

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

HISTORIA CLINICA PERINATAL

y Formularios Complementarios

Instrucciones de llenado y definición de términos

*Fescina RH
De Mucio B
Martínez G
Díaz Rossello JL
Serruya S
Mainero L
Rubino M*

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR

Salud de la Familia y de la Comunidad

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

www.clap.ops-oms.org
postmaster@clap.ops-oms.org



Título traducido:

Perinatal information system: perinatal clinical record: filling instructions and definition of terms.

Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1572).

Descriptores:

Sistemas de Información / Historia Clínica del Paciente / Registros Médicos / Atención Perinatal / Atención Prenatal

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS

Casilla de correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
www.clap.ops-oms.org
<http://perinatal.bvsalud.org/>

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL
Historia Clínica Perinatal y Formularios Complementarios
Instrucciones de llenado y definición de términos

Publicación Científica CLAP/SMR 1572
2010

ISBN 978-92-75-33062-3

Diseño gráfico: Juan Carlos Iglesias

Í N D I C E

	Pag
INTRODUCCIÓN	3
CONTENIDO DEL PRESENTE MANUAL	6
SECCIONES DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL	18
• IDENTIFICACIÓN	18
• ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS	21
• GESTACIÓN ACTUAL	25
• ADMISIÓN POR PARTO	38
• ENFERMEDADES (Patologías Maternas)	44
• RECIÉN NACIDO	45
• PUERPERIO	49
• EGRESO DEL RECIÉN NACIDO	50
• ANTICONCEPCIÓN	53
• ABORTO	54
• ADMISIÓN POR ABORTO	55
• PROCEDENCIA	56
• PRE-PROCEDIMIENTO	57
• TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO	64
• POST-PROCEDIMIENTO	67
• ANTICONCEPCIÓN	69
• EGRESO	70
HISTORIA CLÍNICA DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL	73
• IDENTIFICACIÓN	73
• TRANSPORTE	75
• INGRESO A NEO	77
• PATOLOGÍA	79
• TRATAMIENTOS	82
• EGRESO	84
• TAMIZAJE/INMUNIZACIONES	86
• PROMOCIÓN DE SALUD	88
• INDICACIONES AL EGRESO	89
• SEGUIMIENTO COORDINADO	90
PLANILLA DIARIA NEONATAL "Mis Registros Diarios"	91
• IDENTIFICACIÓN Y CONDICIÓN ACTUAL	91
• CUIDADOS PROGRAMADOS	94
• CONTROLES VITALES	95
• PÉRDIDAS	96
• APORTES	97
• CUIDADOS PROGRAMADOS	99
• CUIDADOS RESPIRATORIOS	100
• EXÁMENES PARACLÍNICOS	101
• OBSERVACIONES	102
• ANEXO - Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) relacionadas con embarazos que terminan en aborto	103
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Introducción

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte de la currícula de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Los objetivos del SIP son:

- servir de base para planificar la atención
- verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias
- unificar la recolección de datos adoptando normas
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- obtener localmente estadísticas confiables
- favorecer el cumplimiento de normas
- facilitar la capacitación del personal de salud
- registrar datos de interés legal
- facilitar la auditoría
- caracterizar a la población asistida
- evaluar la calidad de la atención
- categorizar problemas
- realizar investigaciones epidemiológicas operacionales

El SIP permite que en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.

Todos los formularios pueden ser impresos desde el Programa SIP2007. Esta nueva capacidad del SIP2007 produce un documento de muy fácil lectura con los datos ingresados hasta ese momento.

En el momento del alta de la madre y su recién nacido se puede imprimir el documento con todos los formularios completos. El personal de salud se beneficia de esta manera simple de registrar un prolongado y a veces complejo proceso de atención.

Desde 1983 la HC ha sido modificada en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades –nacionales e internacionales- definidas por los Ministerios de Salud de la Región. Su formato y diseño, sin embargo, han sufrido pocas modificaciones. Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente predefinidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo.

En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP y formularios complementarios que han sido desarrollados como

instrumentos que buscan atender las actuales prioridades de la región. Para facilitar la capacitación y utilización de estos documentos, este manual busca informar a los usuarios del SIP acerca de los términos, definiciones y formas de obtener datos clínicos válidos.

El formulario complementario para mujeres en situación de aborto tiene como objetivo mejorar los registros de aborto, conocer mejor la epidemiología y reducir la morbilidad y mortalidad de la mujer por esta causa. El formulario es producto de la cooperación entre OPS/OMS-CLAP/SMR e IPAS.

Los formularios complementarios para la hospitalización neonatal y la planilla diaria de cuidados tiene el objetivo de registrar su atención cuando requiere cuidados por enfermería especializada.

Contenido del presente manual

Como se explicó en la sección anterior, la HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Para ayudar a los usuarios del SIP a alcanzar este ideal el presente manual incluye la siguiente información:

- Explicación concisa acerca de la definición y conceptos relacionados con los términos incluidos en la HCP
- Cuando sea relevante, se sugiere el uso de formas validadas de obtener el dato (ya sea por pregunta, observación, o medición)
- Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la HCP

Esta información es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo	DOMICILIO <u>Av América 6937</u>
Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números	años en el mayor nivel <input type="text" value="6"/>
Finalmente algunos datos serán registrados marcando dentro de un círculo	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
La forma correcta de marcar los números es llenando todos los casilleros	gestas previas = 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> Hb = 9,5 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> leucocitos = 5000 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes:	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	

En las páginas siguientes se presenta la Historia Clínica Perinatal Regional (anverso y reverso) con el formulario complementario para Mujeres en Situación de Aborto y los formularios de hospitalización y planilla diaria de cuidados.

CLAP/SMR ha desarrollado otros sistemas como el del adolescente y el perinatal comunitario que no están contenidos en este manual.

Historia Clínica Perinatal Regional (anverso)

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		casada		Lugar del control prenatal																												
NOMBRE					APELLIDO					dia mes año			blanca		primaria		vivía sola		no		Lugar del parto/aborto																												
DOMICILIO					TELEF.					EDAD (años)			indígena		secund. univers.		casada		no		Lugar del parto/aborto																												
LOCALIDAD					TELEF.					edad de 15 a 35			mestiza		otro		casada		no		Lugar del parto/aborto																												
ANTECEDENTES										FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																							
ESTE OBLITO SIGNIFICA ALERTA (no indica necesariamente si se practica o no)										no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si																					
GESTACION ACTUAL										PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		EG CONFIABLE		FUM ACT.		FUM PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRRUEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL																			
PESO ANTERIOR										Kg		cm		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si		no si																			
CERVIX										PAP		COLP.		CHAGAS		PALUDISMO/MALARIA		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento		ODONT.																			
CERVIX										PAP		COLP.		CHAGAS		PALUDISMO/MALARIA		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento		ODONT.																			
CONSULTAS-ANTENATALES										FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES		HOSPITALIZ. EN EMBARAZO		CORTICOIDES ANTEPARTO		INICIO ESPONTANEO		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMAO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP		P																			
CONSULTAS-ANTENATALES										FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NATALES		HOSPITALIZ. EN EMBARAZO		CORTICOIDES ANTEPARTO		INICIO ESPONTANEO		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMAO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP		P																			
TRABAJO DE PARTO										CARNE		hora min		PA		puls		contr. / T		dilatacion		altura presion		variedad posic.		meconio		FCF/dps		HTA previa		HTA inducida		infec. ovular		infec. urinaria		amenaza parto premo		eclampsia		R.C.I.U.		rotura prem. de membranas		anemia		diabetes	
TRABAJO DE PARTO										CARNE		hora min		PA		puls		contr. / T		dilatacion		altura presion		variedad posic.		meconio		FCF/dps		HTA previa		HTA inducida		infec. ovular		infec. urinaria		amenaza parto premo		eclampsia		R.C.I.U.		rotura prem. de membranas		anemia		diabetes	
NACIMIENTO										POSICION PARTO		DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDIACION MECANICA		colocacion en TDP		antibiot.		analgesia		anest. local		anest. region		anest. genal		transfusion		otros		codigo		INDIC. OPER									
NACIMIENTO										POSICION PARTO		DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDIACION MECANICA		colocacion en TDP		antibiot.		analgesia		anest. local		anest. region		anest. genal		transfusion		otros		codigo		INDIC. OPER									
RECEN NACIDO										SEXO		PESO AL NACER		P. CEFALICO		EDAD GESTACIONAL		FUM		APGAR		REANIMACION		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIO MEDICO		PARTO		NEONATO		REFERIDO		PUERPERIO		ANTICONCEPCION													
RECEN NACIDO										SEXO		PESO AL NACER		P. CEFALICO		EDAD GESTACIONAL		FUM		APGAR		REANIMACION		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIO MEDICO		PARTO		NEONATO		REFERIDO		PUERPERIO		ANTICONCEPCION													
EGRESO RN										vivo		fallece		traslado		fallece durante o en lugar de traslado		EDAD AL EGRESO		ALIMENTO ALTA		Boca arrita		EGRESO MATERNO		traslado		lugar		CONSEJERIA		METODO ELEGIDO		DIU post-evento		ligadura tubaria		DIU natural		barraera		otro		hormonal		ninguno			
EGRESO RN										vivo		fallece		traslado		fallece durante o en lugar de traslado		EDAD AL EGRESO		ALIMENTO ALTA		Boca arrita		EGRESO MATERNO		traslado		lugar		CONSEJERIA		METODO ELEGIDO		DIU post-evento		ligadura tubaria		DIU natural		barraera		otro		hormonal		ninguno			

Historia Clínica Perinatal Regional (reverso)

CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
52 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 ANEMIAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
53 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
54 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
06 Preeclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preeclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las orfialitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	HIPERBILIRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P59.0
08 Bacteriemia aséptica del embarazo	R62.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P60-P61
61 OTRAS INFECCIONES	O38, B06, B50-B54, A60	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P61.1
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P91.3
63 Sífilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	D57.0-D57.2 y D57.8
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
11 Malaria	B50-B54	INFECCIONES	
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	14 Diarrea	G00
63 Hepatitis viral	O98.4	15 Meningitis	P38
64 TBC complicando EPP	O98.4	16 Orfialitis	P39.1, A54.3
80 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	17 Conjuntivitis	P39.4, I00
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
77 Chagas	O98.6	18 Septicemia	(resto del P35-P39)
78 Toxoplasmosis	O98.6	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	49 Tétanos neonatal	A33
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O34.3	60 Sífilis congénita	A50
13 Incompetencia cervical	O34.3	61 Enfermedades congénitas virales	P35
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P55.5
14 Parto obstructo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	69 Citomegalovirus (CMV)	P57.1
15 Parto obstructo debido a anomalía pélvica materna	O65	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
16 Otros partos obstructos por causa fetal	O66	39 HIV positivo	R75
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	80 Chagas	B55
17 Mola hidatiforme	O01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
19 Embarazo ectópico	O00	33 Hidrocefalia aguda	G91
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
21 Amenaza de aborto	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE	O44.1	36 Hemorragia intracerebrana no traumática	P52
22 Placenta previa con hemorragia de 1º y 2º grado	O45	37 Convulsiones	P90
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O46.0	71 Encefalopatía hipóxico isquémica	P21
24 Hemorragia antes y durante de la coagulación	O71.0, O71.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	F91
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1	METABOLICA/NUTRICIONAL	
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O99.0	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
71 ANEMIA	D50	45 Hipoglucemia	F70.3, P70.4, E16.2
27 Anemia por deficiencia de hierro	D59	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8	66 OTRAS PATOLOGIAS RN	
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O41.1	40 Retinopatía de la prematurez	H35
28 Infección del saco amniótico y membranas	O65, O66	41 Hema inguinal	K40
73 INFECCION PUERPERAL	O85	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
29 Sepsis puerperal	O91		
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O72.0, O72.1		
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.1		
31 Placenta retenida	O72.0, O72.1		
32 Útero atónico	O72.0, O72.1		
33 Laceraciones perineales de 1º, 2º y 3º grado	O72.0, O72.1		
34 Laceraciones vaginales de 3º y 4º grado	O72.0, O72.1		
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hipertensión gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufrimiento fetal	O68		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Embolismo obstétrico	O88		
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	R75		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		ANOMALIAS CONGENITAS	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa	120 Anencefalia	Q00.0
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)	122 Hidranencefalia	Q04.3
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa	123 Hidrocefalia	Q03
05 Parto prolongado	18 Abrupción placentaria	124 Microcefalia	Q02
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina	125 Holoprosencefalia	Q04.2
07 Descenso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia	127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06.0
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital	128 Tronco arterioso	Q20.0
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital	129 Transposición grandes vasos	Q20.3
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas	130 Tetralogía de Fallot	Q21.3
11 Parto de posttérmino	24 Muerte fetal	131 Ventriculo único	Q20.4
12 Presentación podálica	25 Macho exhausta	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
13 Posición posterior	26 Otros	133 Canal atro-vent. completo	Q21.2
		134 Atresia pulmonar	Q22.0
		135 Atresia tricúspide	Q22.4
		136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
		137 Coartación de aorta	Q25.1
		138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
		139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24, 28, 34
		140 Paladar hendido	Q35
		141 Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
		142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1
		143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Ano imperforado	Q42.3
		145 Orfialice	Q79.2
		146 Gastosquisis	Q79.3
		147 Atresia duodenal	Q41.0
		148 Atresia yeyunal	Q41.1
		149 Atresia ileal	Q41.2
		150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43, 45
		151 Genitales malformados	Q50-Q56
		152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1
		153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
		154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
		155 Ectopia de la vejiga	Q54
		156 Otras anomalías nefrouriñarias	Q63.4
		157 Trisomía 13	Q81.4, Q81.5, Q81.6
		158 Trisomía 18	Q81.0, Q81.1, Q81.2
		159 Síndrome de Down	Q90
		160 Otras anomalías cromosómicas	Q92, 97-99
		126 Labio hendido	Q36
		161 Paladar hendido	Q36
		162 Sindactilia	Q70
		163 Displasia esquelética	Q77-78
		164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
		165 Hemia Diafragmática	Q79.0
		166 Hidrops fetalis	P56, P83.2
		167 Oligoamnios severo	P01.2
		168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68, 74, 75, 79
		169 Anomalías tegumentarias	Q82, 84
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas	31 Antiretrovirales	
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio	32 Sulfadoxina-Pirimetamina	
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)	18 Sulfato de magnesio	33 Cloroquinas	
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes		
06 Diazepamio	21 Otros antihipertensivos		
07 Mepredina	22 Sangre y derivados		
08 Espasmodílicos	23 Heparina		
09 Oxitocina	24 Corticoides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos		
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amikacina)	27 Aminofilina		
13 Eritromicina	28 Insulina		
14 Metronidazol	29 Difenilhidantoína		
15 Betamiméticos	30 Otros		

Carné Perinatal (reverso)

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra

ALEA BETA: no, sí

ESTUDIOS: primaria, secundaria, universitarios, otros

ESTADO CIVIL: casado, unión estable, soltero, otro

Lugar del control prenatal: []

Lugar del parto/laborio: []

NOMBRE: [] APELLIDO: []

DOMICILIO: [] TELEF.: []

LOCALIDAD: [] EDAD (años): []

no < 15 años de 15 a 35 años > 35 años

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave

PERSONALES: genito-urinario, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia

OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, cesáreas, nacidos muertos

ULTIMO PREVIO: normal, emb. ectópico

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año

EMBARAZO PLANEADO: no, sí

FRACASO METODO ANTICONCEPCION: DIU, barrera, hormonal, otro

GESTACION ACTUAL

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. 1º trim, 2º trim, 3º trim

FUMA ACT. FUM Eco <20 s. 1º trim, 2º trim, 3º trim

FUMA PAS. FUM Eco <20 s. 1º trim, 2º trim, 3º trim

DRUGAS: no, sí

ALCOHOL: no, sí

VIOLENCIA: no, sí

ANTIRUBEOLA: no, sí

ANTITETANICA: vigente no, sí

EX. NORMAL: ODONT., MAMAS

EG ANTERIOR: [] TALLA (cm): []

FUM: []

EG: [] FUM: []

CERVIX

Ins. visual, PAP, COLP.

GRUPO Rh, inmuniz.

TOXOPLASMOSIS: <20 sem IgG, ≥20 sem IgG

VIIH: <20 sem, ≥20 sem

Hb <20 sem, >11.0 g/dl

Fe/FOLATOS: Fe, FOLATOS

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento

Prueba treponémica, Tratamiento, Tlo. de la terapia

CHAGAS

PALUDISMO/MALARIA: no, sí

BACTERIURIA: sem. normal, anormal, no, sí

GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem, ≥20 sem

edad gest., peso, P.A., altura uterina, presentación, FCF (lpm), movim. fetales, protei. nuria

signos de alarma, exámenes, tratamientos

Consultas Antenatales: día mes año, edad gest., peso, P.A., altura uterina, presentación, FCF (lpm), movim. fetales, protei. nuria

PARTO ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: total

HOSPITALIZ. EN EMBARAZO: completo, incompl., ninguna, n/c.

CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguna, n/c.

INICIO espontáneo, inducido, cesá. elect.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no, sí

EDAD GEST. al parto: <37 sem, ≥37 sem

PRESENTACION SITUACION: cefálica, pelviana, transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE: no, sí

ACOMPANANTE: pareja, familiar, otro, ninguno

ENCERME

HTA previa, HTA inducida, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes

infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter, R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave

1º trim, 2º trim, 3º trim

HEMORRAGIA, postparto, infección puerperal, otras

TERMINACION

espon. forcéps, cesárea, vacuúm

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION: INDUC., OPER.

Notas: []

POSICION PARTO

vertical, sacrocaudal, transversa

DESGARROS Grado (1 a 4)

OCITOCICOS: prelabor, postlabor

PLACENTA: completa, retenida

LIGADURA CORDON: precoz, no

colocados en TDP: no, sí

antibiot., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. gen. transfusión, otros

RECEN NACIDO

SEXO: f, m

PESO AL NACER: []

LONGITUD: []

EDAD GESTACIONAL: []

PESO E.G. adoc., pen., gde.

APGAR (min): 1º, 5º

estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo

FALLECE en LUGAR DE PARTO: no, sí

REFERIDO: aloc. neonat. otro, otro, otro

ATENDIDO: médico, obst., enf., auxil., estad., comp., otro

PARTO, NEONATO

PUERPERIO: día, hora, T°C, PA, pulso, invol. uter., loquios

DEFECTOS CONGENITOS

menor, mayor, comp.

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL, TSH, Hbpatia, Bilirub, Toxo IgM

Antirubeola post parto, yglobulina anti D

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA

EGRESO RN

vivo, fallece, traslado

EDAD AL EGRESO: días completos, <1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl., parcial, artificial

Boca abierta: no, sí

EGRESO MATERNO: día mes año

METODO ELEGIDO: DIU post-evento, ligadura tubaria, DIU, barrera, hormonal, ninguno

Nombre Recién Nacido: [] Responsable: []

Nombre Recién Nacido: [] Responsable: []

CPRES/SMR (Regimen) 04/09

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la grafica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

Formulario complementario para mujeres en situación de aborto

ADMISION POR ABORTO <input checked="" type="radio"/>		HOSPITALIZ en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> días <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD GESTACIONAL por FUM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> por ECO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		ACOMPANANTE pareja <input type="radio"/> <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		PROCEDENCIA TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ¿cuál? <input type="text"/>		personal <input type="radio"/> ambulancia <input type="radio"/> público <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/> días <input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos <input type="text"/>																	
FECHA DE INGRESO día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		PRE-PROCEDIMIENTO PULSO ≥ 100 <input type="text"/> ≤ 60 <input type="text"/> bpm PRESION ARTERIAL $\geq 140/90$ <input type="text"/> $\leq 80/50$ <input type="text"/> mmHg		SIGNOS VITALES F Resp > 16 <input type="text"/> rpm TEMPERAT. $\geq 38^\circ\text{C}$ <input type="text"/>		LABORATORIO HEMOGLOBINA < 10.0 g/dL <input type="text"/>		SIFILIS DIAGNOSTICO <input type="radio"/> TRATAMIENTO <input type="radio"/>		SINTOMATOLOGIA DIAS y HORAS <input type="text"/> <input type="text"/> desde el inicio del 1° síntoma		CONDICION AL INGRESO infección genital <input type="radio"/> <input type="radio"/> infección pelviana <input type="radio"/> <input type="radio"/> sepsis <input type="radio"/> hemorragia excesiva <input type="radio"/> shock hipovolémico <input type="radio"/> perforación desgarro o daño vaginal <input type="radio"/> <input type="radio"/> uterino <input type="radio"/> <input type="radio"/> pélvico <input type="radio"/> <input type="radio"/>															
EXAMEN CLINICO CONCIENCIA <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> lúcida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> excitada <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/>		PIEL Y MUCOSAS normal <input type="radio"/> pálida <input type="radio"/> equimosis <input type="radio"/> petequias <input type="radio"/> ictericia <input type="radio"/>		ABDOMEN normal <input type="radio"/> viscerom <input type="radio"/> rebote <input type="radio"/> distendido <input type="radio"/> signos perit <input type="radio"/> silencia <input type="radio"/> intestinal <input type="radio"/>		EXAMEN GINECOLOGICO UTERO POR EXAMEN BIMANUAL Posición AVF <input type="radio"/> Cuello cerrado <input type="radio"/> Restos s/d <input type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/> Tamaño medio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> RvF <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		ECO Diámetro longitudinal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tamaño útero <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm		ANALGESIA Solicitada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		SANGRADO nivel <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Estado del aborto actual <input type="radio"/> completo <input type="radio"/> se desconoce <input type="radio"/> incompleto <input type="radio"/> no aplica <input type="radio"/> Tipo emb. no viable <input type="radio"/> mola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> emb. no viable <input type="radio"/> terap. fallido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> especif. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>													
EXAMEN CLINICO CONCIENCIA <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> lúcida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> excitada <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/>		PIEL Y MUCOSAS normal <input type="radio"/> pálida <input type="radio"/> equimosis <input type="radio"/> petequias <input type="radio"/> ictericia <input type="radio"/>		ABDOMEN normal <input type="radio"/> viscerom <input type="radio"/> rebote <input type="radio"/> distendido <input type="radio"/> signos perit <input type="radio"/> silencia <input type="radio"/> intestinal <input type="radio"/>		EXAMEN GINECOLOGICO UTERO POR EXAMEN BIMANUAL Posición AVF <input type="radio"/> Cuello cerrado <input type="radio"/> Restos s/d <input type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/> Tamaño medio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> RvF <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		ECO Diámetro longitudinal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tamaño útero <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm		ANALGESIA Solicitada <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		SANGRADO nivel <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo <input type="radio"/>		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Estado del aborto actual <input type="radio"/> completo <input type="radio"/> se desconoce <input type="radio"/> incompleto <input type="radio"/> no aplica <input type="radio"/> Tipo emb. no viable <input type="radio"/> mola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> emb. no viable <input type="radio"/> terap. fallido <input type="radio"/> no <input type="radio"/> especif. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>													
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO FECHA DE PROCEDIMIENTO día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		MADURACION CERVICAL No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> horas <input type="text"/>		EVACUACION UTERINA No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		AMBIENTE examen <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> proced <input type="radio"/> quiror <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		MEDICACION oxito <input type="radio"/> cina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anti <input type="radio"/> prost <input type="radio"/> gland <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		antib <input type="radio"/> ticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		seda <input type="radio"/> ción <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anal <input type="radio"/> gesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> local <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> region. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> anal. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		trans <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	
FECHA DE PROCEDIMIENTO día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		MADURACION CERVICAL No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> horas <input type="text"/>		EVACUACION UTERINA No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		AMBIENTE examen <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> proced <input type="radio"/> quiror <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		MEDICACION oxito <input type="radio"/> cina <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anti <input type="radio"/> prost <input type="radio"/> gland <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		antib <input type="radio"/> ticos <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		seda <input type="radio"/> ción <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anal <input type="radio"/> gesia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> local <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> region. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> anal. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		anest. <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		trans <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	
TAMAÑO UTERINO sem <input type="text"/> cm <input type="text"/>		HISTOMETRIA sem <input type="text"/> cm <input type="text"/>		ANEXOS NORMALES No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		FETIDEZ No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		RESTOS escasos <input type="radio"/> abundantes <input type="radio"/>		inspeccionados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		ANATOM. PATOLOGICA no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Complicaciones Intraoperatorias Quirúrgicas: sangrado excesivo <input type="radio"/> lesión cerv./vag. <input type="radio"/> lesión uter./miest. <input type="radio"/> Anestésicas: reacción adversa <input type="radio"/> convulsión <input type="radio"/> paro cardíaco <input type="radio"/>													
OTROS PROCEDIMIENTOS Reparación les. útero <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		Reparación les. cerv./vag. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		histerectomia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		tto. sepsis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
POST-PROCEDIMIENTO FECHA fin de procedimiento día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		Consejería/Información oral <input type="radio"/> escrito <input type="radio"/> ning <input type="radio"/>		COMPLICACIONES infección genital/pelv <input type="radio"/> daño órgano pélvico, etc. <input type="radio"/> hemorragia tardía/excesiva <input type="radio"/> Shock (no séptico) <input type="radio"/>		EGRESO fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TIPO DE EGRESO fallece <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> fuga <input type="radio"/>		CONDICION AL EGRESO sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> ctipatología <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>		Lugar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Traslado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Autopsia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>											
FECHA fin de procedimiento día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/> hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		Consejería/Información oral <input type="radio"/> escrito <input type="radio"/> ning <input type="radio"/>		COMPLICACIONES infección genital/pelv <input type="radio"/> daño órgano pélvico, etc. <input type="radio"/> hemorragia tardía/excesiva <input type="radio"/> Shock (no séptico) <input type="radio"/>		EGRESO fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TIPO DE EGRESO fallece <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> egreso médico <input type="radio"/> fuga <input type="radio"/>		CONDICION AL EGRESO sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> ctipatología <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>		Lugar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Traslado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Autopsia <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>											
ANTICONCEPCION Inicio MAC <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		prof. acced. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/> <input type="radio"/>		use <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		1°primaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		2°secundaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		3°terciaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/> <input type="text"/>													
ACO "píldora" prof. acced. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE) <input type="radio"/> <input type="radio"/>		prof. acced. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/> <input type="radio"/>		use <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		1°primaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		2°secundaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		3°terciaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/> <input type="text"/>											
inyectable <input type="radio"/> <input type="radio"/>		condón <input type="radio"/> <input type="radio"/>		prof. acced. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/> <input type="radio"/>		use <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		1°primaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		2°secundaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		3°terciaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/> <input type="text"/>											
implante <input type="radio"/> <input type="radio"/>		otro método barrera <input type="radio"/> <input type="radio"/>		prof. acced. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/> <input type="radio"/>		use <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		1°primaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		2°secundaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		3°terciaria <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/> <input type="text"/>											
REFERIDA No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		psicología <input type="radio"/> <input type="radio"/>		anti <input type="radio"/> con <input type="radio"/>		otro establ. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		otro <input type="radio"/> <input type="radio"/>		específico <input type="radio"/> <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
REFERIDA No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>		psicología <input type="radio"/> <input type="radio"/>		anti <input type="radio"/> con <input type="radio"/>		otro establ. <input type="radio"/> <input type="radio"/>		otro <input type="radio"/> <input type="radio"/>		específico <input type="radio"/> <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															

*Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)
 HCPRESAIP (abaco) 0300

Partograma (anverso)

POSICION
TODAS
MEMBRANAS

VERT: HORIZONTAL
MULTIPARAS
INTE: ROTAS
GRAS

NULIPARAS
INTE: ROTAS
GRAS

NOMBRE Y APELLIDO

PLANO DE HISTORIA CLINICA

dia	mes	año

PARTOGRAMA - CLAP/SMR - OPS/OMS

Patio

DE LA CONSTRUCCION *
VALORES PARA LA CONSTRUCCION
(en horas p10)

0.15	0.15	0.05	0.30	0.20
0.25	0.25	0.10	0.35	0.35
0.35	0.40	0.25	0.40	0.50
1.00	0.55	0.35	1.00	1.05
1.15	1.25	1.00	1.30	1.25
2.10	2.30	2.30	3.15	2.30

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

REFERENCIAS

PLANOS DE HODGE Y VARIACION DE POSICION

DILATACION CERVICAL (REMI)

ROTURA ESPONTANEA MEMB. (RAM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD: +++ (Elevada), ++ (Normal), + (Débil)

LOCALIZACION: Uterino, SP (Sacro), S (Sacro)

FRECUENCIA CARDIACA FETAL (Diámetro acción precoz) I, II, III, IV (Diámetro acción tardía), V (Diámetro acción variable), M (Mikotono)

POSICION MATERNA: LD (Lat. derecho), LI (Lat. izquierdo), D (Dorsal), S (Siniestro), P (Parado o cambrando), PC

* SCHWARZ, R.; DIAZ, A.G., NIETO, E., CUAP, 1987, p. 115. 1987; Montevideo, Uruguay

PLANOS: I -4, II -2, III 0, IV +4

De Lee

DILATACION CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO: 0 a 14

HORA REAL: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p

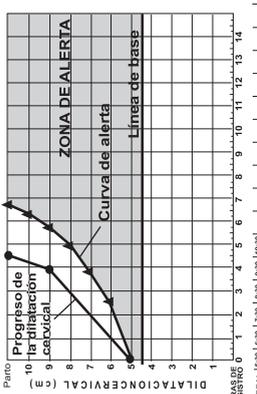
HORA															
POSICION MATERNA															
TENSION ARTERIAL															
PULSO MATERNO															
FRECUENCIA CARDIACA FETAL															
DURACION CONTRACCIONES															
FREC. CONTRACCIONES															
DOLOR															

FIGSAM/P-10/00

Partograma (reverso)

INGRESO TARDIO

La figura muestra una nulípara con membranas íntegras en posición horizontal, que ingresó al registro con 5 cm de dilatación cervical.



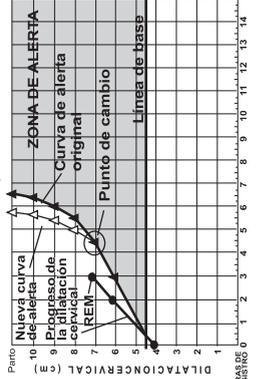
La curva de alerta se inició desde este primer tacto. A partir del mismo se trazó con los valores correspondientes a las condiciones de ingreso del caso.

A diferencia del ejemplo anterior, en los ingresos con 5 cm o más de dilatación, el punto de partida de la curva de alerta siempre será el del primer valor anotado de la dilatación cervical en el partograma.

CONDICIONES CAMBIANTES

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura muestra el caso de una multípara, en posición horizontal y con las membranas íntegras, que ingresó al registro con 6 cm de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm.



La gráfica de la dilatación corrigió la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde ese punto se trazó la curva de alerta apropiada para el caso. Debido a que a los 7 cm las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una multípara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas.

El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7 cm, en que se constató la rotura de las membranas. Esta nueva curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

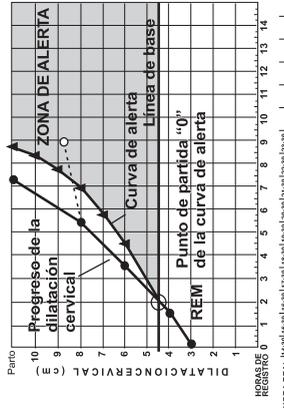
INGRESO TEMPRANO

En el ejemplo, a las 14:30 hora real, se comenzó el registro de los datos de una nulípara con membranas ovulares íntegras y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento observó una dilatación cervical de 3 cm. El punto de esta primera observación se marcó al inicio del registro. A las 16:00, hora real, se comprobó una rotura espontánea de las membranas ovulares y el tacto encontró 4 cm de dilatación. Se marcó un nuevo punto en la intersección de la abscisa a la hora real 16:00 (1:30 hora del comienzo del registro) con la ordenada a los 4 cm de dilatación.

La línea que une los puntos a los 3 cm y 4 cm permite visualizar el progreso de la dilatación cervical.

En el siguiente examen obstétrico realizado a la hora real 18:00, a 3:30 hs. del inicio del registro en el partograma, la dilatación cervical alcanzó los 6 cm.

Como se ve, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:00 hs. del inicio del registro en el partograma. Este es el punto de partida para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4,5 cm de dilatación cervical.



De la tabla se extraerán los valores correspondientes a este caso (posición horizontal, nulípara, membranas rotas). Para comenzar a trazar la curva de alerta de este caso, a las 2:30 horas del punto de su partida, se marcará el punto de los 6 cm de dilatación. A partir de este nuevo punto, 1:25 hs. después, se marcará el punto para los 7 cm. Desde éste, se marcará 1:05 horas después el de los 8 cm y así sucesivamente hasta el final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de dilatación cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta.

En esta misma figura se presenta otro caso, en el que, a partir de los 8 cm, la velocidad de la dilatación se entace y su gráfica cruza la curva de alerta (línea punteada). En este caso, con iguales condiciones de ingreso que el anterior, a las 23:30 horas reales y 9 horas después del inicio del registro en el partograma, se observó un trabajo de parto prolongado. Alertado por este sistema de vigilancia, el equipo de salud revisó el caso y pudo aplicar oportunamente las medidas apropiadas.

PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PROLONGADO

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Marcan un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al transcurrir ese límite, estén insinuando un entorpecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

Los valores de la duración de la dilatación cervical desde 4,5 cm hasta el final del parto, para la elaboración de estas curvas, fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas realizadas por CLAP sobre 1188 partos únicos de bajo riesgo, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con recién nacidos normales y vigorosos (*).

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente algunas características de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Las paridades se clasificaron en nulíparas (ningún parto previo) y multíparas (1 o más partos previos). Se clasificó el punto de partida de dilatación en la posición vertical (90% en canal) y horizontal (10% en cava). Según el estado de las membranas ovulares a los 4,5 cm de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

Los datos para construir las curvas patrón de alerta fueron obtenidos desde los 4,5 cm de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4,5 cm de dilatación cervical (línea de base).

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en el que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados incrementan la dilatación de 4-5 cm. a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto.

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas antes señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeje al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que está cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores de patrón elegido.

El uso de la plantilla de plástico poliuretano diseñada por el CLAP, facilita la construcción de la curva de alerta

(*) Schwarcz, R. y col. Gynec. Obstet. Excerpt. Med. Amsterdam, 1977: 377.

Diaz, A. G. y col. Europ. J. Obst. Gyn. Rep. Biol. 1. 1980

Secciones de la Historia Clínica

Sección: IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS			FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		casada		Lugar del control prenatal										
NOMBRE	Julia		APELLIDO	Teret		1	8	0	3	7	0	<input type="radio"/> blanca	<input checked="" type="radio"/> ninguno	<input type="radio"/> primaria	<input type="radio"/> unión estable	<input type="radio"/> casada			1	0	6	2	2			
DOMICILIO	Av. América 6937		TELEF.	8613947		EDAD (años)		<input type="radio"/> indígena	<input checked="" type="radio"/> si	<input type="radio"/> secund.	<input type="radio"/> univers.	<input type="radio"/> soltera	<input type="radio"/> otro	<input type="radio"/> vive sola	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> casada			1	0	6	2	2			
LOCALIDAD	Libertadores					3	8	<input type="radio"/> mestiza	<input type="radio"/> negra	<input type="radio"/> años en el mayor nivel	6	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> N°	<input type="radio"/> Identidad				1	6	6	2	2	8	9	7

NOMBRE – APELLIDO

Espacio para colocar el nombre y apellidos (paterno y materno) de la mujer

DOMICILIO – LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la mujer.

Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km 5 de la ruta 3)

TELÉFONO (TELEF)

Anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

FECHA DE NACIMIENTO

Anotar día, mes y año del nacimiento de la mujer.

EDAD (años)

Al momento de la primera consulta preguntar:

¿Cuántos años cumplidos tiene?

Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo.

ETNIA

Se ha incluido este dato en la HCP debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables.

Si bien existe una sola Raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias. Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana.

Una de las estrategias para mejorar la situación de estas poblaciones es haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por grupo étnico.

La mayor parte de los países han iniciado esfuerzos o ya han incorporado preguntas en los censos nacionales en este tema. Las formas de obtener este dato varían de país a país. Todos son de auto identificación aunque en algunos casos se hace referencia al color de piel y en otros se pregunta por el grupo indígena con el cual se identifica la persona. En todos los casos las opciones de respuesta incluyen los nombres de las etnias específicos del país.

A manera de ilustración, la HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros.

La forma de obtener el dato podría ser: *¿Cómo se considera?... ¿blanca? ¿indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?* Marcar respuesta según corresponda.

ALFABETA

Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?*

Anotar la respuesta (Si o No) según corresponda

ESTUDIOS

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.

Preguntar *¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?*

Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL

Preguntar: *¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?*

Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar "3" en el espacio que corresponde a 'años en el mayor nivel'.

ESTADO CIVIL

Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro.

También se registrará si vive sola o no.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL

Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control prenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.

LUGAR DEL PARTO/ABORTO

Anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se efectuó la asistencia del aborto. Si el control prenatal y el aborto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

NÚMERO DE IDENTIDAD (Nº Identidad)

Corresponde al número de identificación de la mujer (por ejemplo, número de historia clínica o número de documento de Identidad).

PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS

Se refiere al número de partos.

Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar:
¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuantos fueron por cesárea?

Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000 g fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

ABORTOS

Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el rectángulo amarillo correspondiente.

NACIDOS VIVOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

EMBARAZO ECTOPICO (emb. ectópico)

Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

NACIDOS MUERTOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

VIVEN

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

MUERTOS 1^{ra} SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.

MUERTOS DESPUÉS DE 1^{ra} SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente

FIN EMBARAZO ANTERIOR

Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

Dejar en blanco si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del inicio del embarazo actual.

Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos:

- Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año;
- Intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.

La definición del intervalo intergenésico es un tema que ha generado discusión y sobre el que han surgido nuevos aportes, ver Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.

EMBARAZO PLANEADO

Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (en amarillo).

Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar: *¿Cuándo supo de este embarazo ¿quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?*

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (Fracaso Método Anticoncep.)

Preguntar: *Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?*

Las respuestas posibles están clasificadas como:

- (1) No usaba ningún método (no usaba)
- (2) Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- (3) Dispositivo Intrauterino (DIU)
- (4) Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- (5) Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- (6) Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

el CLAP/SMR. Haciendo coincidir la flecha roja del gestograma que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con la fecha del primer día de la menstruación, la FPP quedará indicada por la fecha calendario que marca el punto de la semana 40 del gestograma. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existe fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.), las que son descritas en detalle en la publicación científica CLAP/SMR N° 1562.

Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año.

En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal no será necesario incluir la FPP.

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s)

Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

Ecografía: Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana.

Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

ESTILOS DE VIDA

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre preguntando: *Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?, etc.*

Fumadora activa (Fuma Act.)

Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3^{er} trimestre

Fumadora pasiva (Fuma Pas.)

Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

Drogas.

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

Alcohol

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc.

Preguntar: *¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?*

Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

Violencia

Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas.

Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar las normas de su país en este tema para elegir la forma de preguntar y las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal:

“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales:

- 1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan? Si la respuesta es positiva, continuar:*

(1ª) Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?

2. En el último año, ¿ha sido Ud golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(2ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

3. En el último año, ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(3ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?

4. En el último año, ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(4ª) Desde que está embarazada ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

5. En el último año ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(5ª) Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?"

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial *“Desde que está embarazada....”* por la frase *“Desde su última visita.....”*

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar “SI” en el casillero que corresponda.

ANTIRUBEOLA

La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal, sin olvidar a las mujeres que asisten para la atención de un aborto.

Preguntar: *¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola?* Si la respuesta es afirmativa, indagar *¿Cuándo?*

Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo “embarazo” si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Se recomienda averiguar sobre el esquema de vacunación en su país y las fechas de ejecución de las campañas de vacunación masiva.

ANTITETÁNICA

La eliminación del tétanos neonatal es otro de los retos de esta región. Una de las estrategias claves para alcanzar esta meta es vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al proveedor indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Si la mujer presenta documentación revisar el número e intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.

Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto. La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en la norma nacional.

Registrar Vigente=NO en los siguientes casos

- Ninguna dosis recibida. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.
- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de

los 3 años de protección. *Acción:* colocar únicamente una dosis (la tercera).

- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. *Acción:* Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

Registrar Vigente=SI en los siguientes casos:

- Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis.

Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.

EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL)

El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto.

Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.

Examen Odontológico (Odont.)

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia.

La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar NO y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar SI

Examen de Mamas

El examen de las mamas es sugerido en muchos países como parte

del examen de toda gestante. Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.

El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La OMS recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio. La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar NO cuando el examen de mamas sea anormal, y SI en caso contrario.

La decisión de diferir o no el examen en una mujer en situación de aborto dependerá del balance entre lograr un momento más oportuno para el examen y la seguridad de que vuelva al control.

CERVIX

Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el proveedor tomando en cuenta la situación individual de cada mujer.

El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.

Inspección visual (Insp. visual)

Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.

Papanicolau (PAP)

Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. En la mujer que asiste solamente para la atención de un aborto y se constata una lesión, la toma de PAP se deberá diferir. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

Colposcopia (COLP)

Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda. En mujeres que acudan para la atención del aborto se diferirá la realización de la colposcopia.

GRUPO Rh

Anotar en el recuadro el **grupo sanguíneo (Grupo)** que corresponda (A, B, AB, O).

Para “Rh” marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (SI), en caso contrario se marcará (NO).

GAMAGLOBULINA ANTI D

Esta variable está destinada para la aplicación de gamaglobulina anti D durante el embarazo según normas nacionales. En algunos países de la Región es norma la aplicación rutinaria de la gamaglobulina a todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas a las 28 semanas de gestación. En cambio en otros países sólo se aplica la gamaglobulina anti D a las Rh negativas no inmunizadas en caso de sangrados o de procedimientos invasivos (amniocentesis); en caso de aborto ninguna de estas dos situaciones aplicarán. Se marcará **SI** si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará **NO**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar “no corresponde” N/C.

TOXOPLAMOSIS

Si las normas locales incluyen la realización de esta prueba en el control prenatal, registrar el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda.

Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita, para lo cual se remite a la Publicación Científica CLAP/SMR 1562. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable ≥ 20 semanas

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

La Región de las Américas ha adherido a la estrategia global de una generación de niños libre de VIH y sífilis congénita y en garantizar el acceso universal al tratamiento a todas las personas que viven con VIH/SIDA.

Registrar Test VIH: Solicitado: NO o SI, Realizado: NO o SI, según corresponda.

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto.

Para mantener la confidencialidad de un resultado VIH positivo, la HCP no tiene un casillero que diga VIH positivo o negativo. Por esa razón se recomienda registrar en el lugar reservado para códigos de enfermedades, el código correspondiente al VIH (R75 de la CIE 10 o 76 de CLAP/SMR).

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb)

La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl. Si la hemoglobina se sitúa entre 7,0 y 9,0 g/dl se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7,0 g/dl la anemia es severa. Todos estos valores son considerados a nivel del mar.

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto. Y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

Fe/FOLATOS Indicados

Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta, excepto en aquellos países en los que existen programas específicos de fortificación de los alimentos.

Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.

Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

En los casos de aborto en mujeres que desean embarazarse en corto plazo, la recomendación del uso de hierro y folatos puede ser considerada como la primera consulta preconcepcional de un futuro embarazo.

SÍFILIS (Diagnóstico y tratamiento)

La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública en la Región. La OPS a pedido de los ministros de salud de los países miembros ha puesto en marcha "El plan para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas", lo que se complementa con la estrategia denominada "una generación de niños libre de VIH y sífilis congénita".

La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de un control prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas o Treponémicas. Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (S/D) sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Registrar (ya sea antes o después de las 20 semanas de embarazo) la semana de gestación en que fue realizada la o las pruebas. Para cada una marcar según corresponda. La HCP incluye las opciones para registrar la semana de gestación en que se realizó el tratamiento, si no fue realizado (NO), si se desconoce (S/D) o no corresponde (N/C). De la misma forma se registrará el tratamiento de la pareja. (Consultar publicación científica CLAP/SMR N° 1562)

CHAGAS

La enfermedad de chagas (infección por tripanosoma cruzi) es encontrada exclusivamente en el continente americano. Es considerada endémica en 21 países.

Las actividades consideradas esenciales para el control de esta enfermedad son el control vectorial y el despistaje de pruebas serológicas para T. cruzi en los bancos de sangre. En aquellos países que la transmisión vectorial ha sido eliminada, la transmisión vertical de la madre al feto es la única forma de mantenimiento de la enfermedad. Tanto que para algunos países el Chagas durante la gestación se ha transformado en una enfermedad centinela.

Registrar el resultado de la Prueba de Chagas (Negativa/Positiva/No se hizo) según corresponda.

PALUDISMO / MALARIA

El CLAP/SMR ha incluido la variable paludismo debido a la prevalencia que tiene esta enfermedad en 21 de los 37 países de la Región.

La HCP incluye el término Malaria o Paludismo, se registrará el resultado de la prueba diagnóstica realizada NEGATIVA si no se detectó paludismo, POSITIVA (círculo amarillo) si se confirma la enfermedad y NO SE HIZO, en caso de no realizar la prueba.

BACTERIURIA

Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

Se marcará Bacteriuria: NORMAL, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o la tirilla reactiva es negativa; ANORMAL, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación NO SE HIZO. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 20 semanas.

GLUCEMIA EN AYUNAS

Si las normas locales incluyen la realización de esta prueba en el control prenatal registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Si la glucemia basal es igual o mayor a 105 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Debido a que hay controversia en el uso de la glucemia y su sustitución por la PTOG en la rutina obstétrica, se recomienda consultar la Publicación Científica CLAP/SMR 1562. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 30 semanas.

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas

La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal.

La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal.

Si la realización de esta prueba es parte de las normas de su país la HCP ha incluido un espacio para registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar SI, en caso contrario registrar NO.

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto y
- Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño.

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (SI/NO).

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

CONSULTAS ANTENATALES

CONSULTAS ANTENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen- tación	FCF (lpm)	movim- tos fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita		
	2	4	0	3	0	8	12	6,3	3	110/70	-	-	-	-	-	AC

La HCP contiene espacio para 6 controles prenatales, si se requiere de más espacio para nuevos controles anexar la “cuadrícula complementaria de controles de la HCP” u otra hoja

En caso de ingreso por aborto o parto sin controles prenatales previos no apicará el llenado de esta sección.

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta.
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.), en semanas completas.
- Peso, en kilogramos.
- Presión arterial (PA), en mm de Hg.
- Altura uterina, en centímetros.
- Presentación, cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
- Frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto (FCF lpm)
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como no se hizo.
- Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- Iniciales del técnico.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde)

Sección: ADMISIÓN POR PARTO

PARTO <input checked="" type="radio"/>		ABORTO <input type="radio"/>		HOSPITALIZ. en EMBARAZO <input type="radio"/>		CORTICOIDES ANTEPARTALES <input type="radio"/>		INICIO espontáneo <input checked="" type="radio"/>		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO <input type="radio"/>		EDAD GEST. al parto <input type="radio"/>		PRESENTACION SITUACION <input type="radio"/>		TAMANO FETAL ACORDE <input type="radio"/>		ACOMPARIANTE TDP <input type="radio"/>		P <input type="radio"/>			
FECHA DE INGRESO día mes año 10, 03, 07				CONSULTAS PRE-NATALES total 06				completo <input checked="" type="radio"/> 26 incompleto <input type="radio"/>		indicado <input type="radio"/> 1, 0, 0, 3, 0, 7 cesar. elect. <input type="radio"/>		<37 sem <input type="radio"/> 37 ≥18 hs <input type="radio"/> 0		cefálica <input checked="" type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		pareja <input checked="" type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>		<input type="radio"/>			
CARNÉ <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí		06						hora min 7, 0 7, 0		temp. ≥ 38°C <input type="radio"/> 36, 8													
SEX <input type="radio"/>	hora	min	posición de la madre	PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variedad posic.	meconio	FCF/dips												
♀	0,4	2,0	DD	110/70	80	3	2	I	-	-	136												
♂	0,6	1,0	DLJ	120/80	84	3	3	I	-	-	142												
detalles logograma	0,7	4,0	DLJ	120/80	82	3	4	I	-	-	142												
TRABAJO DE PARTO	0,9	2,0	DLJ	130/80	90	3	5	I	-	-	148												
	0,9	5,5	DD	130/80	90	3	9	I	-	-	152												
NACIMIENTO VIVO <input checked="" type="radio"/>		hora min día mes año 1, 0 0, 7 24 0, 3 0, 7		MULTIPLE orden no sí <input type="radio"/>		TERMINACION espont. <input checked="" type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> forceps <input type="radio"/> vacuum <input type="radio"/>		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDIC. CODIGO		OPER. CODIGO											
MUERTO anteparto <input type="radio"/> parto <input type="radio"/>		lagora monfeto <input type="radio"/>																					
POSICION PARTO asentada <input type="radio"/> acostada <input checked="" type="radio"/>		DESGARROS Grado (1 a 4) <input type="radio"/> 1		OCITOCICOS preanbr <input type="radio"/> postalubr <input type="radio"/>		PLACENTA completa <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON precoz <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		MEDICACION RECIBIDA oclorocis en TDP <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> antibiot. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> analgésia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> anest. local <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> anest. región. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> anest. gen. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> translusion <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> otros <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> especificar <input type="radio"/>		INDIC. CODIGO		OPER. CODIGO									
episiotomía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>		episiorrafia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/>																					
ATENCION medico <input checked="" type="radio"/>		obst. <input type="radio"/>		enf. <input type="radio"/>		auxil. <input type="radio"/>		estud. <input type="radio"/>		empir. <input type="radio"/>		otro <input type="radio"/>		Nombre									
PARTO <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		ED									
NEONATO <input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		AJ									

Este sector está diseñado para registrar los datos relevantes del trabajo de parto y parto.

PARTO

Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto.

En caso de aborto (ver sección Aborto, pag. 54) se deberán sustituir las secciones: *parto*, *enfermedades maternas*, *recién nacido*, *puerperio*, *egreso del recién nacido*, *egreso materno*, y *anticoncepción* de la HCP, por el formulario complementario (adhesivo) para mujeres en situación de aborto.

FECHA DE INGRESO

Es la fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la institución. Se registrará en día-mes-año

CARNÉ

Se refiere a si la gestante presenta o no el Carné Perinatal al momento de la hospitalización para el parto. Marcar SI/NO, según corresponda.

CONSULTAS PRENATALES TOTAL

Si presenta carné perinatal, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP.

Si no presenta carné perinatal, preguntar: *¿Se hizo control prenatal alguna vez?*

Si la respuesta es negativa, registrar 00

Si la respuesta es afirmativa, continuar: *¿Cuántos controles prenatales tuvo?* y registrar el dato reportado.

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto. Si han existido hospitalizaciones durante el embarazo se registrará el círculo amarillo que indica SI, en ese caso también se deberá registrar el número total de días de hospitalización, (de la única internación o la suma de días de todas las internaciones).

CORTICOIDES ANTENATALES

La inclusión de la variable corticoides además de fundamentarse en su probada efectividad, intenta ser un recordatorio para aumentar su uso por parte de los profesionales, siendo además un indicador que permite monitorizar calidad de atención perinatal.

Recordar interrogar al momento del parto a todas las gestantes.

Registrar en la HCP la siguiente información:

- *Completo*: Si la gestante recibió dos dosis de 12 mg de betametasona por vía intramuscular administradas cada 24 horas; o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona por vía intramuscular administradas cada 12 horas.
- *Incompleto*: cualquier variación en menos con el esquema descrito.
- *Ninguna*: No recibió ninguna dosis de corticoides
- *N/C*= no corresponde. Cuando no está indicada su administración.
- *Semana de inicio*: Registrar las semana de gestación al momento de administrar la primera dosis.

INICIO

Se refiere al inicio del trabajo de parto. Este puede ser de inicio espontáneo o inducido, marcar según corresponda.

Notar que existe un casillero para aquellas mujeres que no iniciaron el trabajo de parto y fueron sometidas a una cesárea, en ese caso se registrará cesárea electiva.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO

Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

Si se confirma rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, registrar el momento aproximado del inicio de la pérdida de líquido amniótico (fecha y hora/min). Marcar los espacios en amarillo si la pérdida se inició antes de las 37 semanas, si el tiempo de pérdida es mayor o igual a 18 horas y si se acompaña de temperatura ($\text{Temp} \geq 38^{\circ}\text{C}$).

EDAD GESTACIONAL AL PARTO

Registrar la edad gestacional al momento del parto, en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la FUM y/o en la ecografía.

PRESENTACIÓN / SITUACIÓN

Se refiere al tipo de presentación, “cefálica”, “pelviana” o “transversa” diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Se marcará el círculo que corresponda.

TAMAÑO FETAL ACORDE

Se refiere a la correspondencia entre el tamaño fetal estimado por maniobras clínicas y las semanas de edad gestacional. Marcar SI o NO según corresponda.

ACOMPAÑANTE

(APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO)

La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho que tiene toda mujer gestante a permanecer acompañada por quien ella quiera y en las evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento.

Registrará la presencia durante el trabajo de parto (TDP) y/o parto (P) de una persona (familiar, amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante.

No debe considerarse ‘acompañante’ al personal de salud que estuvo presente realizando únicamente evaluación clínica o administrando tratamientos.

Registrar en la HCP quién y en qué período brinda el apoyo del acompañante. Las opciones son: Pareja, familiar, otro (incluye al personal de salud) y ninguno. Los períodos son: acompañante presente durante el trabajo de parto (TDP) y/o parto (P).

TRABAJO DE PARTO

DETALLES EN PARTOGRAMA

Se registrará SI, cuando sea usado el partograma con curvas de alerta de CLAP/SMR u otro partograma, en caso contrario marcar NO.

PARTOGRAMA

El CLAP/SMR ha diseñado un partograma con curvas de alertas para facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Este partograma incorpora curvas diferentes, considerando las principales variables que influyen en la duración del parto: paridad, estado de las membranas ovulares y posición de la gestante durante el trabajo de parto. (ver páginas 16,17)

En caso de no usar partograma, la HCP incluye espacio para registrar los siguientes datos relacionados con la evolución del trabajo de parto:

1. Hora y minutos de la evaluación (hora, min)
2. Posición de la gestante al momento de la evaluación (caminando, decúbito dorsal [DD], decúbito lateral izquierdo [DLI], entre otras)
3. Presión arterial (PA) en mm de Hg.
4. Pulso en latidos por minuto.
5. Contracciones uterinas en 10 minutos (contr/10)
6. Dilatación cervical en centímetros.
7. Altura de la presentación (altura present.), se refiere a los planos de Hodge o estaciones de DeLee.
8. Variedad de posición (variedad posic.). Se refiere a la variedad de posición según definiciones obstétricas clásicas. Por ejemplo, OIIA, OIDA.
9. Presencia o no de meconio (meconio), si hay meconio marcar el triángulo amarillo respectivo.
10. Frecuencia cardíaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia de dips (desaceleraciones de la FCF) que se registrarán en el triángulo amarillo correspondiente.

La HCP tiene espacio para 5 evaluaciones, si se realizan más evaluaciones se recomienda utilizar una gradilla de registro adicional.

NACIMIENTO

Se refiere al estado vital del recién nacido al momento del parto.

Registrar según corresponda:

La definición de nacido Vivo y Muerto se encuentra en la sección ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

Muerto Anteparto: Se marcará cuando la muerte ocurra antes del inicio del trabajo de parto. Se define como trabajo de parto al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como finalidad la expulsión de un recién nacido viable, el mismo se identifica por una dilatación cervical de 2 o más centímetros y contracciones con una frecuencia de 3 o más en 10 minutos por más de una hora.

Muerto Parto: muerte que ocurrió durante el trabajo de parto (período de dilatación o expulsión).

Muerto ignora momento: Si no se puede precisar el momento en que se produjo la muerte.

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO

Marcar la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año.

MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE)

Registrar si el nacimiento corresponde a un nacimiento múltiple (NO/SI). En caso de ser múltiple anotar el orden del nacimiento en el rectángulo correspondiente. En caso de no ser un embarazo múltiple anotar 0 en el rectángulo “orden”.

En caso de nacimientos múltiples debe llenarse una HCP individual para cada recién nacido. El primero tendrá el Orden=1, el segundo será Orden=2, y así sucesivamente. Los datos relacionados con la madre serán comunes pero se debe poner especial cuidado en registrar los datos individuales de cada recién nacido.

TERMINACIÓN

Registrar si la terminación del parto fue: espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra.

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

Se registrará la causa o causas por las que se indicó la inducción, cesárea, fórceps o vacuum.

La HCP incluye un espacio para la descripción completa de esta indicación y además ofrece rectángulos para anotar los códigos de las principales indicaciones, los que se encuentran resumidos en el reverso de la historia.

POSICIÓN PARTO

Indicar la posición de la paciente durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

EPISOTOMÍA

Registrar si se realizó episiotomía (SI/NO)

DESGARROS (Grado 1 a 4)

En caso de producirse desgarros durante el parto marcar en el casillero correspondiente. Registrar el grado respectivo (1 a 4) en el rectángulo correspondiente.

OCITÓCICOS

Registrar si se utilizó ocitócicos en el prealumbramiento (prealumbr) o en el postalumbramiento (postalumbr). Prealumbramiento incluye el uso de ocitócicos antes de la expulsión de la placenta. Postalumbramiento incluye el uso de ocitócicos después de la salida de la placenta.

En esta variable no se incluye el uso de ocitócicos para la inducción o estimulación de las contracciones uterinas. Dicho dato debe registrarse en la variable ‘Medicación Recibida’.

PLACENTA

Se refiere a si la placenta se ha expulsado completa (SI/NO) o ha quedado retenida (SI/NO)

LIGADURA DEL CORDÓN

La ligadura precoz de cordón es una práctica que debe ser abandonada como rutinaria para la atención del neonato.

Se considera ligadura precoz cuando ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario, en ese caso se debe marcar SI, marcar NO si la ligadura no fue precoz.

MEDICACIÓN RECIBIDA

Se refiere a la medicación administrada durante el trabajo de parto o parto. La lista incluye:

- Ocitócicos en trabajo de parto (ocitócicos en TDP)
- Antibióticos (antibiot)
- Analgesia, se refiere al uso de analgésicos intra venosos.
- Anestesia local (anest. local) corresponde a la infiltración del periné con anestésicos locales.
- Anestesia regional (anest. región.) incluye la analgesia peridural, raquídea y mixta.
- Anestesia general (anest. gral.)
- Transfusión, se refiere a sangre entera o hemoderivados (glóbulos, plaquetas, plasma).
- Otros – Especificar el nombre y codificar haciendo uso de los códigos impresos en el reverso de la HCP

Marcar (SI/NO) según corresponda. No incluye la administración de ocitocina en el alumbramiento que se describió anteriormente.

ATENDIÓ

Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar el nombre, iniciales o código

Sección: ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS)

ENFERMEDADES	1 o más		no		sí		código
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ninguna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HTA previa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	HTA inducida embarazo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	preeclampsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	eclampsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	cardiopatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	nefropatía	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	I II G	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infec. ovular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	infec. urinaria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	amenaza parto preter.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
		R.C.I.U.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
		rotura prem. de membranas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
		anemia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
		otra cond. grave	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			
							notas

En esta sección de la HCP se registrarán todas las patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio. Se recomienda llenarla conforme se vayan haciendo los diagnósticos. Es así que las complicaciones que aparecieron en el embarazo estarán registradas al momento del parto y aquellas que ocurran en el parto estarán ya registradas al momento del egreso donde se revisará y anotará cualquier complicación detectada en el puerperio.

En la última columna de este recuadro hay tres grupos de rectángulos que permiten registrar hasta 3 códigos de otras patologías maternas. Si un diagnóstico no se encuentra en la lista de patologías; entonces debe buscarse el código respectivo en el reverso de la HCP, si la patología no estuviera codificada en el reverso de la HCP se sugiere obtener el código del listado de la CIE 10 (Patologías del embarazo, parto y puerperio). Tomar nota que en este recuadro existen dos variables resumen: **'Ninguna'** (que será llenada al egreso materno si es que no se produjo ninguna patología durante el embarazo, el parto y el puerperio) y **'1 o más'**, que debe marcarse cuando la primera complicación sea detectada, antes o luego del egreso. Se debe tener presente que en caso que una mujer reingrese se deberá marcar esta opción y registrar en la HCP la patología que la motiva.

Esta sección debe ser cuidadosamente revisada al momento del alta para asegurarse que todas las complicaciones han sido incluidas.

Sección: RECIÉN NACIDO

RECIÉN NACIDO		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR (min)	REANIMACION	FALLECE en LUGAR de PARTO
SEXO f <input checked="" type="radio"/> m <input type="radio"/>	PESO AL NACER 3230 g	490	370	adec. <input checked="" type="radio"/> peq. <input type="radio"/> gde. <input type="radio"/>	1 ^o 09 5 ^o 70	estimulac. <input checked="" type="radio"/> aspiración <input checked="" type="radio"/> máscara <input checked="" type="radio"/> oxígeno <input checked="" type="radio"/> masaje <input checked="" type="radio"/> tubo <input checked="" type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>
DEFECTOS CONGÉNITOS no <input checked="" type="radio"/> menor <input type="radio"/> mayor <input type="radio"/>	ENFERMEDADES ingenua 1 ^o o más <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	LONGITUD cm 365	FUM <input checked="" type="radio"/> ECO <input type="radio"/>	TAMIZAJE NEONATAL VDRL: - <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> T _{SH} : - <input type="radio"/> + <input type="radio"/>		REFERIDO alq. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> otro <input type="radio"/>	
comp. <input type="radio"/>		congo <input type="radio"/>	no se hizo <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		Toxo <input type="radio"/> Bilirub <input type="radio"/>		Mecomo 1 ^o día <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>

En caso de Muerte Fetal registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad gestacional y marcar Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda).

Registrar además puntaje de Apgar al 1^{er} min 00 y 5^{to} min 00.

SEXO

Marcar el casillero que corresponda (Femenino, Masculino o No definido)

PESO AL NACER

Registrar el peso al nacer en gramos. Marcar el casillero amarillo si el peso es <2500 g o si es ≥4000 g.

PERÍMETRO CEFÁLICO (P. CEFÁLICO)

Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros con un decimal.

LONGITUD

Registrar la longitud del recién nacido en centímetros con un decimal.

EDAD GESTACIONAL

Registrar la edad gestacional en semanas completas y días, también registrar si fue calculada a partir de la FUM o por ecografía. Si no se dispone de EG se puede utilizar la medición del perímetro cefálico del recién nacido, en este caso se marcará el círculo amarillo que dice 'Estimada'. Ver publicación CLAP/SMR 1562.

PESO PARA EDAD GESTACIONAL (PESO EG)

Se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional, usando un patrón de referencia de la distribución de peso en las diferentes edades gestacionales. De acuerdo a donde se ubique en esta gráfica el recién nacido podrá ser catalogado como: "adecuado", "pequeño" o "grande" para la edad gestacional.

APGAR (min)

Registrar el puntaje de Apgar al 1^{er} y 5^{to} minuto de vida.

REANIMACIÓN

En este casillero la HCP incluye la lista de procedimientos que pueden ser utilizados durante la recepción/reanimación del recién nacido. Esta lista incluye:

- Estimulación (estimulac.).
- Aspiración de boca y nariz.
- Máscara.
- Oxígeno.
- Masaje cardiaco (masaje)
- Intubación endotraqueal (tubo)

Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.

FALLECE EN LUGAR DE PARTO

La HCP permite registrar el estado del neonato nacido vivo durante su permanencia en la sala de partos. Marcar SI cuando el neonato nació vivo pero falleció en la sala de partos; de lo contrario, marcar NO.

REFERIDO

Se refiere al destino del recién nacido luego de su recepción en sala de partos. Las posibilidades incluidas en la HCP son:

- Enviado a alojamiento conjunto (aloj. Conj.)
- Enviado a la unidad de neonatología ya sea intensiva o intermedia
- Referido a otro establecimiento

Marcar según corresponda

ATENDIÓ

Se refiere al tipo de personal que atendió al recién nacido (NEONATO). Marcar la casilla que corresponda (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar nombre, iniciales o código

DEFECTOS CONGÉNITOS

La HCP incluye un espacio para consignar la presencia o ausencia de defectos congénitos. Si los hubiera, ver el reverso de la HCP para identificar el código que corresponde al defecto congénito detectado. Marcar los círculos amarillos si se trata de una malformación congénita mayor o menor.

Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesia del pulgar. Las malformaciones menores al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (por ejemplo: papiloma preauricular).

ENFERMEDADES

Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos. Consultar el reverso de la HCP (Patología Neonatal) para identificar el código correspondiente.

La HCP incluye espacio para registrar hasta 03 códigos y al lado proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico. Tomar nota que además existen dos variables de resumen: '**Ninguna**' (si no hubo patologías en el recién nacido desde el nacimiento hasta el alta) o '**1 o más**' en caso contrario.

En aquellos RN que son ingresados a sala se registrará el formulario de hospitalización neonatal para ampliar la información.

TAMIZAJE NEONATAL

La principal justificación para la existencia del tamizaje neonatal es la prevención de daño severo mediante el inicio de un tratamiento oportuno.

La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:

SÍFILIS

Marcar negativo o positivo de acuerdo al resultado de la prueba realizada en sangre de cordón umbilical o posteriormente antes del alta neonatal. Anotar "no se hizo" cuando corresponda.

Si el resultado de la prueba VDRL fue reactivo y se indicó tratamiento, marcar NO cuando el tratamiento indicado no se hizo, SI cuando el tratamiento indicado se realizó, N/C cuando no se indicó tratamiento y S/D cuando se desconoce si se realizó el tratamiento indicado.

TSH (Hipotiroidismo)

Marcar "NO se hizo" cuando al alta de la maternidad se comprueba que no se realizó el examen. Cuando el examen fue realizado se marcará positivo cuando el valor exceda el rango normal para el laboratorio y negativo cuando el valor de TSH sea normal.

ANEMIA FALCIFORME (Falcif)

De acuerdo a normas locales el tamizaje de anemia falciforme puede ser universal o selectivo a la población afrodescendiente (etnia negra). Se recomienda que sea universal cuando esta población de riesgo es mayor del 15%. Se registra "no se hizo" cuando el estudio de la anemia falciforme no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó

y se dispone del resultado se registra positivo o negativo según corresponda.

BILIRRUBINA

Es un tamizaje selectivo de los recién nacidos sanos que desarrollan ictericia moderada a intensa después del primer día de vida. La determinación cuantitativa de la bilirrubinemia permite identificar a los recién nacidos que se encuentran en riesgo de daño neurológico e iniciar un tratamiento oportuno. Se indica “no se hizo” cuando el recién nacido presenta ictericia pero no se realizó su determinación. El resultado de la determinación que no revela riesgo se marca como negativo y si presenta valores elevados para la edad en horas se marcará como positivo. Ver publicación CLAP/SMR 1562.

TOXOPLASMOSIS NEONATAL (Toxo IgM)

De acuerdo a las normas locales que indiquen el tamizaje neonatal de toxoplasmosis en sangre de cordón umbilical, se marcará “no se hizo” cuando la prueba no fue realizada. Si la prueba fue realizada se anotará negativo o positivo según el resultado de la determinación.

MECONIO

Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (SI/NO) según corresponda.

Sección: PUERPERIO

PUERPERIO						
día	hora	T°C	PA	pulso	invol. uter.	loquios
1	0	1,2	36	100/70	90	cont norm
1	1	1,0	36,6	100/60	86	cont norm
1	2	0 8	36,6	100/70	92	cont norm

CONTROL DEL PUERPERIO

Este sector está destinado al registro de los controles del puerperio.

- Día, hora: al momento del examen puerperal.
- Temperatura (T°C): temperatura al momento del examen en centígrados y décimas (ej.: 36,4)
- Pulso. Número de latidos por minuto
- Presión arterial (PA): en mm de Hg.
- Involución uterina (invol. uter): Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinnard y el grado de involución del útero contraído (cont), flácido (flac), u otra característica según uso local de registro.
- Loquios: según sus características, olor, cantidad, presencia de coágulos, etc..

ANTIRUBEOLA POSTPARTO

Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger al siguiente embarazo.

Marcar “no corresponde” si la paciente tiene la vacuna vigente y por lo tanto, no fue necesario vacunarla. Marcar (SI) cuando la mujer debía recibir la vacuna y es vacunada al alta y se marcará (NO) cuando una mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.

GAMAGLOBULINA ANTES DEL ALTA (γGLOBULINA)

Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) y su recién nacido es Rh positivo deberá recibir γglobulina hiperinmune anti D antes de los 72 horas del nacimiento. Se marcará (SI) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió γglobulina anti D. Se marcará (NO) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió γglobulina anti D. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (N/C) no corresponde; igualmente si se trata de un recién nacido Rh -.

Sección: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

EGRESO RN		vivo <input checked="" type="radio"/>	fallece <input type="radio"/>	traslado <input type="radio"/>	fallece durante o en lugar de traslado no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	EDAD AL EGRESO días completos	ALIMENTO AL ALTA lact. excl. <input checked="" type="radio"/>	Boca arriba no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
dia	mes	año	hora	min		<1 día <input type="radio"/>	parcial <input type="radio"/>	BCG no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
1	0	03	0	8				
Id. RN					lugar		artificial <input type="radio"/>	PESO AL EGRESO
			6	2		9		
			4	8		7		
			7	1		8		
						4		
Nombre Recién Nacido				Responsable				
Diego				Armando Tenje				

En todos los casos en que el recién nacido es derivado a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde nació y se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución del neonato. En particular, la HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva del recién nacido, para registrar en la propia historia el estado (vivo o fallece), su peso y fecha al alta.

EGRESO RN debe llenarse en todos los nacidos vivos. No debe llenarse en caso de aborto o nacido muerto.

- Si el niño *nació vivo y sigue vivo* al momento del alta, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo ‘vivo’
- Si el niño *nació vivo* pero por alguna *complicación* requiere ser trasladado a otro establecimiento, entonces EGRESO RN debe incluir la fecha y hora de la transferencia. Además debe marcarse el círculo ‘traslado’ y anotar el código que identifique el lugar
- Si el niño *nació vivo y muere*, el EGRESO RN debe incluir la fecha y hora del fallecimiento, además de marcarse el círculo ‘fallece’. Si el fallecimiento ocurre fuera del lugar de nacimiento, debe figurar claramente el código del otro establecimiento.

En caso de ABORTO y de MUERTE FETAL, esta sección queda en blanco.

Para el caso de los **traslados o referencias**, se registra en:

- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO)

EDAD EGRESO EN DIAS COMPLETOS (vivo o muerto). Si es dentro de las primeras 24 horas registrar 00 y marcar el círculo “< 1 día”.

ALIMENTO AL ALTA

Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido en las últimas horas de su estadía en la institución:

- Lactancia materna exclusiva (lact. excl.): Sólo ha recibido leche materna y ningún otro líquido o leche artificial
- Lactancia no exclusiva (parcial): recibió leche materna y además líquidos o leche artificial
- Leche artificial

BOCA ARRIBA

Se refiere a si la madre ha recibido información sobre los beneficios de colocar al recién nacido boca arriba cuando se encuentra en la cuna.

Marcar si la madre ha recibido esta información (SI/NO)

BCG

Marcar (SI/NO) si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG antes del alta.

PESO AL EGRESO

Anotar el peso del recién nacido en gramos al momento del alta de la institución.

CERTIFICADO RECIEN NACIDO

Este espacio es para el registro del número de certificado de nacimiento otorgado.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO

Este espacio es para el registro del número de historia clínica otorgado por el establecimiento.

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO

Anotar el nombre completo del recién nacido. Registrar por lo menos los apellidos si el nombre aún no ha sido elegido por los padres

RESPONSABLE

Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.

Sección: EGRESO MATERNO

EGRESO MATERNO			traslado	lugar
día	mes	año	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
10	03	07		
viva	fallece	fallece durante o en lugar de traslado	<input checked="" type="radio"/>	días completos desde el parto
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
Responsable			no	si
Ana Civic			<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

En todos los casos en que la mujer es derivada a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde se llenó la HCP se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución de la salud de la mujer. La HCP debe quedar disponible hasta el alta definitiva de la mujer, para registrar en la propia historia su estado (viva o fallece) y la fecha al alta.

EGRESO MATERNO se refiere al estado al momento del alta (viva o fallece).

- Si la madre está viva al momento del alta, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora del alta. Además debe marcarse el círculo ‘viva’
- Si la madre presentó alguna *complicación* y requiere ser trasladada a otro establecimiento, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora de la transferencia. Además debe marcarse el círculo ‘traslado’ y anotar el código que identifique el lugar del traslado.
- Si la madre falleció en el establecimiento donde ocurrió el parto, entonces EGRESO MATERNO debe incluir la fecha y hora del fallecimiento. Además debe marcarse el círculo ‘fallece’

Para el caso de los **traslados o referencias**, se registra en:

- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO)
- Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento.

DIAS COMPLETOS DESDE EL PARTO:

- Registrar días completos desde el parto al egreso.

RESPONSABLE

Completar con apellido y nombre, iniciales o código del técnico responsable del alta.

Sección: ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCION	
CONSEJERIA	no <input checked="" type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
METODO ELEGIDO	
DIU post-evento <input checked="" type="radio"/>	ligadura tubaria <input type="radio"/>
DIU <input type="radio"/>	natural <input type="radio"/>
barrera <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>
hormonal <input type="radio"/>	ninguno <input checked="" type="radio"/>

CONSEJERÍA

Marcar (SI/NO) si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta. Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido un parto o aborto

MÉTODO ELEGIDO

Marcar el método seleccionado por la mujer luego de la consejería. Este listado incluye:

- DIU Post evento obstétrico (post parto o post aborto). Marcar esta opción significa que se ha colocado el DIU antes del alta
- DIU esta opción indica que la mujer eligió este método pero su colocación se hará en otro momento después del alta
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, anillo vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Ligadura tubaria
- Natural: método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.
- Otro
- Ninguno: Marcar esta opción significa que la mujer no ha elegido ningún método aún.

Sección: ABORTO

La sección aborto fue diseñada para registrar los datos relevantes de la atención a mujeres en situación de aborto. Las variables consideradas fueron ampliamente testeadas en el desarrollo y cuidadosamente seleccionadas siguiendo los estándares del CLAP/SMR en el monitoreo de los sistemas de salud.

En caso de aborto se deberán sustituir las secciones: *parto, enfermedades maternas, recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido, egreso materno, y anticoncepción* de la HCP, por el formulario complementario (adhesivo) para mujeres en situación de aborto.

Historia Clínica Perinatal con ejemplo de sustitución de los sectores de Parto y Recién Nacido por el Formulario complementario de mujeres en situación de aborto

The form is a comprehensive medical record for an abortion. It includes sections for:

- Demographics:** Name, address, phone, date of birth, ethnicity, and education level.
- Medical History:** Family and personal history, obstetric history (pregnancies, abortions, miscarriages), and previous pregnancies.
- Pregnancy Details:** Gestational age, weight, height, and various clinical indicators.
- Abortion Process:** Date and location of the procedure, type of procedure, and the provider's name.
- Examination and Lab Results:** Vital signs, hemoglobin, hematology, and gynecological exam findings.
- Post-Procedure and Follow-up:** Date of return, complications, and contraceptive counseling.

Sección: ADMISIÓN POR ABORTO

ADMISION POR ABORTO <input checked="" type="radio"/>		HOSPITALIZ en EMBARAZO no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	EDAD GESTACIONAL por FUM <input type="radio"/> por ECO <input type="radio"/>	ACOMPAÑANTE pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>	PROCEDENCIA TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/> cual? _____	TRANS PORTE personal <input type="radio"/> público <input checked="" type="radio"/> ambulancia <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>
FECHA DE INGRESO día mes año hora min 14 04 08 10 00		días 010	semanas días 10			TIEMPO DE TRASLADO días horas minutos 00 00 30

FECHA DE INGRESO

Es la fecha que corresponde al ingreso de la mujer al hospital. Se registrará la fecha en día-mes-año y la hora en hora-minutos.

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por diferentes razones. Si han existido hospitalizaciones durante el embarazo se registrará el círculo amarillo que indica SI. Se deberá registrar en los rectángulos amarillos el número total de días de hospitalización, (de la única internación o la suma de días de todas las internaciones).

EDAD GESTACIONAL AL INGRESO

Registrar la edad gestacional al momento del ingreso en semanas completas y días y marcar si el cálculo se basó en la fecha de última menstruación (FUM) y/o en la ecografía (ECO).

ACOMPAÑANTE (APOYO CONTINUO DURANTE TODAS LAS ETAPAS DEL CUADRO CLÍNICO, PROCEDIMIENTO Y EN EL PERÍODO POSTERIOR)

La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho de los pacientes a permanecer acompañados por quien ellos quieran y porque existen evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento durante el proceso asistencial.

Se registrará la presencia durante la hospitalización de una persona, la pareja, familiar, u otro (amigo o personal de salud) que ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort en forma continua e individualizada a la mujer en situación de aborto. Las opciones son: pareja, familiar, otro (incluye al personal de salud) y ninguno.

No debe considerarse 'acompañante' al personal de salud que estuvo presente realizando únicamente evaluación clínica o administrando tratamientos.

Sección: PROCEDENCIA

ADMISION POR ABORTO <input checked="" type="radio"/>	HOSPITALIZ en EMBARAZO no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> días <input type="text" value="00"/>	EDAD GESTACIONAL por FUM <input type="radio"/> por ECO <input checked="" type="radio"/> semanas <input type="text" value="10"/> días <input type="text" value=""/>	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="radio"/> pareja <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> ninguno	PROCEDENCIA TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/> cual? _____	TRANSPORTE personal <input type="radio"/> público <input checked="" type="radio"/> ambulancia <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/> TIEMPO DE TRASLADO días <input type="text" value="00"/> horas <input type="text" value="00"/> minutos <input type="text" value="30"/>
---	---	---	---	--	--

TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO

Se debe marcar SI o NO según corresponda, si la paciente fue trasladada desde otra unidad de salud.

Si marcó SI indique en cual, el nombre y/o código de la institución desde donde se produjo el traslado.

TRANSPORTE

Se refiere al tipo de transporte que se utilizó para llegar al establecimiento de salud. Las opciones son:

- **Personal**, cuando la mujer se trasladó en su propio transporte o de un amigo o familiar.
- **Público**, la mujer tomó un autobús, taxi, mini-bus o cualquier otro medio de transporte compartido y de uso público tradicional.
- **Ambulancia**: Se refiere a si el medio de transporte utilizado fue ambulancia pública o privada, u otro transporte de emergencia proporcionado por bomberos o policía, etc.
- **Desconocido**, la información se desconoce o no está disponible o la mujer o su familia no proporcionan ésta información.

TIEMPO DE TRASLADO

Se registrará en días, horas y minutos el tiempo que insumió el traslado al establecimiento de salud desde su domicilio, trabajo u otra institución.

Sección: PRE-PROCEDIMIENTO

PRE-PROCEDIMIENTO		SIGNOS VITALES		LABORATORIO		SÍFILIS		VIH		SINTOMATOLOGÍA		CONDICION AL INGRESO		DIAGNOSTICO PRESUNTIVO			
PULSO ≥ 100 lpm <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ≤ 60 lpm <input type="radio"/> <input type="radio"/>		PRESION ARTERIAL ≥ 140/90 mmHg <input type="radio"/> <input type="radio"/> ≤ 80/50 mmHg <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>		F Resp rpm > 16 <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> TEMPERAT. ≥ 38°C <input type="radio"/> <input type="radio"/>		HEMOGLOBINA <10.0 g/dL <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>		DIAGNOSTICO SÍFILIS no se hizo <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		VIH no <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Días y Horas desde el Inicio del 1° síntoma 00 02		infección genital <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Estado del aborto actual completo <input type="radio"/> <input type="radio"/> desconocido <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	
EXAMEN CLINICO CONCIENCIA <input checked="" type="radio"/> lucida <input type="radio"/> soporosa <input type="radio"/> excitada <input type="radio"/> comatosa <input type="radio"/>		PIEL Y MUCOSAS normal <input checked="" type="radio"/> pálida <input type="radio"/> equimosis <input type="radio"/> petequias <input type="radio"/> ictericia <input type="radio"/>		ABDOMEN normal <input checked="" type="radio"/> viscerom <input type="radio"/> rebote <input type="radio"/> distendido <input type="radio"/> signos perit. <input type="radio"/> silencio intestinal <input type="radio"/>		EXAMEN GINECOLOGICO TAMAÑO UTERO POR EXAMEN BIMANUAL 10 cm		Posición AVF <input checked="" type="radio"/> medio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>		ECO Diámetro longitudinal <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		SANGRADO leve <input type="radio"/> moderado <input checked="" type="radio"/> severo <input type="radio"/>		perforación desgarro o daño vaginal <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>		Tipo emb. no viable <input type="radio"/> emb. especif. <input type="radio"/> no emb. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	
ANALGESIA Solicitada <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/>		UTERO POR EXAMEN BIMANUAL Tamaño 10 cm		Restos s/d <input checked="" type="radio"/> normal <input type="radio"/>		Realizada <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		DOLOR no <input checked="" type="radio"/> sí <input type="radio"/> score		COD DIAG CIE 10 Admisión Presuntivo		RESPONSABLE		COD DIAG CIE 10			

SIGNOS VITALES

En esta sección se registran todos los datos relacionados con los signos vitales de la paciente antes del procedimiento:

- **PULSO**, en latidos por minuto (lpm). Si es mayor o igual a 100 lpm o menor o igual a 60 lpm, se marcará el círculo amarillo.
- **PRESIÓN ARTERIAL**, sistólica y diastólica en milímetros de mercurio (mmHg). Si la PA es mayor o igual a 140/90 mmHg o inferior a 80/50 mmHg, se marcará el círculo amarillo. Cuando la presión sistólica sea menor de 100 mmHg (ej.: 90 mmHg, se deberá registrar 090)
- **Frecuencia respiratoria (F Resp)**, en respiraciones por minuto (rpm). Cuando supera las 16 rpm presenta una taquipnea y se marcará el círculo amarillo.
- **Temperatura axilar (TEMPERAT)**, se registra en grados Centígrados con el decimal correspondiente. Si la temperatura es mayor o igual a 38 °C se registrará en el círculo amarillo.

LABORATORIO

Se realizarán estudios de sangre con la medición de hemoglobina, leucocitos, plaquetas, VIH y SÍFILIS.

- **HEMOGLOBINA**, se mide en gramos/decilitro (g/dL) de sangre. Se marcarán las unidades correspondientes y un decimal. Si el valor es inferior a 10.0 g/dl la paciente presenta anemia y se registrará como signo de alerta en el círculo amarillo. Si la hemoglobina es menor de 10 g/dl (ej.: 8.0 g/dl marcar 08,0).
- **DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS (DIAGNÓSTICO)**, dependiendo de las condiciones locales se usarán pruebas diagnósticas no treponémicas (VDRL/RPR), pruebas rápidas treponémicas o pruebas rápidas combinadas (treponémicas y no treponémicas). Independientemente de cual fue la técnica usada para el diagnóstico, se registrará en los círculos correspondientes, (-) si se descartó una sífilis, (+) si la mujer presenta una sífilis, o (**no se hizo**).
- **TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS (TRATAMIENTO)**, El tratamiento de la sífilis se realizará preferentemente con penicilina G benzatínica

2.400.000 U por vía intramuscular, dosis única en caso de sífilis primaria. En situación de aborto y a diferencia del embarazo, si la mujer es alérgica a la penicilina se podrá usar otros antibióticos efectivos.

Se marcará el círculo amarillo que dice **(NO)** cuando no se hizo tratamiento y era necesario hacerlo. Se marcará **(SI)** si se realizó tratamiento y en caso que no se sea necesario el tratamiento se registrará en no corresponde **(N/C)**.

El tratamiento no corresponderá efectuarlo en aquellos casos que habiendo hecho pruebas confirmatorias para sífilis (treponémicas) las mismas la hayan descartado.

En aquellos escenarios donde las normas y las condiciones previenen el uso de pruebas treponémicas confirmatorias, éstas se deberán utilizar. Ante la duda siempre será preferible tratar a la mujer.

- **TRATAMIENTO DE LA PAREJA (TRATAMIENTO PAREJA)**

Una de las principales fallas en la disminución de la sífilis se produce por la falta de tratamiento de los contactos sexuales de la mujer. Se consignará **(NO)** si no se hizo tratamiento a la pareja, **(SI)** en caso de hacerlo y **(N/C)** en caso que los estudios confirmatorios de la pareja sean negativos.

- **VIH**, la detección y el tratamiento oportuno de la infección por VIH son actividades claves para reducir el impacto de ésta enfermedad, disminuir su transmisión y para aplicar medidas preventivas. Se utilizan exámenes de tamizaje para VIH (test rápidos de muestras de sangre o saliva, o la prueba de ELISA). Si las pruebas son reactivas deberán confirmarse mediante la técnica de Western blot o por inmunofluorescencia. Registrar en (-) si el resultado del VIH es no reactivo, marcar el círculo amarillo que dice (S/D) cuando no se hizo el examen o no se dispone de su resultado. En caso de ser positivo se recomienda registrar el código 76 que figura en el reverso de la HCP.
- **LEUCOCITOS**, se mide en unidades por microlitro. Se indica el número total de leucocitos (glóbulos blancos) por microlitro. Se habilitan 5 casilleros de tipo numérico cuando la cantidad de leucocitos sea < 10.000 se deberá incluir un 0 en el casillero de las decenas de mil (ej.: 9000 se anotará 09000).
- **PLAQUETAS**, se miden en cantidades de mil por microlitro. Se rellenan los tres espacios correspondientes con números. Por ejemplo, si el resultado es 450.000 se registra: 450 debido a que mil ya está escrito en letras. El espacio amarillo deberá marcarse cuando el valor sea inferior a 100 mil plaquetas. Si por el contrario fueran 45.000 deberá inscribirse 045.
- **Grupo sanguíneo y factor Rh (GRUPO Rh)**, en caso que no hubiera sido realizado durante el prenatal deberá ser efectuado y registrado en la sección gestación actual como ya fue explicado.

Inmediatamente debajo del Grupo y Rh se encuentra lugar para registrar el uso de gamaglobulina hiperinmune anti D. En caso de aborto ésto se registrará al egreso en el área seleccionada para tal fin.

SINTOMATOLOGÍA

Se indicará en días y horas la duración total de los síntomas desde el inicio del primer síntoma.

SANGRADO

Si la mujer no presenta sangrado se registrará (NO). Si presenta sangrado, se marcará el círculo amarillo que dice (SI) y se agregará la cantidad que corresponda, leve, moderado o severo. Los dos últimos (en amarillo) son considerados signos de alerta por lo que se deberán tomar previsiones ante riesgo de shock hipovolémico.

DOLOR

Se registrará la existencia de dolor abdominal y/o pélvico: SI o NO según corresponda. Se utilizará Escala Visual Análoga del Dolor (EVAD) - Ipas. Si no se dispone de EVAD, se le pedirá que califique el dolor en una escala del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el máximo dolor que ella haya imaginado. Se registrará en los rectángulos el valor numérico definido.

EXAMEN CLÍNICO

Se indicarán los signos encontrados en el examen clínico en los espacios correspondientes.

CONCIENCIA

Se marcará sólo una de las cuatro opciones para establecer el estado de conciencia según sea:

- **Lúcida**, si está ubicada en tiempo y espacio, puede mantener un diálogo coherente.
- **Soporosa**, se encuentra sumida en un estado de somnolencia persistente.
- **Excitada**, presenta hiperquinesia a predominio de los miembros superiores e inferiores.
- **Comatosa**, la mujer se encuentra en estado inconciente, presenta pérdida de la sensibilidad y la capacidad motora voluntaria.

PIEL Y MUCOSAS

Se registrará la apariencia de piel y mucosas en los espacios correlativos, estas variables aceptan más de una opción (p. ej. pálida y petequias):

- **Normal**, cuando no existen alteraciones visibles en la coloración de la piel tomando como referencia la perteneciente a su etnia.
- **Pálida**, Coloración significativamente más clara de mucosas y del color de piel que el correspondiente a su etnia.

- **Equimosis**, manchas subdérmicas o submucosas, de color azul-violáceo o violáceo-amarillentas dependiendo del tiempo de evolución.
- **Petequias**, manchas pequeñas que aparecen como puntos rojos en la piel, que no desaparecen al realizar dígito-presión.
- **Ictericia**, coloración amarillenta de piel y mucosas.

ABDOMEN

- **Normal**, no se detectan alteraciones y excluye otras opciones.
- **Visceromegalias**, agrandamiento y/o dilatación de los órganos internos.
- **Rebote**, onda líquida o del ténpano son signos patognomónicos de acumulación excesiva de líquido en la cavidad abdominal.
- **Distendido**, el abdomen se observa aumentado de tamaño y a la palpación se destaca una mayor tensión desde la superficie hasta el plano muscular.
- **Signos peritoneales**, dolor a la descompresión de la pared abdominal.
- **Silencio abdominal**, ausencia de ruidos abdominales a la auscultación.

EXAMEN GINECOLÓGICO

El examen ginecológico tiene como objetivo determinar por examen bimanual el tamaño y las características clínicas del útero y su contenido, el estado del cervix, la existencia de restos y la exploración del canal vaginal.

ÚTERO POR EXAMEN BIMANUAL

Se anotará:

- **Tamaño uterino (tamaño)**, en semanas de amenorrea (sem), según lo determine el examen bimanual realizado por personal capacitado.
- **Posición**, se marcará si el útero se encuentra en posición de anteversoflexión (AVF), (medio) o en retroversoflexión (RVF) en el círculo amarillo.
- **Cuello cerrado**, se debe registrar SI (círculo amarillo) o NO, según corresponda.
- **Restos**, si se encuentran restos ovulares marcar SI (círculo amarillo) o NO, según los hallazgos del examen ginecológico. También se incluye la opción *se desconoce S/D* en caso que el técnico no pueda determinar clínicamente este aspecto.
- **Vagina normal**, marcar SI o NO según corresponda.

ECOGRAFÍA

En caso de aborto, los hallazgos ecográficos pueden corresponder al útero ocupado por el saco gestacional o por restos ovulares y/o coágulos. El útero sólo estará vacío cuando se haya producido un aborto completo. Este examen puede ser de gran utilidad cuando se plantean diagnósticos diferenciales, para lo cual se remite a la Publicación Científica del CLAP/SMR N° 1562.

Si se realizó el estudio ecográfico se marcará SI o NO según corresponda. En caso afirmativo se registrará el **Tamaño uterino** en milímetros. Si el útero mide 70 mm se deberá registrar 070.

ANALGESIA

Se registrará SI o NO en **Solicitada**, según la mujer haya o no solicitado medicamentos para el dolor. Se registrará SI o NO según haya recibido medicación en la variable **Realizada**.

CONDICION AL INGRESO

Si no hay ninguna afección complicando el estado de salud al ingreso marcar el círculo **NO**. De haber complicaciones al momento de la admisión se marcará el círculo correspondiente, lo cual abre la posibilidad de identificar diferentes tipos de complicaciones.

En caso de haberla se marcará la o las siguientes opciones:

- **Infección genital**, cuando existan síntomas y signos compatibles con una infección: fiebre, escalofríos, secreciones vaginales fétidas, dolor abdominal o pélvico espontáneo y/o a la movilización del útero, metrorragia prolongada y elevación del recuento leucocitario.
- **Infección pelviana**, los hallazgos más frecuentes son dolor abdominal o pélvico, signos peritoneales evidenciados por dolor a la descompresión abdomino-pélvica, dolor a la movilización del útero, fiebre igual o mayor a 38 °C y leucorrea mucopurulenta y/o fétida, recuento leucocitario elevado.
- **Sepsis**, es un cuadro grave con gran compromiso del estado general, puede afectar la conciencia acompañada de fiebre y toque multiparenquimatoso (ictericia, anuria o oligoanuria, hipotensión, alteraciones respiratorias, trastornos de la coagulación, etc.).
- **Hemorragia excesiva**: metrorragia abundante y continua que supera los 500 ml.
- **Shock hipovolémico**: Es producido por una hemorragia excesiva y de evolución rápida, secundaria a una complicación. Se acompaña de gran compromiso de la conciencia, del estado general y repercusión hemodinámica severa.

- **Perforación, desgarro o daño**, consignar lesiones de vagina, útero o pélvicas ocurridas antes del ingreso. Registrar la topografía del desgarro y/o perforación (vagina, útero); se interpreta por pélvico la lesión de un órgano pelviano (recto, vejiga o vasos pélvicos). Otro, corresponde a lesiones de otros órganos abdominales.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Estado actual del aborto

Aborto: se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso inferior a 500 gramos o cuando la interrupción del embarazo se produce antes de las 22 semanas.

- **Aborto completo**, consiste en la expulsión o extracción total del huevo fuera de la cavidad uterina en un tiempo completo y entero. Una vez producido cesan las contracciones uterinas, desaparece el dolor, disminuye el tamaño del útero y el sangrado genital e involucionan las modificaciones cervicales.
- **Aborto incompleto**, la expulsión o extracción del huevo es parcial y quedan retenidas la placenta y/o las membranas ovulares. Persisten las contracciones uterinas dolorosas y el sangrado genital, el útero está blando y el cuello persiste dilatado.

En los espacios correspondientes a las otras opciones presentadas se registrará:

- **Se desconoce**, cuando la situación clínica es desconocida para el prestador y/o no se realizó el examen ginecológico.
- **No aplica**, esta opción se usará en caso de abortos terapéuticos (p. ej. evacuación de un huevo anembrionado, interrupción por riesgo de vida materno, etc.).

Tipo de aborto

Se registrará en Tipo de aborto en los círculos según corresponda:

- **Aborto espontáneo (espont):** sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación.
- **Aborto frustrado (huevo muerto y retenido):** es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido (aún no empezaron espontáneamente las contracciones uterinas ni hay dilatación cervical). Su diagnóstico es por ecografía, también se lo suele llamar huevo muerto y retenido.

- **Mola:** el aborto se debe a una degeneración hidrópico vacuolar del trofoblasto. Clínicamente se sospecha por la presencia de vesículas que remedan racimos de uva.
- **Embarazo no viable (emb. no viable):** es cuando se ha determinado que el feto o embrión presentan una afección que lo hace incompatible con la vida extrauterina. Esto rige para aquellos países donde existe un marco legislativo que lo contempla.
- **Aborto terapéutico (terap):** cuando se logró la interrupción del embarazo con fines terapéuticos antes del ingreso por enfermedades en las que el embarazo pone en riesgo la vida materna. Esto rige para aquellos países donde existe un marco legislativo que lo contempla.
- **Aborto terapéutico fallido (terap. fallido):** Esta variable se registra en caso de interrupciones legales que fracasan antes del ingreso. Los procedimientos y/o la medicación utilizados fueron inadecuados o inefectivos para esa finalidad.
- **No especificado (no especific):** Se marcará esta opción cuando se desconoce la razón de la interrupción del embarazo.
- **Otro:** cuando no corresponda a ninguna de las opciones anteriores.

COD DIAG CIE 10, en este recuadro se registrará el código del diagnóstico realizado al momento de la admisión de la mujer al servicio de salud. Para efectuar el diagnóstico del estado actual del aborto y tipo se seguirán los criterios de CIE – E10 (pag. 102) y se podrá consultar la Publicación Científica CLAP/SMR N° 1562.

Si el aborto es espontáneo y completo en la versión electrónica de la Historia Clínica de Mujeres en Situación de Aborto se desactivará automáticamente el módulo de **PROCEDIMIENTO**.

RESPONSABLE

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.

Sección: TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO		MADURACION CERVICAL		EVACUACION UTERINA		examen		MEDICACION REQUERIDA			
FECHA DE PROCEDIMIENTO día mes año hora min 14 04 08 18 00		No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> horas <input type="text"/>		No <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/>		AMEUI <input type="radio"/> AEU <input type="radio"/> LUI <input checked="" type="radio"/> MED <input checked="" type="radio"/>		parto <input type="radio"/> proced <input checked="" type="radio"/> quiral <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		cila <input type="radio"/> cina <input type="radio"/> prost <input type="radio"/> glandin <input type="radio"/> anti <input type="radio"/> prost <input type="radio"/> flos <input type="radio"/> anibó <input type="radio"/> flos <input type="radio"/> seda <input type="radio"/> no <input type="radio"/> anal <input type="radio"/> gesia <input type="radio"/> anest. <input type="radio"/> local <input type="radio"/> anest. <input type="radio"/> region. <input type="radio"/> anest. <input type="radio"/> grat. <input type="radio"/> trans <input type="radio"/> fusión <input type="radio"/>	
		prosta- <input type="radio"/> glandinas <input type="radio"/> dilat <input type="radio"/> osmótico <input type="radio"/> laminaria <input type="radio"/>						otro <input type="radio"/>		medic 1 <input type="radio"/> medic 2 <input type="radio"/> medic 3 <input type="radio"/> medic 4 <input type="radio"/> SCORE DE DOLOR 03	
		HALLAZGOS									
TAMAÑO UTERINO 10 EMB 11 Histerometria 11 ANEXOS NORMALES <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/>		FETIDEZ <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/>		RESTOS moderados <input type="radio"/> abundantes <input checked="" type="radio"/> escasos <input type="radio"/> inspeccionados <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/>		ANATOM. PATOLOGICA <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		Complicaciones Intraoperatorias		Quirúrgicas: sangrado excesivo <input type="radio"/> lesión cerv. vag. <input type="radio"/> lesión uter. / intest. <input type="radio"/>	
OTROS PROCEDIMIENTOS <input type="radio"/> Reparación les. utero <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		Reparación les. cerv. vag. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		histeres. toma <input type="radio"/> No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		tipo No <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		RESPONSABLE <input type="text"/> B D M		Anestésicas: reacción adversa <input type="radio"/> convulsión <input type="radio"/> paro cardíaco <input type="radio"/>	
								no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		otra <input type="radio"/> especificar...	

FECHA DE PROCEDIMIENTO

Se registrará el día, mes y año, hora y minutos del inicio del procedimiento. Se utilizará un solo dígito por recuadro. Es muy importante proporcionar información precisa, dado que se utilizará la hora que se anote para calcular la duración total del procedimiento.

MADURACIÓN CERVICAL

Existen diferentes condiciones clínicas (huevo muerto y retenido, huevo anembrionado, etc) en las que el cervix se encuentra formado y cerrado y se requiere preparación o maduración del cuello uterino.

El tratamiento farmacológico mayormente utilizado consiste en el uso de prostaglandinas y especialmente del Misoprostol (un análogo de las prostaglandina E1).

- **prostaglandinas**, se marcará SI o NO, si se administraron o no se administraron prostaglandinas (incluyendo misoprostol).
- **dilatadores osmóticos/laminarias**, se registrará SI o NO según se hayan o no usado estos elementos para provocar dilatación cervical.
- **horas**, se marcará la duración total en horas que insumió el procedimiento de dilatación.

EVACUACIÓN UTERINA

Si se realizó evacuación uterina, se anotará SI o NO, según corresponda. Si se marcó sí, se podrá especificar cuales fueron la o las técnicas usadas y no usadas, marcando SI o NO en los círculos correlativos según corresponda.

- **AMEU**: aspiración manual endouterina.
- **AEU**: aspiración eléctrica endouterina, la fuente de la bomba al vacío es eléctrica.
- **LUI**: legrado uterino instrumental, es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para la evacuación mediante la dilatación (dilatadores de metal) y curetaje del útero.
- **Medicamentos (MED)**, El uso de misoprostol (análogo de prostaglandinas) u otros medicamentos.

AMBIENTE

Se indicará el ambiente donde se efectuó el procedimiento marcando la opción en el círculo correspondiente a las distintas opciones: **sala de examen (Examen)**, **sala de partos (Partos)**, **sala de procedimientos (Proced)**, **quirófano (Quirof)** y en **(Otro)** cualquier otro espacio que no corresponda a las opciones anteriores.

MEDICACIÓN RECIBIDA

Se deberá registrar para todos los casos de medicamentos resumidos en la lista si fue o no utilizado, indicando SI o NO en cada uno de los casos. La historia permite especificar cualquier otra medicación usada indicando SI en **Otro** y usando los espacios codificados para **medic1**, **medic 2**, **medic 3** y **medic 4**. Los códigos de los medicamentos serán provistos de acuerdo a la clasificación habitual que se emplea en el servicio. Si no se usa ningún medicamento adicional se deberá registrar NO en **Otro**.

SCORE DE DOLOR

Se indicará la percepción de la paciente del dolor que sufrió, utilizando la Escala Visual Análoga de Dolor (EVAD).

Si no se dispone e EVAD, se solicita a la mujer que clasifique su dolor en una escala del 0 al 10. Se usarán números completos, sin decimal y se anotará en el espacio correspondiente.

HALLAZGOS

En los espacios proporcionados se indicarán los hallazgos clínicos obtenidos durante el tratamiento/procedimiento:

- **Tamaño uterino**, se marcará el tamaño del útero en semanas de amenorrea, según el examen bimanual efectuado antes del procedimiento.
- **Histerometría**, Se anotará el tamaño del útero en cm, según la medición con el histerómetro o con un cánula aforada.

ANEXOS NORMALES

Marque SI o NO según corresponda.

FETIDEZ

Se marcará SI o NO para indicar si el contenido uterino y/o las secreciones tienen olor fétido.

RESTOS

Se registrará en los círculos correspondientes si los restos ovulares hallados fueron **(Escasos)**, **(Moderados)** o **(Abundantes)**. También se marcará si se los restos fueron o no **inspeccionados**, indicando SI o NO según corresponda.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se anotará en SI o NO si se envió o no el contenido del útero para estudio anatomopatológico.

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Se registrará NO en caso que no hayan existido complicaciones intraoperatorias, si las hubo se marcará Si. Esta opción permitirá diferenciar el tipo de complicaciones en:

- **Complicaciones quirúrgicas**, se marcará en los círculos proporcionados para las distintas opciones según corresponda: **Sangrado excesivo, Lesión cérvico- vaginal (lesión cerv./vag.), lesión útero – intestinal (lesión uter./intest.).**

La opción **Otra** permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación quirúrgica.

- **Complicaciones anestésicas**, marcar los círculos con las diferentes opciones según corresponda: **Reacción adversa, Convulsión, Paro cardíaco.**

La opción **Otra** permitirá ampliar la información especificando cual fue la complicación anestésica.

OTROS PROCEDIMIENTOS

En todos los casos se marcará en el círculo correspondiente Si o No para las siguientes variables:

Reparación de lesión uterina (reparación les. uterina),

Reparación de lesión cérvico- vaginal (reparación les. cerv./vag.), (histerectomía),

Tratamiento de sepsis (tto. sepsis). Implica el empleo de otros procedimientos quirúrgicos específicos

RESPONSABLE

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.

Sección: POST-PROCEDIMIENTO

POST-PROCEDIMIENTO						Consejería/Información			COMPLIACIONES
FECHA fin de procedimiento	día	mes	año	hora	min	oral	escrito	ning	
	14	04	08	20	00	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	presión arterial	pulso	temp.	sangr.	dolor	signos de alarma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
1	110/70	80	37,4			anticoncepción	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2						cita de seguimiento	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3						cita de control de seguimiento			
4									
						día	mes	año	
						22	04	08	

use
0=No,
1=principal,
2=secundaria,
3=terciaria

Otra especifique _____

FECHA FIN DEL PROCEDIMIENTO, en los espacios correspondientes de día, mes, año se indicará la fecha en la cual se inició la atención post-procedimiento además de registrar la hora, minutos en que finalizó el procedimiento y comenzó la atención post-procedimiento. Esto permitirá calcular la duración total del procedimiento.

En el recuadro de controles se registrará **la presión arterial, pulso, temperatura, sangrado y dolor**. Se indicarán los signos vitales y el dolor, una vez por hora durante las primeras cuatro horas después del procedimiento. En la quinta fila se anotarán los controles en la última hora antes de que la paciente sea dada de alta.

- **Tensión arterial (TA)**, se anotará la TA sistólica y diastólica, en milímetros de mercurio (mmHg).
- **Pulso**, en latidos por minuto (lpm)
- **Temperatura (temp.)** se marcará la temperatura axilar en grados centígrados (°C).
- **Sangrado (sangr.)**, se indicará el nivel de sangrado genital como leve (L), moderado (M) o severo (S).
- **Dolor**, se indicará la percepción de la paciente del dolor que sufrió, utilizando la Escala Visual Análoga de Dolor (EVAD).
Si no se dispone e EVAD, se solicita a la mujer que clasifique su dolor en una escala del 0 al 10. Se usarán números completos, sin decimal y se anotará en el espacio correspondiente

CONSEJERÍA/INFORMACIÓN

Se marcarán los círculos correspondientes y se indicará si la mujer recibió consejería o información sobre **Cuidados básicos, Signos de alarma y/o Anticoncepción y se coordinó una Cita de seguimiento o control**. Se indicará si la consejería o información fue Oral o Escrita o se

marcará **Ninguna** si no se proporcionó ninguna consejería oral o escrita sobre estos temas. En la columna designada “firma del responsable” se anotará el nombre y/o las iniciales del profesional responsable. Si se concertó una cita de seguimiento se registrará en **Cita de Control de Seguimiento** el día, mes y año en el recuadro correspondiente.

COMPLICACIONES

Se indicará la presencia y gravedad relativa de cualquier complicación final en los recuadros correspondientes a las siguientes opciones:

- Infección genital y/o pélvica, (infección genital/pelv)
- Daño de órganos pélvicos u otros, (daño órgano pélvico, etc.)
- Hemorragia tardía y/o excesiva, (hemorragia tadia/excesiva)
- Shock no séptico, (shock no séptico)
- Otra, especificar cualquier otra complicación que no esté en las opciones anteriores.

Se especificarán la presencia de hasta tres complicaciones presentadas durante la internación, en orden de importancia, del 1 al 3 (primaria o principal, secundaria o terciaria). Se anotará cero junto a las complicaciones que no presentó.

Sección: ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCION		Inició MAC	No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	pref. acced	
	ACO "píldora"	pref. acced.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		DIU <input type="radio"/>
	Inyectable	otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	pref. acced.	EQV masc <input type="radio"/>
	implante	condón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		EQV fem <input type="radio"/>
		otro método barrera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		abstinencia <input type="radio"/>

¿Inició un método anticonceptivo? Se registrará SI o NO si la mujer inició un método anticonceptivo antes de abandonar el servicio (por ejemplo, tomó la primera pastilla de ACO, se le colocó un DIU, recibió una método inyectable o se le colocó un parche). Si se registró SI, se indicará en los círculos correspondientes cuál de los siguientes métodos ha **Preferido y/o Accedido**:

- Anticonceptivos orales, (ACO o "píldora")
- Inyectable
- Implante
- Otro método anticonceptivo hormonal (Otro hormonal, anillo vaginal, parche, (AE) Anticonceptivos de Emergencia).
- Condón (masculino o femenino).
- Otros métodos de barrera (espermicidas, diafragma, etc.)
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Esterilización quirúrgica voluntaria masculina, (EQV masc.)
- Esterilización quirúrgica voluntaria femenina, (EQV fem.)
- Abstinencia (abstinencia periódica con monitoreo de la temperatura basal, método de Billings, etc.).

Se entiende por **preferido** aquel método que la mujer expresa que quiere usar.

Se entiende por **accedido** aquel método que la mujer recibe efectivamente. Aunque la abstinencia es un método comportamental que no se entrega será consignado como accedido.

TIPO DE EGRESO

Se indicará el tipo de egreso marcando el círculo correspondiente:

- **Fallece**, si la mujer falleció en el establecimiento donde se asistió, debe marcarse en el círculo 'fallece' y entonces en TIPO DE EGRESO se debe incluir el momento, la fecha y hora del fallecimiento.
- **Contra consejo médico**, cuando la mujer se retira del establecimiento sin el consentimiento médico pero el personal está en conocimiento de la decisión.
- **Egreso médico**, El médico u otro prestador de servicios de salud firmó el alta.
- **Fuga**, la mujer abandona el establecimiento sin autorización y sin conocimiento del personal médico.

CONDICIÓN AL EGRESO

Se indicará en el círculo correspondiente si al momento del egreso la mujer se encontraba:

- **Sana**, en pleno estado de salud.
- **No aplica (NA)**, cuando la mujer ha sido trasladada a otro servicio para continuar su atención. En este caso se consignará en N° de la Institución a la que ha sido transferida y si fallece o no durante el traslado.
- **Con patología (c/patología)**, de tipo general y/o relacionada con el motivo de ingreso y tratamiento o procedimiento realizado durante su internación.
- **Muerte**, la mujer fallece en alguna etapa del proceso asistencial.
 - **Autopsia**: En caso de muerte se marcará **SI** o **NO** si se realizó autopsia.

CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO FINAL CIE- 10 (EGRESO)

Se indicará el código CIE- 10 para el diagnóstico final en el espacio proporcionado de tres recuadros juntos y uno separado. Por ejemplo: El código de aborto incompleto es O03 y el código de incompleto sin complicaciones es .4. Así el aborto incompleto sin complicaciones se registrará: O03.4.

REFERIDA

En los casos de mujer en situación de aborto se podrá requerir la asistencia de diferentes especialistas que pueden o no estar en el mismo hospital o centro de salud. La referencia sistemática al centro más cercano de tratamiento y si lo fue especifique el tipo de servicio al que fue referida. Se marcará SI o No para indicar si la mujer fue referida a alguno de los siguientes servicios:

- Psicología
- Violencia
- Adolescencia

- Anticoncepción
- Infertilidad
- VIH/ITS
- Otro establecimiento (otro establ.)
- Otro

Si marca una de las dos últimas opciones se especificará el nombre y/o código del establecimiento en el espacio proporcionado.

ANTIRUBEOLA POSTABORTO (ANTIRUBEOLA)

Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el período postaborto en mujeres con historia de no haber sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger a la mujer y además beneficiarla en el siguiente embarazo.

Se marcará **“no corresponde”** si tiene la vacuna vigente y por lo tanto no fue necesario vacunarla. Se marcará **SI**, cuando la mujer debió recibir la vacuna y fue vacunada al alta y se marcará **NO**, cuando la mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.

GAMAGLOBULINA POSTABORTO (γGLOBULINA)

Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) antes del alta por aborto deberá recibir γ globulina hiperinmune anti D (según norma nacional). Se marcará (SI) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió γ globulina anti D. Se marcará (NO) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió γ globulina anti D. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (N/C) no corresponde.

RESPONSABLE

Se registrará el nombre, iniciales o código del técnico responsable del ingreso.

N° HISTORIA CLÍNICA DE LA MADRE

Corresponde al número de identificación de su madre en la institución en la que se asiste (pudiendo coincidir con su número de documento de identidad).

Se encuentra en:

Registrar donde se encuentra la madre al momento del ingreso del recién nacido. Marcar MISMO HOSPITAL/OTRO HOSPITAL/DOMICILIO/FALLECIDA según corresponda.

CONDICIÓN DE SALUD

Se refiere a la presencia o ausencia de patología materna grave al momento de hospitalización del recién nacido. Marcar NORMAL en caso de madre sin patología de riesgo vital o CRÍTICA en caso de madre con morbilidad severa con riesgo vital.

CONOCIÓ A SU HIJO

Se refiere al hecho que la madre haya conocido a su hijo, estando ella en pleno estado de conciencia, en el período que transcurrió desde el nacimiento hasta el momento de la hospitalización. Marcar SI/NO según corresponda.

PADRE (nombre)

Espacio para colocar el nombre y apellidos del padre del recién nacido que se hospitaliza.

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA:

Se incluyen aquí los datos necesarios para obtener comunicación urgente con los familiares del recién nacido, mientras permanezca hospitalizado.

DIRECCIÓN

Se refiere al lugar físico donde se puede ubicar a la familia. Puede ser diferente de la residencia habitual de la madre y/o padre del recién nacido. Anotar referencias suficientes para facilitar su ubicación. En la historia del SIP materna esta registrada la dirección habitual de la madre y cuando se registra el alta se vuelve a anotar la dirección donde vivirá el recién nacido.

EMAIL (Correo electrónico)

Se anotará al menos una dirección de correo electrónico de uno de los familiares.

TELÉFONOS

Anotar el teléfono correspondiente al domicilio incluido en el ítem dirección. Ante la ausencia o no del mismo, se anotará además al menos un número de teléfono alternativo para permitir la comunicación del establecimiento con la familia.

Sección: TRANSPORTE

TRANSPORTE		<input checked="" type="radio"/> mismo hospital (sala de parto)	<input type="radio"/> otro hospital	<input type="radio"/> reingreso	MOTIVO Pretermino 26 semanas
TIPO <input type="radio"/> aéreo <input checked="" type="radio"/> terrestre	DISTANCIA Km [] []	DURACION Horas Min 00 15		incubadora no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	monitoreo no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>
		venoclisis no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	oxígeno no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	CPAP no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	intubado no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>
COMPLICACIONES (durante el transporte) no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		DROGAS no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		VOL. IV: [] [] mL TIPO: []	

Según la procedencia del recién nacido marcar si el traslado se ha realizado dentro del MISMO HOSPITAL , desde OTRO HOSPITAL o se trata de un REINGRESO

MOTIVO

Escribir el motivo principal que justificó el traslado del recién nacido para su hospitalización.

TIPO

Se refiere a la vía de transporte mediante la cual el recién nacido accede a la hospitalización. Marcar AÉREO/TERRESTRE según corresponda.

DISTANCIA

Registrar la distancia aproximada en kilómetros (Km) que debió recorrer desde el lugar en que se decidió su traslado hasta llegar al hospital.

DURACIÓN

Indicar la duración del traslado (hora/min) desde su inicio hasta el arribo al sitio de hospitalización.

A continuación se incluyen los procedimientos que pueden ser utilizados durante el traslado del recién nacido. Esta lista incluye:

- Incubadora.
- Venoclisis.
- Monitoreo.
- Oxígeno.
- Presión positiva continua en vía aérea (CPAP).
- Intubación endotraqueal (intubado).

Marcar SI/NO según corresponda en cada ítem.

El color amarillo de los casilleros se decidió arbitrariamente para destacar condiciones de gravedad o de riesgo de efectos adversos.

DROGAS

Indicar si el paciente recibió algún fármaco durante el traslado. Marcar SI/NO según corresponda. Anotar nombre genérico.

VOL I/V

Registrar el volumen en mililitros (mL) recibidos durante el traslado.

TIPO

Se refiere al tipo de fluido que se utilizó para aporte de volumen durante el traslado, previamente a la hospitalización. Anotar abreviatura de uso mas frecuente.

COMPLICACIONES (durante el transporte)

Señalar la presencia o ausencia de complicaciones que ocurriesen durante el traslado del recién nacido para su hospitalización. Marcar SI/NO según corresponda. Anotar en el espacio para texto libre.

MÉDICO

Anotar el nombre del médico que recibe al paciente y realiza el ingreso.

PESO

Registrar el peso, en gramos, al momento de la hospitalización.

LONGITUD

Registrar la longitud, en centímetros, del recién nacido.

PER. CRANEANO (PERÍMETRO CRANEANO)

Registra la medida del perímetro cefálico fronto occípito máximo, en centímetros.

NOTAS AL INGRESO

NOTAS AL INGRESO
<p>Recibido en bolsa de plástico. Permaneció en campo quirúrgico 3 minutos previo al pinzado de cordón. Inicio de respiración a los 30 segundos. Se colocó CPAP en primeros 5 minutos previo al traslado. No se realizó aspiración, ni se exploró permeabilidad esofágica y anal. Credé ocular al ingreso al CTI. No se visualizan defectos congénitos. Se solicita Rx de tórax y se administra surfactante previa analgesia con propofol para realizar intubación endotraqueal.</p> <p>La madre se encuentra en el sector recuperación post anestésica.</p>

Espacio disponible para agregar aquellos datos que el médico considere relevantes de la historia clínica y no estén incluidos en los datos registrados previamente. Evitar la repetición de información.

INFORME INICIAL A LA FAMILIA:

INFORME INICIAL A LA FAMILIA	directa <input type="radio"/>	telefónica <input checked="" type="radio"/>	no se logró <input checked="" type="radio"/>
<p>Se informa al padre quien ve a su hijo. Se le indica que es un prematuro sano, que no ha tenido complicaciones y que el apoyo que ha necesitado es el habitual para esa edad. Si existe alguna complicación se le informará de inmediato.</p>			

Anotar la información importante que se obtuvo y que se comunicó a la familia del recién nacido. Las posibilidades son

- DIRECTA en caso de información presencial a los familiares.
- TELEFÓNICA en caso de brindar información a la familia utilizando servicios telefónicos.
- NO SE LOGRÓ, en caso de no haber conseguido establecer comunicación.

Marcar según corresponda.

Responsable del ingreso

Indicar nombre, iniciales o código del técnico a cargo del ingreso del recién nacido al sector.

FIRMA

El responsable del ingreso debe firmar sobre la línea destinada a tal efecto.

Sección PATOLOGÍAS

En esta sección se registrarán todas las patologías ocurridas durante la hospitalización del recién nacido. Se recomienda llenarla a medida que se vayan haciendo los diagnósticos. En caso de no registrar ninguna enfermedad marque NO en el primer casillero. Marque SI en caso de existir una o más patologías y proceda a indicar cuál, según corresponda dentro de la enfermedades que están incluídas como opciones en el primer sector de la sección (SI/NO).

PATOLOGÍAS		SEPSIS		RETINOPATÍA		ENCEFALO		
no <input type="radio"/>	asfisia al nacer <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	neumotórax <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	ecografía <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
si <input checked="" type="radio"/>	membrana hialina <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	displ. pulm. <input checked="" type="radio"/>	oftalmoscopia indirecta <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	n/c <input type="radio"/>
	SDR asoc meconio <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	bron. pulm. <input checked="" type="radio"/>	edad gestac. 1° ex. <input type="radio"/>	sem. días <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
	hipert. pulmonar <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	ECN confirmada <input checked="" type="radio"/>	grado máx. <input type="radio"/>	Requiere cirugía <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
	ductus art. tratado <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	perf. intest. focal. <input checked="" type="radio"/>	grado máx. <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	grado máx. (1-4) <input type="text"/>
	apneas <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	sifilis <input checked="" type="radio"/>		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	asfíctico c/convulsiones <input checked="" type="radio"/>
		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	HIV perinatal <input checked="" type="radio"/>				
Otras (código y nombre)				Defecto congénito mayor				
10 ictericia pre								

- **ASFIXIA AL NACER**
- **MEMBRANA HIALINA**
- **SDR ASOC MECONIO**
(Síndrome de dificultad respiratoria asociado a aspiración de líquido meconial)
- **HIPERT. PULMONAR**
(Hipertensión pulmonar)
- **DUCTUS ART. TRATADO**
(Ductus arterioso tratado farmacológico o quirúrgico)
- **APNEAS**
- **NEUMOTÓRAX**
- **DISPL. BRON. PULM**
(Displasia Broncopulmonar)
- **ECN CONFIRMADA**
(Enterocolitis Necrotizante confirmada)
- **PERF. INTEST. FOCAL.**
(Perforación intestinal focalizada)
- **SIFILIS**
- **HIV PERINATAL**

SEPSIS

Cada una de las 4 líneas recoge información sobre un evento de sepsis. Registre si existió dicho evento (marque SI/NO y anote la fecha en que se inició el tratamiento. Si hubo un hemocultivo positivo indicar el germen. Si solamente hubo sospecha clínica y los antibióticos se mantuvieron 5 días o más, marcar NO SE AISLO GERMEN.

RETINOPATÍA

Se incorporará información referente al tamizaje de la retinopatía de la prematuridad, indicando:

Oftalmoscopia Indirecta

Marcar SI/NO según se haya realizado el estudio con técnica indirecta. Indicar N/C en caso que no corresponda por ser un paciente sin riesgo de retinopatía.

La oftalmoscopia indirecta consiste en el análisis de la retina con oftalmoscopio indirecto con lupa de 28 ó 30 D, previo dilatación pupilar e instilación de anestésico tópico.

Edad Gestacional 1er Ex.

Indicar la edad gestacional calculada (semanas y días) cuando se realizó el primer exámen oftalmoscópico.

Grado Max. (máximo)

Se refiere al grado máximo de retinopatía observada .

0 - Sin evidencia de lesión

1 - Línea de demarcación blanca entre retina vascular y avascular.

2 - Línea o borde de demarcación elevado.

3 - Borde con proliferación fibrovascular extrarretiniano.

4 - Desprendimiento de retina subtotal.

5 - Desprendimiento de retina total.

Requiere Cirugía

Marcar SI/NO según la indicación del oftalmólogo.

ENCÉFALO

En este espacio se registran variables adicionales de evaluación del sistema nervioso central

Asfíctico C/Convulsiones

Se anotará SI cuando exista asfixia fetal y convulsiones neonatales.

Se anotará NO cuando no existieron.

Ecocran (Ecografía Encéfalo Craneana)

En caso de haberse realizado una ecografía transfontanelar se marcará SI y de no haberse realizado el estudio marcar NO.

Leucomalacia

Se anotará SI cuando se evidencia leucomalacia cerebral por cualquier técnica de imágenes. En caso de no existir tal diagnóstico marcar NO.

Hemorragia Craneana

Indicar SI/NO según corresponda a la existencia o no de hemorragia intracraneana Si la respuesta es SI indicar el grado máximo de hemorragia **-GRADO MÁX. (1-4)-** que se haya observado:

- 1 - Hemorragia subependimaria de la matriz germinal únicamente.
- 2 - Sangre intraventricular, sin dilatación ventricular.
- 3 - Sangre intraventricular, con dilatación ventricular.
- 4 - Hemorragia intraparenquimatosa.

OTRAS (Código y Nombre)

Bajo este ítem hay tres grupos de casillas dobles que permiten registrar hasta 3 otras patologías del recién nacido según los códigos del reverso de la HCP. Si un diagnóstico no se encuentra en la lista de patologías; debe buscarse el código respectivo en el reverso de la historia clínica perinatal según clasificación Internacional de Enfermedades Revisión 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992. Al lado de cada código se escribirá el nombre de la patología.

DEFECTO CONGÉNITO MAYOR

Se registrará la existencia de defectos congénitos y su código según el asignado en el reverso de la historia clínica perinatal y se escribirá el nombre del defecto.

Sección TRATAMIENTOS

En esta sección se registran algunos tratamientos que ha recibido el recién nacido durante el período de hospitalización, se indicará SI/NO según corresponda de la siguiente lista, completando los datos solicitados con respecto a:

TRATAMIENTOS		EDAD 1ª dosis		CUIDADOS RESPIRATORIOS				CIRUGIA		CRECIMIENTO INICIAL		
no	si	horas	minutos	no	si	DURACION		no	si	edad recupera	peso a las	
						días	horas			peso	36 sem.	
surfactante	<input checked="" type="radio"/>	00	30	CPAP pre ventil	<input checked="" type="radio"/>		12	ductus	<input checked="" type="radio"/>	760	12	2480
indomet. profil	<input checked="" type="radio"/>			ventilado ET	<input checked="" type="radio"/>			ECN	<input checked="" type="radio"/>	g	días	
indo/ibup. trat.	<input checked="" type="radio"/>			CPAP	<input checked="" type="radio"/>	10		ROP	<input checked="" type="radio"/>			
aminof/cafeí	<input checked="" type="radio"/>	20	días	oxígeno	<input checked="" type="radio"/>		1	hidrocef	<input checked="" type="radio"/>			
alimentación parenteral	<input checked="" type="radio"/>	5	días	transfusiones	<input checked="" type="radio"/>	10	ml Vol. total	otra	<input checked="" type="radio"/>			
										ANTROPOMETRIA AL EGRESO		
										PESO g	LONGITUD cm	PER. CRANEANO cm
										2560	450	345
<i>Fotocopiar gráfico de peso/edad</i>												

SURFACTANTE, EDAD 1ª DOSIS indicando en horas y minutos de vida cuando recibió la primer dosis.

INDOMET. PROFIL. (Indometacina administrada para profilaxis de hemorragia intracraneana y cierre del ductos arterioso)

INDO/IBUP. TRAT. (Indometacina o Ibuprofeno administrados para el cierre farmacológico del Ducto Arterioso Persistente)

AMINOF/CAFEÍ (Aminofilina o Cafeína para la prevención/tratamiento de la Apnea de la Prematurez). Indicar en la casilla ubicada al lado cuántos días recibió xantinas.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL, indicar en la casilla ubicada al lado el número de días totales que recibió de alimentación por vía parenteral.

CUIDADOS RESPIRATORIOS

CPAP pre ventil. Presión positiva distensiva continua previo su intubación endotraqueal.

Ventilado ET (ventilación con tubo endotraqueal), duración en **EN DÍAS Y HORAS** debe ser señalado en la casilla disponible.

CPAP. Indicar en la casilla el total de días completados con este método.

OXÍGENO. Señalar el número de días que se administró una fracción

inspirada de oxígeno suplementario, en caso de que supere los 28 días marcar en el círculo amarillo.

TRANSFUSIONES

Indicar en mililitros (ml) el volumen total que recibió de sangre y/o hemoderivados.

CIRUGÍA

Marcar SI/NO según conducta quirúrgica en las siguientes patologías quirúrgicas :

- DUCTUS (Ductus Arterioso Persistente)
- ECN (Enterocolitis Necrotizante)
- ROP (Retinopatía de la Prematurez)
- HIDROCEF (Hidrocefalia)
- OTRA, en caso de respuesta positiva. Anotar cual.

CRECIMIENTO

Se registra el PESO MÍNIMO alcanzado durante la internación, EDAD en días a la que recuperó el peso al nacer (EDAD RECUPERA PESO) y el peso a las 36 semanas de edad gestacional corregida en caso que hayan nacido con edad gestacional menor a las 36 semanas (PESO A LAS 36 SEM.)

ANTROPOMETRÍA AL EGRESO

Se completarán los casilleros de PESO en gramos (g) con decimal, LONGITUD en centímetros (cm) con decimal y PERÍMETRO CRANEANO en centímetros (cm) con decimal.

Se fotocopiará el gráfico de peso/edad y al alta se adjuntará a este formulario.

Sección EGRESO

EGRESO	vivo <input checked="" type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>	fallece durante o en lugar de traslado <input type="checkbox"/>	EDAD AL EGRESO O MUERTE	EDAD GEST. AL EGRESO	ALIMENTO AL EGRESO	MADRE JUNTO A RN DIA PREVIO	HOGAR AL EGRESO						
<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>11</td> <td>08</td> </tr> </table>	día	mes	año	18	11	08	necro no si <input type="checkbox"/>	lugar <input type="text"/>	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> si	70 < 1 día	sem. días 364	lactancia exclusiva <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> día y noche <input type="checkbox"/> sólo día <input type="checkbox"/> sólo visitó <input type="checkbox"/> no visitó	<input checked="" type="checkbox"/> con madre/padre <input type="checkbox"/> otros familiares <input type="checkbox"/> adopción <input type="checkbox"/> amparo instituc. <input type="checkbox"/> n/c
día	mes	año													
18	11	08													
					OXIGENO EN HOGAR	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	parcial artificial <input type="checkbox"/>								

Debe completarse en todos los casos.

FECHA. Se consignará la fecha indicando día, mes y año en que egresa del hospital y luego se indicará la condición al egreso. Si el RN falleció durante el período de internación en la Unidad de Cuidados Neonatales se marcará la casilla **FALLECE** y se tildará **NO/SI** según se haya realizado necropsia. Se consignará la fecha de fallecimiento en la casilla correspondiente indicando día, mes y año.

VIVO. Se marcará si egresa vivo y

TRASLADO. Se marcará si el niño fue asistido en hospitalización neonatal pero posteriormente fue trasladado a otro establecimiento.

LUGAR. se anotará el código que identifique el lugar con el nombre de tal sitio en la línea dispuesta a tales efectos.

Si el niño **FALLECE DURANTE EL TRASLADO O EN EL LUGAR A DONDE FUE DERIVADO**, se marcará el círculo SI. En caso contrario marcar **NO**.

EDAD AL EGRESO O MUERTE

Se registra en días la edad del niño en el momento del egreso o fallecimiento. Se tildará en el círculo anexo en caso que ocurriera en las primeras 24 hs de vida.

EDAD GEST. AL EGRESO

Se registra la edad gestacional corregida tomando en cuenta la edad gestacional al nacimiento y agregando las semanas transcurridas hasta el momento del egreso, se consignarán también los días que exceden al número exacto de semanas.

OXIGENO EN DOMICILIO

Se registra si el recién nacido es dependiente de oxígeno suplementario en el momento del egreso.

ALIMENTO AL EGRESO

Indicar el tipo de alimentación que el niño recibió en las últimas 24 horas.

- Lactancia materna exclusiva si sólo recibe leche materna y ningún otro líquido o leche artificial.
- Lactancia no exclusiva (parcial): recibe leche materna y además líquido o leche artificial.
- Alimentación artificial, si no fue alimentado con leche humana.

MADRE JUNTO A RN DÍA PREVIO

Marcar lo que corresponda según los cuidados que dio la madre al recién nacido en las 24 hs previas al egreso; dentro de la Unidad o Sala de Neo o en cualquier otra Sala del hospital. P.ej.: Residencia de Madres.:

- Día y noche (lo cuidó las 24 hs previas al egreso)
- Sólo día: (lo cuidó sólo de día).
- Sólo visitó. Todo el cuidado del recién nacido estuvo a cargo de enfermería.
- No visitó (no estuvo en contacto con el niño en las últimas 24 hs previo al egreso)

HOGAR AL EGRESO

Marcar la opción que corresponda respecto al domicilio en el cual el niño irá a vivir luego del egreso:

- Con madre/padre (en caso de que vaya a convivir con al menos uno de sus progenitores)
- Otros familiares (en caso de que vaya a convivir con familiares que no sean sus progenitores)
- Adopción (en caso de que vaya a un hogar en calidad de hijo adoptivo)
- Amparo instituc. (en caso de que el niño sea derivado a una institución quedando a cargo de la misma)
- n/c (fallecido)

Sección TAMIZAJE/INMUNIZACIONES

TAMIZAJES/INMUNIZACIONES					
SIFILIS	TSH	AUDICION	FALCIFORME	BCG	Hep B vac
neg <input checked="" type="radio"/>	normal <input checked="" type="radio"/>	normal <input type="radio"/>	normal <input type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/>	no <input checked="" type="radio"/>
+ tratado <input type="radio"/>	elevado <input type="radio"/>	déficit <input type="radio"/>	anormal <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>
+ no tratado <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>	s/d <input checked="" type="radio"/>	s/d <input checked="" type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>	s/d <input type="radio"/>
s/d <input type="radio"/>					

El tamizaje neonatal de patologías así como las inmunizaciones tienen por objetivo principal la prevención del daño severo mediante el inicio de un tratamiento oportuno o la adquisición de inmunidad activa. Se marcará para cada ítem la posibilidad más adecuada a la situación del niño al egreso:

SÍFILIS. Marcar según corresponda en caso que haya presentado prueba de VDRL o RPR:

- negativa (neg)
- positivo y completó tratamiento con Penicilina (+ tratado)
- positivo y no completó tratamiento de 10 días con Penicilina (+ no tratado)
- si no hay registro de lo ocurrido al respecto de este tamizaje se marcará sin dato (s/d)

TSH. Marcar según corresponda tras el resultado de la determinación del nivel de hormona estimulante del tiroides para detección de hipotiroidismo congénito:

- normal
- elevado si el nivel en plasma se encuentra por encima del límite máximo del rango de normalidad. Requiere reiterar la determinación e iniciar tratamiento de inmediato.
- si el resultado se desconoce al alta (s/d)

AUDICIÓN. Marcar según corresponda al resultado de tamizaje auditivo (potenciales auditivos de tronco encefálico o emisiones otoacústicas) lo que corresponda:

- normal
- déficit
- sin dato en caso de que no se haya evaluado este aspecto (s/d)

FALCIFORME. Tamizaje selectivo de anemia falciforme en población afrodescendiente. Indicar si el resultado fue:

- normal
- anormal
- s/d No se realizó

BCG. Marcar si el neonato ha recibido o no la vacuna BCG (SI/NO) antes del alta. En caso de que no haya registro marcar s/d.

HEP B VAC. Marcar si el niño ha recibido la inmunización contra la hepatitis B según corresponda (SI/NO) o si no hay registro en la historia marcar s/d.

Sección PROMOCIÓN DE SALUD

Temas abordados

PROMOCION DE SALUD - Temas abordados			
	no	si	
Lactancia exclusiva	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Uso alcohol/gel
Dormir boca arriba	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Derechos/ protec. social
Prevención contagio respivirus	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Entrego material impreso

Se registrarán en este sector las intervenciones educativas orientadas a la promoción de conductas saludables.

Se marcará NO/SI según el tema se haya abordado o reforzado en el momento del alta:

Dormir boca arriba para prevención de síndrome de muerte súbita del lactante

Lactancia materna exclusiva

Prevención de contagio de respivirus , manejo de los objetos en contacto con otras personas que pueden portar respivirus. Criterios de aislamiento en época de epidemias.

Uso de alcohol/gel en la higiene de manos de todas las personas que toman contacto con el niño.

Derechos/protección social si se brindó información al respecto de los derechos de la madre y la cobertura y acceso a beneficios de protección social.

Entrego material impreso en caso de que se cuente con información impresa de utilidad sobre puericultura, crecimiento y/o desarrollo del niño.

NOTAS

Posteriormente se dispone de un espacio para agregar aquellos datos que el médico considere relevantes de la historia clínica y no estén incluidos en los datos registrados previamente.

NOTAS

Examen clínico normal. Alimentado a demanda por su madre. Permaneció internado
las últimas dos semanas pues en la casa había adultos con enfermedad viral
respiratoria.
Alta oftalmológica

Sección INDICACIONES AL EGRESO

INDICACIONES AL EGRESO	RESPONSABLE	Nicolas Leone	TELEFONO	7081407	EMAIL	neo@yahoo.com
Alimentación a demanda. Se le entrega 1 litro de alcohol gel y se indica su uso previo manipulación del recién nacido. Aislamiento estricto de personas con infección respiratoria. Mantener con mínimas visitas y salidas a lugares públicos.						

RESPONSABLE

Indicar con letra clara el nombre del técnico responsable del egreso.

TELÉFONO

Colocar un teléfono de referencia en caso de que los familiares del paciente tengan necesidad de realizar consultas a los responsables del alta sobre el manejo del niño en domicilio.

EMAIL (Correo electrónico)

Anotar la dirección de correo electrónico (email) de la persona responsable del alta a los efectos que los familiares del niño o quien lo cuidará se puedan comunicar.

En el espacio se anotarán las indicaciones a cumplir tras el alta del paciente.

Sección SEGUIMIENTO COORDINADO

SEGUIMIENTO COORDINADO		Lugar	Teléfono	Fecha	Por cuántas semanas la madre no realizará tareas fuera del hogar ? <input type="text" value="3"/> <input checked="" type="radio"/> < 4 semanas									
Pediátrico		Maternidad	4871515	<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		día	mes	año	2	1	10	8		
día	mes	año												
2	1	10												
8														
Oftalmológico	no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>			<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año							
día	mes	año												
Audiológico	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	Neurofisiología HC	4871515	<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año	2	1	10	8			
día	mes	año												
2	1	10												
8														
Apoyo Psicosocial	no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	Psicol Médica HC	4871515											

En la primera parte de esta sección se detallarán las primeras citas programadas para que el paciente realice sus controles de seguimiento:

PEDIÁTRICO, indicar lugar donde se realizará el primer control luego del alta, a continuación el teléfono de dicho lugar y agregar FECHA, día, mes y año coordinados para visitar al Pediatra.

OFTALMOLÓGICO, marcar NO/SI según corresponda. En caso afirmativo indicar lugar donde se realizará control por parte de Oftalmólogo, teléfono y fecha con día, mes y año concertada para la visita.

AUDIOLÓGICO, marcar NO/SI según corresponda. En caso afirmativo indicar lugar donde se realizará control por parte de Otorrinolaringólogo o Fonoaudiólogo, teléfono y fecha con día, mes y año concertados para la visita.

APOYO PSICOSOCIAL, marcar NO/SI según corresponda. En caso afirmativo indicar lugar y teléfono de contacto.

En la segunda parte de la sección se pregunta: POR CUÁNTAS SEMANAS LA MADRE NO REALIZARÁ TAREAS FUERA DEL HOGAR? Registrar el número de semanas completas que la madre dispondrá para permanecer en su casa con su hijo y su familia, sin tener que realizar tareas fuera del hogar. En caso que el tiempo indicado sea menor de 4 semanas marcar el casillero redondo ubicado debajo.

PLANILLA DIARIA NEONATAL

“Mis registros diarios”

GENERALIDADES

Este nuevo modelo de planilla de cuidados diarios del recién nacido registra los cuidados mientras está hospitalizado y jerarquiza un modelo de atención junto a sus padres. Por este motivo se registra la información desde la persona del recién nacido denominando algunos de sus sectores en forma coloquial “Mamá”, “Papá”, “Mi mamá está en...”, “Mamá me mimá”, etc.

Este formulario:

- Se inicia en el momento del primer ingreso del recién nacido a cualquier sector de atención hospitalaria especializada y se finaliza al alta del hospital.
- No se utiliza rutinariamente en aquellos nacidos de término sanos que permanecen en alojamiento con sus madres.
- Registra una hoja para cada día de internación, que se mantiene en el área individual de cuidado del recién nacido y luego se añade al expediente clínico.

Se propone que el Expediente de Historia Clínica del Recién Nacido se inicie con el Formulario de Historia Clínica Perinatal, complementado por el Formulario de Hospitalización Neonatal, seguido Planillas Diarias Neonatales. A continuación el expediente debe documentar por escrito el razonamiento clínico y los fundamentos para las decisiones diagnósticas y terapéuticas, así como los datos clínicos y para clínicos relevantes adicionales a los registrados en los formularios del SIP.

Sección IDENTIFICACION Y CONDICIÓN ACTUAL

MIS REGISTROS DIARIOS - CLAP/SMR - OPS/OMS						Julietta <small>MI NOMBRE</small>													
Mamá: Noelia Díaz						Papá:													
CONDICION ACTUAL Estable - Inicio de alimentación enteral																			
NIVEL DE CUIDADO		<input type="radio"/> mínimo	<input checked="" type="radio"/> intermedio	<input checked="" type="radio"/> intensivo	<input type="radio"/> cuna	<input checked="" type="radio"/> servo cuna	<input checked="" type="radio"/> incubadora	Fototerapia	<input type="radio"/> no	<input checked="" type="radio"/> sí	MONITORES	<input checked="" type="radio"/> F. Card.	<input type="radio"/> F. Resp.	<input checked="" type="radio"/> SaO ₂	<input checked="" type="radio"/> Temp.				
MAMA ESTA EN	este hospital	<input checked="" type="radio"/>	otro hospital	<input checked="" type="radio"/>	en casa	<input checked="" type="radio"/>	otra casa	<input checked="" type="radio"/>	MAMA ME	mima y acompaña	<input checked="" type="radio"/>	cuida y limpia	<input type="radio"/>	sostiene en brazos	<input type="radio"/>	da de comer	<input type="radio"/>	ama-anta	<input type="radio"/>

MI NOMBRE. El que la familia usa para denominar al recién nacido en el momento del ingreso.

MAMÁ. El nombre y apellido de la madre

PAPA. El nombre y apellido del padre.

CONDICION ACTUAL. Diariamente en el turno que inicia el formulario se sintetiza en titulares la condición del recién nacido y de su madre si corresponde: P.Ej Pretérmino, SDR, Extubado Sin complicaciones.. Otro Ej. En crecimiento, desnutrición leve. Madre continúa en CTI.

NIVEL DE CUIDADOS. Marcar una cruz en la casilla que corresponda al nivel de cuidados requerido: **MINIMO, INTERMEDIO o INTENSIVO**, y si está en **CUNA, SERVOCUNA o INCUBADORA**.

MAMÁ ESTÁ EN. Registrar si la madre está en el mismo hospital, otro hospital, en su propia casa u otra casa. Según la información recogida cada día.

MAMÁ ME. En este sector se registran diariamente las actividades que la madre realiza mientras está con el recién nacido internado. Se han sintetizado en cuatro actividades que habitualmente son progresivas durante la internación: "Mima y acompaña" describe la presencia de la madre junto al recién nacido y que lo toca; "Cuida y limpia" se refiere a que participa en los cuidados del recién nacido; "Sostiene en brazos" (auto explicativa); "Da de comer" participa en la alimentación, ya sea por sonda u otros medios; "Amamanta" cuando alimenta al seno directo.

FOTOTERAPIA. Anotar **SI** si recibe fototerapia en cualquier momento de ese día. Anotar **NO** si no recibe.

MONITORES. Anotar las funciones con monitoreo electrónico: **F. RESP** para frecuencia respiratoria, **F CARD** para frecuencia cardiaca, **SaO2** para oximetría de pulso, **TEMP** para temperatura cutánea.

SEPSIS EN CURSO no si sólo clínica <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> bacteriana <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> hongos <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> germen	DIA <input type="text" value="00"/>	MES <input type="text" value="11"/>	AÑO <input type="text" value="09"/>	DIAS HOSP. <input type="text" value="1"/>	24 HORAS PREVIAS TOTAL DE LECHE MATERNA <input type="text" value="00"/> ml VARIACION PESO (+ -) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="text" value=""/> g BALANCE HIDRICO (+ -) <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="text" value="31"/> ml APORTE CALORICO <input type="text" value=""/> cal/día
	DIAS VIDA <input type="text" value="1"/>	EG CORREGIDA <input type="text" value="26"/> sem. <input type="text" value="1"/> d.			
	PER. CEF. <input type="text" value=""/> cm	PESO actual <input type="text" value="882"/> g			

SEPSIS EN CURSO. Registrar diariamente **NO/SI** según corresponda si el recién nacido está siendo tratado por sepsis con criterio **Sólo clínico**, o cuando se identificó su causa **Bacteriana o por Hongos** si se logró identificación del germen. Anotar el germen identificado.

DÍA MES y AÑO. Anotar la fecha correspondiente.

DIAS HOSP. Anotar cuantos días completos transcurrieron desde el INGRESO. El primer día de internación se considera día 0

DIAS DE VIDA. se calcula desde el nacimiento hasta la fecha actual. El día del nacimiento se considera día 0.

EDAD GESTACIONAL CORREGIDA. (en semanas completas y días) calcular la edad postmenstrual o sea la edad gestacional al nacer mas los días de vida.

PER. CEFAL. Se anotará el perímetro fronto occipital máximo en centímetros con una cifra decimal.

PESO ACTUAL. Se anota el peso en gramos, desnudo, correspondiente a ese día.

24 HORAS PREVIAS. corresponde a un resumen de algunos valores recogidos durante del día anterior:

LECHE MATERNA COLECTADA. Es la cantidad de leche que la madre se extrajo y entregó en la Unidad durante las 24 horas previas. Se calcula sumando cada una de las cantidades que figura en la fila de datos correspondiente a VIENEN Y ME TRAEN LECHE.

VARIACIÓN DE PESO. Se anota en los casilleros la diferencia en gramos entre el peso del día anterior y el actual. Si la variación es normal se registra el signo correspondiente (+ ó -) en el círculo blanco (variación esperada). Si la variación es anormal se registra el signo correspondiente (+ ó -) en el círculo amarillo (variación no esperada o de alerta).

BALANCE HÍDRICO. Es la suma de todas los volúmenes ingeridos o recibidos por vía parenteral menos los egresos por diuresis, deposiciones y vómitos o extracciones o drenajes digestivos. Se agregarán las pérdidas insensibles estimadas. Se anota si el valor es positivo o negativo (+ o -).

APORTE CALÓRICO. Es la suma de todas las Kcal. que recibió en las 24 horas previas en forma enteral o parenteral expresadas por kilo de peso por día.

Sección CUIDADOS PROGRAMADOS

HORA DE CUIDADOS PROGRAMADOS	7 : 45	9 : 00	12 : 00	13 : 30	16 : 00	19 : 40
¿QUIEN ME CUIDO?	Fernández		Fernández	A. Díaz	A. Díaz	B. García
VIENEN Y ME TRAEN LECHE	MAMA	si <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/>				
	PAPA	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> ml				
PROTECCION TERMICA / HUMEDAD	/DD		/DD		/DL	
POSICION						

El espacio de este módulo se divide en 12 columnas para registrar en cada una de ellas los cuidados correspondientes a un periodo de tiempo determinado. Si los eventos de cuidados programados requieren más de 12 columnas se utilizará una segunda hoja para ese día.

Los datos no previstos en esta sección del formulario y recogidos durante cada control, pueden ser agregados como anotaciones en el espacio libre al final de cada columna en el reverso del formulario.

HORA DE CUIDADOS PROGRAMADOS. anotar hora (0-24) y minutos en que se inician los cuidados programados o la atención no programada.

“QUIEN ME CUIDÓ”. Se anota el nombre, iniciales o código de la persona que realiza estos cuidados.

“VIENEN Y ME TRAEN LECHE” “Mamá”. Se anota **SI** si la madre estuvo al lado de su hijo en el intervalo previo o durante los cuidados registrados en esta columna. Se registra **NO** si no concurrió. **“Papá”:** Se anota **SI** si el padre estuvo al lado de su hijo en el intervalo previo o durante los cuidados registrados en esta columna. Se registra **NO** si no concurrió.

LECHE MATERNA COLECTADA. Se anota el volumen de leche (en mililitros) que la madre se ordeñó y entregó desde el registro en la columna anterior.

PROTECCIÓN TÉRMICA /HUMEDAD /POSICIÓN. Anotar las iniciales que correspondan para la **protección térmica:** Lámina o bolsa plástica, gorro, vestido, etc., . Anotar el **porcentaje de humedad** si se dispone de higrometro.

Anotar la **posición** : prono (P) , supino(S), decúbito lateral derecho (DLD) o izquierdo (DLI).

Sección CONTROLES VITALES

CONTROLES VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	React	React	React	React	React	React
	TEMPERATURA AXILAR / INCUBADORA	36.9/35.5		36.8/36.5	36/34.7	36.9/35.9	36.9/36.1
	FRECUENCIA RESPIRATORIA / APNEAS	52 / Apnea no si		56 / Apnea no si	56 / Apnea no si	68 / Apnea no si	58 / Apnea no si
	FRECUENCIA CARDÍACA / PRESION ARTERIAL			153	157/46/30	144 43	
	COLOR / TIEMPO de RECOLORACION	lct/2s	lct/2s	lct/2s	lct	lct	

Registrar los controles vitales según criterios uniformes. En algunas variables se incluyó un área amarilla (ángulo inferior derecho) para destacar los valores que indican alerta o franca anomalía.

ESTADO DE CONCIENCIA. Se evalúa mediante la observación y la respuesta a estímulos. Es la valoración general del estado de vigilia del recién nacido. Anotar: VIGILIA/ SUEÑO NORMAL. Importa el valor evolutivo de esta condición. En caso de reactividad deprimida o hiperexcitabilidad, se anotará una cruz sobre el casillero amarillo.

TEMPERATURA AXILAR. Anotar la temperatura del recién nacido en Grados Celsius tomada en la zona axilar o inguinal.

TEMPERATURA DE LA INCUBADORA.

Registrar la temperatura interior de la incubadora en grados Celsius.

FRECUENCIA RESPIRATORIA. Anotar el valor de la FRECUENCIA RESPIRATORIA medida en un minuto completo

RESPIRACIÓN PERIÓDICA Y APNEAS. Anotar si se observó un patrón de respiración periódica con períodos de frecuencia respiratoria normal o alta y períodos de enlentecimiento.

Registrar **NO/SI** la ausencia o presencia de apneas, (períodos mayores a 20 segundos sin ventilación espontánea), con bradicardia, cianosis o caída de la saturación de oxígeno.

FRECUENCIA CARDÍACA. Anotar el número de latidos por minuto.

TENSIÓN ARTERIAL. Cuando está indicado el control de la tensión arterial se anota el valor sistólico, diastólico y la media calculada en mmHg.

COLOR. Registrar el color del recién nacido mediante la abreviatura de uso local.

TIEMPO DE RECOLORACIÓN. Registrar en segundos el tiempo que se completa la reperfusión de un área de la piel luego de una compresión digital. Si el tiempo de recoloración es mayor de un segundo indicarlo con una cruz en el casillero amarillo.

PÉRDIDAS. Esta sección tiene 4 filas para registrar las pérdidas en las doce columnas de cuidados programados.

Sección PÉRDIDAS

PÉRDIDAS	SANGRE EXTRAÍDA		0,5	0,5			0,6	0,6
	MICCIONES	130	30/30		0/30	42/72	8/80	18/98
	DEPOSICIONES		No		No	No	No	No
	RESIDUAL GÁSTRICO Y VÓMITOS		0		0	0	2 mL	0

PÉRDIDAS EN LAS 24 HORAS PREVIAS. En cada fila hay un casillero que precede a las columnas de cuidados programados en la que se anota el valor total de las pérdidas en las 24 horas previas para cada ítem registrado (sangre extraída, micciones, deposiciones / drenajes digestivos, residuales gástricos y vómitos). Para calcular el balance hídrico se debe adicionar a estas pérdidas medidas las pérdidas insensibles estimadas por evaporación de la piel. El balance hídrico se anota en el ángulo superior derecho de esta planilla como se indicó anteriormente.

SANGRE EXTRAÍDA. Anotar los mililitros (mL), con un decimal, de sangre extraída para exámenes de laboratorio.

MICCIONES. Registrar el volumen total; de orina en mililitros (mL) que emitió el recién nacido desde el registro anterior. Se escribe OP si hubo orina perdida, que no pudo medirse. El valor del volumen se mide cuando se usa recolector de orina o se estima por doble pesada del pañal. Se indica en el casillero amarillo cuando la diuresis es menor o mayor a la normal para ese momento.

DEPOSICIONES. Anotar el número de deposiciones desde el registro anterior o el volumen de ileostomía y/o colostomía. En el mismo casillero puede anotarse el TIPO según el código definido por la Unidad. Si el tipo es anormal se indica en el casillero amarillo.

RESIDUAL GÁSTRICO-VÓMITOS. Cuando se observa residual gástrico en una aspiración gástrica programada se anota el volumen en mililitros (mL) y se escribe la abreviatura de uso local que indique sus características (claro, con bilis, alimento, sangre fresca o sangre digerida). Si no existe residual se indica negativo (-). Si en dicho período previo presento vómitos se registra el volumen estimado y sus características. Si el residual es superior al normal o vomita se indica en el casillero amarillo.

Sección APORTES

APORTES EN LAS 24 HORAS PREVIAS

Existe un casillero que precede a la primera columna de cuidados programados en el que se anota el valor total de ingresos en las 24 horas previas recibidos por vía oral o parenteral.

APORTE ORAL

ORAL SUPPOR	TYPE AND VOLUME	EARLIER						
	FORM OF ADMINISTRATION							

TIPO y VOLUMEN. Se registra el volumen en mililitros (mL), administrado en ese momento. Si la infusión enteral es continua se registra lo administrado desde el registro anterior, incluyendo el volumen administrado que pudo haberse extraído como residual gástrico. Se registra el tipo de alimento administrado: Leche Humana, Leche Humana con Fortificador o Aceites, Leche de vaca modificada o Agua con glucosa.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN. Se registra si es por Sonda Orogástrica (SOG), Gastroclisis continua (GC), Gotero, Vaso o Cucharita (según código local), Pecho Directo (PD) o Biberón (Bib.).

APORTE PARENTERAL

APORTE PARENTERAL	VIA CENTRAL / PERIFERICA			CUV/ CUA/-		CUV/ CUA/-			
		VIA							
1	APT		41.2	15/0	4.2/2	4.2/16	22.6	42.33	42/50
2	Sol.		49	2.7/0	2/2				
3	Insulina		5.3	0.4/0	0.1/0.2	0.1/06	0.7/0.1	10/0.1	01/13
4	PAM		3.3	0.1/0	"				
5									

Esta sección tiene espacios que pueden ser utilizados en forma diversa según las prácticas de registro locales. En consenso con profesionales de diversos medios se hace una propuesta de registro de vías de infusión y fluidos infundidos.

VIA CENTRAL/ VIA PERIFÉRICA

El uso de una Vía Venosa Central (VVC) se registra a la izquierda del casillero. Si es un percutáneo se registra el lugar donde está colocado el sitio de punción. Además se agrega la letra "C" el día

que es colocado, “R” el día que es retirado, “RI” si se retira por estar infiltrada, “NN” no necesita.

Si es un Catéter Venoso Umbilical CVU o un Catéter Arterial Umbilical (CAU) se registra en el mismo lugar.

El uso de una Vía Venosa Periférica (VVP) se registra a la derecha del casillero.

APORTES EN LAS 24 HORAS PREVIAS.

En cada fila hay un casillero que precede a la 1er columna de cuidados programados en la que se anota el volumen total infundido por cada una de las vías parenterales. el cálculo del balance hidrico se realiza restando los aportes de las perdidas.

APORTE EN CADA VIA (1-4). Se registran en cuatro filas, utilizando cada fila para infusiones independientes.

TIPO de infusión. Se anota en cada fila: SG 5%, 10%+iones, Glóbulos Rojos Concentrados (GRC en rojo), Plasma (PL), Alimentación Parenteral Total (APT), Alimentación Parenteral Parcial (APP), Dopamina (Dopa), Antibióticos (ATB), Albúmina (Alb), etc.

VOLUMEN. Se anotan los volúmenes a infundir e infundidos. En el momento de iniciar una infusión parenteral registrar (en el sector superior izquierdo del casillero) el volumen de la solución a infundir en determinado periodo de tiempo. Se recomienda que el mismo sea colocado en un medidor volumétrico o jeringa cuya infusión se realiza por bomba.

En el siguiente momento de cuidados programados se lee y registra el volumen que queda en el medidor volumétrico o jeringa. La diferencia con el volumen a infundir anotado en el control previo es el volumen que ya se infundió al recién nacido.

Siempre que se baje un volumen nuevo de solución al medidor volumétrico deberá colocarse una flecha descendente (↓) junto a la cantidad anotada.

Cuando se suspenda transitoriamente la administración del volumen que se esta infundiendo, para pasar otro. Por Ej Sangre, se interrumpe el registro en esa fila y se inicia en otra. Al reiniciarse se continúa en la misma fila, en la columna que corresponda a ese momento.

Sección CUIDADOS PROGRAMADOS

HORA DE CUIDADOS PROGRAMADOS		7 : 45	9 : 00	12 : 00	13 : 30	16 : 00
MEDICACIÓN CUMPLIDA	ANOTAR FARMACOS DOSIS y VIA	Ampi i/v	Aminofil 8 mg i/v			Aminofil 2 mg i/v
	VOLUMEN ml					

HORA DE CUIDADOS PROGRAMADOS. En cada columna se reitera la que corresponde al momento de inicio de los cuidados que se anoto en el anverso.

MEDICACIÓN CUMPLIDA:

ANOTAR FÁRMACOS DOSIS Y VIA. Registrar los fármacos, dosis y vía de administración que deben corresponder con las indicaciones medicas.

VOLUMEN mL. Cuando se administran los fármacos , se registrara el volumen total administrado en ese momento. Se excluyen de esta anotación las medicaciones que ya se hayan registrado en la Sección de APORTES PARENTERALES. (Por Ej.: la Solución Bicarbonato 1/3 Molar, Sol. Glucosa al 10% i/v en bolo, etc.). Estos registros de volumen total administrado como medicación deberán agregarse al aporte parenteral para el cálculo del balance hídrico.

Sección CUIDADOS RESPIRATORIOS

CUIDADOS RESPIRATORIOS	SET / Nasal / Carpa	Secreciones Cantidad - Tipo	Set / -				CPAP/+++		+++		+++	
	PIM PPC PMVA	FR Tiempo Insp. Drenaje Tórax	14 3	20 0,3					CPAP 6	CPAP 6	CPAP 6	CPAP 6
	FiO ₂	SaO ₂	21	95%	21	90%	21	91%	21	94%	21	93%

SET- Nasal- Carpa/. Se registrará si el recién nacido ventila a través de una Sonda Endotraqueal, sea anota la abreviatura y el tamaño de la sonda (SET #), una Cánula Nasal o pieza Nasal (N) o si esta respirando dentro de una Carpa(C), Halo (H).

SECRECIONES cantidad-tipo. Se registrara la presencia de secreciones respiratorias anormales en cantidad o tipo. La cantidad se expresa en + ,hasta +++. El tipo se refiere a si son mucosas(M), purulentas (P), con sangre (S).

PIM (Pico Inspiratorio Máximo) es el valor de la presión expresada en centímetros de agua en el pico inspiratorio del ciclado a presión positiva del ventilador.

PPC es Presión Positiva Continua, es el equivalente a CPAP o CDPAP (en ingles: Continuous Positive Airway Pressure . En caso de uso endotraqueal o nasal se registrara de la misma forma ya que en la fila anterior se registro la via endotraqueal o nasal (SET o N).

PMVA es la Presión Media en Via Aerea.

FR es Frecuencia de los Ciclos de Presión Positiva. La Frecuencia Respiratoria espontanea del paciente se registra en el anverso.

Tiempo Insp es el Tiempo Inspiratorio del Ciclo de Presión Positiva del Ventilador. En algunos modelos esta lectura esta disponible, también puede estimarse con escasa precisión.

FiO₂. Se registran los valores de Fracción Inspirada de Oxigeno. Estos valores pueden leerse directamente del mezclador de gases del ventilador o medirse con oxímetro. En caso que el paciente no reciba oxigeno adicional se indica que respira AIRE

SaO₂. Se registra la saturación de oxigeno según la lectura del saturómetro de pulso.

Sección EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMENS PARACLINIQUES	NOTER RÉSULTANTS	Hgt 1.12 $\mu\text{g/dL}$	Hgt 1.03 $\mu\text{g/dL}$	Hgt 1.12
	DEMANDÉS	NOTES ADDITIONELLES ET SOINS		
	GASO 7:30	Estable, con edemas	Estable, en CPAP	
	Rx Tórax	Se extuba, tolera bien	Abundantes secreciones por nariz	
		Abundantes secreciones	No movilizó intestino	
	Se retira sol i/v y PAM			

ANOTAR RESULTADOS. En este espacio de cada columna se anotan los resultados de los exámenes paraclínicos realizados en ese intervalo o recibidos si son exámenes que requieren mucha espera del laboratorio. P.Ej Gasometría en ese momento o informe de TSH del nacimiento.

SOLICITADOS. Se escriben los exámenes y las interconsultas solicitadas en ese día.

SE REQUIERE

SE REQUIERE	si no	
APOYO PSICOSOCIAL	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	
CONCURREN		
PSICOLOGIA	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	
ASISTENTE SOCIAL	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	

En este espacio se anotan diariamente la solicitud de apoyo psicosocial. **NO /SI** según corresponda. No olvidar que en todas las madres debe realizarse en una evaluación a los 14 días post parto pues cuando sus hijos permanecen internados es muy frecuente que tengan necesidad de apoyo especial.

CONCURREN

En este espacio se anota **NO/SI** según corresponda a la concurrencia de personal de Psicología o Asistencia Social.

Sección OBSERVACIONES

OBSERVACIONES ADICIONALES DE ENFERMERÍA. Este espacio puede subdividirse con líneas verticales entre dos turnos de enfermería y está previsto para la escritura de observaciones de enfermería que no están precodificadas y no han sido registradas en los cuidados programados de las columnas del mismo período.

NOTAS ADICIONALES Y CUIDADOS			
Estable, con edemas	Estable, en CPAP	Estable, en CPAP	Estable, en CPAP
Se extuba, tolera bien	Abundantes secreciones	Abundantes secreciones	Abundantes secreciones
Abundantes secreciones	por nariz	por nariz con sangre	Se realizó lavado gástrico
Se retira sol i/v y PAM	No movilizó intestino	Residual gástrico con sangre	
		Se suspende insulina h 23:00	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROGRAMADOS. El personal de enfermería escribe aquí los cuidados individuales del recién nacido y los de su madre y familia relacionados con la atención del mismo.

TRATAMIENTO PRESCRITO. Se anotan diariamente las indicaciones médicas y sus modificaciones durante las 24 horas siguientes. Usar letra de molde y clara.

TRATAMIENTO MEDICO (usar letra de molde pequeña y clara)
Aminofilina 8 mg i/v (1ª dosis) + 2 mg i/v c/8 hs
Ampicilina 100 mg i/v c/12 hs
Gentamicina 5 mg i/v c/48 hs
Indometacina 0,1 mg i/v a pasar en 30 minutos
Insulina 0,1 mL/hora hora 23:00 suspender insulina
APT a 4.2 mL/h - Incrementar a 5 mL/h (h 16:00)

Una vez finalizada la planilla de cada día puede permanecer junto a la cuna o incubadora del recién nacido por uno o más días según prácticas locales y luego se incluye en el expediente clínico en forma ordenada luego de los formularios de Hospitalización Neonatal.

La información contenida en este registro es el más completo documento de las condiciones del recién nacido de salud y enfermedad, crecimiento y desarrollo así como las prescripciones y cuidados mientras está internado. Se complementa con el registro del razonamiento clínico de quienes lo cuidan.

ANEXO

**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE)
RELACIONADAS CON EMBARAZOS QUE TERMINAN EN ABORTO**

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) RELACIONADAS CON EMBARAZOS QUE TERMINAN EN ABORTO

<p>Embarazo terminado en aborto (000-008) Excluye: embarazo que continúa después del aborto de un feto o más (031.1)</p>	<p>.0 Incompleto, complicado con infección genital y pélvica Con afecciones en O08.0</p>
<p>000 Embarazo ectópico Incluye: embarazo ectópico roto Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada.</p>	<p>.1 Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía Con afecciones en O08.1</p>
<p>000.0 Embarazo abdominal Excluye: atención materna por feto viable en embarazo abdominal (O36.7) parto de feto viable en embarazo abdominal (O83.3)</p>	<p>.2 Incompleto, complicado por embolia Con afecciones en O08.2</p>
<p>000.1 Embarazo tubárico Embarazo falopiano Ruptura del oviducto o trompa (de Falopio) debida a embarazo Aborto tubárico</p>	<p>.3 Incompleto, con otras complicaciones especificadas y no especificadas Con afecciones en O08.3-O08.9</p>
<p>000.2 Embarazo ovárico</p>	<p>.4 Incompleto, sin complicación</p>
<p>000.8 Otros embarazos ectópicos Embarazo: cervical cornual intraúterino mural</p>	<p>.5 Completo o no especificado, complicado con infección genital y pélvica Con afecciones en O08.0</p>
<p>000.9 Embarazo ectópico, no especificado</p>	<p>.6 Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía Con afecciones en O08.1</p>
<p>001 Mola hidatiforme Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada. Excluye: mola hidatiforme maligna (D39.2)</p>	<p>.7 Completo o no especificado, complicado por embolia Con afecciones en O08.2</p>
<p>001.0 Mola hidatiforme clásica Mola hidatiforme completa</p>	<p>.8 Completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y no especificadas Con afecciones en O08.3-O08.9</p>
<p>001.1 Mola hidatiforme, incompleta o parcial</p>	<p>.9 Completo o no especificado, sin complicación</p>
<p>001.9 Mola hidatiforme, no especificada Enfermedad trofoblástica SAI Mola vesicular SAI</p>	<p>003 Aborto espontáneo (Ver antes de O03 para las subdivisiones) Incluye: Aborto espontáneo</p>
<p>002 Otros restos ovulares anormales Use código adicional de la categoría O08.-, si desea identificar alguna complicación asociada. Excluye: feto papiráceo (O31.0)</p>	<p>004 Aborto médico¹ (Ver antes de O03 para las subdivisiones) Incluye: interrupción del embarazo: - legal - terapéutica aborto terapéutico</p>
<p>002.0 Huevo anembrionado y mola no hidatiforme Mola: carnosas intrauterina SAI Huevo patológico</p>	<p>005 Otro aborto (Ver antes de O03 para las subdivisiones)</p>
<p>002.1 Aborto retenido Muerte fetal precoz, con retención del feto muerto Excluye: Aborto retenido con: huevo anembrionado (O02.0) mola: hidatiforme (O01.-) no hidatiforme (O02.0)</p>	<p>006 Aborto no especificado² (Ver antes de O03 para las subdivisiones) Incluye: aborto inducido SAI</p>
<p>002.8 Otros restos ovulares anormales especificados Excluye: la asociación con: huevo anembrionado (O02.0) mola: hidatiforme (O01.-) no hidatiforme (O02.0)</p>	<p>007 Intento fallido de aborto³ Incluye: fracaso del intento de la inducción del aborto Excluye: aborto incompleto (O03-O06)</p>
<p>002.9 Restos ovulares anormales no especificados Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se usan con las categorías 003-006: Nota: En la definición de aborto incompleto se incluyen los restos ovulares retenidos después de un aborto.</p>	<p>¹ Se refiere ESPECÍFICAMENTE a la interrupción LEGAL o TERAPEUTICA del embarazo, independientemente del método de evacuación que se utilice. Es posible que NO se involucre el uso de medicamentos o agentes farmacológicos en la realización del procedimiento. ² Aquí se incluye cualquier aborto o interrupción del embarazo cuando no se tiene conocimiento de la causa. ³ Este código SÓLO puede utilizarse en caso de una interrupción fallida del embarazo, LEGAL o TERAPEUTICA, como se describe en la primera nota a pie de página.</p>
	<p>007.0 Aborto médico fallido, complicado por infección genital y pélvica Con afecciones en O08.0</p>
	<p>007.1 Aborto médico fallido, complicado por hemorragia excesiva o tardía Con afecciones en O08.1</p>

<p>007.2 Aborto médico fallido, complicado por embolia Con afecciones en O08.2</p> <p>007.3 Aborto médico fallido, con otras complicaciones y las no especificadas Con afecciones en O08.3-O08.9</p> <p>007.4 Aborto médico fallido, sin complicación Intento fallido de aborto médico SAI</p> <p>007.5 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por infección genital y pélvica Con afecciones en O08.0</p> <p>007.6 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía Con afecciones en O08.1</p> <p>007.7 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia Con afecciones en O08.2</p> <p>007.8 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas Con afecciones en O08.3-O08.9</p> <p>007.9 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicación Intento fallido de aborto SAI</p> <p>008 Complicaciones después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar</p> <p>Nota: Este código se proporciona fundamentalmente para la codificación de la morbilidad. Para usar esta categoría debe hacerse referencia a las guías y reglas de codificación de morbilidad en el Volumen 2 de la CIE versión 2006</p> <p>008.0 Infección genital y pélvica después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Endometritis Ooforitis Parametritis Pelviperitonitis consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 Salpingitis Salpingooforitis Sepsis Shock séptico Septicemia</p> <p>Excluye: embolia séptica o septicopéimica (008.2) infección de las vías urinarias (008.8)</p> <p>008.1 Hemorragia excesiva o tardía después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Afibrinogenemia consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 Síndrome de desfibrinación Coagulación intravascular</p>	<p>008.2 Embolia después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Embolia (de): SAI gaseosa - líquido amniótico - coágulo sanguíneo consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 pulmonar piémica séptica o septicopéimica jabonosa</p> <p>008.3 Shock después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Colapso circulatorio consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 Shock poctoperatorio</p> <p>Excluye: Shock séptico (008.0)</p> <p>008.4 Insuficiencia renal después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Oliguria consecutiva a afecciones Renal : - Insuficiencia renal (aguda) - Supresión renal consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 - Necrosis tubular Uremia</p> <p>008.5 Trastornos metabólicos después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Desequilibrio electrolítico consecutivo a afección(es) clasificable(s) en O00-O0 7</p> <p>008.6 Daño (lesión) de órganos o tejidos pélvicos después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Laceración, perforación, desgarro o trauma químico (del, de la): - vejiga - intestino consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 - ligamento ancho - cuello uterino - tejido periuretral - útero</p> <p>008.7 Otras complicaciones venosas después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar</p> <p>008.8 Otras complicaciones después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Infección de vías urinarias consecutiva a afecciones clasificables en O00-O07 Paro cardíaco</p> <p>008.9 Complicación no especificada después del aborto, el embarazo ectópico y el embarazo molar Complicación no especificada después de afecciones clasificables en O00- O07</p>
---	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benson J. Evaluating Abortion-care Programs: Old Challenges, New Directions Studies in Family Planning Vol. 36 Issue 3 Page 189 September 2005.

CDC 2001. Revised Guidelines for HIV counseling, testing and referral and Revised recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR 50(RR-19).

CDC 2006. Intimate Partner Violence During Pregnancy: A guide for Clinicians. www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm. Last accessed on Sept 30, 2006.

Crowther CA, Thomas N, Middleton P, Chua M, Esposito M. Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297. DOI: 10.1002/14651858.CD005297.

Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rosello JL, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for Promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.

Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello JL. Salud Sexual y Reproductiva. Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Faúndes A, editor. Segunda edición, Marzo 2007.

Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.

Gómez Ponce de León R, Mañibo MA, Mañibo MB. 2007 COMPAC: Una herramienta para evaluar y mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Grosse S, Boyle C, Kenneson A, Khoury M, Wilfond B (2005) From Public Health Emergency to Public Health Service: The Implications of Evolving Criteria for Newborn Screening Panels. <http://www.cdc.gov/genomics/activities/publications/newborn.htm> Accessed on October 23, 2006.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.

Huapaya V. InfoAPA and EvalAPA: Subsistema de información sobre APA. Chapel Hill, NC, Ipas. 2002.

McDonald SJ, Abbott JM. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. (Protocol)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Unidad de VIH/Sida. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo (OPS/DPC/CD/301/04). Unidad de Enfermedades Transmisibles Área de Pre-

vención y Control de Enfermedades (OPS/AD/DPC/CD) y CLAP. Montevideo: OPS, 2004 .

Organización Panamericana de la Salud. Grupo Étnico y Salud. 37 sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo (SPP37/10). Washington DC: OPS, 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Washington DC: OPS, 2005.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Décima Revisión. Washington DC: OPS, 1995.

Padilla K, McNaughton L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención postaborto. Nicaragua: Ipas, 2003.

Pena-RosasJP, ViteriFE. 2006. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane database of Systematic Review Issue 3. Art No.: CD004736. DOI: 10.1002/14651858.CD004736.pub2.

Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.

RobertsD, DalzielS. Corticosteroides prenatales para la aceleración de la maduración del pulmón fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Shaw D. Misoprostol for reproductive health: Dosage recommendations. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec;99 Suppl 2:S155. Epub 2007 Oct 24.

Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, et al. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Bol Oficina Sanit Panam. 1983;95(2):163-172.

Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, DC: OPS, 2005. (Internet) <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/Al/EliminaSifilisLAC.pdf> Último acceso 23 de marzo de 2007.

WHO 2005. Report of a WHO technical consultation on Birth Spacing. Department of Making Pregnancy Safer and Reproductive Health and Research.

WHO 2006. Standards for Maternal and Neonatal Care. Department of Making Pregnancy Safer. 2006.

WHO 2006. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice.

WHO 2002. WHO antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the new model.

WHO 1993. Breastfeeding Counseling: A training course. WHO/CDR/93.4 UNICEF/ NUT/93.2.

