

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**ECOGRAFIA PARA EVALUACION FETAL EN EL
INICIO DEL EMBARAZO. HOSPITAL DE APOYO DE
PICHANAKI - JUNIN. JUNIO A DICIEMBRE 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: MONITOREO
FETAL Y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

ESPECIALISTA: Obst. CINTHIA NÚÑEZ CLAROS

ASESORA: Mg. Digna A. Manrique de Lara Suárez

JUNÍN- PERU

2015

**“ECOGRAFIA PARA EVALUACION FETAL EN EL
INICIO DEL EMBARAZO. HOSPITAL DE PICHANAKI
JUNIO A DICIEMBRE 2014”.**

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso

Padre celestial y divina
pureza que guía y bendice
cada uno de los pasos que
doy.

A mis padres

Personas ejemplares que inculcaron
buenos valores en mí.

Por su apoyo, motivación y amor
incondicional en mi formación como
persona y profesional, a quienes
debo y agradezco cada uno de mis
logros.

A mi hijo

Por los momentos de atención y
valor para seguir adelante en mi
realización profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por protegerme y acompañarme siempre durante todo mi camino y darme fuerzas para superar los obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

A mi familia, quienes me enseñaron a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A CENCASALUD de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano, mi alma mater, un profundo agradecimiento y gratitud eterna.

A mis docentes que me inculcaron sus conocimientos y valores; permitiéndome fortalecer los pilares de mi aprendizaje y formación académica.

A mi asesora: Mg. Digna A. Manrique de Lara Suárez, por sus comentarios y sugerencias que fueron de gran importancia en la realización del presente trabajo de investigación.

Al personal del Hospital de Pichanaki por su infinita colaboración de haberme permitido el desarrollo del presente estudio.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Summary	iv
Introducción	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamento del problema	9
1.2. Formulación del problema: General y Específicos	11
1.3. Objetivos: General y Específicos	11
1.4. Justificación e importancia	13
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	15
2.1.1 Internacionales	
2.1.2 Nacionales	17
2.2. Bases Teóricas	18
2.3. Definición de términos básicos	35
CAPITULO III: ASPECTOS OPERACIONALES	
3.1. Hipótesis: General y Específicas	39
3.2. Sistema de Variables-Dimensiones e Indicadores	39
3.3. Operacionalización de variables	39
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	
4.1. Ámbito de Estudio	41
4.2. Tipo de Investigación	41
4.3. Diseño de Investigación	41
4.4. Población	42
4.5. Muestra	42
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
4.7. Técnica de recolección, procesamiento, análisis y presentación de datos	44

CAPITULO V: Resultados según objetivos

5.1. Resultados	46
5.2. Discusión	57
5.3. Conclusiones	59
5.4. Recomendación	61
VI. Bibliografía o Referencias Bibliográficas	62
Anexo	64

RESUMEN

La investigación fue realizada en el Hospital de Pichanaki del departamento de Junín, la cual tuvo como objetivo identificar los resultados de diagnóstico obtenidos del estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo; estudio caracterizado por ser de tipo observacional, descriptivo-observacional, de nivel descriptiva, la población estudiada estuvo conformada por las gestantes del I trimestre que recibieron atención en el servicio de ecografía fetal, con una muestra NO probabilístico por conveniencia, bajo la modalidad de selección que lo constituyeron 40 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados por conveniencia. La Técnica empleada fue la observación y se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos validada externamente por juicio de expertos, para ello calificaron tres profesionales en Ciencias de la Salud.

Respecto a la edad el 22.5% (9) y otro similar están en edades de 16 a 20 años y 26 a 30 años. La condición civil es casada en el 50%(20). Con una educación superior del 52.5%(21) y de procedencia urbana en el 70%(28).

Sobre el número de gestaciones al momento del estudio el 50%(20) son primigesta. Sobre atención prenatal el 45%(18) presenta 2 atenciones prenatales.

La edad gestacional es de 82.5%(33) corresponde de 10 a 13 semanas y el 17.5%(7) a 5 a 9 semanas.

De la evaluación ecográfica el 82.5%(33) los resultados ecográficos es sin malformaciones, 12.5%(5) tiene embarazo anembrionario, el 2.5%(1) embarazo gemelar y otra cifra similar embarazo con malformaciones congénitas.

Sobre la edad gestacional el 60%(18) están en edades gestacional de 10 a 13 semanas y edad en años de 16 a 30 años.

Sobre los resultados ecográficos de los siete encontrados el 71.4% (1) son embarazo anembrionario donde las edades en años de las gestantes son de 16 a 20 años (1), 21 a 25 años (2) y 36 a 40 años(2).

Sobre la vitalidad fetal por ecografía respecto a la edad gestacional en semanas de 5 a 9 semanas el 50%(5) presenta actividad cardiaca y el 50%(5) no presenta actividad alguna por tener embarazo anembrionario; el 100% (30) presenta actividad cardiaca y movimientos embrionario y fetales.

Palabra Clave:

Ecografía fetal, embarazo primer trimestre, embrión- feto.

SUMMARY

The research was conducted at the Hospital of Pichanaki the department of Junin, which aimed to identify the diagnostic results of the ultrasound examination for fetal assessment in early pregnancy; study characterized as an observational, descriptive and observational, descriptive level, the study population consisted of I quarter pregnant women who received care at the service of fetal ultrasound, with a non-probabilistic convenience sample, in the form of selection they constituted 40 women who met the inclusion criteria and were selected for convenience. The technique used was the observation instrument and used as a form of data collection externally validated by expert judgment, for it was rated three professionals in Health Sciences.

Regarding age 22.5% (9) and are similar in age from 16 to 20 years and 26-30 years. The marital status is married in 50% (20). With higher education 52.5% (21) and urban origin in 70% (28).

On the number of pregnancies at the time of the study 50% (20) are first pregnancy. About prenatal care 45% (18) has two prenatal care.

Gestational age is 82.5% (33) share of 10-13 weeks and 17.5% (7) in 5-9 weeks.

Ultrasound assessment of 82.5 % (33) is ultrasound results without malformations , 12.5 % (5) has anembryonic pregnancy, 2.5 % (1) twin pregnancy and a similar figure pregnancy with congenital malformations.

Gestational age on 60% (18) are in gestational age 13 weeks and DE10 age in years 16 to 30 years.

On the ultrasound results of the seven found 71.4 % (1) are anembryonic pregnancy where ages in years of pregnant women are 16 to 20 years (1) , 21-25 years (2) and 36-40 years (2) .

On fetal ultrasound vitality for gestational age in weeks 5-9 weeks 50 % (5) has cardiac activity and 50 % (5) does not present any activity by having anembryonic pregnancy ; 100% (30) has cardiac activity and embryonic and fetal movements.

Keyword:

Fetal ultrasound, first trimester pregnancy , embrión- fetus.

INTRODUCCION

La ecografía constituye el método diagnóstico de elección durante el embarazo en cualquier etapa, su oportunidad debe ser desde el primer trimestre de gestación para la confirmación del embarazo intrauterino, numero de fetos, su vitalidad, malformaciones y medir la translucencia nucal entre otras más.

Hoy en día es una herramienta útil de ayuda diagnóstica en la obstetricia que su uso oportuno y adecuado informe de los hallazgos permite al profesional de salud adoptar medidas para el desarrollo y culminación del embarazo sin complicaciones y de esta manera prevenir la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

En este estudio el propósito es identificar los resultados de diagnósticos obtenidos del estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo en el Hospital Pichanaki en el periodo de Junio a Diciembre del 2014.

Para ello el estudio está dividido en capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema

Capítulo II: Marco teórico

Capítulo III: Aspectos operacionales

Capitulo IV: Marco metodológico

Capítulo IV: Resultados

Bibliografía

Anexos

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTO DEL PROBLEMA

La ecografía constituye el método diagnóstico de elección durante el embarazo. En las gestaciones normales se recomienda hacer tres exploraciones: la primera entre las semanas 8 y 12; la segunda de la 18 a la 20, y la tercera de la 34 a las 36 semanas. La Ecografía del primer trimestre (8-12 semanas): pretende cumplir los siguientes objetivos; confirmación de que se trata de una gestación intraútero (por tanto, descarta una gestación ectópica, Determinación de la edad gestacional con la máxima precisión. La medición del CRL (longitud cráneo-raquídea o cráneo-caudal) es el parámetro más fiable para datar la edad gestacional (ante una discordancia del tiempo de gestación entre la fecha de la última regla y la ecografía del primer trimestre, se considera correcto el tiempo de amenorrea según la ecografía) ^(1,2)

A nivel mundial se incluyeron nueve estudios. La calidad de los estudios clínicos en general fue buena. El examen ecográfico de rutina se asoció con una detección más temprana de embarazos múltiples (embarazo gemelar no diagnosticado antes de las 20 semanas, el intervalo de confianza es en un 95%: 0.04 a 0.16) la baja tasa de detección de malformaciones fetales importantes en el amplio estudio clínico es de sólo el 17% de esos neonatos se identificó en el grupo examinado por ecografía antes de las 24 semanas de embarazo y no se detectaron

diferencias para los resultados clínicos importantes como mortalidad perinatal^(3,4)

La OMS reporta que cada año se diagnostican 32% embarazos anembrionarios, 46% embarazo múltiples y 42% malformaciones congénitas⁽⁵⁾.

En Perú: El examen diagnóstico por ecografía puede emplearse en una serie de circunstancias específicas durante el embarazo, establecer la edad gestacional y valorar con las curvas de crecimiento fetal su evolución. Es uno de los parámetros más estudiados por su accesibilidad, pero debemos conocer sus limitaciones. Según los estudios realizados, los recién nacidos nacieron adecuados para edad gestacional en un 81 % y según el control prenatal. 13% pequeños para la edad gestacional, 6% grandes o macroscópicos. Estas anormalidades se asociaron a morbilidad en un 15.5%^(5,6).

En la revisión de 50 historias clínicas en el hospital de Pichanaki se ha podido observar que; en el 90% (45) de las ecografías tomadas a las pacientes en el primer trimestre nos da una edad gestacional confiable que se comprueba y concuerda con la fecha de parto de las mismas, del mismo modo evidenciando, diagnóstico precoz de embarazos ectópicos, anembrionarios, embarazo múltiples, malformaciones, embarazo molar y otros.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA CENTRAL

¿Cuáles son los resultados del diagnóstico ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo en el Hospital Pichanaki en el periodo de Junio a Diciembre del 2014?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS:

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de las gestantes en estudio?
- ¿Los embarazos anembrionarios son obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?
- ¿Los embarazos gemelares son obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?
- ¿Las malformaciones congénitas son obtenidas con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?
- ¿La vitalidad fetal son obtenidas con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?

1.3. OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los resultados de diagnósticos obtenidos del estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo en el Hospital Pichanaki en el periodo de Junio a Diciembre del 2014.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las características socio demográficas de las gestantes en estudio.
- Conocer la identificación de embarazos anembrionarios obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo.
- Conocer los casos de embarazos gemelares obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo.
- Conocer los casos de malformaciones congénitas obtenidas con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo.
- Determinar la vitalidad fetal obtenidas con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo en las gestantes en estudio.

1.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA:

1.5.1. JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación se justifica por la siguiente razón:

El motivo de realizar esta investigación se basa fundamentalmente de que en la actualidad se observa algunos diagnósticos en el primer trimestre que no son identificados si no en el término del embarazo el cual no ayuda dar un manejo adecuado y precoz para las diversas patologías; con el uso oportuno de las ecografías del primer trimestre si estaríamos identificando oportunamente los casos y dándole el manejo oportuno. ⁽⁴⁾

1.5.2. IMPORTANCIA:

El presente trabajo nos permitirá Obtener una muestra representativa de la base de datos de las ecografías durante el primer trimestre en gestantes que acuden al hospital de Pichanaki. Ya que estos datos nos ayudara a un diagnóstico oportuno y precoz de los diferentes resultados obtenidos y de esa manera realizaremos un manejo oportuno.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Neilson JP, (2007). En la tesis *“Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo.”* tiene como objetivo Evaluar si la ecografía de rutina durante los primeros meses del embarazo(es decir, su uso como control) influye en el diagnóstico de malformaciones fetales y de embarazos múltiples, en la tasa de intervenciones clínicas y en la incidencia de resultados fetales adversos (incluida la muerte perinatal), en comparación con el uso selectivo (para indicaciones específicas). Tipo de estudio clínicos aceptablemente controlados sobre ecografía de rutina en los primeros meses de gestación. Debido a la escasez de información, se incluyeron estudios que emplearon una asignación cuasi aleatoria (por ejemplo, fecha de nacimiento o número de hospital). La metodología en el estudio clínico London 1982 fue "cuasi aleatorizado", ya que la asignación se efectuó por medio del número de historia clínica del caso, lo que conlleva un riesgo de sesgo en la asignación. Este estudio se vio aún más debilitado por la revelación del 30% de los resultados en el grupo control "ciego", debido a problemas clínicos en los últimos meses del embarazo obteniendo los siguientes resultados. Comparada con exámenes selectivos, la ecografía de rutina en el primer período del embarazo conduce a un diagnóstico temprano

de embarazos gemelares y a una menor incidencia en la inducción del trabajo de parto para embarazos aparentemente prolongados. Las publicaciones anteriores de esta revisión también daban cuenta de una disminución inexplicable de la incidencia de neonatos con bajo peso al nacer y de la percepción de que era necesario un control neonatal especial ⁽⁷⁾.

Pérez Ramírez, Miguel; Mulet Matos, Eugenio y Hartmann Guilarte, Armando, (2008). En la tesis *“Diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatías complejas fetales.”* teniendo como objetivo principal de demostrar la posibilidad de diagnosticar malformaciones cardíacas fetales complejas que no son de centros de referencias de esta afección. Entre otras variables analizadas se hallaron: efectividad del diagnóstico prenatal ecográfico de cardiopatías, tipos de cardiopatías diagnosticadas, tiempo gestacional en el momento de realizarse la ecografía, edad de la paciente embarazada, así como los resultados de las necropsias fetales. Entre los principales resultados que se obtuvieron están: que fueron diagnosticadas 21 cardiopatías, lo que representó el 84%; la principal cardiopatía compleja diagnosticada fue el ventrículo único con 8; el tiempo gestacional más afectado fue el comprendido entre 25 y 34 semanas; el grupo etáreo más afectado fue el de 19 a 30 años. Se concluye señalando las principales alteraciones ecocardiográficas para este tipo de afección ⁽³⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Vergara de Apuril, Martha (2008). En su tesis *“Evaluación del crecimiento fetal por ultrasonografía y relación con los resultados neonatales inmediatos. 2008”* tiene como Objetivo: conocer la concordancia entre la edad gestacional por la fecha de la última menstruación y la ecografía. Determinar el porcentaje de pacientes que presentan diferencias en 1 - 2 y 3 semanas entre la fecha de última regla y el examen ecográfico de primero, segundo y tercer trimestre, estos resultados a su vez se relaciona con el test de Capurro. Determinar la frecuencia de diferencias Material y método: El estudio es descriptivo temporalmente prospectivo de casos consecutivos en una población de 161 mujeres grávidas con feto único que asistieron al Centro Materno Infantil de Hospital de Clínicas para su evaluación ecográfica, sumaron 322 observaciones, con los criterios de inclusión preestablecidos durante los años 2002 al 2004, luego se relacionó con los resultados neonatales inmediatos para valorar las patologías detectadas y contribuir al manejo oportuno y adecuado. Muestreo no probabilística de casos consecutivos. Resultados: En el primer trimestre de la gestación la concordancia entre la clínica, el examen ecográfico y el test de Capurro fue de 88 y 86% para diferencias de 1 semana. 91 y 92% si la diferencias llegan a 2 semanas. En el segundo trimestre, los hallazgos de concordancia entre la clínica y

la ecografía, este a vez con el test de Capurro fue de 84 y 73%. En cambio llegó a 92 y 93% si la diferencia eran 2 semanas. Para un nivel de confianza del 90%. El crecimiento fetal observado por trimestres mostró variaciones de incrementos de casos ⁽⁸⁾.

Molina Ramírez, Rebeca (2010). En su estudio tiene como resultado Dentro del primer trimestre se toma la medida cráneo – caudal del feto la cual fue realizada en 78 ecografías como resultado el 95% del rango fetal de 5 cm el cual nos da una edad gestacional ⁽¹⁾.

2.2. BASES TEORICAS

ECOGRAFÍA ⁽⁹⁾:

Tienen como objetivo evaluar la vitalidad fetal, edad gestacional, detectar tempranamente embarazos múltiples, malformaciones fetales, gestación gemelar y medir la traslucencia nuchal. Es importante que el/ la profesional explique a las mujeres y acompañantes de forma empática sus beneficios y limitaciones.

IMPORTANCIA:

Confirmación del embarazo intrauterino, durante los últimos 25 años, la incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado progresivamente, mientras la morbilidad y mortalidad asociada ha disminuido sustancialmente. Esto es debido principalmente al diagnóstico temprano y

la evidencia a favor de manejos mínimamente invasivos (i.e. laparoscopia) o no invasivos (i.e. manejo expectante, manejo médico).

La ecografía entre las 11+0 y 13+6 semanas nos permite confirmar la presencia del embarazo intrauterino o determinar su localización en caso de tratarse de un embarazo ectópico. Si bien la ecografía transvaginal convencional puede detectar confiablemente un embarazo viable intrauterino a las 6 y 7 semanas, no debe ser realizada en forma rutinaria para tamizar embarazo ectópico a esta edad gestacional, por el alto número de falsos positivos que requerirán después evaluaciones innecesarias y porque definitivamente no ha demostrado ser costo efectiva. Dado que la forma común de presentación de un embarazo ectópico es sangrado vaginal o dolor abdominal, la ecografía temprana solo debe ser realizada ante este escenario clínico o tras la identificación de otros factores de riesgo.

CONFIRMAR LA VIABILIDAD FETAL:

Igualmente, no existen evidencias actuales que hagan necesaria una evaluación temprana de la viabilidad del producto. La mayoría de anomalías cromosómicas severas no evolucionarán y se harán clínicamente evidentes bajo la forma de abortos espontáneos, los cuales pueden ser manejados de la forma estándar. En un estudio prospectivo de viabilidad fetal entre las 6 a 10 semanas, los únicos factores relacionados con pérdida fetal fueron edad materna avanzada, hábito de fumar y

sangrado vaginal. Adicionalmente, encontraron un menor diámetro del saco gestacional y bradicardia fetal; sin embargo, debido al alto número de falsos positivos en estos casos, no se recomienda la evaluación ecográfica de rutina antes de las 11 semanas⁽¹²⁾.

DETERMINAR EL NÚMERO DE FETOS Y CORIONICIDAD:

El embarazo múltiple es cada vez más frecuente, debido a que nuestra población de mujeres tiende a postergar su embarazo y a que las técnicas de reproducción son cada vez más accesibles a la población. La incidencia actual de embarazo múltiple es de 1 a 2%. Su seguimiento y manejo de las complicaciones plantean serios retos en nuestra práctica. De 1 a 2% de las gestaciones bicoriales va hacia muerte perinatal, mientras lo propio ocurre en 3 a 4% de las gestaciones monocoriales (8). El 20% de las gestaciones monocoriales desarrolla transfusión feto-fetal y de estas, 50% presentará la forma más grave, que ameritará tratamiento. Por lo que, la determinación de la corionicidad definirá el futuro, manejo y pronóstico de un embarazo múltiple. La determinación de la corionicidad entre las 11 y 13 semanas es sencilla y confiable, alcanzando una sensibilidad y especificidad de casi 100%. Sin embargo, el diagnóstico en el segundo y tercer trimestre es inexacto, por lo que no se debe dejar pasar la oportunidad de evaluar la corionicidad y etiquetar el embarazo de aquí en adelante. El signo de lambda indica que la gestación es dicoriónica y el signo de la invertida hace el diagnóstico de monocoriónicodiamniótico. Adicionalmente, la ecografía del primer

trimestre puede identificar marcadores de riesgo para transfusión feto-fetal (i.e. discordancia de translucencia nucal de 20%). Excepcionalmente, se puede diagnosticar complicaciones severas en embarazos múltiples de mayor orden, como lo publicamos recientemente.

DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL:

La determinación de la edad gestacional clásicamente fue basada en el número de semanas de amenorrea, la cual fija como criterios absolutos ciclos regulares de 28 días, no dudas en la fecha exacta y no uso de anticonceptivos por lo menos tres meses previos. Sin embargo, solo 50% cumple con estos criterios, por lo que la determinación actual de la edad gestacional debe hacerse en base a la ecografía del primer trimestre o ser confirmada con esta última. El momento más exacto y confiable para determinar la edad gestacional es entre las 8 y 12 semanas. La evaluación ecográfica del primer trimestre incluye la medida de, que es el método más exacto para la estimación de la edad gestacional.

USO:

La Ecografía es un método de diagnóstico por imágenes. La versión tridimensional (3D) tiene su origen en la ecografía convencional o ultrasonografía bidimensional (2D). Para su realización, se necesita contar con el aparato adecuado, en este caso un ecógrafo con tecnología tridimensional y sondas adecuadas. La ecografía 3D se basa en la captura de un volumen o adquisición desde una imagen en dos dimensiones, que

el ecógrafo procesa y desglosa en los tres planos ortogonales del espacio, ofreciéndonos una imagen en tres dimensiones⁽⁸⁾.

BENEFICIOS:

El diagnóstico prenatal permite intervenir en el momento del nacimiento bien para solucionar el problema o bien decidir cuál es el mejor momento para iniciar un proceso diagnóstico. “Además, incluso este diagnóstico puede ser motivo de una interrupción legal del embarazo o puede permitir actuar de forma prenatal, aunque todavía en la mayor parte de anomalías urológicas la rentabilidad del tratamiento prenatal está en duda. Hacen falta más estudios a largo plazo para saber si existe un beneficio real, ya que puede tener riesgos tanto para el feto como para la madre”

TIPOS⁽¹⁰⁾:

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA:

La ecografía o ultrasonografía es un método diagnóstico que emplea ondas acústicas de alta frecuencia (ultrasonidos) y obtiene imágenes de los órganos internos al captar el eco de estas ondas. Es una exploración que no emplea radiación ionizante.

La ecografía obstétrica se usa para diagnosticar la existencia de embarazo y valorar la situación del embrión o el feto.⁽⁹⁾

ECOGRAFÍA DE MAMA

La ecografía de mama se utiliza para diferenciar nódulos o tumores que pueden ser palpables o aparecer en la mamografía. Su principal objetivo es detectar si el tumor es de tipo sólido o líquido para determinar su benignidad. ⁽⁸⁾

ECOGRAFÍA PÉLVICA:

Para las mujeres, la ecografía pélvica es el método más frecuente de examen del útero y ovarios durante el embarazo, para monitorizar la salud y el desarrollo del embrión o feto. En el hombre, la ecografía pélvica se centra en la vejiga y la próstata. Las imágenes de la ecografía se capturan en tiempo real, por ello, pueden demostrar movimiento de los tejidos internos y órganos, así como el flujo sanguíneo de arterias y venas ⁽⁹⁾.

ECOGRAFÍA DOPPLER:

La ecografía doppler o simplemente eco-Doppler, es una variedad de la ecografía tradicional, basada por tanto en el empleo de ultrasonidos, en la que aprovechando el efecto Doppler, es posible visualizar las ondas de velocidad del flujo que atraviesa ciertas estructuras del cuerpo, por lo general vasos sanguíneos, y que son inaccesibles a la visión directa. La técnica permite determinar si el flujo se dirige hacia la sonda o si se aleja de ella, así como la velocidad de dicho flujo.

Mediante el cálculo de la variación en la frecuencia del volumen de una muestra en particular, por ejemplo, el de un flujo de sangre en una válvula

del corazón, se puede determinar y visualizar su velocidad y dirección. La impresión de una ecografía tradicional combinada con una ecografía Doppler se conoce como ecografía dúplex.

La información Doppler se representa gráficamente con un Doppler espectral, o bien como una imagen usando Doppler direccional o un power Doppler (Doppler no-direccional). La frecuencia Doppler cae en el rango audible y puede escucharse utilizando altavoces estéreo, produciendo un sonido pulsátil distintivo.⁽⁸⁾

DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

Esta es una etapa muy dinámica, ya que a partir de dos células, óvulo y espermatozoide que comenzaran a multiplicarse y diferenciarse se irán formando los distintos sistemas órganos y tejidos del feto.⁽¹⁰⁾

A las 4 semanas. El embrión crece nutriéndose directamente de los vasos sanguíneos de la mucosa uterina.

A las 6 semanas: Comienza el desarrollo de cabeza y cerebro, mide de 10 a 12 mm.

A las 7 semanas: Comienza el desarrollo de las extremidades (piernas y brazos) corazón y riñones, mide aprox. 0,8 cm. pesa 0.07 gr.

A las 8 semanas: Comienzan a diferenciarse los dedos de las manos y pies se visualiza y escucha el corazón mediante ecografía, los pulmones están en desarrollo, mide aprox. 1,5 cm. pesa 0.34 gr.

A las 9 semanas: Comienzan a diferenciarse los genitales, se visualizan cabeza y columna, el hígado esta en desarrollo, mide 2 cm. Pesa 0.24 g.

A las 10 semanas: Empieza el periodo fetal propiamente dicho, en el cual se desarrollara el cuerpo, habrá diferenciación de tejidos y órganos. Deglute líquido amniótico, mide 3 cm. Pesa 105 gr.

A las 11 semanas: Comienza la osificación del esqueleto, el feto se mueve (aunque esto no sea percibido por la madre) los riñones comienzan a funcionar y orina, mide 5 cm. pesa 110g

A las 12 semanas: Comienzan a crecer los miembros superiores, se diferencian los dedos, se desarrollan los ojos, la cabeza tiene forma ovoide y ya se puede detectar mediante ecografía una patología llamada anencefalia, mide 6 cm y pesa 11 a 13 g ⁽⁸⁾.

MALFORMACIONES EN EL PRIMER TRIMESTRE

HERNIA DIAFRAGMÁTICA: La ecografía fetal nos debe dar un diagnóstico prenatal de este problema. Esto es útil porque nos permite anticipar una adecuada atención al momento del parto ya que el recién nacido debe ser intubado y colocado a ventilación mecánica en forma

inmediata. Corazón con cuatro cavidades 2. Intestinos en cavidad torácica
(11)

ONFALOCELE: Sistema esquelético, Tracto genito urinario, Cifoescoliosis. Riñón multiquístico. Artrogriposis. Sistema linfático. Traslucencia nuchal, Riñón poliquístico. Osteogénesis imperfecta. Aumentada. Obstrucción urinaria baja. Acondrogénesis. Hygroma colli. Hidronefrosis. Pie equinovaro. Edema difuso. Riñón pélvico. Síndrome de regresión caudal. Síndrome de Bonnevie-Ulrich Megavejiga. Pie zambo. (Anasarca). Agenesia de miembros.

EMBARAZO ECTÓPICO

La localización más común son las trompas de Falopio. La imagen ecográfica más frecuente es una masa anexial extra ovárica. ⁽¹¹⁾

Se observa embarazo ectópico ístmico ecográficamente y podemos encontrar:

Hallazgos intrauterinos:

- Normal.
- Decidua engrosada sin saco gestacional o conteniendo pseudosaco gestacional.

Hallazgos extrauterinos:

- Normal.
- Embrión vivo.
- Masa anexial conteniendo vesícula vitelina o embrión sin latido cardiaco.
- El signo del anillo tubárico.
- Líquido libre en fondo de saco de Douglas.
- Fluido eco génico (Hemorragia)
- Quiste anexial simple.
- Masa anexial compleja o sólida, sin contener vesícula vitelina o embrión.

Embarazo tubárico izquierdo confirmado quirúrgicamente. La ecografía transvaginal en escala de grises demuestra una masa anexial con un anillo tubárico (flecha) separado del ovario izquierdo (puntas de flecha).

Líquido libre en el fondo de saco de Douglas. El líquido libre eco génico en la pelvis de una paciente con un embarazo ectópico debe sospechar rotura de éste.

El Doppler-color nos ayuda a confirmar el diagnóstico, teniendo en cuenta, que una imagen de vascularización alrededor del quiste puede corresponder también a un folículo o cuerpo lúteo.⁽¹⁰⁾

GESTACIÓN MÚLTIPLE:

Se puede identificar muy precozmente, con tan sólo, la visualización de 2 vesículas vitelinas. Hay que tener cautela porque existe una tasa elevada de reducciones espontáneas.

Imagen de un embarazo gemelar. Ecografía transvaginal de embarazo doble-bioamniótico bicorial.

MALFORMACIONES UTERINAS

La incidencia de defectos müllerianas en la población general es de aproximadamente el 5%.

- Las anomalías más frecuentes son el útero bicorne (37%), y arcuato (15%), también están el tabique incompleto, útero didelfo, tabique completo y el útero uniforme.
- Las alteraciones müllerianas se asocian a abortos recurrentes, así como pérdidas gestacionales tardías y/o partos prematuros.

Ecografía TV en donde se observa un útero normal. Útero bicorne variante bicollis. Ecografía TV en donde se observan cuerpos uterinos, con dos

cavidades endometriales, de la izquierda presenta reacción decidual debido a la presencia de embarazo.

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

Útero bicorne variante unicollis. En esta imagen se observan dos cuerpos uterinos asimétricos, con dos cavidades endometriales que se fusionan en su extremo distal.

Útero didelfo con tabique incompleto. Ecografía TV en donde se observan estructuras uterinas que impresionan el tamaño, aunque demuestran cierta asimetría a nivel endometrial.

Útero didelfo. Histerosalpingografía en donde se observan dos cavidades uterinas con marcada impronta en fondo uterino, Gestación mola ⁽¹¹⁾

FACTORES DE RIESGO:

ANEMIA:

El estado de anemia ya existente no es obstáculo para el embarazo: un 20 % de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 12,8 g/100 ml de sangre).

Antes de concebir sería conveniente consultar al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento

específico. También podrá aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro. ⁽¹²⁾

EMBARAZO ECTÓPICO:

Artículo principal: Embarazo ectópico se desarrolla fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio, pero puede ser también en los ovarios, en el cuello uterino, o en órganos intra abdominales. Puede provocar dolor abdominal por el crecimiento del embrión en la trompa o por una hemorragia abdominal interna. Desgraciadamente, es difícil diagnosticar un embarazo ectópico y todavía hay mujeres que mueren como consecuencia de ello. Hay una serie de condicionantes que favorecen el aumento de riesgo de padecer embarazos ectópicos. Entre ellos, una historia anterior de infección pélvica, el uso de un dispositivo intrauterino contraceptivo (aunque no la espiral de Mirena) y un embarazo ectópico previo. Las mujeres que reúnan alguno de los condicionantes referidos son controladas de inmediato en un centro maternal para asegurarse de que el desarrollo del embarazo es normal.

El embarazo ectópico debe ser tratado mediante cirugía o con un fármaco. Las operaciones consisten en cirugía laparoscópica o abierta, dependiendo de las circunstancias y de las condiciones de la madre, y suelen conllevar la extirpación de la trompa afectada. Suelen causar una reducción de la fertilidad. ⁽¹²⁾

CARDIOPATÍA:

La mayoría de las mujeres con problemas cardiológicos llevan un embarazo perfecto, aunque a veces deban recurrir a los antibióticos para proteger sus arterias en el momento de dar a luz. Si padece alguna cardiopatía importante, el cardiólogo se encargará de comunicárselo. Las mujeres con marcapasos, un trasplante de corazón y otra operación coronaria pueden llevar un embarazo seguro y normal. Las que presenten anomalías musculares deben consultarlo antes de quedarse embarazadas. ⁽¹³⁾

HIPERTENSIÓN:

Artículo principal: Hipertensión gestacional, es la aparición de hipertensión por encima de 140/90 mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normales.

Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto.

Un aumento de la presión arterial a partir de la semana 20 del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección que potencialmente amenaza la vida de la gestante y el recién nacido ¹³⁾

EL EMBARAZO⁽¹¹⁾

(Del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia ⁽¹⁴⁾

SINTOMAS Y SIGNOS

FATIGA: Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten energía renovada, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche. Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con fuertes efectos tranquilizantes

e hipnóticos. En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo. ⁽¹⁴⁾

INTERRUPCIÓN DE LA MENSTRUACIÓN: Artículo principal: Amenorrea.

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea enfermedades físicas (algunas de cierta gravedad, como tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchas otras), un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multíparas que en primigestas.

GUSTOS Y ANTOJOS: El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto

por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales; a veces se experimentan en la segunda mitad del ciclo menstrual por el mismo motivo. No satisfaga antojos con alimentos de alto contenido calórico, cuyo poder nutritivo sea bajo. ⁽¹²⁾

DESEOS FRECUENTES DE ORINAR: A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás necesiten ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante del músculo liso,6 (que es el músculo del cual está formado la vejiga, el útero y otros órganos) lo cual sirve para mantener al útero en reposo hasta el momento del parto. Salvo que sienta ardor o dolor al orinar, no es necesario que consulte al médico. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado. ⁽¹¹⁾

CAMBIOS EN LAS MAMAS:

Artículo principal: Mama Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina, entre otras hormonas. Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas ⁽¹⁴⁾.

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS: Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras mujeres se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara. Estas hiperpigmentaciones pueden presentarse con uso de anticonceptivos orales y en enfermedades del colágeno, mientras que las estrías son también un signo en el síndrome de Cushing.

MUCOSA VAGINAL: Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick ⁽¹⁴⁾.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS:

- **Embarazo:** (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

- **Edad gestacional:** edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo.
- **Ecografía:** tienen como objetivo evaluar la vitalidad fetal, edad gestacional, detectar tempranamente embarazos múltiples, malformaciones fetales, filiar cronicidad en gestación gemelar y medir la translucencia nual. Es importante que el/ la profesional explique a las mujeres y acompañantes de forma empática sus beneficios y limitaciones.
- **Malformaciones congénitas:** son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas. Estas alteraciones estructurales pueden afectar tanto a seres.
- **Embarazo anembrionario:** El embarazo anembrionario es un tipo común de aborto espontáneo. Se produce cuando un óvulo fecundado se implanta en el útero pero el embrión resultante deja de

desarrollarse en una etapa muy temprana o directamente no se forma. La expresión "huevo" también hace referencia a esta situación, aunque los profesionales suelen describirla con un lenguaje más técnico mediante la expresión "saco gestacional vacío".

- **Embarazos múltiples:** es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Un embarazo múltiple puede resultar de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo monocigótico. Los embarazos múltiples también pueden resultar de la fertilización de dos o más óvulos, denominándose entonces embarazo múltiple bicigótico. Las complicaciones maternas son 3-7 veces más frecuentes en los embarazos múltiples. Por lo general, el embarazo múltiple tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, de tal forma que puede decirse que prácticamente todos los riesgos del embarazo único aumentan en el múltiple.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. HIPOTESIS:

La edad gestacional, vitalidad fetal, embarazo gemelar, embarazo anembrionario y las malformación congénitas son los resultados significativos del diagnóstico ecográfico al inicio del embarazo.

3.2. VARIABLES:

3.2.1. Variable Independiente:

- Estudio ecográfico en el inicio del embarazo

3.2.2. Variables Dependientes:

- Edad gestacional
- Embarazo anembrionario
- Embarazo gemelar
- Malformación congénita
- Vitalidad fetal

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VER ANEXO 1 Y 2

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. AMBITO DE ESTUDIO:

El proyecto se realizó en el Hospital de Pichanaki ubicado en el distrito de Pichanaki, Provincia de Chanchamayo del departamento de Junín, el estudio se desarrolló en área de ginecoobstetricia servicio de ecografía fetal. El Hospital de Pichanaki está ubicado en la avenida san Martin s/n esta categorizado como Nivel de Atención de Segundo Nivel, Categoría del establecimiento de Salud II – 1.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Métodos: Descriptivo
- Tipo de Investigación: Descriptivo- Observacional
- Nivel de Investigación: Descriptiva

4.3. DISEÑO DE INVESTIGACION:

Pertenece al Diseño correlacional:

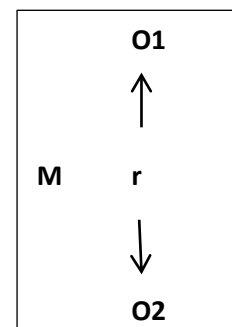
Dónde:

M = Muestra

O1 = Observación de la variable independiente

R = Relación entre variables

O2 = Observación de la variables dependiente



4.4. POBLACIÓN

Estuvo comprendida por todas las gestantes del I trimestre que recibieron atención en el servicio de ecografía fetal del área de Ginecoobstetricia siendo un aproximado de 100 gestantes.

4.5. MUESTRA

Fue seleccionado por el tipo NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA, tomando 40 del total de gestantes del I TRIMESTRE atendidas en el servicio de ecografía fetal del área de Ginecoobstetricia Hospital de Pichanaki en los meses de enero a diciembre del 2014, lo cual se consideró de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Gestantes del primer trimestre del embarazo
- Historias clínicas de Gestantes con informe ecográfico en el primer trimestre.
- Gestantes que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Gestantes del segundo y tercer trimestre del embarazo
- Historias clínicas de Gestantes sin informe ecográfico del primer trimestre.

- Gestantes con ecografía del II y III trimestre
- Gestantes que no acepten participar en el estudio.

UNIDAD DE ANALISIS

Una Gestante con ecografía del primer trimestre

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnicas:

Las técnicas que serán empleadas en la investigación son las siguientes:

- a. Análisis documental: Se hará un estudio de las historias clínicas de las pacientes en investigación y así obtener información óptima, selecta y necesaria.
- b. Observación: será aplicada en todo el proceso de la investigación; analizando la relación entre las variables.

Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron fue:

- Historia clínica con informe ecográfico de resultados del I TRIMESTRE.
- Ficha de Recolección de datos elaborada por la investigadora

4.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

4.7.1. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

- Se solicitó autorización para iniciar el estudio.
- Se realizó respectivas coordinaciones con el Jefe del hospital Pichanaki solicitando acceso en el ámbito de Estudio.
- Identificar y Seleccionar la muestra para el estudio
- Recolección de datos de acuerdo a la Ficha pre-elaborada y validada
- Emisión de documento de agradecimiento por las facilidades prestadas para la recolección de datos al Director del Hospital de Pichanaki.

4.7.2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para ello se hará uso del paquete estadístico SPSS versión 21, y el programa de Excel y Word, previa a la codificación de los instrumentos los resultados se presentaran en tablas y gráficos obtendrá cuando se ejecute la tesis.

4.7.3. PROCESO DE ANALISIS DE DATOS

Para el análisis se utilizara la estadística descriptiva e inferencial

- Entre las técnicas de la estadística descriptiva se utilizara las medidas de dispersión (desviación estándar).
- Para la prueba de hipótesis se empleara la estadística inferencial de acuerdo con el tipo de variables. Se empleara la χ^2 chi cuadrado.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados según objetivos
A) DATOS GENERALES

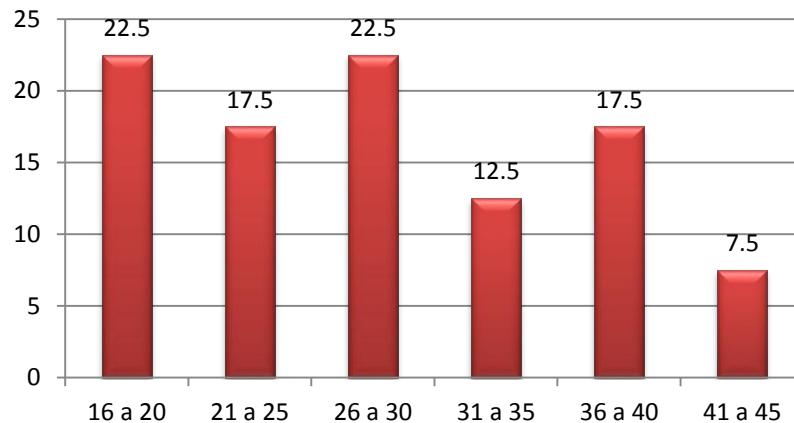
TABLA N°1

ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO SEGÚN EDAD MATERNA. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI-JUNIN. JUNIO A DICIEMBRE 2014

Edad (años)	fi	%
16 a 20	9	22.5
21 a 25	7	17.5
26 a 30	9	22.5
31 a 35	5	12.5
36 a 40	7	17.5
41 a 45	3	7.5
Total	40	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N°1
EDAD DE LA GESTANTE



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

En el presente grafico 1, se observa que el estrato con mayor representatividad es el de las edades entre 16-20 años y 26-30 años que representa el 22.5% de las gestantes, las edades entre 21 – 25 años y 36 a 40 años representan un 17.5%, seguido por la edad de 31-35 años que representa el 12.5% y el de menor representatividad el de 41-45 años con el 7.5% del total de las gestantes

TABLA N° 2

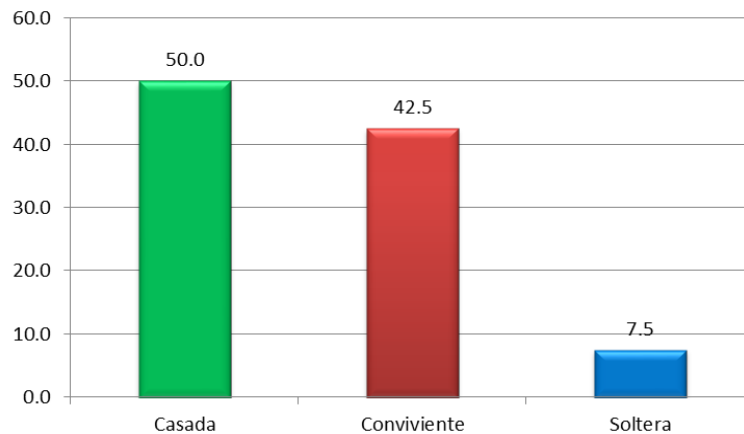
**ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN ESTADO CIVIL. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A
DICIEMBRE 2014**

Estado civil	fi	%
Casada	20	50.0
Conviviente	17	42.5
Soltera	3	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 2

ESTADO CIVIL



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

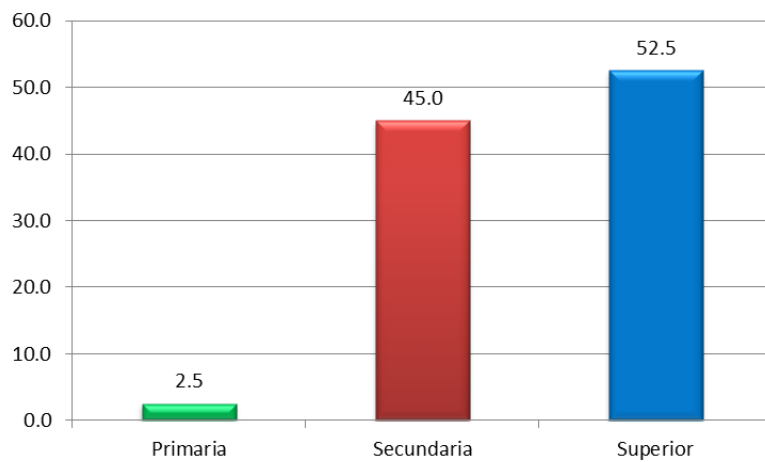
En el grafico N °2, se observa el estado civil encontrando que el estrato con mayor representatividad es de las casadas que representa el 50%(20), seguido por las convivientes que representa el 42.5% y el de menor representatividad son las solteras que representa el 7.5% del total de las gestantes.

TABLA N° 3
ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI.
JUNIO A DICIEMBRE 2014

Grado de instrucción	fi	%
Primaria	1	2.5
Secundaria	18	45.0
Superior	21	52.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 3
GRADO DE INSTRUCCION



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

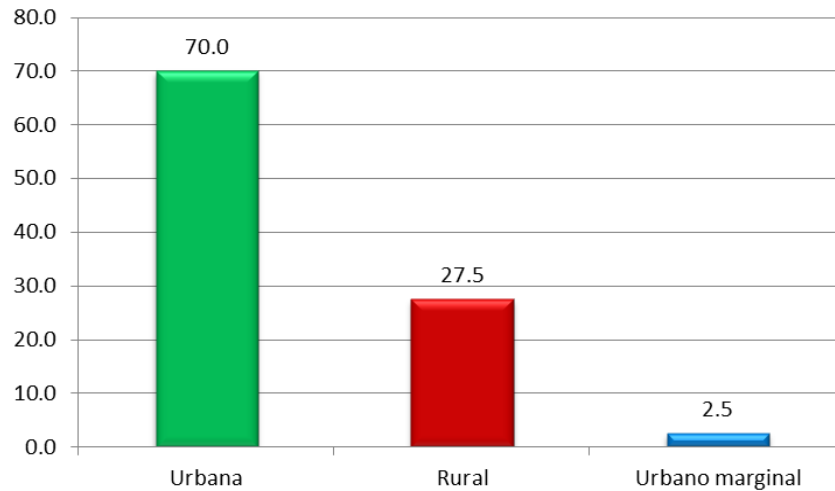
En el grafico N° 3, se observa el grado de instrucción encontrando que el estrato con mayor representatividad es el 52.5%(21) tienen instrucción superior, seguido por el 45% tienen secundaria y el de menor representatividad es el 2.5% con instrucción de primaria del total de las gestantes.

TABLA N° 4
ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN PROCEDENCIA MATERNA. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI.
JUNIO A DICIEMBRE 2014

Procedencia	fi	%
Urbana	28	70.0
Rural	11	27.5
Urbano marginal	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 04
PROCEDENCIA



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS E INTERPRETACION

En el gráfico N°4, se observa la procedencia de las gestantes encontrando que el estrato con mayor representatividad es el 70%(28) proceden de la zona urbana, seguido por el 27.5% son de zona rural y el de menor representatividad es 2.5% con procedencia de la zona urbano marginal del total de las gestantes, significando que la procedencia hace más fácil el acceso a sus estudios ecográficos del primer trimestre.

TABLA N° 5

**ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN NUMERO DE GESTACIONES. HOSPITAL DE APOYO DE
PICHANAKI-JUNIN. JUNIO A DICIEMBRE 2014**

N° gestaciones	Fi	%
Primigesta	20	50.0
Segundigesta	11	27.5
Tercigesta	6	15.0
Multigesta	3	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

ANALISIS E INTERPRETACION

En la Tabla N° 5, se observa el número de gestaciones encontrando que el estrato con mayor representatividad es el 50%(20) son primigestas, seguido por el 27.5% son segundigestas, el 15% son tercigestas y el de menor representatividad es de 7.5% que son multigestas del total de gestantes.

TABLA N° 6

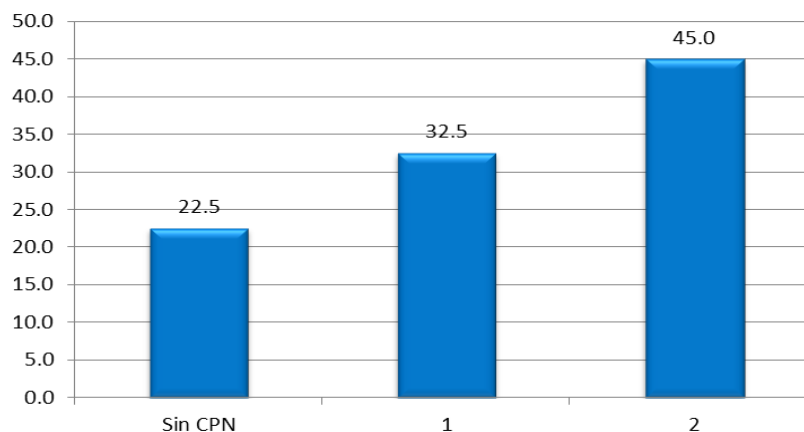
**ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN NUMERO DE ATENCION PRENATAL. HOSPITAL DE APOYO DE
PICHANAKI. JUNIO A DICIEMBRE 2014**

Atención prenatal	fi	%
Sin CPN	9	22.5
1	13	32.5
2	18	45.0
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 6

NUMERO DE ATENCION PRENATAL



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

En el grafico N° 6, se observa la atención prenatal de las gestantes encontrando que el estrato con mayor representatividad es el 45%(18) que tienen 2 atenciones prenatales, seguido por el 32.5% tienen una atención prenatal y el de menor representatividad es de 22.5% que no tienen atención prenatal del total de gestantes; se concluye, la importancia que se viene dando a la atención prenatal y al tipo de acciones que en ella se realiza en beneficio del producto.

TABLA N°7

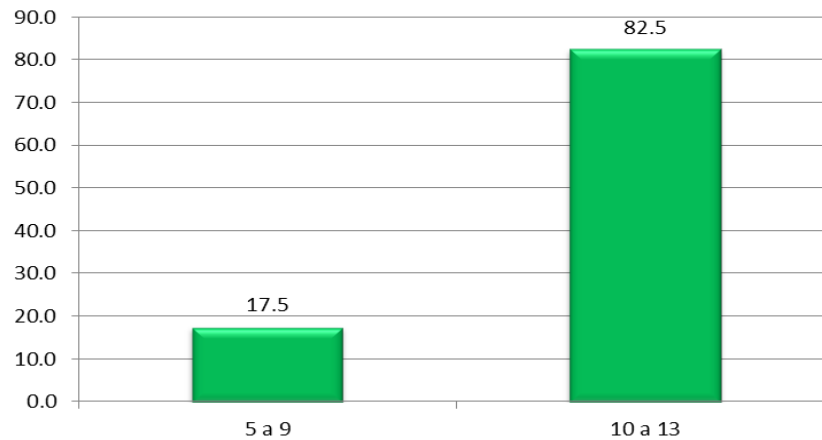
ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR SEMANA. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A DICIEMBRE 2014

Edad gestacional por semana	Fi	%
5 a 9 semanas	7	17.5
10 a 13 semanas	33	82.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 7

EDAD GESTACIONAL



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

En el grafico N° 7, se observa la edad gestacional de las gestantes encontrando que el estrato con mayor representatividad es el 82.5%(33) tienen una edad gestacional de 10 a 13 semanas y el de menor representatividad es de 17.5% con una edad gestacional de 5 a 9 semanas del total de gestantes, por lo que se concluye que en el 82.5% de las gestantes se encuentran en el segundo y tercer mes de embarazo al momento de su estudio ecográfico.

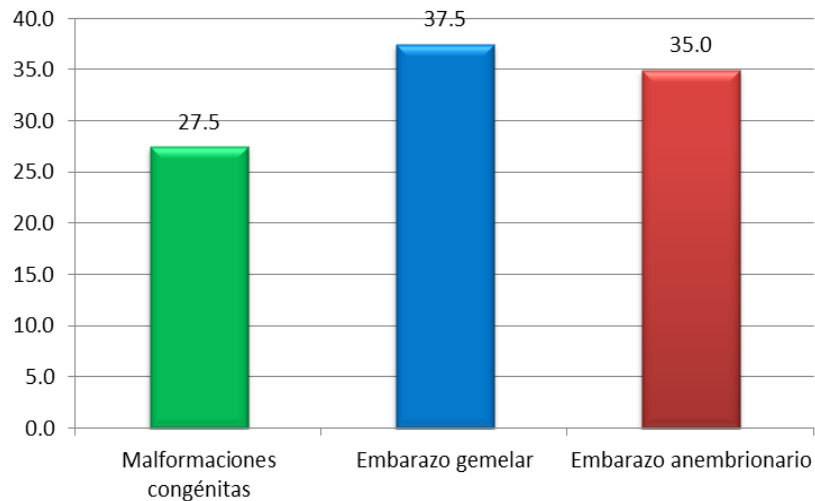
TABLA N°8

**ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN RESULTADOS ENCONTRADOS. HOSPITAL DE APOYO DE
PICHANAKI-JUNIN. JUNIO A DICIEMBRE 2014**

Resultados de evaluación fetal		
ecográfica	Fi	%
Malformaciones congénitas	1	2.5
Embarazo gemelar	1	2.5
Embarazo anembrionario	5	12.5
Sin malformaciones	33	82.5
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

.GRAFICO N° 8



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION Y ANALISIS

En la tabla 8, sobre resultados de evaluación fetal ecográfica de las 40 gestantes un 12.5% (5) presentaron un embarazo anembrionario y un 2.5% (1) presentaron embarazo con malformación congénita y otro similar 2.5%(1) presenta embarazo gemelar; por lo que se concluye que más temprana sea la edad gestacional para el estudio ecográfico mayor probabilidad de identificar problemas fetales

TABLA N° 9

**ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN EDAD EN AÑOS Y EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS. HOSPITAL
DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A DICIEMBRE 2014**

Edad de la gestante en años	Sem.		Sem.	
	5 a 9	%	10 a 13	%
16 a 20	3	30.0	6	20.0
21 a 25	1	10.0	6	20.0
26 a 30	3	30.0	6	20.0
31 a 35	-		5	16.7
36 a 40	3	30.0	4	13.3
41-45			3	10.0
Total	10	100%	30	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la Tabla N° 9, sobre edad de la gestante en años se observa que el para las edad gestacional de 5 a 9 semanas el 30% (9) están en edades de 16-20 años, 26- 30 y 36 -40 años 105(19 en edad de 21-25 años; para edad en semanas de 10-13 semanas el 20%(18) están edades de 16-20 años, 21-25 años y 26-30.

TABLA N° 10

ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO SEGÚN EDAD EN AÑOS Y RESULTADOS ECOGRAFICOS. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A DICIEMBRE 2014

Edad (años)	Malformación congénita	Embarazo gemelar	Embarazo anembrionario		
	fi	fi	fi	fi	%
16 a 20	-	-	1	1	14.2
21 a 25	-	-	2	2	28.6
26 a 30	-	-	-	0	0
31 a 35	-	1	-	1	14.3
36 a 40	-	-	2	2	28.6
41 a 45	1	-	-	1	14.3
Total	1	1	5	7	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 10, sobre edad en años y resultado ecográfico se observa que el un caso de embarazo gemelar se da en edad de 41-45 años, el embarazo gemelar es en edad de 31-35 años y los embarazos anembrionarios se da en edades de uno para edad de 16-20 años y 4 casos en edades de 21-25 años y 36-40 años.

TABLA N° 11
ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y RESULTADOS ECOGRAFICOS. HOSPITAL
DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A DICIEMBRE 2014

Edad gestacional	Malformación congénita	Embarazo gemelar	Embarazo anembrionario		
	fi	fi	fi	fi	%
5-9	-	-	5	5	71.4
10-13	1	1	-	2	28.6
Total	1	1	5	7	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 11, se observa que en edad gestacional de 5-9 semanas el 71.4%(5) presentaron embarazo anembrionarios y en edades de 10 a 13 semanas el 28.6%(2) presentaron embarazo gemelar y malformación congénita. Significa que la ecografía a edades tempranas contribuye a identificar malformaciones, embarazos anembrionarios.

TABLA N° 12
ECOGRAFÍA PARA EVALUACIÓN FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO
SEGÚN VITALIDAD FETAL. HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI. JUNIO A
DICIEMBRE 2014

Vitalidad fetal por ecografía	Sem. 5 a 9		Sem. 10 a 13	
	5	%	10	%
Actividad cardíaca	5	50.0	30	100.0
Mov. Embrionarios / fetales	-	0.0	30	100.0
Ninguna	5	50.0	-	0.0
Total	10	100%	30	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 12, sobre vitalidad fetal por ecografía según semana de gestación de las 40 gestantes en estudio se observa que de 10 embriones el 50%(5) si presentan actividad cardiaca y los otros 5 no; de las semanas 10 a 13 el 100% (30) presentan ambas reacciones de vitalidad fetal. Se concluye que la ecografía aplicada precozmente ayuda al diagnóstico de fetal.

5.2. DISCUSION

En la práctica clínica obstetricia el equipo de salud tiene a su alcance el uso de la ecografía, el mismo que permite la confirmación del embarazo intrauterino, número de fetos, embarazo ectópico, edad gestacional VERGARA DE APURIL, cardiopatías PEREZ RAMIREZ, y medir la translucencia nuchal, malformaciones entre otras más. Situaciones que permite intervenir oportunamente en cada etapa del embarazo e inclusive en el momento del nacimiento, bien para solucionar el problema o bien decidir cuál sería el mejor momento para iniciar un proceso diagnóstico que incluso puede ser motivo de una interrupción legal del embarazo o puede permitir el actuar de forma prenatal.

Por estas razones el uso adecuado y precoz de la ecografía en obstetricia también permite prevenir la morbilidad y mortalidad perinatal por parte del profesional de obstetricia y buscar el bienestar materno y de la familia.

En nuestro estudio según la Tabla N° 6, nos demuestra que más del 75% de las gestantes en estudio han tenido una atención prenatal, situación que permite valorar la importancia de la atención prenatal desde el primer trimestre y según como manda las Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna en donde indica la realización de un estudio ecográfico así mismo permite la ecografía conocer la edad gestacional como se observa en la Tabla N° 7 coincidiendo con VERGARA DE APURIL MOLINA REBECA. Estas situaciones hace valorar la importancia que tienen la ecografía usada en obstetricia y que se debe ampliar su

estudio en más muestras considerando más indicadores como comparativos y longitudinales y sus resultados neonatales.

En nuestro estudio se hace uso de la ecografía obstétrica con la finalidad de identificar los resultados del diagnóstico ecográfico realizado en el primer trimestre del embarazo; donde según Tablas 9, 10,11 y 12 se observa que a edades extremas en años hay más presencia de casos de malformaciones congénitas y de embarazos anembrionarios, por otro lado a edad en semanas de vida fetal al estudio ecográfico se logra identificar 7 casos uno de malformación y cinco de embarazos anembrionarios y otra unidad de embarazo gemelar coincidiendo con los estudios de Neilson esto hace corroborar que el estudio ecográfico usado en obstetricia desde edades tempranas del embarazo es eficaz en el diagnóstico de la edad gestacional, cardiopatías, complicaciones entre otras más tal como lo demuestra Pérez Ramírez y Vergara de Apuril.

En nuestro estudio según la Tabla N° 6, nos demuestra que más del 75% de las gestantes en estudio han tenido una atención prenatal, situación que permite valorar la importancia de la atención prenatal desde el primer trimestre y según como manda las Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna en donde indica la realización de un estudio ecográfico.

5.3. CONCLUSIONES

El estudio realizado llega a las conclusiones siguientes:

1. Respecto a la edad el 22.5% (9) y otro similar están en edades de 16 a 20 años y 26 a 30 años. La condición civil es casada en el 50%(20). Con una educación superior del 52.5%(21) y de procedencia urbana en el 70%(28).
2. Sobre el número de gestaciones al momento del estudio el 50%(20) son primigesta.
3. En lo referente a la atención prenatal el 45%(18) presenta 2 atenciones prenatales.
4. La edad gestacional es de 82.5%(33) corresponde de 10 a 13 semanas y el 17.5%(7) a 5 a 9 semanas.
5. De la evaluación ecográfica el 82.5%(33) los resultados ecográficos es sin malformaciones, 12.5%(5) tiene embarazo anembrionario, el 2.5%(1) embarazo gemelar y otra cifra similar embarazo con malformaciones congénitas.
6. Sobre la edad gestacional el 60%(18) están en edades gestacional de 10 a 13 semanas y edad en años de 16 a 30 años.
7. Sobre los resultados ecográficos de los siete encontrados el 71.4% (1) son embarazo anembrionario donde las edades en años de las gestantes son de 16 a 20 años (1), 21 a 25 años (2) y 36 a 40 años(2).

8. Sobre la vitalidad fetal por ecografía respecto a la edad gestacional en semanas de 5 a 9 semanas el 50%(5) presenta actividad cardiaca y el 50%(5) no presenta actividad alguna por tener embarazo anembrionario; el 100% (30) presenta actividad cardiaca y movimientos embrionario y fetales.

5.4. RECOMEDACIONES

De los resultados encontrado y concluidos se recomienda lo siguiente:

1. Continuar con el estudio pero de forma prospectiva y longitudinal con fines de observar los resultados ecográficos e incluir mayor número de casos.
2. A las autoridades del hospital en estudio y otros de la región brindar facilidades en la realización de estudios similares desde su inicio así como su financiamiento a través de convenios de cooperación internación y publicación del mismo.
3. A las autoridades y personal de medicina y obstetricia de los Centros y Puestos de salud sensibilizar para la atención prenatal precoz como indica la Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna.

VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Molina Ramírez, Rebeca (2010) Dentro del primer trimestre se toma la medida cráneo caudal del feto.
2. Manual CTO de Medicina y Cirugía, 8.a edición
3. Pérez Ramírez, Miguel; Mulet Matos, Eugenio y Hartmann Guilarte, Armando (2008) Diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatías complejas fetales.
4. Revista Cochabamba Dr. Juan José Peñaloza Valenzuela. Y Col Ginecólogo - Obstetra. H.M.I.G.U. (2008) Ecografía Doppler Como Factor De Predicción De Pre eclampsia Y Restricción Del Crecimiento Fetal.
5. <http://es.org/> OMS (revisado el 27 de setiembre del 2015)
6. Organización Mundial de Salud. Datos Estadísticos Sanitarios 2013. WHO Graphics, Switzerland, 2013. Pág. 14, 49, 72, 73
7. Neilson JP. (2009) HONDURAS Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo. <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000182>
8. Vergara de Apuril, Martha (2008) Evaluación del crecimiento fetal por ultrasonografía, relación con los resultados neonatales inmediatos.
9. Pacheco Romero, José. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2da. Edición Lima Perú 2007 pag 1268)

10. Elizabeth medina chacón tipos de ecografía
http://sites.amarillasinternet.com/draelizabethmolina/tipos_de_ecografias.html
11. F. Gary Cunningham, MD, Kenneth J. Leveno, MD, Steven L. Bloom, MD John C Hauth, MD, Divight J Rouse, MD Catherine Y. Spong, MD, Williams Obstetricia. 23ava Edición 2011, edit. McGraw-Hill pag 832.

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA Y FORMA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	NATURALEZA	INSTRUMENTOS
INDEPENDIENTE ecografía	Es un instrumento que sirve para detectar tempranamente embarazos múltiples, malformaciones fetales, filiar cronicidad en gestación gemelar y medir la translucencia nucal	Eco Doppler	Será a través de la valoración de resultados de procedimiento diagnóstico ecográfico registrados en la historia clínica de la gestante a término y valorados como positivo o negativo en relación a las condiciones neonatales; estos datos se colocaran en la ficha de recolección de datos.	BASAL CON CAMBIOS DE POSICION Movimientos fetales	INDIRECTA	DECUBITO DORSAL DECUBITO LATERAL PRESENTE - AUSENTE	CUALITATIVO	Ficha de recolección de datos Resultados ecográficos de HCI.
DEPENDIENTE EVALUACION FETAL I	Esta es una etapa muy dinámica, ya que a partir de dos células, óvulo y espermatozoide* que comenzaran a multiplicarse y diferenciarse se irán formando los distintos sistemas órganos y tejidos del feto	Edad gestacional Embarazo anembrionario Embarazo gemelar Malformación congénita Viabilidad fetal	GETANTES DEL PRIMER TRIMESTRE ATRAVES DE LA ECOGRAFIA OBSTETRICA SE DETERMINARA DIAMETRO DEL SACO GESTACIONAL SE DETERMINARA UNO O MAS PRODUCTOS DE LA CONCEPCION MEDIANTE LA ECOGRAFIA DETERMINAREMOS EL DIAMETRO DE LA TRANSLUCENCIA NUCAL MEDIANTE LA ECOGRAFIA DETERMINAREMOS LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD CARDIACA	longitud céfalo caudal Diámetro del saco gestacional mayor a 16 mm Presencia de dos sacos gestacionales translucencia nucal embrión mide más 5mm	DIRECTA	menor de 16semanas debe ser menor de 16 semanas monocigotos o bicigotos diámetro: mayor y menor presencia de actividad cardiaca si - no	CUALITATIVO	Lectura de ecografía

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ECOGRAFIA PARA EVALUACION FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO. HOSPITAL DE PICHANAKI.

JUNIO A DICIEMBRE 2014

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE E INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA	Diseño METODOLÓGICO	INSTRUMENTO
<p>GENERAL ¿Cuáles son los diagnósticos que se obtendrá con el estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo en el Hospital Pichanaki en el periodo de Junio a Diciembre del 2014?</p>	<p>GENERAL Identificar los diagnósticos obtenidos con el estudio ecográfico para la evaluación fetal en el inicio de embarazo en el Hospital Pichanaki en el periodo de Junio a Diciembre del 2014</p>	<p>Los diagnósticos obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo; son la edad gestacional, viabilidad fetal, embarazo gemelar, embarazo anembrionario, malformación congénita.</p>	<p>1.-Variable Independiente : ECOGRAFIA</p> <p>2 Variable dependiente Evaluación fetal</p> <p>Edad gestacional Embarazo anembrionario Embarazo gemelar Malformación congénita Viabilidad fetal</p>	<p>POBLACION todas las Mujeres que cursan embarazo único de primer trimestre que acudieron al Servicio Materno-Infantil del Hospital de Pichanaki.</p> <p>MUESTRA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Historias clínicas de gestantes del hospital de Pichanaki. historias clínicas de Gestantes con ecografía en el primer trimestre del hospital de Pichanaki</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSION: Historias clínicas de pacientes no gestantes del hospital de Pichanaki Gestantes con ecografía en el II y III trimestre del hospital de Pichanaki.</p>	<p>Descriptivo Prospectivo transversal</p> <p>DISEÑO: NO PROBABILISTICO</p>	<p>Técnica: Ficha de recolección de datos / observación</p> <p>Instrumento: Validado MINSA: ecografías del primer trimestre -Ficha de recolección de datos Formato de consentimiento informado</p> <p>Historia clínica</p>

<p>ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características socio demográficas de las gestantes en estudio?</p> <p>¿Es confiable la edad gestacional obtenida con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?</p> <p>¿Los embarazos anembrionarios son determinados con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?</p> <p>¿Los embarazos gemelares son obtenidos con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?</p> <p>¿Las malformaciones congénitas son obtenidas con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo?</p> <p>¿Cómo el estudio ecográfico determina la viabilidad fetal en el inicio del embarazo?</p>	<p>ESPECIFICOS</p> <p>Conocer las características socio demográficas de las gestantes en estudio</p> <p>Determinar la confiabilidad la edad gestacional obtenidas con el estudio ecográfico.</p> <p>Determinar embarazos anembrionarios con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo.</p> <p>Determinar si el estudio ecográfico en el inicio del embarazo contribuye a diagnósticos de embarazos gemelares.</p> <p>Determinar si el estudio ecográfico en el inicio del embarazo contribuye a diagnósticos de malformaciones congénitas.</p> <p>Determinar la viabilidad fetal a través del estudio ecográfico en el inicio del embarazo.</p>	<p>específicas:</p> <p>H1: La Edad gestacional obtenida con el estudio ecográfico en el inicio del embarazo es confiable.</p> <p>H2: El estudio ecográfico en el inicio del embarazo obtiene diagnósticos de embarazos anembrionarios.</p> <p>H3: El estudio ecográfico en el inicio del embarazo obtiene diagnósticos de embarazos gemelares.</p> <p>H4: El estudio ecográfico en el inicio del embarazo obtiene diagnósticos de malformaciones congénitas.</p> <p>H5: El estudio ecográfico en el inicio del embarazo obtiene la viabilidad fetal.</p>				
---	---	--	--	--	--	--



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN- HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO

ECOGRAFIA PARA EVALUACION FETAL EN EL INICIO DEL EMBARAZO.
HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI-JUNIN. JUNIO A DICIEMBRE 2014

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO 1

N° DE FICHA: **N° DE HISTORIA CLINICA**

I.- DATOS GENERALES

1. Edad:..... años
2. Estado civil
 - a) Casada ()
 - b) Conviviente ()
 - c) Soltera ()
3. Grado de Instrucción:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior ()
 - d) Sin estudio ()
4. Procedencia:
 - a) Urbana ()
 - b) Rural ()
 - c) Urbano marginal ()

6. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

- 3.1 Formula obstétrica: G.....
- 3.2 Numero de atención prenatal.....
- 3.3 Tuvo Complicaciones en anteriores embarazos:
 - a: embarazo gemelar
 - b: embarazo anembrionario
 - c: malformaciones congénitas

III.- EMBARAZO ACTUAL:

1. Diagnostico actual según ecografía:
 - a) Semanas de gestación
 - 1-4 sem () 5-9 sem () 10-14 sem ()
 - b) Malformaciones congénitas ()
 - c) Embarazo gemelar ()
 - d) Embarazo anembrionario ()
 - e) Viabilidad fetal
 - Actividad cardiaca Si () No ()
 - Movimientos fetales Si () No ()