSICION			A	B	C	D																																																											
FUNCION	VECES		E	F	G	H																																																											
AGUA	NIVEL		I	J	K	L																																																											
SOLUCION			M	N	O	P																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SUCESOS</th> <th colspan="2">INDUCCIÓN</th> <th colspan="2">MANTENIMIENTO</th> <th colspan="2">RECUPERACIÓN</th> <th colspan="2">POSICION</th> <th>TIEMPO</th> </tr> <tr> <td>SATIS</td> <td>NO SATIS</td> <td>SATIS</td> <td>NO SATIS</td> <td>DORMIDO</td> <td>DESP</td> <td>D/D</td> <td>D/V</td> <td>L.ANE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>EXCIE</td> <td>TRANQ</td> <td>HPO</td> <td>PCR</td> <td>ESCITAO</td> <td>TRAN</td> <td>L/D</td> <td>LI</td> <td>L.DPE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MAUSE</td> <td>VOMIT</td> <td>ARRI</td> <td>FIG V</td> <td>NAUSEAS</td> <td>VOMI</td> <td>LIT</td> <td>SENT</td> <td>T.ANE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LARE</td> <td>ASPIR</td> <td>EAF</td> <td>CIAN</td> <td>LAR ESP</td> <td>ASPI</td> <td>TRE</td> <td>FOV</td> <td>T. OPE</td> </tr> <tr> <td></td> <td>APNEA</td> <td>CIAN</td> <td>VOME</td> <td>ANURIA</td> <td>TOS</td> <td>APNE</td> <td>OTR</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							SUCESOS	INDUCCIÓN		MANTENIMIENTO		RECUPERACIÓN		POSICION		TIEMPO	SATIS	NO SATIS	SATIS	NO SATIS	DORMIDO	DESP	D/D	D/V	L.ANE		EXCIE	TRANQ	HPO	PCR	ESCITAO	TRAN	L/D	LI	L.DPE		MAUSE	VOMIT	ARRI	FIG V	NAUSEAS	VOMI	LIT	SENT	T.ANE		LARE	ASPIR	EAF	CIAN	LAR ESP	ASPI	TRE	FOV	T. OPE		APNEA	CIAN	VOME	ANURIA	TOS	APNE	OTR		
SUCESOS	INDUCCIÓN		MANTENIMIENTO		RECUPERACIÓN			POSICION		TIEMPO																																																							
	SATIS	NO SATIS	SATIS	NO SATIS	DORMIDO	DESP	D/D	D/V	L.ANE																																																								
	EXCIE	TRANQ	HPO	PCR	ESCITAO	TRAN	L/D	LI	L.DPE																																																								
	MAUSE	VOMIT	ARRI	FIG V	NAUSEAS	VOMI	LIT	SENT	T.ANE																																																								
	LARE	ASPIR	EAF	CIAN	LAR ESP	ASPI	TRE	FOV	T. OPE																																																								
	APNEA	CIAN	VOME	ANURIA	TOS	APNE	OTR																																																										
DMO POST OPERATORIO: <i>Distrofia arritmica</i>					OBSERVACIONES:																																																												
OPERACION REALIZADA: <i>laparotomía</i>																																																																	
CIRUJANOS: <i>Lic. Lopez, Lic. de la Cruz</i>																																																																	
ANESTESIOLOGOS: <i>Lic. Fajon, Lic. de la Cruz</i>																																																																	
INSTRUMENTISTA: <i>Lic. Fajon</i>			CIRCULANTE: <i>Lic. Bejar</i>																																																														
APELLIDO INTERNO: <i>Alvarez</i>			MATRNO: <i>10009 Paz</i>		NOMB: <i>Alvarez</i>																																																												
SERVICIO: <i>G-0</i>			CAMA N°: <i>203</i>		H.C. N°: <i>06079323</i>																																																												



PERU

Ministerio de Salud

Gobierno Regional Puno

Hospital Regional Manuel Melgar Zúñiga

INFORME DE ALTA

FECHA DE INGRESO: 09/03/2022

FECHA DE ALTA: 10/03/22

Nombres y Apellidos		MAYRA YURKA MANOLI			
N° de hist. Clínica	Edad	Sexo	Servicio	Hora	N° de Cama
46059975	39	F	Gyo	13:35	20

DIAGNOSTICO DE INGRESO

1. Hemorragia de la primera mitad del embarazo
2. Embarazo no evaluado
- 3.

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

Responde a: Flacas
 Flogosia transitoria
 Examen Auxiliares

Código CPT 99

DIAGNOSTICO DE ALTA

1. Aut LU por embarazo mantenido
- 2.
- 3.

Código CIE 10

PRONOSTICO

Favorable

RECOMENDACIONES

- Colaborar en Planificación familiar
- Observar en sala de Atención
- Asir a Centro de Salud en 5 días.

Médico tratante O de turno	Nombres y apellidos	Firma, CMP y Sello

6.-PERINATAL DEL HOSPITAL

PERU Ministerio de Salud
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
 HOSPITAL REGIONAL "MISHEL RIVERA BUTRON - PUNO"

Código Atén. SIS 290-246054875 No. HC 46059875

Admisión por Complicaciones del Embarazo: Aborto = significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

ADMISION
 día mes año hora min Hospitalización en embarazo si No EG. sem FUM ECO Acompañante Pareja Otro Familiar Ninguno

Procedencia Referencia si No Establecimiento que refiere: C.S. Huatta Medio de Transporte Personal Público Ambulancia Estab/emerg No resp Tiempo de Traslado día mes min

PRE-PROCEDIMIENTO

Pre-Prcedimiento

Sintomatología días horas Dolor Desde el inicio del 1er síntoma Sangrado no leve moderado severo

Signos Vitales Pulso 58 Presión Arterial 90/70 F.Resp 20 Temp 36.5

Examen Clínico Conciencia lúcida soporosa excitada comatosa Piel/Mucosas normal pálida equimosis petequias ictericia Abdomen normal viscerom rebote distendido Signos perit Silencio intestinal

Examen Ginecológico Utero por examen bimanual Tamaño sem 69 Cuello Carrado: Restos: Posición AVF medio RVF Vagina Normal: No dolor

Ecografía/Laboratorio ECO: no si Tamaño útero: 110 sem Leucocitos Por microlitro 10000 Hemoglobina 16.9 Plaquetas Prueba Ráp. VDRL/RPR Sifilis Tto. Sifilis VIH

Diagnóstico completo incompleto Frustro/Reten Otro: No Excluido Anom. Placental Tipo <= 12 sem. >12 sem. Complicaciones Infección pelviana Sepsis Shock Sèptico Hemorragia Shock Hipovolem. Personal que atiende Médico Residente Médico

PRE - PROCEDIMIENTO

Ecografía/Laboratorio
 ECO: no si Tamaño útero: 110 sem Leucocitos 169 Por microlitro
 Hemoglobina 16.9 Plaquetas 240
 VDR/LRPR Prueba Ráp. Sifilis Tto. Sifilis VIH 240
 - No reactivo no - No se hizo Reactivo si + No se hizo

Diagnóstico Tipo <= 12 sem. >12 sem.
 completo incompleto Frustrado/Reten Otro *No Excluido Anom. Trofobl.*

Complicaciones
 no si Infección pélvica Vaginal
 Sepsis Uterina
 Shock Séptico Intestino/vejiga
 Hemorragia Otro
 Shock Hipovolém.

Personal que atiende
 Médico Residente Médico

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO

Tratamiento/Procedimiento
 día mes año hora min 09 06 2012 23 30
 Maduración cervical 12 horas Uterino 110 cm
 prostaglandinas si No Anexos normales no si
 Ambiente Tipo Procedim Restos
 Sala AMEU Ameu escasos
 Sala de parto Legrado moderados
 Sala operac. No Aplica Abundantes
 Sala legrado Mal olor no si
 otro Revisión no si
 Anatomía Patológica no si

Hallazgos
 EMB Histerometría
 Tamaño 12 110
 Uterino 110 cm
 Anexos normales no si
 Mal olor no si
 Restos escasos moderados Abundantes
 Mal olor no si
 Revisión no si
 Anatomía Patológica no si

Otros procedimientos
 Reparación lac.útero no si
 Repar. lac.cerv/vag no si
 Histerectomía no si
 Otros no si

Medicación recibida
 oxitocina no si Otro
 ergometrina no si
 Prostaglandinas no si
 antibióticos no si Score dolor
 Atropina no si
 sedación no si
 analgesia no si
 anest.local no si
 anest.region no si
 anest.gral no si
 transfusión no si

Complicaciones intraoperatorias
 no si
 Quirúrgicas Anestésicas
 Sangrado excesivo Reacción adversa
 Laceración cerv/vag convulsión
 Laceración uter/intest Paro cardíaco
 otra otra

Post-PROCEDIMIENTO

Post-PROCEDIMIENTO
 día mes año hora min 09 03 2012 23 40
 Hora PA pulso Temp. sangr. dolor
 0:42 100/70 65 36.5 38.5 10
 0:15 100/70 65 36.5 38.5 10
 0:45 100/70 65 36.5 38.5 10
 1:15 100/70 65 36.5 38.5 10
 Cita de control De seguimiento día mes año 14 03 2012

Orientación/Consejería
 Salud sexual/reproductiva si No
 Cuidados básicos No
 Signos de alarma No
 Planificación Familiar No
 Firma responsable [Firma]
 Cita de control De seguimiento día mes año 14 03 2012

Complicaciones postprocedimiento
 ninguna
 hemorragia
 infección
 perforación
 otra

Anticoncepción
 Abstinen. Periódica Progesterón. Orales
 Condón Anticoncep. Oral combinada
 DIU Sólo Ori/Consej
 Ligadura Tubaria Ninguno
 Progesterón. Inyectables Otro

EGRESO

Egreso
 día mes año hora min 10 03 2012 09 30
 Estancia hospitalaria días horas 1 20
 Medicamentos Analgésicos Antibióticos Otros Ninguno
 Condición al egreso Sana Traslado C/ Patolog Fallece
 Autopsia no si s/d n/a
 Confirmación De diagnóstico Compare con diagnóstico de admisión Estado del aborto Complicado No Complicado
 Diagnóstico final A Anem. hemod. Diag. EGRESO
 CIE 10

Complicaciones
 No SI Infección genital/pelv
 Hemorragia tardía/excesiva
 Shock (no séptico)
 Otra

Referida no si
 psicología
 adolescencia
 Planificación Familiar
 infertilidad
 otro establ
 otro

Comentarios