



Programa Nacional de Atención Postaborto

Guatemala, Centro América



Se llena sólo en pacientes diagnosticadas y que ingresan al hospital por cualquier tipo de aborto

En emergencia: (llenado por médico)

Fecha de admisión:
día mes año

Nombre y Apellido: _____

Dirección / Domicilio: _____

Número Historia Clínica: _____ Nombre del Hospital: _____

Edad: años

Estado civil:
Soltera Casada Unida

HISTORIA OBSTÉTRICA AL INGRESO: (NO INCLUYE ABORTO ACTUAL)

Gestas Partos vaginales Abortos Cesáreas

Fecha de última menstruación: Edad gestacional por última menstruación:
día mes año semanas

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO ANTERIOR:

Parto Aborto

Cesárea Mola

Ectópico N/A

SIGNOS Y SÍNTOMAS AL INGRESO: Duración total en horas (01 < a una hora)

Sangrado: _____ horas Leve Moderado Severo

Dolor abdominal / pélvico: Sí No

Historia de fiebre: Sí No

SIGNOS VITALES AL INGRESO (EN EMERGENCIA):

Temperatura: _____ ° C

P/A: _____ / _____ mm/Hg

Pulso: _____ por minuto

FR: _____ por minuto

EXÁMEN FÍSICO:

Estado de Conciencia: Lúcida Estuporosa Excitada Comatosa
Piel: Normal Pálida Equimótica Petequias Ictérica
Abdomen: Normal Distendido Peritonitis Ausencia ruidos

EXÁMEN GINECOLÓGICO:

Genitales Externos normales: Sí No
Vagina Normal: Sí No
Cuello cerrado: Sí No
Restos placentarios: Escasos Regulares Abundantes

Tamaño del útero al examen bi manual: _____ Semanas.

SE OFRECIÓ CONSEJERÍA EN EMERGENCIA: Sí No

Procedimiento quirúrgico: (llenado por médico)

Fecha de realización:
día mes año

Método evacuación:

Legrado Uterino Instrumental (LUI) Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

Analgesia / anestesia utilizada:

Analgesia Sedación Anestesia general Bloqueo para cervical

Escala de dolor de 1a 10: (1=nada 5 = medio 10= mucho) _____

En servicio postaborto (llenado por médico o enfermera)

Consejería / Información: (se reflexionó sobre)

Signos de alarma Sí No Anticoncepción Sí No

Complicaciones postoperatorias: Ninguna Infección Otra

Inició método anticonceptivo antes del egreso: Sí No
Sí, si cuál:

Píldora Inyectable DIU Condón Quirúrgica Otro

DIAGNÓSTICO DEL ABORTO:

Amenaza de Aborto Aborto en curso
Aborto inevitable Aborto recurrente
Aborto séptico Aborto completo
Aborto incompleto

COMPLICACIÓN DEL ABORTO AL INGRESO A EMERGENCIA:

Sí No Si, sí, cuál:
Infección genital Hemorragia vaginal excesiva
Daño pélvico/ Choque séptico o hemorrágico
perforación

Restos encontrados: Escasos Regulares Abundantes

Anexos normales: Sí No

Complicaciones intra-operatorias: Sí No

Si, sí, cuál:
Sangrado excesivo Laceración cervical

Perforación uterina Reacción anestésica Otra

SE OFRECIÓ CONSEJERÍA DURANTE PROCEDIMIENTO: Sí No

Fecha de egreso:
día mes año

Condición al egreso: Sana Muerta C/patología

¿Referida? Sí No Si Sí, ¿A qué servicio? _____

Código diagnóstico CIE-10 (egreso) _____ (ver atrás)

CÓDIGOS INTERNACIONALES SEGÚN ICD-10 (OMS) PARA EMBARAZO CON TERMINACIÓN EN ABORTO: (000-008)

000	Embarazo ectópico tubárico, ovárico y abdominal
-----	---

001	Mola hidatidiforme
-----	--------------------

002	Aborto fetal
-----	--------------

003	Aborto completo espontáneo
-----	----------------------------

003.0	Aborto incompleto, complicado con infección genital o pélvica
-------	---

003.1	Aborto incompleto, complicado con hemorragia excesiva
-------	---

003.2	Aborto incompleto, complicado con embolismo
-------	---

003.3	Aborto incompleto, con otras complicaciones no especificadas
-------	--

003.4	Aborto incompleto, sin complicaciones
-------	---------------------------------------

003.5	Aborto completo o inespecífico complicado con infección genital o pélvica
-------	---

003.6	Aborto completo o inespecífico complicado con hemorragia profunda
-------	---

003.7	Aborto completo o inespecífico complicado con embolismo
-------	---

003.8	Aborto completo o inespecífico con complicaciones no mencionadas
-------	--

003.9	Aborto completo o inespecífico sin complicaciones
-------	---

004	Aborto terapéutico
-----	--------------------