

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

HISTORIA CLINICA PERINATAL

y Formularios Complementarios

Instrucciones de llenado y definición de términos

2ª edición

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



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR



Publicación Científica CLAP/SMR NNNN

Montevideo - Uruguay - 2017

Catalogación en la fuente:

Aleman A, De Mucio B, Durán P, Fescina RH, Martínez G, Mainero L, Rubino M, Serruya SJ. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. 2a. ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2017. (CLAP/SMR. Publicación científica; NNNN

Versión Preliminar

1. Sistemas de Información
2. Registros Médicos
3. Registros Electrónicos de Salud
4. Atención Perinatal
5. Morbilidad Materna
- i. CLAP/SMR

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud. 2017

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

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 - +598 2 706 3020/3021/3022/3023

postmasterClap@paho.org

<http://new.paho.org/clap>
<http://perinatal.bvsalud.org/>

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP):
historia clínica perinatal:
instrucciones de llenado y definición de términos
2ª edición
Publicación Científica CLAP/SMR NNNN

Í N D I C E

	Pag
Introducción	3
Contenido del presente manual	6
Secciones de la historia clínica	9
• Identificación	9
• Antecedentes familiares, personales y obstétricos	12
• Gestación actual	16
• Admisión por parto	38
• Nacimiento	40
• Recién nacido	44
• Postparto	49
• Egreso del recién nacido	50
Instrucciones de llenado y definición de términos específicos para el estudio Near Miss materno	52
• Area morbilidad	52
• Anexo I	81
• Anexo II	82
• Anexo III	83
• Anexo IV	84
• Referencias bibliográficas	85

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 y a partir del 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud 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 atiende 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, el formulario para Zika 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 vigilancia de la salud materna y perinatal
- 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 SIP. Esta nueva capacidad del SIP 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 el anverso de la HCP, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente pre- definidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo. El reverso de la HCP se ha reservado casi exclusivamente a datos de morbilidad materna que constituyen condiciones amenazadoras de la vida y que merecen un especial registro.

En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP/NEAR MISS para la versión SIP4.10. La información complementaria de los otros formularios será presentada en otros manuales.

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 en las complicaciones.

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 correctas de marcar los números es llenando todos los casilleros	estas revas = 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 checked="" type="checkbox"/>
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	<input type="checkbox"/>

En las páginas siguientes se presenta la Historia Clínica Perinatal Regional (anverso y reverso)

Historia Clínica Perinatal Regional (reverso)

MORBILIDAD																																																																
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS					HEMORRAGIA																																																											
INFECCIONES					1º TRIMESTRE																																																											
2º TRIMESTRE					3º TRIMESTRE / POSPARTO																																																											
Hipertensión crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Post aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Rotura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Pre eclampsia leve	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Mola hidatiforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Hemorragia postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Pre eclampsia severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Corioamionitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Atonia uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Desgarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Restos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>								DPPNI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Hipertensión crónica + PE sobreimpuesta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																														
TRASTORNOS METABÓLICOS					OTROS TRASTORNOS					COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS																																																						
DIABETES MELLITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Parto obstruido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Tolerancia oral a la glucosa anormal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Rotura prolongada de membrana	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Sufimiento fetal agudo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
D.M. insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Oligoamnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Restricción de crecimiento intrauterino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
D.M. no insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Crisis tiroidea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
D.M. gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Otro trastorno metabólico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
Estado hiperosmolar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>								Neoplasia maligna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
Cetoacidosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>								Trastorno psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
Estado hiperglicémico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>								Convulsiones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
										Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
										Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																				
INTERVENCIÓNES																																																																
Alumbramiento manual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Vía venosa central	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Laparotomía (excluye cesárea)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Traje antishock no neumático	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Uterotónicos para lito, Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Administración de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Ingreso a UCI < 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Balones hidroestáticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
										Uso de ATB IV para lito, de complicación infecciosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Suturas B-Lynch o similares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
															Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
															Embolizaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS																																																																
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA					LABORATORIO					INTERVENCIÓNES																																																						
Cardiovascular	Shock	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Renal	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Laboratorio	Plaquetas < 50.000 por ml	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Administración continua de agentes vasoactivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
	Paro cardíaco	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hematológicas/coagulación	Alteraciones de la coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3.5 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																																			
Hepático	Ictericia en preclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Neurológico	Coma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6.0 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
Respiratorio	Cianosis aguda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Inconsciencia prolongada > 12 hs.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			pH < 7,1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Administración ≥ 3 vol de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
	Respiración jadeante (gasping)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Sat Hb < 90% ≥ 1 hora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Ingreso a UCI ≥ 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
	Taquipnea severa FR > 40 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Histerectomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
	Bradipnea severa FR < 6 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Parálisis generalizada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			Lactato > 5 μmol/l o 45 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Dialisis en caso de IRA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
															Reanimación cardio-pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th> día</th> <th>Temp °C</th> <th>P.A.</th> <th>pulso</th> <th>invol. uter.</th> <th>loquios</th> <th>periné</th> <th>lactancia</th> <th>observaciones</th> <th>Responsable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3º a 10º</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										día	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable	1º										2º										3º										3º a 10º										EGRESO MATERNO TIPO DE EGRESO: <input type="radio"/> fallado <input checked="" type="radio"/> contra consejo médico <input type="radio"/> egreso médico FECHA: _____ hora min CONDICIÓN AL EGRESO: <input type="radio"/> sana <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> c/patología <input type="radio"/> muerte lugar: _____ traslado: _____ fallece durante o en lugar de traslado: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí Autopsia: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí				
día	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable																																																							
1º																																																																
2º																																																																
3º																																																																
3º a 10º																																																																
CONSEJERÍA oral <input type="radio"/> escrita <input type="radio"/> ninguna <input checked="" type="radio"/> Responsable: _____ ANTICONCEPCION Inicio MAC: <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> sí ACO "píldora": <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE): <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> DIU: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> EQV masc.: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> inyectable: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> barrera: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> EQV fem: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> implante: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> condón: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced. <input type="radio"/> abstinencia: <input type="radio"/> pref. <input type="radio"/> aced.																																																																

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo o prácticas inadecuadas)
 HCP NEAR MISS REVERSO Regional 26-1-2016

Secciones de la Historia Clínica

Sección: IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS		FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar control prenatal		Lugar del parto		N° ident. local	
NOMBRE	Julia	APELLIDO	Teret	día	mes	año	blanca	indígena	ninguno	primaria	casada	estable	soltera	otro	parto		10622
DOMICILIO	Av. América 6937		18	03	78	negra	mezcla	secund.	univers.	viudo	soltero	soltero	soltero	otro	parto		10622
LOCALIDAD	Libertad	TELEF	8613947	EDAD (años)	38	negra	mezcla	secund.	univers.	viudo	soltero	soltero	soltero	otro	parto		16622898
						otras	otras	años en el mayor nivel	6	vive sola	vive sola	vive sola	vive sola	vive sola	vive sola		

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 antenatal 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).

Sección: ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR							
no	si	no	si	no	si	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1				
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>	0	6	0	8	0	7																	
<input type="radio"/>																							

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 Ectópico (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 1ra 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 1ra 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° 1577.

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: *Cuando 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.

Sección: Gestación Actual

GESTACION ACTUAL		día mes año 27 06 06 día mes año 03 04 07	ECG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. no si si ✓	FLUJA ACT. FLUJA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA 1° trim. 2° trim. 3° trim.
PESO ANTERIOR 60 Kg	TALLA (cm) 1 65	GRUPO Rh Inmuniz. toxoplasmosis 0 + si ✓	Hb <20 sem. Hb ≥20 sem. 12 8	FOLICULOS: Hb ≥20 sem. 11 4
EX. NORMAL Insp. Visual MAMAS COLEP.	CERVIX normal/anormal/no se hizo PAPANicolaou COLEP.	BACTERIURIA normal/anormal/no se hizo 0 + si ✓	GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem. / ≥30 sem. 9 10	ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas + no se hizo
CHAGAS + no se hizo	PALUDISMO/MALARIA normal/anormal/no se hizo 0 + si ✓	BACTERIURIA normal/anormal/no se hizo 0 + si ✓	GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem. / ≥30 sem. 9 10	ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas + no se hizo
VIH Cati Tratamiento Si ✓ No n/c	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓
SIFILIS Diagnóstico y tratamiento no treponémica de ser. n/c <20 sem. 1 9	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓	Prueba solicitada result. en est. TARV en est. TARV en est. TARV + No No No si ✓ si ✓ si ✓
Tratamiento no si si ✓	Tratamiento no si si ✓	Tratamiento no si si ✓	Tratamiento no si si ✓	Tratamiento no si si ✓
To de la pareja no si si ✓	To de la pareja no si si ✓	To de la pareja no si si ✓	To de la pareja no si si ✓	To de la pareja no si si ✓

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

Peso anterior

Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual. Preguntar: **¿Cuánto pesaba antes de este embarazo?** Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será:

$$60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2.$$

Talla (cm)

Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control.

La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros.

Fecha de Última Menstruación (Fum)

Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable.

Preguntar: *¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?*

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

Fecha probable de parto (Fpp)

Para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma diseñado por 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 descriptas en detalle en la publicación científica CLAP/SMR N° 1577.

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). La condición de fumadora no depende del número de cigarrillos que fume, no hay mínimos aceptables. En caso de aborto no se interrogará en el 2º y 3º 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 2º y 3º trimestre.

Drogas.

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

Alcohol

Se refiere a la ingesta actual o en algún momento del presente embarazo 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 2º y 3º 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.

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.

Toxoplasmosis

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 1577. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable ≥ 20 semanas

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.

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. 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 1577. 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

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 si, no o no corresponde (n/c) (en este último caso cuando se trate de una gestante ya diagnosticada). Anotar el resultado de la prueba según corresponda: positivo, negativo o sin dato (s/d) si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado; no corresponde (n/c) se registrará en caso que la prueba no haya sido solicitada, de tratarse de una gestante ya diagnosticada o de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido ésta solicitada.

Registrar la información según la edad del embarazo en que fue realizada la o las pruebas (antes de las 20 semanas o a las 20 o más semanas de gestación). Adicionalmente se consignará si ha recibido o no tratamiento antirretroviral en caso que corresponda. Anotar no corresponde (n/c) en el caso de gestantes con pruebas de VIH negativas.

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° 1577).

Apartado inmunizaciones

VACUNAS	no	si	si	si	día	mes	año	nº total dosis
		previa embarazo	durante embarazo	postparto/ aborto				
tétanos/ difteria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>
								edad gest. semanas
tdap	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>
influenza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>
rubeolla	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>
hepatitis B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>
hepatitis A	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="text"/>

tamizaje hepatitis B no si

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Antitétanica: La Región de las Américas ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública (1 por 1000 nacidos vivos), con excepción de Haití. Una de las estrategias claves para mantener esta meta es vacunar a todas las mujeres con al menos 5 dosis de vacuna contra el tétano, empezando en el primer año de vida. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren vacunación antitétánica, es clave indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal.</p>	<p>Revisar el antecedente vacunal con vacuna que contiene DPT o con vacuna Td, lo cual debe ser documentado (carne de vacunación, historia clínica o información del centro de salud al que asiste)</p>	<p>Pregunta 1: "Ha recibido la vacuna contra Tétanos y difteria durante su vida?"</p> <p>Pregunta 2: cuántas dosis?"</p>	<p>1. Si la mujer ha recibido la vacuna contra el tétanos y difteria previo al embarazo marque con una X "previo" y complete el número de dosis.</p> <p>2. Si la mujer necesita completar esquema, marque "durante el embarazo" y registre la fecha de vacunación día/mes/año y el número de dosis que ha recibido hasta la fecha incluyendo la presente.</p> <p>3. Si la mujer no documenta antecedente de vacunación se debe iniciar el esquema, marque "durante el embarazo", registre la fecha de vacunación día/mes/año. Se debe administrar al menos dos dosis antes del parto.</p>	<p>Para la protección de por vida contra el tétanos y la difteria se requiere un total de 6 dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si la mujer documenta 5 dosis previas requiere 1 dosis durante este embarazo al primer contacto con el servicio ■ Si la mujer documenta 4 dosis requiere 2 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas. ■ Si la mujer documenta 3 dosis o menos siga el esquema del país hasta completar las 6 dosis.

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Tdap: Al 2016, 12 países de la región han recomendado el uso de Tdap para mujeres embarazadas con el fin de proteger al recién nacido contra la tos ferina. El Grupo Técnico Asesor de la OPS ha recomendado la vacuna únicamente en caso de brote.</p>	<p>Revisar el antecedente vacunal con Tdap el cual debe ser documentado (carta de vacunación, historia clínica o información del centro de salud al que asiste).</p> <p>En caso de brote proceda a vacunar.</p>	<p>Pregunta 1: "Recibió la vacuna de Tdap durante este embarazo?"</p> <p>Pregunta 2: "Recibió la vacuna de Tdap en el postparto?"</p> <p>Pregunta 3: Preguntar por la fecha de vacunación y la edad gestacional al momento de la vacunación, ya que el momento ideal de vacunación es entre las semanas 27 y 36 de gestación.</p>	<p>1. Si la mujer ha recibido la vacuna de Tdap previo al embarazo marque con una X "previo".</p> <p>2. Si la mujer fue vacunada durante este embarazo, marque "durante el embarazo" y registre la fecha de vacunación día/mes/año y la edad gestacional en semanas.</p> <p>3. Si fue vacunada durante el postparto o post aborto: marque en "postparto o post aborto" y registre la fecha de vacunación día/mes/año.</p>	<p>La mujer embarazada debe ser vacunada en caso de brote sin importar el antecedente vacunal.</p> <p>Para los países que han introducido la vacuna en la rutina seguir el esquema de vacunación recomendado.</p>

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Influenza: Las mujeres embarazadas son particularmente vulnerables a las infecciones por Influenza, dado que el embarazo involucra cambios fisiológicos en el sistema cardiopulmonar e inmunológico.</p> <p>La enfermedad por Influenza puede resultar en enfermedad grave e incluso la muerte de la madre, muerte fetal, parto prematuro, o bajo peso al nacer.</p> <p>La OMS recomienda aplicar una dosis de la vacuna contra influenza durante el embarazo para proteger a la madre, al feto y al recién nacido hasta los 6 meses de edad.</p>	Administre una dosis de vacuna contra la influenza a toda embarazada independiente de la edad gestacional.	<p>Pregunta 1: "Recibió la vacuna de influenza previo a este embarazo?" Esta vacunación se refiere a la última campaña de vacunación contra influenza o última estación de influenza previo al embarazo.</p> <p>Pregunta 2: "Recibió la vacuna de influenza durante este embarazo?". Se refiere a cualquier trimestre del actual embarazo. Pregunta 3. "Recibió la vacuna de influenza en el post-parto?"</p>	<p>1. La mujer ha recibido la vacuna de influenza previo al embarazo marque con una X "previo".</p> <p>2. Si la mujer fue vacunada durante esta gestación: marque "durante el embarazo" y registre la fecha de vacunación día/mes/año y la edad gestacional en semanas (marque la fecha de la vacunación más reciente).</p> <p>3. Si fue vacunada durante el postparto o post aborto: marque en "postparto o post aborto" y registre la fecha de vacunación día/mes/año</p>	Asegure la vacunación con una dosis de influenza a toda embarazada, independiente de la edad gestacional

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Rubeola: El mantenimiento de la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos 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.</p>	Revisar el antecedente vacunal con rubeola el cual debe ser documentado (carta de vacunación, historia clínica o información del centro de salud al que asiste).	<p>Pregunta 1: "Recibió la vacuna de rubeola previo a este embarazo?" Notar que la vacuna de rubeola no está recomendada durante el embarazo.</p> <p>Pregunta 2: "Recibió la vacuna de rubeola en el post-parto (o post-aborto)?"</p>	<p>1. Si la mujer ha recibido la vacuna de rubeola previo al embarazo marque con una X "previo" y complete la fecha de vacunación día/mes/año</p> <p>2. Si la mujer fue vacunada inadvertidamente durante esta gestación: marque "durante el embarazo" complete la fecha de vacunación día/mes/año y registre la edad gestacional en semanas. Este último campo será llenado únicamente si la mujer fue vacunada inadvertidamente durante el embarazo.</p> <p>3. si fue vacunada durante el postparto o post aborto: marque en "postparto o post aborto" y registre la fecha de vacunación día/mes/año.</p>	Si la mujer no documenta historia vacunal o no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio o postaborto inmediato. Si la mujer fue inadvertidamente vacunada durante el embarazo es importante dar seguimiento. La evidencia disponible no ha demostrado malformaciones congénitas en los recién nacidos ni incremento de abortos y partos prematuros.

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Hepatitis A: Se recomienda la vacunación de embarazadas en situación de brote.</p>	<p>En caso de brote proceda a vacunar .</p>	<p>Pregunta 1: "Recibió la vacuna de Hepatitis A durante este embarazo?"</p>	<p>1. Si la mujer fue vacunada contra la hepatitis A durante esta gestación: marque "durante el embarazo", registre la fecha de vacunación día/mes/año y complete la edad gestacional en semanas (marque la fecha de la vacunación más reciente).</p>	<p>Vacunar en caso de brotes.</p>

Antecedentes	Procedimiento	Que preguntar	Respuestas	Conducta a seguir
<p>Hepatitis B: Se recomienda la vacunación de las mujeres embarazadas si no tienen completo el esquema de vacunación (3 dosis).</p>	<p>Revisar el antecedente vacunal contra hepatitis B, el cual debe ser documentado (carnet de vacunación, historia clínica o información del centro de salud al que asiste)</p>	<p>Pregunta 1: "Recibió la vacuna de Hepatitis B previo a este embarazo?"</p> <p>Pregunta 2. Si no ha sido vacunada previamente y si se evalúa que pertenece a un grupo de alto riesgo para hepatitis B, preguntar si fue vacunada durante el embarazo.</p> <p><i>Se considera de alto riesgo a una mujer con: más de un contacto sexual en los últimos 6 meses, con enfermedad de transmisión sexual, si es usuaria de drogas intravenosas, y si su pareja ha tenido una prueba positiva para Hepatitis B.</i></p>	<p>1. Si la mujer ha recibido la vacuna contra la hepatitis B previo al embarazo marque con una X "previo" y registre el número de dosis.</p> <p>2. Si la mujer necesita completar esquema marque "durante el embarazo", registre la fecha de vacunación día/mes/año y el número de dosis correspondiente.</p> <p>3. Si la mujer no documenta antecedente de vacunación, se debe iniciar el esquema. Marque "durante el embarazo", registre la fecha de vacunación día/mes/año y el número de dosis correspondiente.</p>	<p>Completar el esquema de vacunación según la norma nacional.</p>

Si en la pauta de atención prenatal del país se incluye la realización del tamizaje para la hepatitis B marcar SI en caso de haberlo realizado en el embarazo y NO en caso de no haberlo realizado.

CONSULTAS ANTENATALES

CONSULTAS ANTENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presentación	FCF (lpm)	movim. fetales	proteinuria	lugar de control	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita
	24	03	08	12	63.3	110/10	—	—	—	—	—	—	—	—	AC

La HCP contiene espacio para 5 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="checkbox"/>		ABORTO <input type="checkbox"/>		EDAD GEST.	HOSPITALIZ. en EMBARAZO	CORTICOIDES ANTENATALES	INICIO espontáneo	ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO			EDAD GEST. al parto	PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE	ACOMPANIANTE	
FECHA DE INGRESO dia mes año 10 03 07		CONSULTAS PRE-NATALES total 06		1ª CONSULTA semanas	no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	completo <input checked="" type="checkbox"/> 26 incompleto <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> semana inicio n/c <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> cesar. elect. <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	dia mes año 10 03 07	<37 sem. ≥18 hs.	semanas días 37 0	cefálica <input checked="" type="checkbox"/> pelviana <input type="checkbox"/> transversa <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>	pareja <input checked="" type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/>	TDP <input checked="" type="checkbox"/>	P <input checked="" type="checkbox"/>
ser <input type="checkbox"/>	hora min	posición de la madre		PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variación posic.	meconio	FCF/dips	ENFERMEDADES				
no <input checked="" type="checkbox"/>	04 20	DD		110/70	80	3	2	1	-	-	136	TDP Prueba				
adhesivos <input type="checkbox"/>	06 10	DLJ		120/80	84	3	3	1	-	-	142	Sífilis		- <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> n/r <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		
firmas <input type="checkbox"/>	07 40	DLJ		120/80	82	3	4	1	-	-	142	VIH		- <input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> n/r <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		
TRABAJA DE PARTO	09 20	DLJ		130/80	90	3	5	1	-	-	148	TARV		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input checked="" type="checkbox"/>		
	09 55	DD		130/80	90	3	9	1	-	-	152					

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 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 (SIP 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. En caso que la norma nacional sea diferente será tenida en cuenta.
- *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 la 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 Publicación Científica CLAP/SMR 1584, 1a edición 2011).

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 cardiaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia de dips (desceleraciones 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.

Enfermedades

En la parte inferior derecha de este recuadro, se ha dejado un espacio para registrar pruebas de sífilis y VIH realizadas a la madre cuando ingresan en trabajo de parto, sin controles prenatales previos o muy alejados del ingreso. Estas pruebas podrán ser positivas, negativas o no haberse realizado (n/ r), esta última opción, por ejemplo, por falta de oportunidad para realizar la prueba. La opción no corresponde (n/c) se aplicará a aquellas madres con pruebas negativas realizadas durante el último mes de gestación o en el caso de mujer VIH positiva diagnosticada previamente. A continuación podrá registrarse si la madre VIH positiva recibe o no tratamiento antirretroviral. En caso de tratarse de una madre VIH negativa marcar no corresponde (n/c).

Sección: NACIMIENTO

NACIMIENTO		vivo <input type="radio"/>		hora min día mes año		MÚLTIPLE: orden		TERMINACION			INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO				INDUC. OPER.				
MUERTO anteparto <input type="radio"/>	parto <input type="radio"/>	ignora momento <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		espont. <input type="radio"/>	cesárea <input type="radio"/>	otra <input type="radio"/>					INDUC. <input type="text"/>	OPER. <input type="text"/>			
POSICION PARTO		DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDICACION RECIBIDA		transfusión		sulfato de Mg		otros (codigo)			
sentada <input type="radio"/>	acostada <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	prelumb. <input type="radio"/>	postalumb. <input type="radio"/>	completa <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	< 1 min. <input type="radio"/>	1 a 3 min. <input type="radio"/>	colocados en TEP <input type="radio"/>	antibiot. <input type="radio"/>	analgesia <input type="radio"/>	anest. local <input type="radio"/>	anest. region. <input type="radio"/>	anest. oral <input type="radio"/>	no <input type="radio"/>	sí <input type="radio"/>	medic. 1 <input type="text"/>	medic. 2 <input type="text"/>
cucillas <input type="radio"/>		Grado (1 a 4)		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		completa <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>			
si <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		sí <input type="radio"/>		no <input type="radio"/>		sí <input type="radio"/>		sí <input type="radio"/>			

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 los anexos de este manual.

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 (prealubr) 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).
- Administración de sulfato de magnesio en la preeclampsia y/o eclampsia.
- Otros - Especificar el nombre y codificar haciendo uso de los códigos incluidos en los anexos de este manual.

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

ATENCIÓN	médico	obst.	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro	Nombre
PARTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
NEONATO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

ATENCIÓN

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: RECIÉN NACIDO

RECIÉN NACIDO		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL sem. días	PESO E.G. adec. <input checked="" type="checkbox"/>	Lactancia materna inicio precoz no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
SEXO f <input type="radio"/> m <input checked="" type="radio"/> no definido <input type="radio"/>	PESO AL NACER 32 30 g <input type="radio"/> <2500 g <input type="radio"/> ≥4000 g	36 0	37 0 ESTIMADA <input type="radio"/>	peq. <input type="radio"/> gde. <input type="radio"/>	oxígeno no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>
DEFECTOS CONGENITOS <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> menor <input type="checkbox"/> mayor	ENFERMEDADES ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 ó más <input type="checkbox"/>	LONGITUD cm 49 0	FUN <input checked="" type="checkbox"/> ECO <input checked="" type="checkbox"/>	APGAR (min) 1 ^{er} 09 5 ^{to} 10	estimulac. no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> masaje <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> aspiración <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> máscara <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> intubación <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> medicación <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
TAMIZAJE NEONATAL	VIH en RN Expuesto no <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> Tto. si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> s/d <input type="radio"/> n/c <input checked="" type="radio"/>	VDRL Tto. - <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> + <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> n/c <input checked="" type="radio"/> s/d <input type="radio"/>	Audic. - <input type="radio"/> Cha gas + <input type="radio"/> Bili rrub + <input type="radio"/> Toxo Igm + <input type="radio"/> Hb patía + <input type="radio"/> Cardiov + <input type="radio"/>	Fallece en Sala de parto Madre no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> RN <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	REFERIDO aloj. cony. <input checked="" type="radio"/> neona tolog. <input type="radio"/> otro hosp. <input type="radio"/>
			Metabólicas no realizado <input type="radio"/> realizado <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 1577.

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.

LACTANCIA MATERNA INICIO PRECOZ

Se marcará SI si la lactancia materna se inició dentro de la primera hora del nacimiento. En caso contrario, se marcará NO.

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).
- Medicación.

Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.

DEFECTOS CONGÉNITOS

La HCP incluye un espacio para consignar la presencia o ausencia de defectos congénitos. 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). Se utilizarán los códigos de acuerdo a los anexos de este manual.

ENFERMEDADES

Esta sección es para registrar otras enfermedades distintas a los defectos congénitos. Consultar el anexo de codificación de este manual.

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.

VIH EN RECIEN NACIDO

Marcar según corresponda, **NO**, **SI** o bien **S/D**; en este último caso si no es posible determinar si se trata de un recién nacido expuesto al VIH. Adicionalmente, en caso que corresponda, marcar si el recién nacido ha recibido o no profilaxis antirretroviral o si se desconoce este dato. Marcar **N/C** en caso que se trate de un recién nacido no expuesto.

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.

AUDICIÓN

Consignar la realización y resultado de las pruebas de tamizaje de sordera. Se registra “no se hizo” cuando el estudio no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra positivo o negativo según corresponda.

CHAGAS

Consignar si se realizó y el resultado la detección de Ac anti Chagas en sangre de cordón. Se registra “no se hizo” cuando el estudio no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra positivo o negativo según corresponda.

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.

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 1577.

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.

HEMOGLOBINOPATIAS

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 no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra positivo o negativo según corresponda.

MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES

Se consignará la presencia y resultado de cardiopatías congénitas. Se registra “no se hizo” cuando el estudio no fue realizado antes del alta. Cuando se realizó y se dispone del resultado se registra positivo o negativo 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 (de igual forma con la madre, marcar SI, si fallece en sala de partos y NO, si sale viva de la misma).

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.

Sección: POSTPARTO

POSTPARTO						
tiempo	Temp °C	P.A.	pulso	involución uterina	san-grado	Responsable
	36	100/70	90	cont		
	36,6	100/60	86	cont		
	36,6	100/70	92	cont		
γglobulina anti D no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>						

CONTROL DEL POSTPARTO

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

- Momento del examen postparto (en minutos luego del parto).
- 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..

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 globulina hiperinmune anti D antes de los 72 horas del nacimiento. Se marcará (SI) si siendo Rh negativo no inmunizada recibió Gama globulina

anti D. Se marcará (NO) cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió Gama globulina 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 negativo.

Sección: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

EGRESO RN					vivo <input checked="" type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>	fallece durante o en lugar de traslado <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EDAD AL EGRESO días completos <1 día <input type="checkbox"/>	ALIMENTO AL ALTA lact. excl. <input checked="" type="checkbox"/>	Boca arriba no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>	Meconio 1º día no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
día	mes	año	hora	min								
10	03	08	10	15								
					lugar				parcial <input type="checkbox"/>	INMUN. HEPATITIS B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO	
								artificial <input type="checkbox"/>			g	
Id. RN	624871							Nombre RN <i>Diego</i>				

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.

VACUNA DE LA HEPATITIS B

Se consignará si se administró la vacuna a de la hepatitis B en aquellos hijos de mujeres con hepatitis B.

MECONIO

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

PESO AL EGRESO

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

ID RN

Este espacio es para el registro del número de certificado de nacimiento Otorgado/Número de historia clínica/número de identificación definido.

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.

Instrucciones de llenado y definición de términos específicos para el estudio Near Miss materno

Sección: ÁREA MORBILIDAD

MORBILIDAD																				
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS				INFECCIONES				HEMORRAGIA												
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				1er TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3er TRIMESTRE / POSPARTO								
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>								
Hipertensión crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Pielonefritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Post aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Rotura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Pre eclampsia leve	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Neumonía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Mola hidatiforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hemorragia postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Pre eclampsia severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Corioamnionitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Infección herida cesárea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Atonía uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Infección episiorralia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Desgarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Restos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		DPPNI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Hipertensión crónica + PE sobrepuesta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
TRASTORNOS METABÓLICOS				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS												
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>												
no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>				no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>		no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>								
DIABETES MELLITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hiperemesis gravídica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Parto obstruido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Tolerancia oral a la glucosa anormal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Rotura prolongada de membrana	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sufimiento fetal agudo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
D.M. insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Tromboembolismo pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Oligoamnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Restricción de Crecimiento Intrauterino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
D.M. no insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Crisis tiroideas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Embolia L.A.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
D.M. gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otro trastorno metabólico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Estado hiperosmolar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Valvulopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Cetoacidosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Convulsiones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Estado hiperglicémico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
INTERVENCIONES																				
Alumbramiento manual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Via venosa central	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nº de vol.	Laparotomía (excluye cesárea)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ingreso a UCI < 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traje antishock no neumático	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Uterotónicos para tto. Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Balones hidrostáticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suturas B-Lynch o similares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embolizaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Consta de 6 secciones:

1. Trastornos hipertensivos.
2. Infecciones.
3. Hemorragia.
4. Trastornos metabólicos.
5. Otros trastornos.
6. Complicaciones obstétricas.

Luego de estas secciones de morbilidad, se agrega la sección Intervenciones, vinculada al tratamiento de algunas de las morbilidades.

Trastornos hipertensivos

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS		no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>
Hipertensión crónica	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/>	
Pre eclampsia leve	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Pre eclampsia severa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Hipertensión crónica + PE sobreimpuesta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Trastornos Hipertensivos es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

HTA crónica

Presión arterial mayor o igual a 140/90 presenta antes de las 20 semanas de Edad gestacional y fuera del embarazo.

Preeclampsia leve

- Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 y menor de 160 mm Hg.
- Presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual 90 y menor 110 mm Hg.
- Proteinuria mayor a 300 mg en 24 hs (y menor a 5 gr).

Preeclampsia severa

Cuando la gestante presente PAS mayor o igual a 160 mmHg, PAD mayor o igual a 110 mmHg o proteinuria mayor o igual a 5 g en orina de 24 horas se marcará SI. También se marcará SI, cuando además de los signos precedentes exista cualquiera de los siguientes criterios:

- Oliguria menor a 0,3 cc/Kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día).
- Creatinina aumentada.

- Síntomas de inminencia de eclampsia (fosfenos, acúsfenos, cefalea, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales).
- Edema pulmonar y/o cianosis.
- Plaquetas < a 150.000 por cc.
- Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis.
- Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) prolongado.
- Razón Internacional Normalizada (INR) prolongado.
- Aspartato Amino Transferasa (AST) > 40 UI/L y menor de 70 UI/L.
- Alanino Amino Transferasa (ALT) > 40 UI/L y menor de 70 UI/L.
- Láctico Deshidrogenasa (LDH) > 400 y menor de 600 UI/L.
- Bilirrubinas aumentadas.

Cuando no esté presente ninguno de los signos mencionados se marcará NO.

Eclampsia

Cuando una gestante con preeclampsia sobre agregue convulsiones y/o coma se marcará el círculo amarillo que indica eclampsia SI, en caso contrario se anotará NO.

Síndrome HELLP

Una paciente con preeclampsia que presente cualquiera de los siguientes signos será considerada portadora de un síndrome de Hellp y en ese caso se marcará el círculo amarillo que dice SI. Los signos de Hellp son:

- Plaquetas < a 100.000 por cc.
- Láctico Deshidrogenasa (LDH) > 600 UI/L.
- Aspartato Amino Transferasa (AST) > 70 UI/L.
- Alanino Amino Transferasa (ALT) > 70 UI/L.

De no tener estos valores de laboratorio alterados, se marcará NO.

HTA Gestacional

Una paciente que presente hipertensión que comienza después de la semana 20 de gestación, o después del trabajo de parto, o durante las primeras 24 horas del puerperio y desaparece antes del día 10 del puerperio, y que no se

acompaña de proteinuria. En ese caso se marcará el círculo amarillo que dice SI. De no tenerla presente, se marcará NO.

HTA Crónica + Preeclampsia Sobre Agregada

Una mujer que presente hipertensión previa al embarazo y que aumente las cifras tensionales habituales y sobregrega proteinúria. En ese caso se marcará el círculo amarillo que dice SI. De no presentarla, se marcará NO.

Infecciones

INFECCIONES			
no		si	
Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Corioamnionitis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
		Pielonefritis	<input type="radio"/>
		Neumonía	<input type="radio"/>
		Infección herida cesárea	<input type="radio"/>
		Infección episiorrafía	<input type="radio"/>
		Otra infección	<input type="radio"/>

Infecciones es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

Sepsis

La presencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con un foco infeccioso ostensible será catalogada como sepsis y se marcará SI, en caso que no haya evidencia de sepsis se marcará NO.

Endometritis

Toda endometritis, no importa su origen (complicación de un embarazo, aborto o parto), deberá ser consignada. Se interpretará que la mujer es portadora de una endometritis cuando tenga un cuadro clínico caracterizado por fiebre, sensibilidad uterina, loquios alterados en cantidad, composición, fétidos, amarronados y útero subinvolucionado, en el postparto o el postaborto. En este caso se marcará el círculo amarillo que indica endometritis SI. En caso negativo (no hay evidencia de infección en el endometrio) se marcará NO.

Corioamnionitis

La corioamnionitis define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a la invasión microbiana de la cavidad amniótica normalmente estéril. Los criterios que permiten su diagnóstico son: fiebre >38 grados axilar, taquicardia materna, leucocitosis >15.000/mm³, taquicardia fetal, sensibilidad uterina, líquido amniótico purulento o de mal olor. Ante la presencia de estos elementos clínicos/paraclínicos se marca SI (círculo amarillo), de lo contrario marcar NO.

Bacteriuria Asintomatica

La presencia de bacterias en la orina sin causar síntomas que se diagnostica si hay una gran proliferación bacteriana en el urocultivo (un recuento bacteriano igual o superior a 100.000 colonias por cc de orina, o tira reactiva positiva para infección urinaria). Si se presenta esta situación se marcará SI (círculo amarillo), en caso contrario se marcará NO.

Pielonefritis

Se interpretará que la gestante es portadora de una pielonefritis cuando tenga un cuadro clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y síndrome urinario bajo y/o presente un recuento bacteriano igual o superior a 100.000 colonias por cc de orina, o tira reactiva positiva para infección urinaria. En cualquiera de estos casos se marcará el círculo amarillo que indica pielonefritis SI. En caso negativo (no hay evidencia de infección) se marcará NO.

Neumonía

Inflamación de los pulmones, causada por la infección por un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, dolor intenso en el tórax, tos y expectoración muco-purulenta y cuya confirmación es radiológica. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia de neumonía se marcará NO.

Infección Herida Cesárea

Se presenta como la infección de la herida quirúrgica de la cesárea acompañada por fiebre, exudados en de la herida, eritema, edema, dolor y aumento de temperatura local. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

Infección Episiorragia

Se presenta como la infección de la herida producida por la episiotomía. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

Otra Infección

En caso que esté presente otra infección de relevancia para el clínico (que deberá especificarse) se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

Hemorragia

HEMORRAGIA								
1º TRIMESTRE	no	SI	2º TRIMESTRE	no	SI	3º TRIMESTRE / POSPARTO	no	SI
Post aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Rotura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Hemorragia postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mola hidatiforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Atonia uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Desgarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DPPNI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Restos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Hemorragia es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

Postaborto

Toda pérdida de sangre superior a 500 cc postaborto será considerada como una hemorragia postaborto y en ese caso se marcará el círculo amarillo que indica SI. En caso de pérdidas normales o inferiores a los límites previamente citados, se anotará NO.

Mola Hidatiforme

Aborto secundario a una degeneración hidrópica vacuolar del trofoblasto. Clínicamente se sospecha por la presencia de vesículas que remedan racimos de uva. En caso que esté presente se marcará SI, en caso que no haya evidencia se marcará NO.

Embarazo Ectópico

El diagnóstico de la implantación de un embarazo fuera de la cavidad endometrial se registrará como embarazo ectópico SI, cuando la implantación del embarazo sea dentro de la cavidad uterina se marcará NO.

Placenta Previa

Cuando la inserción de la placenta cubra total o parcialmente el orificio cervical interno se registrará la opción placenta previa SI. Clínicamente suele manifestarse por un sangrado de color rojo rutilante, con coágulos, sin dolor y que puede presentarse en episodios reiterados a lo largo del embarazo, siendo cada vez más frecuentes e intensos. El tono uterino suele ser normal. Cuando la inserción de la placenta sea normal se marcará NO.

Acretismo Placentario

Cuando la placenta no se desprende normalmente en el postparto, debido a que ha invadido o penetrado más allá del endometrio se marcará el círculo amarillo SI. Cuando el desprendimiento se hace sin inconvenientes o se descarta una inserción anormal de la placenta, se anotará NO.

DPPNI

Se refiere al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, también conocido como Abrupto Placentae. Puede manifestarse clínicamente por un sangrado rojo oscuro, sin coágulos y que se acompaña de dolor intenso a nivel uterino, pudiéndose notar la hipertonía a nivel del útero. Cada vez que se detecte que la placenta se ha desprendido total o parcialmente, antes de la salida del recién nacido se registrará SI, cuando la placenta sale luego del nacimiento y no presenta hematomas retroplacentarios, se marcará NO.

Rotura Uterina

Corresponde a una solución de continuidad a nivel del cuerpo uterino que se produce generalmente durante el trabajo de parto. Se acompaña de metrorragia y dolor abdominal. Puede estar precedida por signos y síntomas que constituyen el síndrome de pre-ruptura uterina caracterizado por:

- Distensión marcada del segmento inferior con formación de un anillo palpable (signo de Bandl).
- Los ligamentos redondos se ponen en tensión y parecen cuerdas que tiran del segmento (signo de Frommel).
- Metrorragia escasa de sangre oscura (signo de Pinard).

Cuando estén presentes estos signos o se confirme la rotura se marcará SI, en caso que estén ausentes se marcará NO.

Hemorragia Postparto

Toda pérdida de sangre superior a 500 cc postparto vaginal o superior a 1000 cc posteriormente a la realización de una cesárea será considerada como una hemorragia postparto y en ese caso se marcará el círculo amarillo que indica SI. En caso de pérdidas normales o inferiores a los límites previamente citados, se anotará NO.

Atonía Uterina

Se diagnostica cuando se presenta falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después de un parto o de una operación cesárea, que impide que se realice una hemostasia fisiológica provocando una hemorragia. En caso que ocurra falta de contractilidad se anotará SI, en caso que las fibras miométricas se contraigan normalmente se anotará NO.

Desgarros

Un sangrado excesivo y de color rojo brillante puede ser signo de la existencia de desgarros. Se da cuando ocurre una lesión como consecuencia del parto que compromete la vagina, el cuello uterino, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. Los desgarros perineales, cervicales y vaginales suelen ser un evento frecuente y generalmente no revisten gravedad, por lo tanto, esta variable se reserva exclusivamente a desgarros que provoquen una hemorragia superior a 500 cc o que por su extensión comprometan zonas anatómicas relevantes como uretra o esfínter anal o recto, etc. En caso que exista un desgarro con estas características se anotará SI, en caso que no haya ocurrido se anotará NO.

Restos

La existencia de residuos de la placenta que puedan quedar adheridos a la pared del útero, puede producir una hemorragia porque ésta no se contrae para evitarla. En caso que se constaten residuos se anotará SI, en caso que no haya ocurrido se anotará NO.

Defecto de la coagulación

Son enfermedades o afecciones producidas por alteraciones en las plaquetas o factores de la coagulación y que determinan modificaciones anormales de la coagulación.

Trastornos Metabólicos

TRASTORNOS METABÓLICOS			no	si
DIABETES MELLITUS		no	si	
TRASTORNOS TIROIDEOS		no	si	
Tolerancia oral a la glucosa anormal	no	si	no se hizo	
D.M. insulino dependiente previa				
D.M. no insulino dependiente previa				
D. M. gestacional				
Estado hiperosmolar				
Cetoacidosis				
Estado hiperglicémico				
Hipotiroidismo	no	si		
Hipertiroidismo				
Crisis tiroidea				
Otro trastorno metabólico				

Trastornos Metabólicos es una variable resumen. Esta sección tiene dos subsecciones: diabetes mellitus y trastornos tiroideos. Usted debe marcar SI en esta variable resumen en caso que haya marcado SI en al menos una de las dos variables correspondientes a las sub-secciones (diabetes mellitus y trastornos tiroideos). Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las sub-secciones son:

Diabetes Mellitus

DIABETES MELLITUS			no	si
Tolerancia oral a la glucosa anormal	no	si	no se hizo	
D.M. insulino dependiente previa				
D.M. no insulino dependiente previa				
D. M. gestacional				
Estado hiperosmolar				
Cetoacidosis				
Estado hiperglicémico				

Marque SI en caso que se presente una de las siguientes variables relacionadas con la Diabetes Mellitus (DM).

Tolerancia oral a la glucosa anormal

Existe tolerancia oral a la glucosa anormal si se observan estos valores sanguíneos luego de ingesta de 75 gr de glucosa: glicemia ayunas 92-125 mg/dL en ayunas; mayor/igual a 180 mg/dL en 1 hora; entre 153-199 mg/dL en 2 horas (WHO/NMH/MND/13.2). Si se observa al menos uno de estos resultados, se marcará SI, en caso contrario marcará NO.

D.M. insulino dependiente previa

Si existe un diagnóstico previo al embarazo de DM insulino dependiente se marcará que SI, en caso contrario se marcará que NO.

D.M. no insulino dependiente previa

Si existe un diagnóstico previo al embarazo de DM que no presenta dependencia a la insulina se marcará que SI, en caso contrario se marcará que NO.

D.M. gestacional

Diabetes que se diagnostica durante el embarazo marcará que SI, en caso contrario se marcará que NO.

Estado hiperosmolar

Se caracteriza por hiperglicemia, hiperosmolaridad y deshidratación sin cetoacidosis significativa. Los parámetros bioquímicos son: glucosa en plasma \geq a 600 mg/dl, pH arterial $>$ 7.30, bicarbonato sérico $>$ 15mEq/L, Cetonas en orina o suero ausentes o trazas, osmolaridad sérica efectiva \geq a 320 mOsm, anión gap variable y deshidratación severa.

Cetoacidosis

Acidosis derivada del aumento de la oxidación de ácidos grasos hacia cuerpos cetónicos. Glicemia $>$ 250 mg/dl, PH arterial $<$ 7,3, bicarbonato $<$ 15 meq/l y osmolaridad sérica $>$ 320 mOsm/kg.

Hipoglicemia sintomática.

Presencia de niveles de glicemia en plasma \leq 70 mg/dL (\leq 3.9 mmol/L) con síntomas:hambre,temblor,nerviosismo,sudoración,mareosodesvanecimientos, somnolencia, confusión, dificultad en el habla, ansiedad y debilidad.

En caso que cualquiera de las tres situaciones se presentara con COMA, debe ser indicado en la sección NEAR MISS Criterios Clínicos / Disfunción órgano-sistema.

Trastornos Tiroideos

TRASTORNOS TIROIDEOS		no	si
Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Crisis tiroidea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro trastorno metabólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
			↓

Marque SI en caso que se presente una de las siguientes variables relacionadas con Trastornos Tiroideos.

Hipotiroidismo

En caso que exista un trastorno endócrino producido por un déficit de hormonas tiroideas, se marcará que SI, en caso contrario se marcará que NO.

Hipertiroidismo

En caso que exista un trastorno endócrino producido por una hipersecreción de hormonas tiroideas, se marcará que SI, en caso contrario se marcará que NO.

Crisis tiroidea

Ante una gestante con antecedentes de hipertiroidismo, que comienza en forma súbita con una acentuación de los síntomas de hiperfunción tiroidea tales como hipertermia, taquicardia y alteración del estado mental con agitación severa, se deberá pensar en una crisis tiroidea o tirotoxicosis. Además del aumento de la frecuencia cardíaca se pueden ver otros síntomas de la esfera cardiovascular (distintos tipos de arritmias, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular y extrasístoles ventriculares e hipertensión sistólica). También síntomas neurológicos como agitación, labilidad emocional, insomnio, delirio, psicosis, letargia y/o coma. A veces debilidad generalizada, temblor fino distal, mioclonías, coreoatetosis e hiperreflexia pueden acompañar el cuadro. También pueden verse signos físicos como el bocio o la oftalmopatía hipertiroidea (retracción palpebral, exoftalmos, edema periorbitario, oftalmoplejía y alteraciones conjuntivales) o la dermopatía del tipo de mixedema.

Ante una paciente que presente una crisis tiroidea se deberá marcar el círculo amarillo que dice SI. Cuando no haya signos de una crisis tiroidea se anotará NO.

Otros trastornos

OTROS TRASTORNOS		no	si
Hiperemesis gravídica	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Oliguria	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Anemia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Tromboembolismo pulmonar	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Anemia falciforme	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Embolia L.A.	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Enfermedad renal	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Cardiopatía	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Neoplasia maligna	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Valvulopatía	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Trastorno psiquiátrico	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Convulsiones	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Colestasis	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si
Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si	Otros	<input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si

Otros trastornos es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

Hiperemesis gravídica

Náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico se deberá marcar SI, en caso contrario se marcará NO.

Trombosis venosa profunda (TVP)

Corresponde a la trombosis venosa profunda, la cual se caracteriza clínicamente por edema, calor y rubor de la extremidad afectada unidos a la presencia de dolor a la dorsi-flexión del pie. El diagnóstico puede ser confirmado por ultrasonografía, flebografía y/o medición del dímero D. Se marcará SI, ante la existencia de una TVP. Se anotará NO, si no hay evidencias de ella.

Trombo-embolismo pulmonar (TEP)

TEP se refiere a tromboembolismo pulmonar. Se marcará SI, cuando se presente una obstrucción total o parcial de las arterias pulmonares, confirmada por radiología y manifestada clínicamente por 2 o más de lo siguientes síntomas: disnea, dolor pleurítico, dolor torácico no retroesternal, hemoptisis, roce pleural o hipoxemia (que corrige con FiO₂ del 40%) y que concurrentemente tiene taquicardia (>90 lpm), febrícula y síntomas en miembros inferiores. El

centellograma pulmonar y la resonancia pueden ser útiles si se cuenta con ellas. Se marcará NO, si no hay evidencias de él.

Embolia de líquido amniótico

La aparición de insuficiencia respiratoria rápida y paro cardíaco, que puede estar seguida por una fase hemorrágica. Los síntomas que pueden indicar la presencia de una embolia de líquido amniótico son:

- Falta de aliento repentina.
- Edema pulmonar.
- Bajada súbita de la presión arterial.
- Insuficiencia circulatoria súbita (colapso cardiovascular).
- Coagulación intravascular diseminada.
- Alteración del estado mental, como ansiedad.
- Náuseas o vómitos.
- Escalofríos.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Sufrimiento fetal.
- Convulsiones.
- Coma.

Se deberá marcar SI en caso que lo presente o de lo contrario se marcará NO.

Cardiopatía

Ante una paciente con diagnóstico de cardiopatía (patologías cardíacas que no sean alteraciones valvulares que se consignan aparte) se deberá marcar el círculo amarillo que dice SI en caso contrario se anotará NO.

Valvulopatía

Es una patología cardíaca que puede ocurrir a partir de válvulas permeables o estrechas. Ante una paciente que presente antecedentes de valvulopatía se deberá marcar el círculo amarillo que dice SI. Cuando no haya diagnóstico, se anotará NO.

Convulsiones

La aparición de secuencias repetidas de contracción y distensión involuntaria de un músculo o un grupo muscular, en general brusco y violento será considerada una convulsión. En ese caso se marcará SI, de no haber convulsiones se marcará NO.

Alteraciones del estado de alerta

Se refiere a la pérdida que tiene la gestante de la capacidad de percatarse de sí misma y de su entorno. Puede ir desde ligera confusión, somnolencia a estados más profundos como el coma. Por su gravedad el coma ha sido ubicado dentro de las variables de Near Miss. En cualquier alteración del estado de alerta, aún el coma se marcará el círculo amarillo que indica SI, cuando no haya alteraciones de la conciencia se marcará NO.

Oliguria

Cuando en una gestante las cifras de diuresis sean menores a 0,5 ml/Kg/hora, al menos por 2 horas, se considerará que es portadora de una oliguria y se marcará el círculo amarillo que indica SI, si la diuresis es normal se marcará NO.

Anemia

Se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33% durante el tercer trimestre de la gestación. Se entiende que si la cifra de hemoglobina es menor que 95 g/L, la anemia es moderada a intensa. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Anemia falciforme

Es una enfermedad en la que el organismo produce glóbulos rojos con forma anormal (tienen forma semilunar o de una hoz) y por tanto son destruidos precozmente produciendo anemia. En la gran mayoría de los casos este es un diagnóstico que la gestante tiene desde antes del embarazo. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Enfermedad renal

Es la pérdida de la función renal, la cual puede empeorar durante el embarazo y se manifiesta por valores anormalmente elevados de creatinina y urea en sangre. En caso que esté presente, se marcará que SI (y no se marcará la sección anterior), de lo contrario se marcará que NO.

Neoplasia maligna

Diagnóstico de algún tipo de cáncer actual en una gestante. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Colestasis

Enfermedad hepática que se caracteriza clínicamente por intenso prurito generalizado (especialmente en manos y pies), orinas colúricas y materia claras. En algunos casos puede verse ictericia y hiperbilirrubinemia a predominio directa. La enfermedad aparece en el 3er trimestre.

Trastorno psiquiátrico

En el caso de que exista una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento. El diagnóstico debe ser hecho por un psiquiatra. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Otros

Cualquier otra patología considerada relevante por el profesional tratante. Debe especificarse.

Complicaciones obstétricas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		no	si	no	si	
Parto obstruido	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Rotura prolongada de membrana	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Sufrimiento fetal agudo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Oligoamnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		Restricción de Crecimiento Intrauterino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				

Complicaciones obstétricas es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

Parto obstruido

Cuando el paso del feto hacia el exterior se ve obstruido por algún factor (los huesos de la pelvis de la mujer, tumor previo u otros). En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Rotura prolongada de membrana

Rotura de las membranas amnióticas de más de 18 hs de evolución. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Oligoamnios

Disminución del líquido amniótico (ecografía que muestre ILA < 5-6 en el tercer trimestre). En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Polihidramnios

Volumen de líquido amniótico mayor de 2000 ml o índice de líquido amniótico (ILA) mayor de 25 cm o ILA mayor que el correspondiente al percentil 95 para la edad gestacional.

Sufrimiento fetal agudo

Perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto-maternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. Se manifiesta clínicamente por alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Restricción de crecimiento intrauterino

Retraso del crecimiento del feto, manifestado por un peso por debajo del percentil 10 esperado para la edad gestacional. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Intervenciones

INTERVENCIONES															
Alumbramiento manual	no	si	s/d	Vía venosa central	no	si	s/d	Nº de vol.	Laparotomía (excluye cesárea)	no	si	s/d	Traje antishock no neumático	no	si
Uterotónicos para tto. Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	Ingreso a UCI < 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Balones hidrostáticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	↓ Cuáles				↓ Cuáles			<input type="text"/>	Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suturas B-Lynch o similares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
								<input type="text"/>		↓ Cuáles		<input type="text"/>	Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
												<input type="text"/>	Embolizaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Intervenciones es una variable resumen. Usted debe marcar SI en caso que haya marcado SI en al menos una de las variables de la sección. Cuando no haya marcado ninguna se anotará NO.

Las variables de la sección son:

Alumbramiento manual

Se marcará SI, en caso que deba extraerse la placenta introduciendo la mano dentro del útero y desprendiéndola de su sitio de inserción. Se señalará NO, cuando el procedimiento no fue realizado y S/D cuando se desconoce el dato.

Uterotónicos para tto. hemorragia

Esta variable se refiere al uso de ocitócicos (cualquiera de ellos) para el tratamiento de una complicación hemorrágica y no para prevención de la hemorragia postparto. Se marcará SI cuando se usen los ocitócicos en forma terapéutica (independientemente de la dosis y vía de administración empleada). Se marcará NO cuando no fueron empleados, S/D cuando se desconoce el dato.

Cuál/es

Si se ha marcado SI en la opción anterior, bajo la denominación CUAL/ES aparece una variable de campo abierto para que el profesional pueda escribir el nombre del o de los ocitócicos usados.

Vía venosa central

Colocación de un catéter a través de la punción periférica pero que llega a algún vaso de gran calibre. En caso que esté presente, se marcará que SI, de lo contrario se marcará que NO.

Administración de hemoderivados

Existen diferentes criterios para clasificar si el número de volúmenes trasfundidos implica riesgo o no. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la trasfusión de 5 o más volúmenes de hemoderivados corresponde a un caso de Near Miss, mientras que en la Región de las Américas la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) ha adoptado como punto de corte la trasfusión de 3 o más volúmenes relacionados con el evento agudo. Se recomienda marcar SI, cada vez que se transfundan hemoderivados. Anotar NO cuando no se lo haya hecho, S/D cuando se desconoce el dato.

N° de vol

Cuando se responda SI a la variable anterior (administración de hemoderivados) se podrá registrar en un campo numérico denominado N° DE VOL., la cantidad de unidades transfundidas.

Laparotomía (excluye cesárea)

Se marcará SI, cuando se efectúe una laparotomía para hacer una valoración quirúrgica o un tratamiento en caso de una hemorragia o infección, ya sea para suturar un desgarro segmentario o similar, una dehiscencia, una perforación o rotura uterina u otras maniobras destinadas a cohibir una hemorragia, así como para remover un foco infeccioso. Se anotará NO, cuando no se realice una laparotomía y S/D cuando se desconoce el dato.

Ingreso a UCI

Se refiere al ingreso de toda paciente obstétrica a una unidad de cuidados especiales o cuidados intensivos con excepción de los ingresos que se produzcan para estabilización hemodinámica electiva, consecutiva a una cesárea o legrado (recuperación postanestésica). Cuando se produzca el ingreso por menos de 7 días debido a la aparición de complicaciones se marcará SI. Se anotará NO cuando esto no haya ocurrido, y se marcará S/D cuando se desconoce el dato.

Días

Cuando se haya marcado SI en la variable anterior (admisión a UCI), se deberá indicar en la variable de tipo numérico DIAS la cantidad de días completos que la mujer estuvo ingresada en la UCI.

Uso de antibióticos intravenosos para el tratamiento de una complicación infecciosa.

Se anotará SI, en caso que se realicen antibióticos por vía intravenosa para tratar una infección establecida. Se indicará NO, cuando no se administraron antibióticos parenterales, S/D cuando se desconoce el dato. El uso de antibióticos profilácticos en caso de cesárea o como medida de prevención de la transmisión materno fetal del estreptococo Beta hemolítico no deberá ser considerado en esta variable.

Cuál/es

Si en la variable anterior (uso de atb IV para tto. de complicación infecciosa) se registró SI, se observará un campo de texto denominado CUAL/ES, que permite registrar el nombre del o de los antibióticos usados.

Procedimientos para detener / contener la hemorragia

Traje Antishock no neumático

Trajes anti-shock no neumáticos es un sistema utilizado para aumentar el retorno venoso a través de la compresión de los vasos sanguíneos de miembros inferiores provocando el movimiento de la sangre desde la parte inferior del cuerpo hasta el cerebro, el corazón y los pulmones. Se marcará SI cuando se utilice el procedimiento, NO, cuando no se realice estos procedimientos, S/D cuando se desconoce el dato.

Balones hidrostáticos

Utilización de balones hidrostáticos para el tratamiento de la hemorragia. Se marcará SI cuando se utilice el procedimiento, NO, cuando no se realice estos procedimientos, S/D cuando se desconoce el dato.

Suturas B-Lynch o similares

Son técnica que se aplican para el control hemostático en casos de hemorragia y que consisten en la realización de una sutura uterina descrita por B-Lynch y Coker en 1997 (ver técnicas en libro de texto su descripción excede el alcance de este manual)

Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas

El uso de ligaduras hemostáticas transvaginal o por otra vía. Se anotará SI, en caso que se realicen ligaduras hemostáticas o embolismo de las uterinas. Se marcará NO, cuando no se realice estos procedimientos, S/D cuando se desconoce el dato.

Embolizaciones

Procedimientos de embolismo de arterias uterinas por cualquier vía. Se marcará SI cuando se realice el procedimiento, NO, cuando no se realice estos procedimientos, S/D cuando se desconoce el dato.

Cardiovascular

Shock

Se estará frente a elementos orientadores de Shock cuando se asocien algunos de los siguientes síntomas o signos:

- Ansiedad o agitación, confusión mental y o coma.
- Palidez cutánea y mucosa con piel fría y sudorosa.
- Oliguria o anuria.
- Polipnea.
- La PAS se sitúe en 90 mmHg o menos, la PAD sea igual o menor a 60 mmHg.
- La temperatura corporal descienda por debajo de 36° C.

En caso que se estime un cuadro de Shock se marcará el círculo amarillo que dice SI. Si estos síntomas y signos no están presentes, se anotará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Paro cardíaco

La pérdida de función cardíaca, caracterizada por la ausencia de latidos cardíacos se denomina paro cardíaco. En estos casos se marcará el círculo amarillo que indica SI, de no haber paro cardíaco se deberá registrar NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Hepático

Ictericia en preeclampsia

La presencia de coloración amarilla en piel y mucosas en una paciente con preeclampsia es un signo que revela compromiso de la funcionalidad hepática y en esos casos deberá anotarse el círculo amarillo que indica SI, en caso de no descartarse una ictericia en una paciente con preeclampsia se marcará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Respiratorio

Cianosis aguda

Se entiende por cianosis central, la coloración azulada de las mucosas (labios, lengua y boca). Ante la presencia de cianosis central, como signo clínico de insuficiencia respiratoria, se deberá marcar el círculo amarillo que indica SI, en caso de ausencia de cianosis se marcará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Respiración jadeante

También conocida por su expresión en inglés (gaspig respiration), consiste en un patrón respiratorio previo a la fase de apnea y que se caracteriza por una respiración anormal, con esfuerzo y frecuencia variable, fácil de distinguir del patrón respiratorio normal. Ante la presencia de respiración jadeante se deberá marcar el círculo amarillo que indica SI, en caso de ausencia de respiración jadeante se marcará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Taquipnea severa $FR > 40$ rpm

El aumento exagerado de la frecuencia respiratoria a niveles superiores a 40 respiraciones por minuto se deberá marcar el círculo amarillo que indica SI, en caso de frecuencia respiratoria igual o menor a 40 respiraciones por minuto se marcará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Bradipnea severa $FR < 6$ rpm

La disminución de la frecuencia respiratoria a niveles inferiores a 6 respiraciones por minuto, es un signo de extrema gravedad y se deberá marcar el círculo amarillo que indica SI, en caso de frecuencia respiratoria igual o superior a 6 respiraciones por minuto se marcará NO y si se desconoce el dato se marcará S/D.

Renal

Oliguria resistente a líquidos o diuréticos

Cuando en una gestante las cifras de diuresis sean menores a 0,5 ml/Kg/hora, y a pesar de reponer con volumen, hemoderivados o emplear drogas vasoactivas o diuréticos la diuresis no se logra recuperar, se considerará que la paciente es portadora de una oliguria resistente a líquidos o diuréticos y se marcará el círculo amarillo que indica SI, si la diuresis es normal o se ubica en niveles superiores a los establecidos, se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Hematológicos/coagulación

Alteraciones de la coagulación

Cuando en una gestante se advierta clínicamente una incapacidad para formar coágulos por severa alteración del sistema de la coagulación se considerará que la paciente es portadora de alteraciones de la coagulación y se marcará el círculo amarillo que indica SI, en caso que la formación de coágulos sea normal se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Neurológico

Coma

El coma es un estado de pérdida la conciencia en el que “no se emiten palabras, no se obedecen órdenes, no se fija la mirada y no se reacciona ante el dolor”. Cuando exista una depresión neurológica caracterizada por la pérdida de la conciencia, se podrá decir que la paciente está en coma y se marcará el círculo amarillo que indica SI, en caso contrario se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Inconsciencia prolongada > 12 hs.

Cuando exista una pérdida de la conciencia que no sea inducida por medicamentos y que persista por 12 horas o más, se marcará el círculo amarillo que indica SI. Si la inconsciencia revierte antes de las 12 horas o no existe inconsciencia se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Accidente cerebro vascular

Los síntomas de un accidente cerebro vascular (AVE) pueden ser muy variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los síntomas sensitivo-motores. Los más frecuentemente diagnosticados son los siguientes:

- Pérdida de fuerzas o parálisis en miembros o en la cara.
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Dificultad para expresarse o hacerse entender.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

Cuando la gestante presente alguno de los síntomas descritos podrá sospecharse la presencia de AVE y en ese caso se marcará el círculo amarillo que indica SI. Cuando no existan estos síntomas se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Convulsiones incontrolables/estado de mal epiléptico

Cuando la crisis epiléptica persiste durante un tiempo suficientemente prolongado (30 o más minutos) o se repiten con intervalos suficientemente breves como para crear una condición epiléptica fija y duradera se marcará el círculo amarillo que indica SI. Si no hay crisis o las características no evidencian la gravedad que se describe se marcará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Parálisis generalizada

Ante la existencia de parálisis generalizada se marcará SI, cuando no la haya se anotará NO y en caso que no se conozca el dato se marcará S/D.

Laboratorio

LABORATORIO		
Laboratorio	no	si
Plaquetas < 50.000 por ml	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Creatinina ≥ 300 micromoles/l ó ≥ 3,5 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6,0 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
pH < 7,1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sat Hb < 90% ≥ 1 hora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Plaquetas < 50.000

Se anotará SI, cada vez que los niveles del recuento plaquetario sean menores a 50.000 plaquetas por cc. Se marcará NO, cuando los valores sean iguales o superiores 50.000 plaquetas. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado al momento del cierre de la historia se indicará S/D.

Creatinina > 300 micromoles/l o > 3,5mg/dl

Se anotará SI, cada vez que los niveles de creatinina en sangre sean iguales o superiores a 300 micromoles/l o iguales o mayores a 3,5 mg/dL. Se marcará NO, cuando los valores sean inferiores a 300 micromoles/l o a 3,5 mg/dL. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Bilirrubina > 100 moles/l o > 6,0 mg/dl

Se anotará si, cada vez que los niveles de Bilurribina sérica superen los 100 moles/L o los 6,0 mg/dL. Se marcará NO, cuando los valores sean iguales o inferiores a 100 moles/L o 6,0 mg/dL. En caso se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Ph < 7,1

Si las cifras de pH son menores a 7,1 se marcará el círculo amarillo que dice SI, cuando las cifras de pH sean iguales o superiores a 7,1 se marcará NO y en caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Sat Hb menor a 90% por 1 hora o mas

Se marcará SI, cuando los niveles de saturación de oxígeno de hemoglobina sea menor a 90% por un período de al menos una hora. Se anotará NO, cuando los valores de la saturación sean iguales o mayores a 90% o si son menores se corrijan antes de 1 hora. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Pao2 /fio2 < 200 mmhg > 1 hora

Se marcará SI, cuando los niveles de la relación entre la presión parcial de oxígeno (PaO2) dividida entre la fracción inspirada de oxígeno (FiO2) sea menor a 200 mmHg. Se anotará NO, cuando los valores de ésta relación sean mayores o iguales a 200 mmHg. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Lactato > 5umol/l o 45 mg/dl

Se marcará SI, cuando los niveles de Lactato en sangre sean mayores 5 micromoles/L o 45 mg/dL. Se anotará NO, cuando los valores de Lactato sean iguales o menores a 5 micromoles/L o 45 mg/dL. En caso que se desconozca si el examen fue realizado o no se cuente con el resultado se indicará S/D.

Intervenciones

INTERVENCIONES		
Administración continua de agentes vasoactivos	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/> ↓ Cuál/es _____
Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/> ↓ días <input type="text"/> <input type="text"/>
Administración ≥ 3 vol de hemoderivados	no <input type="radio"/>	si <input checked="" type="radio"/> ↓ días <input type="text"/> <input type="text"/>
Ingreso a UCI ≥ 7 días	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> ← días <input type="text"/> <input type="text"/>
Histerectomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Díálisis en caso de IRA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Reanimación cardio-pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

*Criteria Near Miss:
FLASOG ≥ 3 vol.
OMS ≥ 5 vol.*

Administración continua de agentes vasoactivos

Se anotará SI, cada vez que se requiera el uso sostenido de inotrópicos para el mantenimiento de la función cardíaca y de la presión arterial. Se marcará NO, cuando no haya sido administrado un agente vasoactivo. En caso se desconozca si se aplicaron o no dichos agentes, se indicará S/D.

Cuál/es

Si se ha marcado SI en la opción ADMINISTRACIÓN CONTINUA DE AGENTES VASOACTIVOS, bajo la denominación CUÁL/ES aparece una variable de campo abierto para que el profesional pueda escribir el nombre del o de los inotrópicos empleados usados (dopamina, dobutamina, etc.).

Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia

Esta variable está dirigida a registrar episodios que requieran soporte ventilatorio en cualquier circunstancia o más allá de lo estimado como normal, luego de un procedimiento anestésico en caso de una cesárea, un legrado u otro procedimiento quirúrgico. Si una mujer es intubada y/o ventilada más allá del período de recuperación postanestésico o sin vinculación a un procedimiento anestésico, se marcará el círculo amarillo que indica SI. Se marcará NO, cuando no haya sido intubada y ventilada, se indicará S/D.

Días

Cuando se haya marcado si en la variable INTUBACIÓN Y VENTILACIÓN NO RELACIONADA CON LA ANESTESIA, se deberá indicar en una variable de tipo numérico la cantidad de días completos que la mujer permaneció en estas circunstancias.

Administración ≥ 3 vol de hemoderivados

Marcar SI, cada vez que se transfundan 3 volúmenes o más relacionados con el evento agudo. Anotar NO cuando no se lo haya hecho, S/D cuando se desconoce el dato.

Ingreso a uci ≥ 7 días

Se marcará SI cuando la gestante sea ingresada a unidad de cuidados intensivos por 7 o más días, de lo contrario se marcará NO o de no haber datos SD.

Histerectomía

Si una mujer es sometida a una histerectomía (total o subtotal) debido a una complicación del embarazo, parto, puerperio y/o aborto, se marcará el círculo amarillo que indica SI. Se marcará NO, cuando no se haya realizado una histerectomía. Cuando se desconozca si se efectuó una histerectomía, se indicará S/D.

Diálisis en caso de IRA

Si una mujer es sometida a diálisis renal por la aparición de una Insuficiencia Renal Aguda (IRA) debido a una complicación del embarazo, parto, puerperio y/o aborto, se marcará el círculo amarillo que indica SI. Se marcará NO, cuando no se haya efectuado diálisis. Cuando se desconozca si se efectuó diálisis, se indicará S/D.

Reanimación cardio pulmonar

Si una mujer recibe reanimación cardiopulmonar, se marcará el círculo amarillo que indica SI. Se marcará NO, cuando no se haya efectuado reanimación cardiopulmonar, cuando se desconozca si se efectuó reanimación cardiopulmonar, se indicará S/D.

Puerperio

PUERPERIO	día	Temp °C	P.A.	pulso	invol. uter.	loquios	periné	lactancia	observaciones	Responsable
	1 ^{er}									
	2 ^o									
	3 ^{er}									
	5 ^o a 10 ^o									

CONTROL DEL PUERPERIO

Este sector está destinado al registro de los controles del PUERPERIO (día a día).

- Temperatura (T °C): temperatura al momento del examen en centígrados y décimas (ej.: 36,4)
- Presión arterial (PA): en mm de Hg.
- Pulso. Número de latidos por minuto
- Involución uterina: Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinnard y el grado de involución del útero, si el mismo esta contraído, flácido, u otra característica según uso local de registro.
- Loquios: según sus características, olor, cantidad, presencia de coágulos, etc.
- Estado del periné (desgarros, episiorrafia, otros)
- Lactancia (alimentación a pecho exclusivo o no, presencia de grietas del pezón, dificultades en la lactancia)

En caso de existir observaciones se completarán en el casillero de texto abierto y se terminará el llenado con el nombre del responsable de los controles.

Área de variables para identificar casos de muerte materna

Egreso Materno

EGRESO MATERNO			FECHA		CONDICIÓN AL EGRESO					
día mes año	hora min		sana	NA	c/patología	muerte				
TIPO DE EGRESO			lugar		Traslado		fallece durante o en lugar de traslado		Autopsia	
fallece	contra consejo médico	egreso médico					no	si	no	si
			Responsable							

Tipo de egreso

Se indicará el tipo de egreso marcando el círculo correspondiente:

- Fallece
- 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 otorgó el alta

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 y debe identificarse 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 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. Son de especial interés las opciones Muerte (SI) es decir egresa sin vida y si se realizó autopsias (SI). Si la mujer fallece durante el traslado o si muere en el lugar al que se traslado debe marcarse SI en fallecer durante o en el lugar de traslado.

Anticoncepción

CONSEJERÍA anticoncepción			Responsible	ANTICONCEPCION																	
oral	escrita	ninguna		Inicio MAC			no	si	DIU	pref.	acced.	inyectable	pref.	acced.	barrera	pref.	acced.	EQV fem	pref.	acced.	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		ACO "píldora"	pref.	acced.	Otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE)	pref.	acced.	EQV masc.	pref.	acced.	implante	pref.	acced.	condon	pref.	acced.	abstinenca	pref.	acced.

Consejería

Indaga sobre el tipo de consejo en anticoncepción otorgado. Si la mujer recibe consejería sobre tipo, ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos verbalmente se debe marcar el círculo ORAL. Si esta información fue dada por escrito o impresa se debe marcar ESCRITA. Si no recibió ningún consejo anticonceptivo se debe marcar NINGUNA.

Anticoncepción

¿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 un 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")
- Otros métodos hormonales (Otro hormonal, anillo vaginal, parche, (AE) Anticonceptivos de Emergencia).
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Esterilización quirúrgica voluntaria masculina, (EQV masc.)
- Inyectable
- Implante
- Otros métodos de barrera (espermicidas, diafragma, etc.)
- Condón (masculino o femenino).
- 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.

ANEXO I

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)	
50 GESTACION MULTIPLE	O30
51 HIPERTENSION PREVIA	O10
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4
52 PRECLAMPSIA	O13, O14
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16
05 Peclampsia leve	O13
06 Preclampsia severa y moderada	O14
53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11
54 ECLAMPSIA	O15
55 CARDIOPATIA	Z86.7
56 DIABETES	O24
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7
61 OTRAS INFECCIONES	O98, B06, B50-B54, A60
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5
09 Sífilis complicando EPP	O98.1
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2
11 Malaria	B50-B54
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63 Hepatitis viral	O98.4
64 TBC complicando EPP	O98.0
80 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8
77 Chagas	O98.6
78 Toxoplasmosis	O98.6
66 RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60
13 Incompetencia cervical	O34.3
68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O64, O65, O69
14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64
15 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica materna	O65
16 Otros partos obstructivos por causa fetal	O66
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20
17 Mola hidatiforme	O01
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03
19 Embarazo ectópico	O00
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04
21 Amenaza de aborto	O20.0
70 HEMORRAGIA DEL 2 ^{do} Y 3 ^{er} TRIMESTRE	
22 Placenta previa con hemorragia	O44.1
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O45
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46.0
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3
71 ANEMIA	O99.0
27 Anemia por deficiencia de hierro	D50
79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86
29 Sepsis puerperal	O85
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72
31 Placenta retenida	O72.0, O72.2
32 Útero atónico	O72.1
33 Laceraciones perineales de 1 ^{er} y 2 ^{do} grado	O70.0, O70.1
34 Laceraciones perineales de 3 ^{er} y 4 ^{er} grado	O70.2, O70.3
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0
36 Hiperemesis 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

ANEXO II

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- | | |
|---|---|
| 01 Cesárea previa | 14 Posición transversa |
| 02 Sufrimiento fetal agudo | 15 Ruptura prematura de membranas |
| 03 Desproporción cefalo-pélvica | 16 Infección ovular (sospechada o confirmada) |
| 04 Alteración de la contractilidad | 17 Placenta Previa |
| 05 Parto prolongado | 18 Abruption placentae |
| 06 Fracaso de la inducción | 19 Ruptura uterina |
| 07 Descenso detenido de la presentación | 20 Preeclampsia y eclampsia |
| 08 Embarazo múltiple | 21 Herpes anogenital |
| 09 R.C.I.U. | 22 Condilomatosis genital |
| 10 Parto de pretérmino | 23 Otras enfermedades maternas |
| 11 Parto de postérmino | 24 Muerte fetal |
| 12 Presentación podálica | 25 Madre exhausta |
| 13 Posición posterior | 26 Otras |

76 VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------|
| 01 Lidocaína o similar | 16 Inhibidores de Prostaglandinas | |
| 02 Amins simpatomiméticas | 17 Antagonistas del calcio | |
| 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorane-óx. nitroso) | 18 Sulfato de magnesio | |
| 04 Barbitúricos | 19 Hidralazina | |
| 05 Relajantes musculares | 20 Beta bloqueantes | |
| 06 Diazepóxidos | 21 Otros antihipertensivos | |
| 07 Meperidina | 22 Sangre y derivados | |
| 08 Espasmolíticos | 23 Heparina | |
| 09 Oxitocina | 24 Corticoides | |
| 10 Prostaglandinas | 25 Cardiotónicos | |
| 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas) | 26 Diuréticos | |
| 12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina) | 27 Aminofilina | |
| 13 Eritromicina | 28 Insulina | 31 Antiretrovirales |
| 14 Metronidazol | 29 Difenilhidantoina | 32 Sulfadoxina-Pirime |
| 15 Betamiméticos | 30 Otros | 33 Cloroquinas |

ANEXO III

PATOLOGIA NEONATAL

50	ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51	SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
52	APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
53	OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
02	Persistencia de la circulación fetal	P29.3
03	Neumonía congénita	P23
04	Neumotorax y enfisema intersticial	P25
05	Taquipnea transitoria	P22.1
06	Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
	HEMORRAGIAS	
07	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
55	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
56	Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
08	Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
09	Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P55.1
10	Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
58	HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
11	Policitemia neonatal	P61.1
12	Anemia congénita	P61.3
79	Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
13	Otras afecciones hematológicas	(P35-P39,A09,G00,A54.3)
	INFECCIONES	
14	Diarrea	G00
15	Meningitis	P38
16	Onfalitis	P39.1, A54.3
17	Conjuntivitis	P39.4,L00
59	Infecciones de la piel del recién nacido	P36
18	Septicemia	(resto del P35-P39)
20	Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
49	Tétanos neonatal	A33
60	Sífilis congénita	A50
61	Enfermedades congénitas virales	P35
68	Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.5
69	Citomegalovirus (CMV)	P35.1
70	Toxoplasmosis congénita	P37.1
39	HIV positivo	R75
80	Chagas	B57
19	Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
33	Hidrocefalia adquirida	G91
34	Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1,P91.2
35	Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso peritérico	P10,P11,P14
36	Hemorragia intracraneana no traumática	P52
37	Convulsiones	P90
71	Encefalopatía Hipóxico Isquémica	P21
38	Otras afecciones del estado cerebral	P91
	METABOLICA/NUTRICIONAL	
43	Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
45	Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46	Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-PT8
66	OTRAS PATOLOGIAS RN	
40	Retinopatía de la prematuridad	H35
41	Hernia inguinal	K40
65	Síndrome de daño por frío	P80 0 (excluye hipotermia leve P80 8)

ANEXO IV

ANOMALIAS CONGENITAS

120	Anencefalia	Q00.0
121	Espina bífida/Meningocele	Q05,Q07.0
122	Hidranencefalia	Q04.3
123	Hidrocefalia	Q03
124	Microcefalia	Q02
125	Holoprosencefalia	Q04.2
127	Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04,Q06
128	Tronco arterioso	Q20.0
129	Trasposición grandes vasos	Q20.3
130	Tetralogía de Fallot	Q21.3
131	Ventriculo único	Q20.4
132	Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
133	Canal atrio-vent. completo	Q21.2
134	Atresia pulmonar	Q22.0
135	Atresia tricuspide	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	Onfalocele	Q79.2
146	Gastrosquisis	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	Q50-56
152	Agenesia Renal bilateral	Q60.1
153	Riñones poli o multiquisticos o displásicos	Q61.1-61.9
154	Hidronefrosis congénita	Q62.0
155	Extrofia de la vejiga	Q54
156	Otras anomalías nefrouinarias	Q63,64
157	Trisomía 13	Q91.4, Q91.5,Q91.6
158	Trisomía 18	Q91.0, Q91.1,Q91.2
159	Síndrome de Down	Q90
160	Otras anomalías cromosómicas	Q92,97-99
126	Labio hendido	Q36
161	Polidactilia	Q69
162	Sindactilia	Q70
163	Displasia esquelética	Q77-78
164	Pes equinovarus / taloalgus (Pie Bot)	Q66.8
165	Hernia Diafragmática	Q79.0
166	Hidrops fetal	P56,P83.2
167	Oligoamnios severo	P01.2
168	Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68,74,75,79
169	Anomalías tegumentarias	Q82,84

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/nccdcph/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 1577.

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 Prevención 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(RevisiónCochranetraducida).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.

Schwarz 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.

WHO2006.StandardsforMaternalandNeonatalCare.DepartmentofMakingPregnancy 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.

