

# SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

A. G. DIAZ  
R. SCHWARCZ  
J. L. DIAZ ROSSELLO  
F. SIMINI  
H. GIACOMINI  
R. LOPEZ  
M. MARTELL  
R. FESCINA  
B. DE MUCIO  
G. MARTINEZ



**CENTRO LATINOAMERICANO DE  
PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO**

**ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD**



**ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD**



WALTON

Diseño de carátula: **Juan Carlos Iglesias**

# **SISTEMA INFORMATICO PERINATAL**

**Angel Gonzalo DIAZ**

Consultor en Perinatología OPS/OMS en el CLAP

**Ricardo SCHWARCZ**

Director del CLAP OPS/OMS

**José Luis DIAZ ROSSELLO**

Médico Neonatólogo del CLAP

**Franco SIMINI**

Ingeniero Biomédico del CLAP

**Hebe GIACOMINI**

Estadístico Consultora a corto plazo en el CLAP

**Raquel LOPEZ**

Analista Programador del CLAP

**Miguel MARTELL**

Médico Neonatólogo del CLAP

**Ricardo FESCINA**

Obstetra Perinatólogo del CLAP

**Bremen DE MUCIO**

Obstetra Perinatólogo del CLAP

**Gerardo MARTINEZ**

Médico Neonatólogo del CLAP

**Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano  
CLAP - OPS/OMS**

Montevideo - Uruguay

Publicación Científica del CLAP N° 1204, enero 1990

*El funcionamiento correcto del proceso normativo requiere de la existencia de un sistema de información adecuado. A pesar de que la historia clínica es una pieza fundamental de este sistema son notorias las deficiencias de que adolece en la mayoría de los países de la región de las Américas. Como respuesta a este problema, a inicio de la década del setenta, el CLAP propuso un modelo de Historia Clínica Perinatal adoptado luego por muchos países del continente. A pesar de esta aceptación inicial, los resultados no respondieron a las expectativas que los autores del proyecto se habían planteado. El número de formularios que constituían la historia, para algunos excesivo, fue un primer inconveniente, agravado por la resistencia que ciertos integrantes del equipo de salud tienen a registrar sus acciones por escrito. Esto determinó, en algunos lugares, un llenado incompleto de la historia. A pesar de haberse diseñado especialmente un procedimiento para el rescate de los datos incluidos en la Historia y su posterior procesamiento, la complejidad del proceso y el tiempo requerido para su ejecución determinaron que su implementación se lograra en pocos lugares.*

*Enriquecido el grupo técnico del CLAP con esta primera experiencia, su éxito parcial fue un acicate para continuar con el esfuerzo de elaborar un instrumento que responda a las necesidades de la asistencia perinatal de los países de la Región, que sea factible de ser rápidamente incorporado y que facilite la información necesaria a los servicios de salud perinatal para la toma de decisiones.*

*Con el Sistema Informático Perinatal que se presenta en este boletín, culminan tres lustros de trabajo. Participaron de la tarea, obstetras, neonatólogos, sanitaristas, enfermeras, ingenieros de sistema, bioestadistas, etc. Este equipo multidisciplinario pretende, con este aporte, superar los inconvenientes que dificultaron el pleno éxito de la primera propuesta del CLAP.*

# CONTENIDO

## FUNDAMENTOS Y CARACTERISTICAS GENERALES

<i>Introducción</i> .....	11
<b><i>Formularios propuestos</i></b> .....	11
Historia Clínica Perinatal Base .....	11
Partograma .....	13
Formulario Obstétrico Complementario .....	14
Formulario de Enfermería Neonatal .....	14
Formulario de Hospitalización Neonatal .....	14
Carné Perinatal .....	15
Adiestramiento del personal .....	29
<b><i>Procesamiento de datos</i></b> .....	29
Procesamiento descentralizado .....	29
El computador y los programas .....	30
Preparación de los datos .....	30
Control de llenado .....	31
Consistencia cruzada .....	32
Estadística básica .....	32
Descripción de variables .....	33
Selección de historias .....	33
Riesgo relativo .....	34
Peso por edad gestacional .....	35
Patologías maternas .....	36
Morbi-mortalidad neonatal .....	37
Apgar según forma de terminación del parto .....	37
Copia de datos .....	37
Recomendaciones para la instalación .....	38

## LLENADO DE LA HCP-FORMULARIO BASE

<i>Identificación de la embarazada</i> .....	41
<i>Antecedentes familiares, personales y obstétricos</i> .....	42
<i>Embarazo actual</i> .....	43
<i>Consultas</i> .....	45
<i>Parto o aborto</i> .....	46
<i>Patologías maternas</i> .....	49
<i>Recién nacido</i> .....	50
<i>Patologías del recién nacido</i> .....	52
<i>Puerperio</i> .....	52
<i>Egreso del recién nacido</i> .....	53
<i>Egreso materno</i> .....	53
<i>Anticoncepción</i> .....	53

## LLENADO DEL PARTOGRAMA

<i>Generalidades</i> .....	55
<i>Encabezamiento</i> .....	55
<i>Sector central</i> .....	55
<i>Sector inferior</i> .....	57
<i>Curvas de alerta para la dilatación cervical</i> .....	58
<i>Procedimiento para graficar la dilatación cervical</i> .....	59
<i>Procedimiento para construir la curva de alerta</i> .....	59
<i>Situaciones especiales para la construcción de la curva de alerta</i> .....	61

## LLENADO DEL FORMULARIO OBSTETRICO COMPLEMENTARIO

<i>Generalidades</i> .....	63
<i>Identificación de la embarazada</i> .....	63
<i>Ingreso</i> .....	63
<i>Evolución del embarazo</i> .....	64
<i>Controles vitales</i> .....	64
<i>Exámen obstétrico</i> .....	65
<i>Exámenes complementarios</i> .....	66
<i>Medicación</i> .....	66
<i>Evolución del puerperio</i> .....	66
<i>Controles vitales</i> .....	66
<i>Exámen puerperal</i> .....	67
<i>Observaciones</i> .....	67
<i>Egreso</i> .....	68

## LLENADO DEL FORMULARIO DE ENFERMERIA NEONATAL

<i>Generalidades</i> .....	69
<i>Módulo inicial</i> .....	69
<i>Módulo de controles</i> .....	71
<i>Controles vitales</i> .....	72
<i>Control de pérdidas</i> .....	73
<i>Control de aportes</i> .....	74
<i>Cuidados respiratorios</i> .....	75
<i>Módulo de anotaciones especiales</i> .....	75
<i>Exámenes</i> .....	76
<i>Medicación cumplida</i> .....	76
<i>Observaciones de enfermería</i> .....	76
<i>Infusión y medicación indicada</i> .....	77

## LLENADO DEL FORMULARIO DE HOSPITALIZACION NEONATAL

<i>Generalidades</i> .....	79
<i>Módulo de identificación y motivo de ingreso</i> .....	79
<i>Módulo de nacimiento</i> .....	79

<i>Módulo de ingreso</i> .....	80
<i>Módulo de evolución</i> .....	82
Identificación diaria .....	82
Diagnósticos y problemas .....	82
Exámen físico .....	82
Aportes .....	82
Procedimientos .....	83
Medicación .....	83
Anotaciones .....	83
<i>Módulo de egreso</i> .....	84
<i>Anotaciones</i> .....	85

## **LLENADO DEL CARNE PERINATAL**

<i>Cara interna (fascíml HCPB)</i> .....	87
<i>Cara externa</i> .....	87
Identificación de la embarazada .....	87
Exámenes complementarios .....	87
Hospitalizaciones .....	87
Observaciones .....	87
Curvas patrón de altura uterina .....	88
Curvas patrón de incremento de peso .....	89

## **GESTOGRAMA**

<i>Generalidades</i> .....	91
<i>Descripción del gestograma</i> .....	91

## **EJEMPLOS PARA ADIESTRAMIENTO**

<i>Ejercicio para el empleo de la HCPB y del gestograma</i> .....	93
<i>Ejercicio para el empleo de la HCPB sin gestograma</i> .....	94
<i>Ejercicio para el empleo del PARTOGRAMA</i> .....	95

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	97
---------------------------	----

## INTRODUCCION

Las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, trazadas por los gobiernos de los países miembros de la OPS/OMS, han planteado un gran desafío al continente americano. Los esfuerzos del sector salud deberán estar orientados tanto al aumento de la cobertura como también a garantizar la calidad de las prestaciones que brinda. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios la que, a su vez, necesita, como columna vertebral, un sistema de información adecuado. Este sistema deberá contar con una historia clínica apropiada y un flujo de la información en ella contenida que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga que todos los antecedentes necesarios para el correcto manejo estén oportunamente en su poder.

La historia clínica que llena estos requisitos facilita la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Se constituye además en la fuente de datos que permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones.

La riqueza del contenido de la historia clínica permite al equipo de salud disponer de un valioso banco de datos para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sin número de investigaciones epidemiológicas como, por ejemplo, la selección y ponderación de los factores de riesgo. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento

y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios usuarios.

El CLAP, como respuesta a una necesidad sentida en todos los países de la región, ha elaborado la propuesta de un Sistema Informático Perinatal que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente y que se desarrolla a continuación.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) ideado por el CLAP está constituido por la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), sus formularios complementarios, el Carne Perinatal (CP) y Programas para computadores personales. Este sistema ha sido desarrollado en español, portugués e inglés.

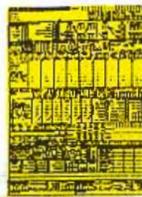
## FORMULARIOS PROPUESTOS

El CLAP recomienda para todos los casos, la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y el partograma; estos formularios son suficientes en el bajo riesgo perinatal. El alto riesgo obstétrico requiere además del Formulario Obstétrico Complementario (FOC). En el alto riesgo neonatal se considera necesaria la incorporación de los Formularios de Hospitalización Neonatal (FHN) y de Enfermería Neonatal (FEN) (Fig. 1)

### HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

La HCPB de uso sencillo y de bajo costo, cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resumen la información mínima indispensable para lograr los objetivos que se presentan en el Cuadro 1.

**BAJO  
RIESGO  
PERINATAL**



HCPB

+



Partograma

**ALTO  
RIESGO  
OBSTETRICO**



HCPB

+



Partograma

+



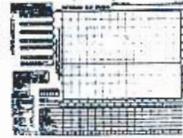
Obstétrico  
complementario

**ALTO  
RIESGO  
NEONATAL**



HCPB

+



Partograma

+



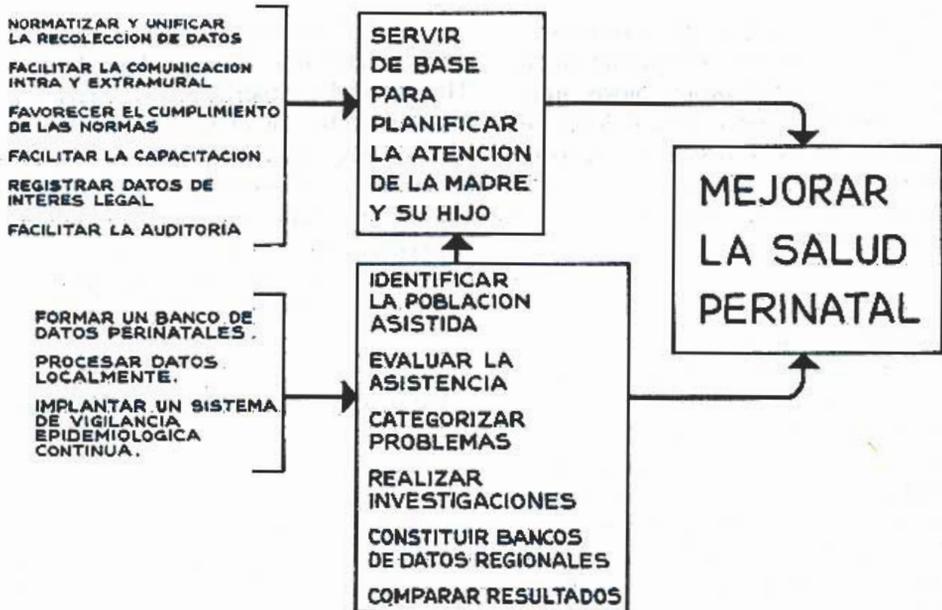
Hospitalización  
neonatal

+



Enfermería  
neonatal

Figura 1. Formularios propuestos para el SIP



Cuadro 1. Objetivos del SIP

## **CARACTERISTICAS DEL FORMULARIO DE LA HCPB**

Los datos básicos de todo el proceso perinatal se han condensado en una hoja formato carta (27,5 cm de altura por 21,5 cm de ancho).

El anverso de la HCPB está constituido por una serie de sectores donde se documentan los acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el período neonatal inmediato. Contiene preguntas cuyas respuestas son generalmente cerradas.

La diagramación facilita el registro sistemático y oportuno de los datos indispensables para el manejo de la mayoría de los casos (bajo riesgo). Los casos que requieren más información registrada (patología obstétrica o neonatal) cuentan con formularios especiales que se suman al de la HCPB y que se explican más adelante.

### **SECTORES DE LA HCPB**

La HCPB comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio-educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual.

En el sector EMBARAZO figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su llenado induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal.

El sector PARTO o ABORTO incluye la información básica para el control del período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el futuro control de la puerpera y el neonato.

El sector RECIEN NACIDO incluye los datos fundamentales del examen que deberá efectuarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido.

En el sector PUERPERIO se resumen las acciones desarrolladas en el postparto o postaborto.

Tanto el componente neonatal como el materno finalizan con el estado al egreso y patologías diagnosticadas. En el materno se incluye además un capítulo dedicado al asesoramiento en contracepción.

**SISTEMA DE ADVERTENCIA** - Enfoque hacia la detección del riesgo perinatal

La HCPB cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunas características que pueden estar asociadas con el riesgo perinatal. Cuando uno o más de estos factores está presente se tilda el o los casilleros correspondientes. Con esta modalidad la HCPB pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño, para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan.

### **LISTAS PARA LA CODIFICACION**

El reverso de la HCPB contiene dos listas abreviadas para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio, del recién nacido. También se ha incluido una lista para la codificación de las indicaciones principales del parto operatorio o de la inducción y medicación efectuada en el parto.

## **PARTOGRAMA**

El CLAP ha volcado su experiencia en la conducción del parto al confeccionar un formulario complementario de la HCPB en donde se grafica la evolución del trabajo de parto. En esta hoja, se transfieren los valores registrados previamente en la HCPB.

El partograma es un instrumento que facilita la rápida evaluación de la marcha del parto y tiene por lo tanto mucho valor para la docencia y supervisión de la asistencia.

## FORMULARIO OBSTETRICO COMPLEMENTARIO

Este formulario se empleará cuando la complejidad de las acciones a realizar en la embarazada o puerpera, excedan la capacidad de la HCPB para el registro de los datos, Ej.: embarazo o puerperio de alto riesgo, asistido a nivel ambulatorio u hospitalario.

Se utilizará en todos los casos de atención diferenciada, sea cual sea el motivo de la misma (diabetes, toxemia, rotura de membranas, puerperio postcesárea, etc.).

El anverso se destina al registro de datos correspondientes al embarazo y cuenta con sectores para: IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA, INGRESO y EVOLUCION DEL EMBARAZO.

El reverso contiene sectores para registrar información sobre: EVOLUCION DEL PUERPERIO, OBSERVACIONES y EGRESO.

## FORMULARIO DE ENFERMERIA NEONATAL

Consiste en una hoja tamaño carta impresa en ambos lados; destinada al registro de los datos correspondientes a los cuidados de enfermería e indicaciones médicas, generados en un día.

La información registrada es complementaria de la recogida en la HCPB y en el FORMULARIO DE HOSPITALIZACION NEONATAL (FHN).

Es la base para planificar y ejecutar los cuidados directos del recién nacido; su diseño facilita dichos cuidados al reunir en un formulario único todos los datos relevantes para dicha atención.

Constituye un elemento común del cuidado médico y de enfermería que promueve la integración de ambos sectores del cuidado profesional del recién nacido.

## SECTORES DEL FEN

El formulario consta de tres módulos: INICIAL, CONTROLES y ANOTACIONES ESPECIALES. El primero es fijo y debe llenarse en el primer turno de enfermería. El segundo se completará a medida que se vayan realizando los controles, de acuerdo con las normas de cada institución. En el tercero se registrarán las indicaciones médicas, las observaciones e indicaciones de enfermería. Deden responderse todos los items y registrarse todos los datos solicitados; el omitir el llenado de un item implica que la información no se recogió o que el procedimiento o medicación no fueron efectuados.

## SISTEMA DE ADVERTENCIA

En varios items se incluyó un área amarilla con el fin de llamar la atención sobre aquellos elementos que se consideran fuera de los límites normales. Se señalará con una cruz sobre dichos espacios amarillos.

## FORMULARIO DE HOSPITALIZACION NEONATAL

Este formulario ha sido especialmente diseñado para registrar el ingreso, egreso y la evolución diaria de los recién nacidos con patología. Por los tanto no debe utilizarse para los recién nacidos sanos asistidos junto a sus madres en alojamiento conjunto. Se complementa con la (HCPB) y el FORMULARIO DE ENFERMERIA NEONATAL (FEN).

Su objetivo es registrar la información básica adicional a la HCPB, para el manejo hospitalario del recién nacido de alto riesgo y facilitar el análisis de la información de la atención médica de este grupo de niños.

El formulario consiste en una hoja tamaño carta impresa en ambos lados. Consta de tres módulos, INGRESO, EVOLUCION y EGRESO. Los dos primeros están en el anverso y el tercero en el reverso.

El módulo de evolución permite registrar información sumaria de cinco días sucesivos, por lo que en internaciones prolongadas deberán usarse varias hojas. Se han incluido también listas para la codificación de procedimientos realizados y medicación administrada al neonato.

## CARNE PERINATAL

La falta de datos en algún período del proceso de atención compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño. El CARNE PERINATAL (CP) puede contribuir a solucionar el problema mencionado, ya que constituye un nexo entre los distintos períodos de la atención. (Fig.2)

El carné debe estar siempre en poder de la embarazada quien lo utilizará para toda acción de salud que reciba en su estado grávido puerperal. En su diseño se ha tratado de mantener la estructura de la HCPB. Una

de sus caras es prácticamente un facsímil de la HCPB, lo cual facilita el volcado de los datos de la historia y permite que el carné contenga una información similar a la HCPB.

En la otra cara, además de los datos de identificación de la portadora y algún mensaje educativo, se han incluido gráficos de altura uterina e incremento de peso materno, espacio para anotar exámenes y otros datos de interés.

Se excluyeron del carné los controles durante el trabajo de parto, por no constituir información necesaria para el seguimiento luego del alta.

El Carné Perinatal contribuye a que:

1) Los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, sea a nivel de otro consultorio externo o en el lugar de hospitalización.

2) Los datos más relevantes de la hospitalización durante el embarazo, parto y postparto lleguen a conocimiento de quien tiene a su cargo el control del puerperio.

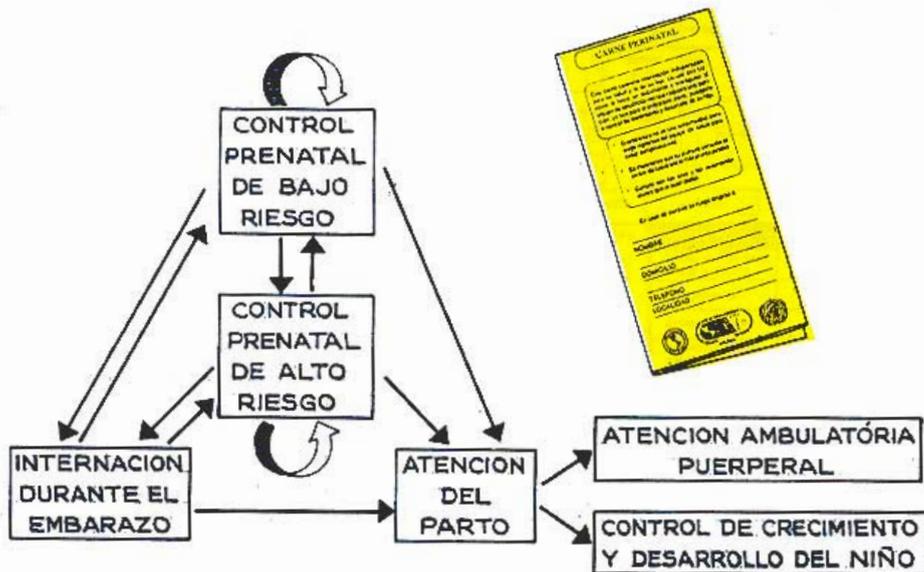


Figura 2 - Flujo de información con el Carné Perinatal



**LISTAS PARA LA CODIFICACION DE LA HCP**

**PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

Los números entre paréntesis corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión (CIE - 9). OPS/OMS, 1978.

COD.	
<b>HIPERTENSION PREVIA</b>	
01. Hipertensión esencial benigna cuando complica al EPP	(642.0)
02. Hipertensión secund. a enf. renal, cuando complica al EPP	(642.1)
03. Otra hipertensión persistente cuando complica al EPP	(642.2)
<b>PREECLAMPSIA</b>	
04. Hipertensión transitoria del embarazo	(642.3)
05. Preeclampsia leve o no clasificada	(642.4)
06. Preeclampsia grave	(642.5)
<b>DIABETES</b>	
07. Tolerancia anormal a la glucosa	(648.8)
<b>INFECCION URMARIA</b>	
08. Bacteriuria asintomática del embarazo	(646.5)
<b>OTRAS INFECCIONES</b>	
09. Sífilis	(647.0)
10. Gonococcia	(647.1)
11. Paludismo (malaria)	(647.4)
12. Herpes genital	(646.8)
<b>AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	
13. Incompetencia del cuello uterino	(645.5)
14. Obstrucción causada por malposición fetal	(660.0)
15. Obstrucción causada por la pelvis	(660.1)
16. Desproporción por feto	(653.5-653.7)
<b>HEMORRAGIA 1º. trimestre</b>	
17. Mola hidatiforme	(630)
18. Aborto (retenido/spontáneo)	(632-634)
19. Embarazo ectópico	(653)
20. Aborto inducido	(635-636)
21. Amenaza de aborto	(640.0)
<b>HEMORRAGIA 2º y 3º trimestre</b>	
22. Hemorragia debida a placenta previa	(641.1)
23. Desprendimiento prematuro de la placenta	(641.2)
24. Hemorragia anteparto debida a defectos de la coagulación	(641.3)
25. Rotura del útero	(665.0)
26. Desgarro del cuello del útero	(665.3)
<b>ANEMIA CRONICA</b>	
27. Anemia por deficiencia de hierro	(648.2)
<b>ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	
28. Infección ovular	(658.4)
<b>INFECCION PUERPERAL</b>	
29. Sepsis	(670)
30. Infección de la mama y el pezón asociados al parto	(675)
<b>HEMORRAGIA DEL PUERPERIO</b>	
31. Retención placentaria	(666.0; 666.2)
32. Atonía	(666.1)
33. Desgarro perineal de 1º y 2º grado	(664.0-664.1)
34. Desgarro perineal de 3º y 4º grado	(664.2-664.3)
<b>OTRAS</b>	
35. Placenta previa sin hemorragia	(641.0)
36. Hipermesis	(643)
37. Enfermedad renal sin mención de hipertensión	(646.2)
38. Dependencia de drogas	(648.3)
39. Sufrimiento fetal	(656.3)
40. Hidramnios	(657)
41. Oligohidramnios	(656.0)
42. Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical	(663)
43. Complicaciones por la administración de anestésicos u otros sedantes durante el trabajo de parto	(673)
44. Embolia pulmonar obstétrica	(673)
45. Dehiscencia de sutura de cesárea actual	(674.1)
46. Dehiscencia de sutura perineal actual	(674.2)
47. S.I.D.A. / V.I.H. positivo	(279.9)
48. Cáncer de cérvix	(180)
49. Cáncer de mama	(174)

**PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO**

COD.	
<b>OTROS SDR</b>	
01. Ductus arterioso persistente	(747.0)
02. Circulación pulmonar fetal persistente	(747.9)
03. Neumonía congénita	(770)
04. Enfisema intersticial y neumotorax	(770.2)
05. Taquipnea transitoria	(770.6)
06. Displasia broncopulmonar	(770)
<b>HEMORRAGIAS</b>	
07. Enfermedad hemorrágica	(776.0)
08. Hiperbilirrubinemia	(776.0)
09. Enfermedad hemolítica debida a iso sensibilización por factor Rh	(773.0)
10. Enfermedad hemolítica debida a iso sensibilización ABO	(773.1)
11. Hiperbilirrubinemia de la prematuridad	(774.2)
<b>OTRAS HEMATOLOGICAS</b>	
11. Policitemia neonatal	(776.4)
12. Anemia congénita	(776.5)
13. Demás trastornos hematológicos	(resto de 776)
<b>INFECCIONES</b>	
14. Diarrea	(906)
15. Meningitis	(320-322)
16. Otitis	(771.1)
17. Conjuntivitis	(771.6)
18. Sepsis	(771.8)
19. Otras infecciones perinatales	(resto de 771)
20. Enterocolitis necrosante	(777.5)
<b>DEFECTOS CONGENITOS</b>	
21. Espina bífida	(741)
22. Hidrocefalia congénita	(742.3)
23. Otros del sistema nervioso (microcefalia, meningitis)	(resto de 742)
24. Arteria umbilical única	(747.5)
25. Otras enfermedades del corazón y resto del aparato circulatorio	(745-747)
26. Fisura del paladar y labio leporino	(749)
27. Aparato digestivo (estreñis esofágo, imperforación anal, etc)	(750-751)
28. Criptorquidias/hipospadias/epispadias	(752.5-752.6)
29. Del aparato urinario	(753)
30. Luxación congénita de cadera	(754.3)
31. Cromosómicos (trisomías)	(758)
32. Defectos congénitos múltiples	(769.7)
<b>NEUROLOGICAS</b>	
33. Hidrocefalia adquirida	(331.1-331.4)
34. Leucomalacia periventricular	(742.4)
35. Traumatismo obstétrico	(767)
36. Hemorragia intra o periventricular	(772.1)
37. Convulsiones	(779.0)
38. Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales	(779.2)
<b>OTRAS</b>	
39. S.I.D.A. / V.I.H. positivo	(279.9)
40. Fibroplasia retrofrental	(362.2)
41. Hernia inguinal	(560.9)
42. Fallo renal agudo	(584.9)
43. Síndrome de RN de diabética	(775.0)
44. Hipocalcemia/hipomagnesemia	(775.4)
45. Hipoglicemia	(775.6)
46. Demás trastornos perinatales del aparato digestivo	(resto de 777)
47. Problemas de alimentación	(779.3)
48. Hipotermia/shock	(779.8)

**INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION**

COD.	COD.
01. Cesárea anterior	14. Situación transversa
02. Sufrimiento fetal agudo	15. Rotura prematura de membranas
03. Desproporción feto-pélvica	16. Sospecha o certeza de infección ovular
04. Alteración de la contractilidad	17. Placenta previa
05. Parto prolongado	18. Desprendimiento de placenta normo inserta
06. Fracaso de inducción	19. Rotura uterina
07. Decurso detenido de la presentación	20. Toxemia (EPH/gestose)
08. Embarazo gemelar	21. Herpes genital
09. Retardo del crecimiento intrauterino	22. Condilomatosa genital
10. Pretérmino	23. Otra enfermedad materna
11. Postérmino	24. Mortinato
12. Presentación podálica	25. Agotamiento materno
13. Variedades posteriores	26. Otra

**MEDICACION EN PARTO**

COD.	COD.
01. Lidocaina y similares	15. Beta miméticos
02. Aminas simpaticomiméticas (etilfrina)	16. Anti prostaglandinas
03. Inhalatorios (pentane-fluorano-ox-nitroso)	17. Antagonistas del calcio
04. Barbitúricos	18. Sulfato de magnesio
05. Bloqueantes musculares	19. Hidralacina
06. Diazepódidos	20. Beta bloqueantes
07. Mepredina	21. Otros antihipertensivos
08. Antiespasmódicos	22. Sangre y/o hemoderivados
09. Octocina	23. Heparina
10. Prostaglandinas	24. Corticoides
11. Beta lactámicos (penicilinas-cefalosporinas)	25. Cardiotónicos
12. Aminoglicosidos (gentamicina-amikacina)	26. Diuréticos
13. Eritromicina	27. Aminoflina
14. Metronidazol	28. Insulina
	29. Difenhidantolna



NOMBRE: M.R.P. EDAD años: 39 ESTADO CIVIL: unión casada estable soñara otro  
 DOMICILIO: Chile 640 ESTUDIOS: prim. univ. 2 años aprob.  
 LOCALIDAD: San Pedro TEL: — menor de 15 años:  mayor de 35 años:

**ANTECEDENTES**

**FAMILIARES** no  si  diabetes  hipertensión  gamelares  otros  *fiebre reumática*

**PERSONALES** TBC  diabetes  hipertensión crónica  cirugía pélvico-uterina  infertilidad  otros

**OBSTETRICOS** gestas: 03 abortos: 01 vaginales: 01 nacidos vivos: 02 nacidos muertos: 0  
 ninguno o más de 3 partos:  algún RN menor de 2500g:  gemelares:

muertes 1° sem.: 1 después 1° sem.: 0  
 fin anterior embarazo: mes 10 año 87  
 RN con mayor peso: 3100g

**EMBARAZO ACTUAL**

PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	FECHA	DUDAS	ANTITETANICA	actual	GRUPO	FUMA	HOSPITALIZACION
60 kg	161	08/01/90	no	previa	7	Rh: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>
		15/10/90	si <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/>	més gestas.		no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>

EX. CLINICO normal:  EX. MAMAS normal:  EX. ODONT. normal:  PELVIS normal:  PAPANIC. normal:  COLPOSCOPIA normal:  CERVIX normal:  VDRL:

fecha de la consulta: 1/24/3/90 2/14/4/90 3/7/7/90 4/10/9/90

semanas de amonoree: 10 13 25 35

peso (kg): 61.5 61.5 64.5 67

tensión arterial (máx/mín (mm Hg)): 100/70 100/70 100/70 100/80

Alt. uterina pubis fondo / present. Col/Pal/Tr.: 16/ 16/ 23/ 32/ cef

F.C.F. (lat./min.) / mov. Total: / / 150/ + 140/ +

**PARTO**  **ABORTO**  CONSULTA PRENATAL N°: 04 EDAD GEST. sem.: 39 PRES. cel.  TAMAÑO FETAL acorde  INICIO esp.  MEMBRANAS hora 10 min 30 día 08 mes 10

ORIGEN: en el hosp.  no  con carné  no  INGRESO: día 08 mes 10 año 90 temperatura 36.8°C menor 37 mayor 41

**TRABAJO DE PARTO**

hora	8:30	9:30	10:30
tensión arterial (máx/mín (mm Hg))	110/80	110/80	110/80
contracciones (frec./10 min) / dur. seg.	3/50	3/50	3/60
altura / var. posic.	II / OHA	II / OHA	III / OHA
F.C.F. / F.C. mal. (latidos / minuto)	140/88	140/88	140/88
dilat. cerv. / meconio	6	7	9

**PATOLOGIAS**

ninguna  emb. múltiple  hipert. previa  preeclampsia  cardiopatia  diabetes  infec. urinaria

orden  otras intec.  parasitosis  R.C.I.U.  amen. parto prem.  deeprop. cel. pelv.  hemorragia 1° trim.  hemorragia 2° trim.  hemorragia 3° trim.

enemia crónica  rot. pre. memb.  infec. puerp.  hem. puerp.  otras

TERMINACION espont.  forcepe  cesárea  otro  hora 11 min 05 día 08 mes 10 año 90 NIVEL DE ATENCION 3°  2°  1°  domic.  otro  N° H.C. RN: 30362

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATIVO O INDUCCION: alivio del expulsivo por enf. materna 23 ATENDIDO médico  obst.  auxil.  estud./empir.  otro  nombre RN: E.....

MUERTE intraut.  no  emb.  no  DESGARROS no  si  parto  no  si

EPISIOTOMIA no  si  ALUMB. espont. no  si  PLACENTA compl. no  si

PARTO  NEONATO

medicacion EN PARTO ning.  anest. rag.  anest. gen.  analges. tranqú.  ocitoc.  antibiot.  otra

**RECIEEN NACIDO**

TALLA	EDAD POR EX. FISICO	PESO E.G.	APGAR	REANIM. RESPIR.	VDRL
49.0 cm	39 sem.	3.9 kg	09 10	no <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PER. CEF. 36.5 cm	menor de 37	adec. <input checked="" type="checkbox"/>	peq. <input type="checkbox"/>	mascara <input type="checkbox"/>	tubo <input type="checkbox"/>

**PUERPERIO**

horas o días post parto o aborto	22	46	72
temperatura	36	36.6	36.6
pulso (lat./min.)	80	84	84
tensión arterial (máx/mín. (mm Hg))	100/70	100/70	100/70
invol. uterina	S/P	CONT	CONT
características de loquios	SANG.	S/P	S/P

EXAMEN FISICO: normal  anormal  ningunas  otras SDR  infecciones  otras  mem. hialina  hemorragia  defectos cong.  sind. aspirat.  hipertilub.  neurológicas  apneas  otras hemist.  metabólicas

ALU. CONJUNTO: si  no  HOSPITALIZADO: no  si

**EGRESO R.N.** hora 16 día 11 mes 10 baño  traslado  con patol.  talleca  ALIMENTO: pecho  mixto  artificial  PESO AL EGRESO: 3190g

**EGRESO MATERNO** día 11 mes 10 año 90 baño  tratado  con patol.  talleca  ANTICONCEPCION: condon  D.I.U.  referida  píldora  ligadura  rutno  otro

Responsable: L.....

Este color significa ALERTA

APELLIDOS Y NOMBRES

INGRESO

Hora	Min.	Día	Mes	Año

PROCEDENCIA

MOTIVO DE INGRESO

- hiperemesis
- Incomp. Ist. cervical
- amenaza P.P.
- rotura membrana
- embarazo múltiple
- R.C.I.U.
- Infección urinaria
- Infección ovular
- polihidramnios
- defecto cong. fetal
- hemorragia 1° trim.
- hemorragia 2° trim.
- hemorragia 3° trim.
- anemia
- Incompatibilidad Rh
- desnutrición
- obesidad
- diabetes
- hipertensión
- preclampsia
- eclampsia
- netropatía
- cardiopatía
- hepatopatía
- embarazo prolongado
- desp. céfalo pélvico
- pelvímetro
- problemas sociales
- domicilio alejado
- Infección puerperal
- hemorragia puerperal
- otros

CONDICIONES

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

RESPONSABLE

EVOLUCION DEL EMBARAZO

FECHA									
CONTROLES VITALES	HORA								
	TENSION ARTERIAL								
	PULSO								
	TEMPERATURA								
	PESO								
	DIURESIS								
	CATARSIS								
	RESPONSABLE								
EXAMEN OBSTETRICO	HORA								
	EDAD GESTACIONAL								
	SITUACION Y PRESENTACION FETAL								
	ALTURA UTERINA								
	CONTRACTILIDAD UTERINA								
	FRECUENCIA CARDIACA FETAL								
	MOVIMIENTOS FETALES								
	METRRORRAGIA								
	TIEMPO ROTURA MEMBRANAS								
	EDEMA								
TACTO									
RESPONSABLE									
EXAMENES									
MEDICACION									



CUIDADOS Y NOMBRES		CAMA N°		H. C. N°		EDAD corregida		DIAS																																																																																																																									
APellidos y Nombres		CAMA N°		H. C. N°		semanas días		de vida																																																																																																																									
Patologías / complicaciones / procedimientos		CAMA N°		H. C. N°		semanas días		de vida																																																																																																																									
CUIDADOS NIVEL		SEXO		DIAS de vida		EDAD corregida		DIAS de hospitalización																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> mínimo <input type="checkbox"/> intermedio <input type="checkbox"/> intenso		<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> cuna <input type="checkbox"/> incubadora		PESO actual		VARIACION diaria		PER. CEF.																																																																																																																											
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm																																																																																																																									
HORA DE CONTROL																																																																																																																																	
Responsable																																																																																																																																	
Madre participante																																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>REACTIVIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>TEMPERAT. AXILAR / INCUBADORA</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILVERMAN</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>RESPIRACION PERIODICA / APNEA</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>COLOR / ICTERICIA</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>DUREZ (m) / DENSIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>SANGRE EXTRAIDA (ml) / MOTIVO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>RES. GASTRICO VOLUMEN (ml) / VOMITOS TIPO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>VOLUMEN (ml)</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>TIPO / ADMINISTRACION</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>										REACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TEMPERAT. AXILAR / INCUBADORA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILVERMAN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESPIRACION PERIODICA / APNEA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COLOR / ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DUREZ (m) / DENSIDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SANGRE EXTRAIDA (ml) / MOTIVO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RES. GASTRICO VOLUMEN (ml) / VOMITOS TIPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VOLUMEN (ml)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO / ADMINISTRACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																
REACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
TEMPERAT. AXILAR / INCUBADORA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILVERMAN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
RESPIRACION PERIODICA / APNEA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
COLOR / ICTERICIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
DUREZ (m) / DENSIDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
SANGRE EXTRAIDA (ml) / MOTIVO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
RES. GASTRICO VOLUMEN (ml) / VOMITOS TIPO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
VOLUMEN (ml)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
TIPO / ADMINISTRACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																																																								
APORTE ORAL																																																																																																																																	









## ADiestRAMIENTO DEL PERSONAL

Un paso crucial para el buen funcionamiento del Sistema Informático Perinatal, tal como ocurre en todo otro proceso normativo, es la motivación y capacitación del personal encargado de ejecutarlo. Para facilitar la uniformidad en el registro de los datos, desde la página 41 se presentan las instrucciones detalladas para el correcto llenado de la HCPB, sus formularios complementarios y del carné perinatal.

Se han elaborado además dos modelos instruccionales para la HCPB cada uno de los cuales se lleva a cabo en dos horas con la técnica de taller. Esta actividad docente se basa en el desarrollo de una simulación escrita que en el caso de uno de los modelos se asocia con el uso del gestograma propuesto por el CLAP. En ambos modelos, en pequeños grupos, todos los participantes llenan una HCPB y el CP, consultan el instructivo para el llenado y discuten la estrategia a seguir para la buena implementación del SIP en la institución. (Ver pag. 92) Se cuenta además con una simulación escrita para la capacitación en el uso del partograma con curvas de alerta. (Ver pag. 95)

## PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

### EL PROCESAMIENTO DESCENTRALIZADO DE DATOS

Tradicionalmente el procesamiento de datos se realiza en diferido. Los formularios llenados son trasladados a un centro de cómputos donde se procede a la digitación de los datos y luego al procesamiento. El lapso de tiempo entre la generación de la información por parte del equipo de salud y la toma de conocimiento de resultados estadísticos es generalmente muy largo. En efecto, en el mejor de los casos el procesamiento tradicional proporciona estadísticas anuales. Estas estadísticas raramente llegan al propio personal de salud y cuando llegan, frecuentemente la oportunidad en que esto ocurre no responde a las necesidades del usuario.

Al no contar rápidamente con estadísticas frescas y confiables, el equipo de salud no se beneficia de la "retroalimentación" indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud.

Se pueden resumir de la siguiente manera las características del procesamiento de datos médicos en un centro de cómputos remoto:

- tiempos largos entre la generación de información y la obtención de estadísticas.
- imposibilidad de corregir errores
- ausencia de retroalimentación inmediata sobre la asistencia
- estadísticas hechas a la medida del nivel central y no del periférico.
- ausencia de penalización por documentación incompleta

Ante las dificultades planteadas, se pensó en el desarrollo de programas de procesamiento de los datos en computadores personales ubicados en la propia institución de asistencia.

El operador ingresa los datos de la HCPB respondiendo a las preguntas que le formula el computador; para ello, no se necesita largo entrenamiento.

El procesamiento y el análisis de los datos también se realizan en la propia institución. De esta manera, el personal de salud cuenta con información en el momento en que se la requiere para facilitar la evaluación de la asistencia y para la toma de decisiones.

El procesamiento de los datos tiene como resultados una serie de documentos impresos que constituyen un resumen de la actividad de la institución en un período dado de tiempo (estadística básica) o son elementos de investigación más específica (por ejemplo, riesgo relativo, descripción de variables, etc.)

El archivo de historias queda en la propia institución, en medio magnético (disquetes o discos), además de los formularios originales. El centro de asistencia emite sus

informes periódicos haciendo uso del computador y de los programas. Si un centro de cómputos central o regional requiere la información de los partos atendidos, el centro asistencial entregará duplicados de los disquetes que contienen sus historias ya ingresadas y corregidas.

El centro de cómputos regional también opera con el SIP en una versión que permite consolidar disquetes en un archivo en disco.

Existe también la posibilidad de procesar los datos de la HCPB fuera del lugar donde se asisten los partos. Esta situación puede darse en aquellos casos en que no sea posible contar con un computador o que el volumen de casos mensuales no justifique su adquisición.

En estos casos, se debe enviar una copia del formulario de la HCPB desde el lugar donde se realiza la asistencia perinatal a un local de mayor jerarquía que procesa los datos. La copia a enviar es idéntica a la copia que queda en el lugar de atención perinatal y

puede obtenerse mediante el uso de papel carbónico, o con papel de calco directo.

Las características salientes del sistema desarrollado pueden resumirse en los siguientes puntos:

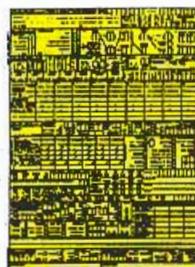
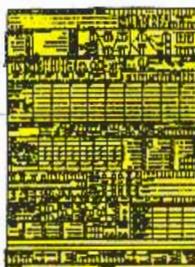
- El procesamiento local de los datos con estos programas fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución asistencial.
- Hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- Proporciona a los entes asistenciales perinatales una herramienta ágil y de fácil manejo para la investigación.
- Permite incrementar los lazos de cooperación entre el CLAP y las instituciones del área.

Intramuros



Solo la HCPB

Extramuros



HCPB con copia idéntica

Figura 3. Procesamiento con computadores personales

## EL COMPUTADOR Y LOS PROGRAMAS

El computador elegido se encuentra en la franja de los computadores llamados "personales". Los programas pueden funcionar en cualquier computador que tenga un sistema operativo D.O.S. en versión 2.1 o siguientes. Esta elección fue motivada por la preocupación de especificar una familia de computadores a la vez confiables y de gran difusión internacional, especialmente en la región de las Américas.

El uso de los programas supone la implantación previa de la HCPB en la institución asistencial.

El sistema permite el ingreso, la corrección, el análisis y la presentación de datos perinatales por parte de personal con un mínimo entrenamiento en el manejo de equipos

de computación. El sistema fue diseñado para ser manejado por médicos, personal de enfermería, de archivo o de secretaría.

El sistema permite obtener un conjunto de documentos de resumen estadístico de la marcha asistencial de la institución. Estos documentos pueden ser obtenidos en cualquier momento y no alteran las historias ingresadas.

El sistema pone además en las manos del operador motivado y exigente la posibilidad de confeccionar documentos cuyo contenido responde a sus preocupaciones particulares y precisas sobre los datos perinatales. Cualquier integrante del equipo de salud está, luego de un breve entrenamiento, ampliamente capacitado para trabajar con él.

Las opciones que tiene el operador son las siguientes:

- 
- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 0 Lista de variables        | 10 Peso por edad gest.c/selec |
| 1 Ingreso de historias      | 11 Peso por edad gest.total   |
| 2 Consulta de historias     | 12 Distribuc. de pat. materna |
| 3 Modificación de historias | 13 Mort. segun pat. materna   |
| 4 Control de llenado        | 14 Mortalidad neonatal        |
| 5 Consistencia cruzada      | 15 Patologías neonatales      |
| 6 Estadística básica        | 16 Apgar por terminac parto   |
| 7 Descripción de variables  | 17 Copia de archivos          |
| 8 Selección de historias    | 18 Fin de trabajo             |
| 9 Riesgo relativo           |                               |
- 

Todos los programas contienen explicaciones en la pantalla para guiar al operador en todo momento.

## PREPARACION DE LOS DATOS

La preparación de los datos se realiza mediante el uso de los siguientes programas:

0. Lista de variables
1. Ingreso de historias
2. Consulta de historias
3. Modificación de historias

La opción 0 permite obtener en la pantalla del computador la lista de las variables de la HCPB con sus respectivos números.

La opción 1 permite transferir al computador el contenido de las historias clínicas. El ingreso de una HCPB insume alrededor de cinco minutos. Este programa asegura que los datos ingresados estén comprendidos dentro de los límites establecidos para cada variable.

La opción 2 permite ver rápidamente en la pantalla los datos de la HCPB solicitada e imprimirlos si se desea.



La opción 5 permite detectar las inconsistencias de las historias ya ingresadas al disco o disquete. Una historia que por un lado indica que se trata de una primigesta y por el otro que tuvo dos hijos nacidos vivos presenta una inconsistencia.

El programa contiene 44 controles de consistencia. Cada control emite un mensaje para que el operador pueda facilmente detectar la incongruencia.

Sobre la base de estos mensajes el operador deberá verificar el llenado correcto de los datos sospechosos volviendo a la fuente de información (responsable del caso o encargado de registros) para poderlos corregir.

La opción 6 permite obtener un conjunto de tasas de mortalidad y morbilidad que pueden resumir la asistencia perinatal de la institución (Fig. 5). Las tasas son calculadas de acuerdo a las recomendaciones internacionales.

El documento de estadística básica contiene una "radiografía" de la institución perinatal presentada en una única página. Las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal ocupan la cabecera del documento mientras que la frecuencia de patologías del embarazo, del parto y neonato son listadas a continuación.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informático Perinatal 16/85 05-131-1390  
 Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP - OPS/OMS 211040

ESTADISTICA BASICA DEL 1-JUN-85 AL 31-OCT-87

Historias ingresadas..	1046				
Nacidos vivos >499g...	997	<2500g:	92 9.3%	>1500g:	11 1.1%
Nac muertos >499g.....	18	Nac vivos >999g.....	992		
Abortos.....	11				
H. fetal int >499 <1000g	2	tasa	2.0 p.mil nac.vivos+muertos > 499g		
H. fetal tardía >999 g...	16	tasa	15.8 p.mil nac.vivos+muertos > 999g		
H. neonat. precoz >499 g	20	tasa	20.1 p.mil nac.vivos > 499g		
>999 g	17	tasa	17.1 p.mil nac.vivos > 999g		
H. neonat. tardía >499 g	0	tasa	0.0 p.mil nac.vivos > 499g		
>999 g	0	tasa	0.0 p.mil nac.vivos > 999g		
H. despues nac. >499 g	20	<2500g:	15 <1500g	5	
H. perinatal >499 g	38	tasa	37.4 p.mil nac.vivos+muertos > 499g		
>999 g	33	tasa	32.7 p.mil nac.vivos+muertos > 999g		
Muertes maternas.....	10				
<b>MADRE</b>					
Con alguna patologia..	189	18.1%			
Embarazo multiple.....	8	0.8%			
Hipertension previa...	12	1.1%			
Preeclampsia.....	13	1.2%			
Eclampsia.....	3	0.3%			
Cardiopatía.....	0	0.0%			
Diabetes.....	3	0.3%			
Infeccion Urinaria...	7	0.7%			
Otras infecciones.....	2	0.2%			
Parasitosis.....	3	0.3%			
Amenaza parto premat...	7	0.7%			
Desproporcion.....	11	1.1%			
Hemorragia 1er. trim...	3	0.3%			
Hemorragia 2do. trim...	0	0.0%			
Hemorragia 3er. trim...	2	0.2%			
Anemia cronica.....	15	1.4%			
Ruptura premat. memb...	58	5.5%			
Infeccion puerperal...	1	0.1%			
Hemorragia puerperal...	7	0.7%			
Otras patologías.....	67	6.4%			
No Antitetanica.....	104	9.9%			
Con control prenatal...	973	93.0%			
1er. en 1er. trim...	130	13.4%			
1er. en 2o. trim...	364	37.4%			
1er. en 3er. trim...	437	44.9%			
Sin control prenatal...	41	3.9%			
y con internacion...	3	7.3%			
y sin internacion...	38	92.7%			
<b>MADRE</b>					
Con alguna patologia..	189	18.1%	Rotura membranas >24 hs.	52	5.1%
			Comienzo inducido.....	55	5.4%
			Terminacion espontanea..	664	65.4%
			forceps.....	2	0.2%
			cesarea.....	348	34.3%
			otras.....	0	0.0%
			Apgar deprimidos leves..	39	3.8%
			graves..	12	1.2%
<b>NEONATO</b>					
			Con alguna patologia...	77	7.7%
			Membrana Hialina.....	7	0.7%
			Sindrome Aspirativo....	11	1.1%
			Otros SDR.....	36	3.6%
			Apneas.....	2	0.2%
			Hemorragia.....	2	0.2%
			Hiperbilirrubinemia....	2	0.2%
			Infeccion.....	5	0.5%
			Neurologica.....	0	0.0%
			Anomalias congenitas...	14	1.4%
			Otras patologías.....	16	1.6%
			Con ases. contracepcion..	998	95.4%
<b>Comentarios:</b> _____					

Firma: \_\_\_\_\_  
 Nota: La validez de estos datos depende de la cantidad de informacion no documentada cuyo detalle es consignado en el CONTROL DE LLENADO.

Figura 5. Ejemplo de Estadística Básica

## DESCRIPCION DE VARIABLES

La opción 7 permite estudiar las variables de la HCPB una por vez. El análisis estadístico que realiza el SIP incluye la representación gráfica de la distribución y, para las variables paramétricas, la media, el desvío estándar, los percentiles usuales y los valores máximos y mínimos.

El programa imprime el histograma de la variable en forma de barras de asteriscos. Esta elección se debe a que el SIP debe funcionar en una gran variedad de equipos diferentes, y por lo tanto se descartó la modalidad gráfica.

La figura 6 presenta un ejemplo de descripción de edad gestacional. De esta forma se puede describir cualquiera de las variables de la HCPB.

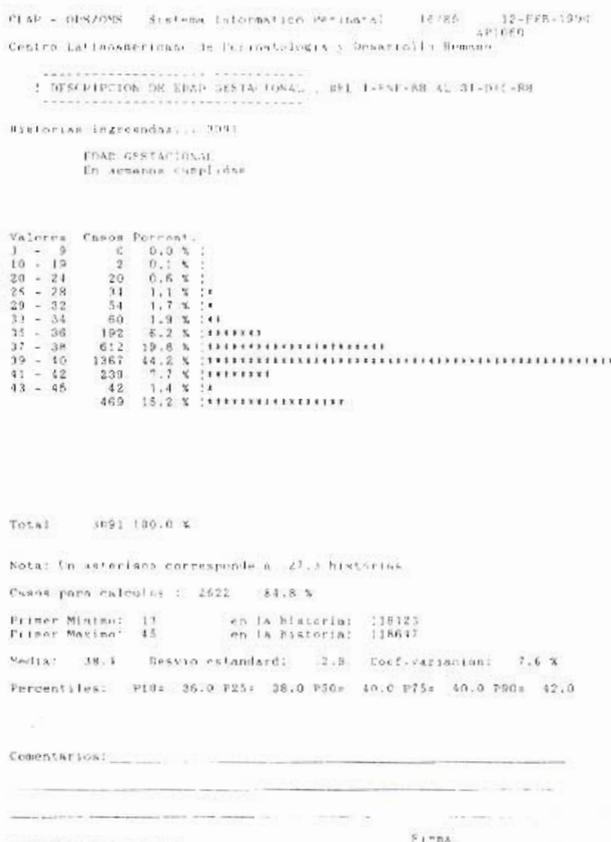


Fig. 6 - Ejemplo de descripción de variables (variable edad gestacional)

## SELECCION DE HISTORIAS

La opción 8 permite listar un conjunto de historias que cumplen con una determinada condición. Por ejemplo (Fig. 9) un operador podría seleccionar las historias de diabéticas. En cada listado, el programa imprime

un documento donde aparecen hasta 7 variables de todas las historias seleccionadas. Se recomienda que la primera de las variables elegidas sea el número de historia para poderla identificar, consultar, o imprimir si es necesario.

Con la versión SIP base de datos esta opción se enriquece con la posibilidad de ser

ejecutada ya no solo sobre el total de la población sino sobre un subgrupo de casos caracterizado hasta por cinco variables a seleccionar.

Continuando con el ejemplo de diabéticas en la figura 7, el listado fue realizado en un subgrupo de fumadoras, primigestas, solteras y de menos de 160 cm de altura.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informativo Perinatal 16/85 17-ENE-1990  
 API070  
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

SELECCION DE HISTORIAS : DEL 1-ENE-87 AL 31-MAY-87

Paq.: 1

Variable seleccionada: DIABETES Rango: 1-1  
 0 -NO  
 1 -SI

Variables descriptivas con sus códigos:

- 1 - NUMERO DE HISTORIA
- 2 - EDAD
- 3 - MUERTE FETAL
  - 1 -NO HUBO
  - 2 -DURANTE EMBARAZO
  - 3 -DURANTE PARTO
  - 4 -MOMENTO DESCONOCIDO
- 4 - APGAR MIN 1
- 5 - APGAR MIN 5
- 6 - PESO AL NACER
- 7 - ESTADO DEL NEONATO
  - 1 -SANO
  - 2 -CON PATOLOGIA
  - 3 -TRASLADO
  - 4 -FALLECE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
826439	25	1	9	9	340	1
133	28	1	7	9	410	
862890	37	1	8	9	365	1
784743	39	1	9	9	404	1
787590	39	1	9	9	380	1
125663	40	1	7	9	360	1
787384	30	1	9	9	320	1
787570	18	1	8	9	495	1
788063	37	1	9	9	404	1
347691	28	1	8	9	360	1
788340	38	1	8	9	390	1
774463	25	1	7	8	290	1
872735	57	1	9	9	300	1
788283	28	1	5	8	380	1
743242	34	1	8	9	369	1
788597	27	1	8	9	330	1
253653	28	1	7	7	170	1

CLAP - OPS/OMS Sistema Informativo Perinatal 16/85 17-ENE-1990  
 API070  
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

SELECCION DE HISTORIAS : DEL 1-ENE-87 AL 31-MAY-87

Paq.: 2

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Total de historias seleccionadas: 117						
Total de historias ingresadas: 7056						

Figura 7. Selección de historias

## RIESGO RELATIVO

La opción 9 permite cruzar dos variables cualquiera de la HCPB para evaluar el riesgo relativo. El operador elige una variable de exposición y otra variable que represente un resultado adverso. La variable de exposición al riesgo tiene un rango de riesgo aumentado y valores de referencia.

Por ejemplo la exposición al riesgo podría ser la rotura prematura de las membranas ovulares. La situación de referencia estaría representada por los casos en donde no exista rotura.

La variable de resultado podría ser por ejemplo infección neonatal.

La figura 8 muestra el documento de riesgo relativo de infección neonatal por rotura prematura de membranas.



Maternidad Integradas - 1046 Historias referidas (maternidad) - 726

Edad de embarazo:

Edad gest.	Casos	EN PATOLOGIA MATERNA NO FUMADORAS												
		P01.0	P01.1	P01.2	P01.3	P01.4	P01.5	P01.6	P01.7	P01.8	P01.9			
27 - 28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 - 27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 - 26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 - 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 - 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 - 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 - 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 - 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 - 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 - 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 - 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 - 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 - 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 - 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 - 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 - 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 - 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 - 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 - 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 - 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 - 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 - 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 - 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 - 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 - 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 - 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 - 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 - 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 - 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 - 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 - 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 - 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 - 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 - 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	716	2193	2399	2579	2905	3179	3519	3731	3881	4024				

NOTAS: El calculo de porcentajes se efectuó para las gestaciones que tienen por lo menos 10 historias.  
 Base en gestos con asociación en sus pesos 25 g por porción.  
 Se excluyen de los calculos los embarazos con peso > 500 g y los casos en los cuales se desconoce la edad gestacional.

Comentarios:

---



---

Figura 9-Percentiles de peso por edad gestacional en madres no fumadoras y sin patología

Las opciones 12 y 13 permiten estudiar las patologías maternas en asociación con la mortalidad perinatal.

La distribución de patologías maternas (opción 12) estratifica la población de acuerdo al resultado perinatal (recién nacido que vive, muerte fetal intermedia, tardía o muerte neonatal precoz). Para cada estrato, presentado en una columna, se indica la contribución de las patologías maternas.

La mortalidad según patología materna (opción 13) presenta el resultado perinatal para cada patología materna. Dada una patología, el documento indica las tasas de mortalidad fetal intermedia, fetal tardía y neonatal precoz. La figura 10 es un ejemplo de documento de mortalidad según patología materna.

CLAP - OPS/OMS Sistema Informativo Perinatal 10/85 05-EXP-1990  
 Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP - OPS/OMS AP1120  
 DISTRIBUCION DE PATOLOGIAS MATERNAS DEL 1 JUN 81 AL 31 OCT 87

Historias integradas - 1046

P A T O L O G I A M A T E R N A	P O B L A C I O N E S				
	Patologias EN que vive	Fet. int.	Fet. tard	Neo precoz	
casos %	casos %	casos %	casos %	casos %	
EMBARAZO MULTIPLE	8 3.4	1 0.7	0 0.0	1 0.1	0 0.0
RESTRENO DE TRONCA	12 5.4	5 6.7	0 0.0	1 1.3	1 1.0
PREECLAMPSIA	13 5.9	15 1.4	0 0.0	0 0.0	2 19.0
ECLAMPSIA	3 1.4	2 0.2	0 0.0	0 0.0	1 5.0
CARDIOPATIA	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
DIABETIS	3 1.4	3 0.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
INFECCION URINARIA	7 3.2	6 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
OTRAS INFECCIONES	2 0.9	2 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0
PARASITOSIS	3 1.4	3 0.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
ARENAS FASE PREMAT	7 3.2	6 0.6	0 0.0	1 1.0	0 0.0
DESPLAC. CER. PELV.	11 5.0	10 1.0	0 0.0	0 0.0	1 5.0
HEMORRAGIA 1ER TRIM	3 1.4	1 0.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
HEMORRAGIA 2DO TRIM	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
HEMORRAGIA 3ER TRIM	2 0.9	1 0.1	0 0.0	1 1.3	0 0.0
ANEMIA CRONICA	15 6.8	13 1.3	0 0.0	1 1.3	1 5.0
RUPTURA PREMAT MENE	58 26.1	54 5.5	1 0.1	0 0.0	3 15.0
INFECCION PUERPERAL	1 0.5	1 0.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
HEMORRAGIA PUERP	7 3.2	6 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
OTRAS PATOLOGIAS	67 30.2	59 5.9	0 0.0	1 1.0	6 25.0
Total patologias	222 100%				
Paciente patolog	189 18.1	167 17.1	1 50.0	5 31.3	10 50.0
Ninguna patologia	727 74.3	738 75.6	1 50.0	10 62.5	6 30.0
Total de pacientes	1046 100%	974 100%	2 100%	16 100%	20 100%

NOTAS: (1) Para las poblaciones de nacidos vivos que viven, fetos muertos y neonatos muertos se incluyen los de 500g o mas.  
 (2) El item 'Ninguna patologia' incluye las embarazadas sin ningun control prenatal.  
 (3) La distribucion de patologias en las poblaciones de nacidos vivos que viven, fetos muertos y neonatos muertos se refiere al total de pacientes y no al total de patologias.  
 (4) El item 'RM que vive' se refiere a todos los recién nacidos vivos excluidos los que mueren antes de los 7 dias.  
 (5) En 'Embarazo Multiple' la unidad es el recién nacido.

Comentarios:

---



---

Firma:

Figura 10. Mortalidad según patología materna

## MORBIMORTALIDAD NEONATAL

La opción 14 permite estudiar la mortalidad neonatal según peso al nacer en partos únicos y múltiples para todos los recién nacidos de más de 500 gramos. La opción 15 de la cual la figura 11 es un ejemplo analiza la

mortalidad según las distintas patologías neonatales

Con los programas SIP base de datos el operador puede elegir la variable de estratificación para obtener, por ejemplo, la mortalidad específica por cada semana de edad gestacional.

CLAP - OPS/ONS Sistema Informativo Perinatal 16/85 12-FEB-1990  
API150  
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS NEONATALES : DIL 1-ENE-88 AL 31-DIC-88

Historias ingresadas: 3092

P A T O L O G Í A P E Q U E Ñ A	P O B L A C I O N E S			M u e r t e s P r e c o z e s	
	Nacidos Vivos	Vivos	Muertos	M. Precoz	%
Hembrana Hialina	10	2.0	0.3	2	7.4
Respirativo	6	1.2	0.2	0	0.0
Otros SDR	113	22.1	3.8	3	11.1
Apneas	5	1.0	0.2	2	7.4
Hemorragia	4	1.6	0.3	1	3.7
Hiperbilirrub.	70	13.7	2.3	0	0.0
Infección	51	10.0	1.7	4	14.8
Neurológica	31	6.1	1.0	4	14.8
Anemia Congénita	39	7.6	1.3	2	7.4
Otras Patolog. N.N.	178	34.8	5.9	6	22.2
Total patologías	511	100 %			
Pacientes patología	420		14.0	10	74.1
> alguna patología	3344		77.9	0	0.0
Total de pacientes	3010		100 %	27	100 %

Nota: (1) Se consideran solamente los nacidos vivos con peso mayor o igual a 500 gramos.  
(2) La población de Nacidos Vivos incluye la población de Muerte neonatal precoz.

Comentarios:

Firma:

Figura 11. Mortalidad neonatal

## APGAR SEGUN FORMA DE TERMINACION DEL PARTO

La opción 16 presenta la distribución de puntajes de Apgar (Apgar 0, deprimidos leves, graves y vigorosos) en las cuatro subpoblaciones de terminación del parto (espontáneo, forceps, cesárea y otra).

Este documento permite evaluar la asociación de la forma de terminación sobre el puntaje de Apgar al 1er minuto de vida.

## COPIA DE DATOS

La opción 17 permite hacer copias de las historias clínicas ingresadas al computador. Las copias son necesarias en caso de rotura o

pérdida de los medios magnéticos (disco o disquetes) que contienen los datos. Se realizan también copias para enviar los datos a un centro concentrador regional o nacional.

Las instalaciones del SIP a nivel central usan los programas de la opción 17 para consolidar historias de varios disquetes en un disco rígido.

## RECOMENDACIONES PARA LA INSTALACION

Antes de incorporar la HCPB, el comité de historias clínicas del establecimiento deberá evaluar el modelo de historia en uso principalmente con el fin de evitar la duplicación de esfuerzos en el registro de datos. No deben mantenerse formularios ni realizarse anotaciones que repitan los datos contenidos en la HCPB. Este es un requisito esencial para el éxito del SIP.

El equipo de salud puede disponer a través del SIP de una valiosa base de datos. Sin embargo, la aplicabilidad de estos datos puede verse limitada y aún anulada si desde el momento de la implantación del sistema no se toman algunos recaudos para lograr una adecuada cobertura de los partos y abortos atendidos en el establecimiento e integridad en el llenado de los datos de la HCPB.

Se logra una cobertura total cuando la HCPB de cada uno de los partos y abortos se ingresa al archivo del SIP. No se recomienda utilizar los datos del SIP de períodos (Ej: meses) que no hayan alcanzado como mínimo un 80 % de cobertura. Este nivel mínimo solamente permite un análisis grosero de los datos; para ciertas aplicaciones tales como cálculo de tasas de mortalidad y riesgo relativo se requiere una cobertura mucho mayor.

En cuanto a la integridad, se mide en términos del porcentaje de ausencia de datos en la HCPB; este porcentaje debería ser inferior al 4 % y aún menor en ciertos datos básicos tales como la condición al egreso del recién nacido y de la madre, si hubo muerte fetal, el peso al nacer, el egreso tanto del recién nacido como el materno.

Para evaluar el nivel de cobertura puede utilizarse datos sobre partos y abortos generados por otras fuentes, tales como los libros de registro: de salas de partos, nacimientos, egresos de los servicios de obstetricia y de neonatología, etc. En cuanto a la evaluación de la integridad en el llenado de la historia, puede hacerse rápidamente con el programa control de llenado.

Para obtener un buen nivel de cobertura es indispensable establecer un riguroso mecanismo de control diario de recepción de las historias para su ingreso al computador. El censo diario de pacientes hospitalizados puede ser un instrumento adecuado para este control. Cualquiera sea el método que se adopte, se debe: a) verificar diariamente si se han recibido las historias de todos los egresos por "parto y aborto"; b) mantener un registro de las historias no recibidas; c) solicitar su envío al responsable del servicio que corresponda; d) informar periódicamente al coordinador del SIP del establecimiento sobre las historias no recibidas.

En relación con la integridad, antes que las HCPB se ingresen al computador es necesario:

- verificar si se han completado por lo menos los ítems que más afectan la utilización del banco de datos,
- solicitar los datos que falten o las correcciones por inconsistencias al médico responsable,
- incorporar los datos o correcciones.

No conviene retener las historias en el área de ingreso de los datos, aunque se encuentren incompletas, ya que pueden ser solicitadas para la atención de la puerpera o recién nacido. Se recomienda mantener un listado de las historias incompletas devueltas al archivo central, para facilitar la incorporación de los datos cuando se los obtenga.

Dado que al egresar la madre, su historia se envía al archivo, aunque el niño continúe hospitalizado, deberá mantenerse un estricto control de estos casos para que los datos del recién nacido se ingresen al computador.

En todos los establecimientos donde se implante el SIP debe designarse un coordinador (médico) del SIP y capacitar en este sistema al jefe del departamento de registros médicos y estadística de manera que pueda colaborar tanto en su funcionamiento como en el análisis de los datos. Conviene designar dentro de ese departamento un responsable para la ejecución de las tareas de control mencionadas y el ingreso de los datos al computador.

Para evitar errores y omisiones en el llenado de la HCPB, es importante que el Coordinador del SIP supervise periódicamente el

llenado de la HCPB tanto en los servicios de consulta externa como de internación.

Previo a la instalación de los programas del SIP debería considerarse los siguientes aspectos:

- implantación de los formularios del SIP y el CARNE PERINATAL en la asistencia perinatal.
- coordinación entre todos los responsables de la atención perinatal para el correcto llenado de todas las variables y del flujo de la información.

# LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL FORMULARIO BASE

## IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA

CLAP-OPS/OMS	HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE	ESTABLEC.	N° H. C.			
NOMBRE _____	EDAD años <input type="text"/>	ALFABETA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	ESTUDIOS <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ.	rang. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sec. años aprob. <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>
DOMICILIO _____	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input type="checkbox"/>	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input type="checkbox"/>	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input type="checkbox"/>
LOCALIDAD _____	TEL. _____					

### ESTABLEC.

El código asignado al establecimiento al que corresponde el caso. Admite hasta siete dígitos.

### No. H.C.

El número de historia clínica asignado por el establecimiento a la embarazada. Admite hasta 10 dígitos.

### NOMBRE

Los apellidos paterno y materno de la embarazada y sus nombres completos. Copiarlos del documento de identidad cuando lo presente.

### DOMICILIO/LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Registrar 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 localización (Ej. Km 5 de la ruta 3).

### TEL.

El teléfono del domicilio. Si no tuviera, anotar uno cercano al mismo, donde el esta-

blecimiento pueda comunicarse con la familia.

### EDAD

La de la embarazada en años cumplidos. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar el casillero inferior amarillo.

### ALFABETA

Si lee y escribe marcar "sí", en caso contrario marcar "no".

### ESTUDIOS

Los cursados en el sistema formal de educación. Marcar solamente el máximo nivel alcanzado, completado o no.

### AÑOS APROBADOS

El último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la embarazada.

### ESTADO CIVIL

El del momento de la primera consulta. Se entiende por "unión estable" la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En "otro" se incluye separada, divorciada, viuda.

Ejemplo para el llenado de la sección de IDENTIFICACION.

CLAP-OPS/OMS	HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE	ESTABLEC.	N° H. C.			
NOMBRE <u>M. R. P.</u>	EDAD años <u>39</u>	ALFABETA <input checked="" type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	ESTUDIOS <input checked="" type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ.	rang. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sec. años aprob. <input checked="" type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> unión <input checked="" type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>
DOMICILIO <u>Chile 640</u>	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input checked="" type="checkbox"/>	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input checked="" type="checkbox"/>	menor de 15 años <input type="checkbox"/>	mayor de 35 años <input type="checkbox"/>
LOCALIDAD <u>San Pedro</u>	TEL. <u>—</u>					

M.R.P., domiciliada en la calle Chile 640 de la localidad de San Pedro concurre al Hospital Regional 5, cuyo número de código es 384. Se diagnostica embarazo y se inicia la HCPB asignándosele el número 26497. Tiene 39 años, ha completado el segundo año de estudios secundarios, es soltera pero convive con su pareja desde hace un año.



# EMBARAZO ACTUAL

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		día	mes	año	DUDAS	ANTITETANICA	actual	GRUPO	FUMA	HOSPITALIZACION	
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	FPP (FUM)			no	previa	1 <sup>a</sup>	Rh	sensibil.	no	si
kg	1				si	si	2 <sup>a</sup>	no	si	no	si
EX. CLINICO normal	EX. MAMAS normal	EX. ODONT. normal	PELVIS normal	PAPANIC. normal	COLPOSCOPIA normal	CERVIX normal	VDRL	+	cigarrillos por día	TRASLADO	lugar:
si	si	si	si	si	si	si	-	día	día	no	si
no	no	no	no	no	no	no	+	mes	mes	Hb	día
											mes

Se registran los datos recabados durante el primer control prenatal y se va completando en los sucesivos.

## PESO ANTERIOR

El peso en kilogramos de la mujer, PREVIO al embarazo actual

## TALLA

La medida de pie y descalza, en centímetros.

## FUM

El día, mes y año de la última menstruación. Es importante completar siempre este dato aunque la embarazada no lo recuerde con exactitud; en tal caso marcar la casilla "si" en el ítem siguiente (DUDAS).

## FPP

El día, el mes y el año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo usar el gestograma de CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. En su defecto, sumar 10 días al primer día de la última menstruación y restar tres meses. Como en el ítem anterior se recomienda completar siempre este dato aunque existan dudas sobre la FUM.

## DUDAS

Se refiere a la validez que el interrogador le confiere al dato de la última menstruación. Marcar "si" en caso que la FUM no sea exacta, sea porque la embarazada refiere

una fecha aproximada por no recordarla con exactitud, o porque existe una notoria discordancia entre este dato y algunas observaciones clínicas. Marcar "no" en caso contrario.

## ANTITETANICA

Si la embarazada está previamente vacunada y no han transcurrido aún 10 años desde la vacunación, marcar la casilla "si" y dejar en blanco las casillas correspondientes a "actual". Si han transcurrido más de 10 años desde la administración de la vacuna, marcar la casilla "no". En este caso, anotar en la casilla 2a./R (segunda dosis o refuerzo) el mes de gestación si recibe una dosis de refuerzo y dejar en blanco la casilla "1a" (primera dosis). Dejar ambas casillas en blanco si no recibe refuerzo alguno.

Si no fue vacunada previamente y se vacuna durante la gestación, anotar en la casilla "1a." el mes de gestación en que se le administró la primera dosis y en "2a./R" el de la segunda dosis.

## GRUPO

El grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB o O). Para "Rh" y para "sensibilización" marcar las casillas correspondientes.

## FUMA

Se consigna el hábito practicado durante la actual gestación. En el caso de que la respuesta sea "si", anotar el promedio del número de cigarrillos consumidos por día.

## HOSPITALIZACION

Se refiere a si la embarazada estuvo internada por lo menos una vez durante el actual embarazo en algun centro asistencial, antes de su ingreso para trabajo de parto. En este ítem la alternativa "no" se deberá marcar solamente en el momento del cierre de la historia.

## TRASLADO

Es la remisión de la embarazada a otro establecimiento para continuar su atención. No se considera TRASLADO la remisión para interconsulta, exámenes o tratamientos, cuando se estima que la embarazada continuará el control del embarazo en el establecimiento que realiza la remisión.

Como en el ítem anterior, recién se marcará "no" al cierre de la historia, ya que también puede haber traslado a otro establecimiento después del parto.

## EX.CLINICO/EX.MAMAS/EX.ODONT./PELVIS/ PAPANIC./COLPOSCOPIA/ CERVIX

Marcar el casillero "si" cuando el resultado del examen sea normal y el casillero

"no" cuando se detecte alguna anomalía; en este último caso ampliar en la hoja de "Observaciones". Dejar en blanco cuando los exámenes no se realizaron, o el resultado se desconoce. Por ejemplo, una institución que no realiza COLPOSCOPIA ni PAPANICOLAU dentro de la atención obstétrica dejará en blanco estos ítems.

## VDRL

Resultado y fecha de la toma de la muestra de hasta dos estudios realizados durante el embarazo. Si alguno resultara positivo, ampliar en la hoja de "Observaciones".

## Hb

El valor en gramos por 100 mililitros de la primera determinación de hemoglobina realizada durante el embarazo y la fecha de la toma de la muestra". Si el valor es anormal, marcar el casillero amarillo y ampliar en "Observaciones". Si hay más de una determinación, anotarlos en la hoja de "Observaciones".

Ejemplo para el llenado de la sección EMBARAZO ACTUAL.

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		día	mes	año	DUDAS	ANTIETANICA	actual	2º/3º	GRUPO	FUMAR	HOSPITALIZACION	no	si	
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	08	01	90	no	previa	si	no	7	Rh	no	si	si	
60 kg	161	15	10	90	si	si	no	mes gest.	+	no	si	no	si	
EX. CLINICO	EX. MAMAS	EX. ODONT.	PELVIS	PAPANIC.	COLPOSCOPIA	CERVIX	VDRL	Hb	05	algunos por día	lugar:			
normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	+	2603						
si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	
												09	26	03

La embarazada manifestó que su peso anterior al embarazo actual era de 60 kilos. Su estatura, medida por la enfermera en esa consulta, es 1,61 metros. No recuerda exactamente la fecha del primer día de la última menstruación, pero cree que podría ser el 8 de enero. Recibió una dosis de VACUNA ANTITETANICA hace doce años; fuma en promedio 5 cigarrillos por día. En el examen clínico se detecta un soplo cardíaco; los resultados de los exámenes de mamas, odontológico, pelvis y cervix son normales; el establecimiento no realiza examen colposcópico a embarazadas. Se le indica que concurra dos días más tarde para la toma de muestras. Los resultados son los siguientes:

PAPANICOLAU: Grado I Grupo sanguíneo: A Rh: positivo (+)

VDRL: negativo (-) Hemoglobina: 9

Obsérvese que los ítems HOSPITALIZACION y TRASLADO no se completaron ya que la respuesta "no" solamente podrá marcarse en el momento del cierre de la historia. Esto se debe a que en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio puede haber un traslado.

## CONSULTAS

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorrea									
peso (kg)									
tensión arterial máxima (mm Hg)									
alt. uterina / present. pubis fondo									
F.C.F. (cat./min.) / mov. fetal									

Este sector se destina al registro de los datos que deben anotarse en cada consulta durante el embarazo. Dispone de 9 columnas que corresponden a otras tantas consultas. Si se realizaran más, adjuntar otro "formulario de HCPB" repitiendo solamente el NOMBRE de la embarazada, el CODIGO del establecimiento y el NUMERO de la historia clínica.

Marcar en los lugares coloreados en AMARILLO siempre que se observe un resultado ANORMAL.

### *Fecha de la consulta*

Cada número corresponde al orden de la consulta; anotar a continuación la fecha (día, mes y año) de la consulta correspondiente.

### *Semanas de amenorrea*

Las cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.

### *Peso*

En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, en ropa interior.

### *Tensión arterial*

La máxima y mínima con la embarazada sentada.

### *Altura uterina / presentación*

La altura uterina en centímetros, desde el borde superior de la sínfisis al fondo del útero.

Para la presentación escribir "cef" (cefálica), "pelv" (pelviana) o "tr" (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.

### *F.C.F./mov. fetal*

La frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto, entre dos contracciones. Para movimiento fetal anotar presentes (+) o ausentes (-) según corresponda.

### *Líneas en blanco*

Cuando sea necesario usar este espacio, para registrar datos relevantes del embarazo que no hayan sido listados. La segunda línea puede utilizarse para la identificación del que atendió a la embarazada en cada consulta.

Ejemplo para el llenado del ítem CONSULTA.

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorrea	10	13	25	35					
peso (kg)	61,5	61,5	64,5	67					
tensión arterial sistólica (mm.Hg)	100/70	100/70	100/70	100/80					
alt. uterina pube fondo / present. Cul.Pab./f. / F.C.F. / (al.min) / (al.min)	16 / / /	16 / / /	23 / / 150 / +	32 / / 140 / +					
Responsable	P....	C....	P....	G....					

En la primera consulta, el día 24 de marzo su peso es 61,5 kilogramos, su presión 100/70 mmHg y la altura uterina 16 cm.

En la segunda consulta, el día 11 de abril de 1990, su peso es 61,5 kilos, su presión 100/70 y la altura uterina 16 cm.

El 7 de julio concurre para una nueva consulta; pesa 64,5 kilos, su presión arterial es 100/70 mmHg y la altura uterina 23 cm. La frecuencia cardíaca fetal es de 150 latidos por minuto y se perciben movimientos fetales.

En la cuarta consulta, el 10 de setiembre, pesa 67 kilos, la presión es 100/80 mmHg, la altura uterina 32 centímetros, la presentación cefálica, la frecuencia cardíaca fetal 140 latidos minuto y se perciben (+) movimientos fetales.

## PARTO ABORTO

PARTO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/>		CONSULTA PRENATAL N°		INGRESO			EDAD GEST. sem.		PRES. -cef. -peh. -tran.		TAMANO FETAL acorde al no		INICIO esp. Ind. ces. elect.		MEMBRANAS fecha ruptura				
ORIGEN		en el hosp. si no		temperatura °C			menor 37 mayor 41								hora minut día mes				
TRABAJO DE PARTO		hora		tensión arterial max / min (mm.Hg)		contracciones frec./10 min dur. seg.		altura var. posic.		F.C.F. / F.C. mat. (latidos / minuto)		dilat. cerv. meconio							
TERMINACION espont. fórceps cesárea otra		hora min. día mes año		NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic. otro		N° H.C. RN													
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		ATENDIO médico enf./obst. lluxil. estud./empr. otro		nombre RN															
MUERTE intraut. si no		EPISIOTOMIA no si		ALUMB. espont. si no		PLACENTA compl. si no		PARTO		NEONATO		nombre							
si no		si no		si no		ning. anest. reg. anest. gen. anage. tranquil. octoc. antibiot. otra													

Sector destinado a registrar la información necesaria para el control del período dilatante y los datos del parto y del alumbramiento. Marcar la casilla que corresponda según se trate de un Parto o de un Aborto.

blanco si el control prenatal se realizó en el mismo hospital. A continuación se ha previsto un espacio para el registro del código (dos dígitos) si estuviera establecido.

### ORIGEN

Anotar el nombre del establecimiento donde se realizó el control prenatal. Dejar en

### CONSULTA PRENATAL

Marcar en el casillero correspondiente si las consultas se realizaron en el hospital al que concurre para el parto y si presentó el

**CARNE PERINATAL.** Cuando sea posible, tomar estos datos del CARNE PERINATAL o de la previa HCPB. En caso contrario, completarlos por interrogatorio a la embarazada.

### **NUMERO**

Anotar siempre el número de consultas prenatales; colocar 00 si no ha tenido ninguna consulta prenatal.

### **INGRESO**

Anotar el día, el mes y el año de ingreso de la embarazada para trabajo de parto y la temperatura al momento del ingreso.

### **EDAD GEST.**

Anotar la edad gestacional, en semanas completas transcurridas desde el primer día de la última menstruación hasta el ingreso en trabajo de parto. En caso de ser menor de 37 (pretérmino) o mayor de 41 semanas (postérmino), marcar el casillero amarillo inferior.

### **PRES.**

Se refiere al tipo de presentación, "cef" (cefálica), "pelv" (pelviana) o "trans" (transversa) diagnosticada en el momento del inicio del trabajo de parto. Marcar el casillero que corresponda.

### **TAMAÑO FETAL acorde**

Determinar apreciando clínicamente por palpación o medida de la altura uterina, si el tamaño fetal corresponde con la amenorrea.

### **INICIO**

Marcar el que corresponda: "esp" (espontáneo), "ind" (inducido) o "ces. elect" (cesárea electiva). En este último caso consignar la indicación de cesárea en el lugar descrito más adelante.

### **MEMBRANAS**

Marcar la casilla "int" (íntegras) o "rot" (rotas) al inicio del trabajo de parto. En am-

bos casos anotar siempre la hora y la fecha en que se produce la rotura, aunque ésta se produzca luego del ingreso de la embarazada.

### **TRABAJO DE PARTO**

Registrar en cada columna los datos correspondientes a las variables especificadas. No siempre es necesario llenar todos los items en cada control.

#### **Hora.**

La correspondiente a cada control.

#### **Tensión arterial.**

En mm Hg (milímetros de mercurio) la máxima y la mínima, fuera de la contracción uterina.

#### **Contracciones**

**frec. 10 m:** el número de contracciones en 10 minutos

**dur/seg:** la duración de una contracción, en segundos, desde el comienzo del endurecimiento hasta su relajación.

#### **Altura/var. posic.**

**altura:** la de la presentación, utilizando ya sea los planos de Hodge I, II, III y IV o las estaciones -2, -1, 0, +1 y +2.

**var. posic.:** anotar con las siglas IA, IT, IP, DA, DT, DP, P o S las variedades de la posición.

#### **FCF/FC mat.**

**FCF.** La frecuencia cardíaca fetal entre contracciones (basal), durante y después de ellas para detectar la existencia o no de caídas durante la fase de relajación (DIPS II). Ej: 106/II (106 es la frecuencia cardíaca basal y el II corresponde a Dips II o desaceleraciones tardías).

**F.C. mat.** La frecuencia cardíaca materna, en latidos por minuto, fuera de la contracción.

### **dilat. cerv./meconio**

**dilat. cerv.:** anotar la dilatación cervical del orificio interno del cuello aproximada en centímetros.

**meconio:** si el meconio está presente anotar una "M" en el triángulo amarillo correspondiente. No anotar nada si no hay meconio.

### **TERMINACION**

Marcar el casillero que corresponda según la forma de terminación del parto o aborto y anotar la hora, minutos, día, mes y año en que terminó. En estas casillas se documenta el instante en que se produce la terminación del embarazo.

### **INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION**

Anotar la indicación principal y colocar en las casillas el código correspondiente según la lista impresa en el reverso del formulario básico de la HCPB.

### **MUERTE INTRAUT.**

En caso de muerte intrauterina (incluyendo los abortos), marcar el casillero que indique el momento en que se produce la muerte: "si, emb." (embarazo), "si, parto" o "si, ignora momento".

### **EPISIOTOMIA/DESGARROS**

Marcar para cada variable el casillero que corresponda.

### **ALUMB. ESP.**

Marcar el casillero que corresponda según haya habido o no un alumbramiento espontáneo.

### **PLACENTA compl.**

Marcar el casillero que corresponda según que la placenta esté o no completa.

### **MEDICACION EN PARTO**

La administrada durante el período de dilatación y expulsivo. En caso de marcar "otra" podrá especificarse hasta dos medicamentos colocando los códigos en las casillas que se encuentran a continuación de esta alternativa. Utilizar para ello el listado de medicamentos que se incluye en el reverso del formulario básico de la HCPB.

### **NIVEL DE ATENCION**

El que corresponda según el lugar donde se produjo el parto. En caso de parto institucional, marcar la casilla correspondiente al nivel de atención asignado al establecimiento (primario, secundario, terciario). Si el parto es domiciliario, marcar la casilla "domic". Si se marcó "otro", aclarar en la hoja de "observaciones".

### **No. H.C. RN**

El número asignado por el establecimiento al recién nacido, en caso de que se le haya abierto historia clínica separada de la de la madre.

### **NOMBRE RN**

Anotar el nombre del recién nacido.

### **ATENDIO/ PARTO/ NEONATO**

Se refiere al tipo de personal que atendió el parto y que realizó la atención inmediata del neonato. Marcar la casilla que corresponda. Anotar a continuación el "nombre" del que atendió el parto y del que realizó la atención inmediata del neonato.

Ejemplo para el llenado de la sección PARTO O ABORTO.

<b>PARTO ABORTO</b>		CONSULTA PRENATAL N° 04		día mes año 08 10 90			EDAD GEST. sem. 39	PRES. cel. <input checked="" type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL acorde	INICIO esp. <input checked="" type="checkbox"/>	MEMBRANAS Int. <input checked="" type="checkbox"/>	fecha ruptura			
ORIGEN		en el hosp. <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INGRESO temperatura 36.8 °C			menor 37 mayor 41 <input type="checkbox"/>	polv. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ind. <input checked="" type="checkbox"/>	rot. <input type="checkbox"/>	hora 10	minut. 30	día 08	mes 10
TRABAJO DE PARTO		hora 8:30	9:30	10:30											
tensión arterial (max / min. (mm Hg))		110/80	110/80	110/80											
contracciones (freq./10 min) dur. seg.		3/50	3/50	3/60											
altura var. posic.		II / OIIA	II / OIIA	III / OIIA											
F.C.F. / F.C. mat. (latidos / minuto)		140/88	140/88	140/88											
dilat. cerv. meconio		6	7	9											
		REM													
TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> forceps <input checked="" type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		hora 11	min. 05	día 08	mes 10	año 90	NIVEL DE ATENCION 3° <input type="checkbox"/> 2° <input checked="" type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/>		domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		N° H.C. RN 30362				
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION alivio del expulsivo por def. materna 23							ATENDIDO médico <input checked="" type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./emplr. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		nombre RN E.....						
MUJERTE Intraut. <input checked="" type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		ALUMB. espont. <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PARTO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		nombre P.....					
si parto <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DESGARROS no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO ning. <input type="checkbox"/> anest. reg. <input type="checkbox"/> anest. gen. <input type="checkbox"/> magés. tranquil. <input type="checkbox"/> octoc. <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> otra <input checked="" type="checkbox"/>								01		11	

La gravida llega al Hospital REGIONAL 5 el 8 de octubre de 1990 y presenta el CARNE PERINATAL. Se solicita al archivo su historia clínica. La EDAD GESTACIONAL, calculada según la FUM registrada en dicha historia es 39 semanas. La temperatura axilar es de 36,8 o C, la PRESENTACION es cefálica y el TAMAÑO FETAL acorde con la edad gestacional; la MEMBRANAS están íntegras.

A la hora 8,30 el médico inicia el control de TRABAJO DE PARTO. La tensión arterial es 110/80 mmHg; las contracciones 3 en 10 minutos con una duración de 50 segundos; la altura de la presentación en segundo plano y la variedad de posición occipito ilíaca izquierda anterior. La frecuencia cardíaca fetal es de 140 por minuto, la frecuencia cardíaca materna de 88 latidos por minuto y la dilatación cervical 6 centímetros.

A las 9,30 la situación obstétrica se mantiene igual excepto en la dilatación que es de 7 centímetros.

A las 10,30 las contracciones son 3 en 10 minutos con duración de 60 segundos, se constata REM con líquido claro, la altura de la presentación en tercer plano, sin modificación en la posición, frecuencia cardíaca fetal, frecuencia cardíaca materna y presión arterial. La dilatación cervical es de 9 centímetros.

La TERMINACION es a las 11,05 del mismo día, por forceps, con INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION "alivio del expulsivo por cardiopatía" (código 23: "otra" enfermedad materna). La PLACENTA está completa; la MEDICACION EN PARTO administrada fue anestesia local y antibiótico profiláctico.

La historia del recién nacido tiene el número 30362 y el niño se llamará Ernesto.

## PATOLOGIA MATERNA

PATOLOGIAS	ninguna <input type="checkbox"/>	orden <input type="checkbox"/>	otras info. <input type="checkbox"/>	anemia crónica <input type="checkbox"/>
	emb. múltiple <input type="checkbox"/>		parasitosis <input type="checkbox"/>	rot. pra. memb. <input type="checkbox"/>
	hipert. previa <input type="checkbox"/>		R.C.I.U. <input type="checkbox"/>	infec. puerp. <input type="checkbox"/>
	pre eclampsia <input type="checkbox"/>	amen. parto prem. <input type="checkbox"/>		hem. puerp. <input type="checkbox"/>
	eclampsia <input type="checkbox"/>	desprop. cel. pelv. <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/>
	cardiopatía <input type="checkbox"/>	hemorragia 1° trim. <input type="checkbox"/>		
	diabetes <input type="checkbox"/>	hemorragia 2° trim. <input type="checkbox"/>		
	infec. urinaria <input type="checkbox"/>	hemorragia 3° trim. <input type="checkbox"/>		

Marcar las patologías del embarazo, parto y puerperio que correspondan, a medida que se vayan realizando los diagnósticos. En caso de "embarazo múltiple", anotar el orden del nacimiento en el casillero que aparece junto a esta alternativa. Por ejemplo, en un embarazo doble, al niño que nació primero le corresponde el número 1 y al otro el número 2.



## APGAR

Valor del puntaje de Apgar al 1o. y 5o. minuto de vida. En caso de ser 6 o menor en el 1er. minuto, marcar el casillero amarillo.

## REANIM. RESPIR.

Marcar si fue necesario asistir al recién nacido con maniobras de reanimación, con máscara o con tubo.

## VDRL

El resultado en sangre del cordón o del neonato.

## EXAMEN FISICO

Marcar la casilla que corresponda de acuerdo con el resultado del examen.

## PATOLOGIAS

Las que correspondan a medida que se vayan realizando los diagnósticos. Aclarar en

la hoja de "Observaciones" siempre que se registre una patología. La casilla "ninguna" se marcará recién al egreso del recién nacido.

Como en PATOLOGIA MATERNA, hay dos grupos de casilleros para la codificación (opcional) de diagnósticos. En el reverso del formulario de la HCPB hay una LISTA DE PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO. También en este caso podrá utilizarse cualquier otra que el usuario considere más apropiada.

## ALOJ. CONJUNTO

Marcar "si" solamente cuando el niño permanece con la madre en alojamiento conjunto.

## HOSPITALIZADO

Marcar "si" solamente cuando el niño permanece en la sala de hospitalización neonatal o de pediatría.

Ejemplo para el llenado de la sección RECIEN NACIDO.

RECIEN NACIDO		TALLA	EDAD POR EX. FISICO	PESO E.G.	APGAR		REANIM. RESPIR.	VDRL
En abierto y FMI sólo sexo y peso		49,0 cm	39 sem.	adec. <input checked="" type="checkbox"/>	1 <sup>o</sup> minuto	5 <sup>o</sup>	no <input checked="" type="checkbox"/>	- <input checked="" type="checkbox"/>
SEXO	PESO AL NACER	PER. CEF.	menor de 37	pac. <input type="checkbox"/>	09	10	máscara <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	3180 g	36,5 cm	menor de 37 <input type="checkbox"/>	gde. <input type="checkbox"/>	0 o menor <input type="checkbox"/>		tubo <input type="checkbox"/>	
m <input checked="" type="checkbox"/>								
EXAMEN FISICO				ALOJ. CONJUNTO		HOSPITALIZADO		
-normal <input checked="" type="checkbox"/>				si <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>		
-anormal <input type="checkbox"/>				si <input type="checkbox"/>		si <input checked="" type="checkbox"/>		

El recién nacido es de sexo masculino, con un PESO AL NACER de 3180 gramos, una TALLA de 49,0 centímetros y un PERIMETRO CEFALICO de 36,5 centímetros. La EDAD POR EXAMEN FISICO es de 39 semanas. El PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL es adecuado; el APGAR fue de 9 al primer minuto y 10 al quinto. No se realizaron maniobras de REANIMACION RESPIRATORIA; el resultado del VDRL fue negativo y el EXAMEN FISICO normal. El recién nacido se mantuvo en ALOJAMIENTO CONJUNTO con su madre, hasta que presentó convulsiones y se lo HOSPITALIZO en el Servicio de Pediatría.

**NOTA.** Un recién nacido puede permanecer inicialmente en ALOJAMIENTO CONJUNTO y luego ser transferido a una sala de hospitalización. En tal caso la respuesta es "si" tanto para ALOJ. CONJUNTO como para HOSPITALIZADO.

## PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO

El llenado de ésta sección se efectúa en forma similar al ítem PATOLOGIA MATERNA.

PATOLOGIAS	ninguna	<input type="checkbox"/>	otros SDR	<input type="checkbox"/>	infecciones	<input type="checkbox"/>	otras	<input type="checkbox"/>
	memb. hialinas	<input type="checkbox"/>	hemorragias	<input type="checkbox"/>	defectos cong.	<input type="checkbox"/>		
	sínd. aspirat.	<input type="checkbox"/>	hiperbilirub.	<input type="checkbox"/>	neurológicas	<input checked="" type="checkbox"/>		37
	apnea	<input type="checkbox"/>	otras hemol.	<input type="checkbox"/>	metab/nutric.	<input type="checkbox"/>		

## PUERPERIO

PUERPERIO		
horas o días post parto o aborto		
temperatura		
pulso (lat./min.)		
tensión arterial máx./mín. (mm Hg)		
invol. uterina		
características de loquios		

Este sector cuenta con tres columnas, cada una de ellas destinadas al registro de un control postnatal durante la hospitalización.

### Horas o días postparto o aborto

Las horas o días transcurridos desde el parto o aborto al momento del control.

### Temperatura

En grados centígrados, con un decimal. Ej.: 36,4 oC. Si es rectal, anotar "R", si es bucal "B" y si es axilar "A".

### Pulso

Número de latidos por minuto.

### Tensión arterial

La máxima y la mínima en mm Hg. (milímetros de mercurio). Ej.: 110/70.

### Invol. uterina

Anotar si existe o no buena retracción o involución del útero. Según normas locales

se anota en centímetros o traveses de dedo de la altura del fondo uterino con respecto al pubis.

### Características de loquios

Según abreviaturas habituales en la institución.

### Líneas en blanco.

Estas líneas se destinan al registro de algunas observaciones breves sobre el recién nacido o la puerpera. Para anotaciones más detalladas, utilizar la hoja de "Observaciones".

Ejemplo para el llenado de la sección PUERPERIO.

PUERPERIO			
horas o días post parto o aborto	22	46	72
temperatura	36	36,6	36,6
pulso (lat./min.)	80	84	84
tensión arterial máx./mín. (mm Hg)	100/70	100/70	100/70
invol. uterina	S/P	CONT	CONT
características de loquios	SANOS	S/P	S/P

El primer control del PUERPERIO se realiza a las 22 horas post parto. La temperatura es de 36,5 grados, el pulso 90 latidos por minuto, la tensión arterial 100/70 mmHg, la involución uterina sin particularidades y las características de los loquios sanguinolentos. A las 46 horas la temperatura es de 36,6 grados y el pulso 84, sin variación en la tensión arterial. En la involución uterina se observa contracción con loquios normales. A las 72 horas la situación se mantiene igual.

## EGRESO DEL RECIEN NACIDO

EGRESO R.N.			sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	pecho <input type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO
hora	día	mes			
			con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	ALIMENTO
				artificial <input type="checkbox"/>	
Responsable:					

Se considera EGRESO la salida del establecimiento donde nació el niño, cualquiera sea su condición (sano, con patología, por traslado a otro establecimiento o fallecido).

Anotar la hora, día y mes en que el niño egresó del establecimiento y marcar la condición.

### ALIMENTO

El que corresponda según el tipo de alimentación que está recibiendo el niño en el momento del egreso. Marcar "pecho" cuando sea ésta la única alimentación que recibe el niño; marcar "mixta" si además del pecho recibe otro tipo de alimentación.

### PESO AL EGRESO

El peso en gramos del niño, en el momento del egreso.

Ejemplo para el llenado de la sección EGRESO DEL RECIEN NACIDO.

EGRESO R.N.			sano <input checked="" type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	pecho <input checked="" type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO
hora	día	mes			
16	11	10	con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	ALIMENTO
				artificial <input type="checkbox"/>	
Responsable: L.....					

El niño egresa sano, a las 16 horas del día 11 de octubre, con un peso de 3190 gramos, alimentándose exclusivamente con pecho.

## EGRESO MATERNO

EGRESO MATERNO			sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	ninguna <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	píldora <input type="checkbox"/>	ligadura <input type="checkbox"/>	liberías <input type="checkbox"/>
día	mes	año							
			con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	referida <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>			
Responsable:									

Se considera EGRESO toda salida del establecimiento donde la madre se encontraba hospitalizada, cualquiera fuera su condición.

Anotar el día, mes y año de EGRESO de la madre y su condición.

### ANTICONCEPCION

Marcar la alternativa que corresponda de acuerdo con el método anticonceptivo elegido. Se marcará "referida" cuando a la mujer se la remita a una consulta externa para recibir, con posterioridad a su egreso, orientación sobre métodos anticonceptivos. Marcar "ninguna" si no eligió ningún método ni fue referida.

Ejemplo para el llenado de la sección EGRESO MATERNO.

EGRESO MATERNO			sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>	ninguna <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>	Referida <input checked="" type="checkbox"/>	píldora <input type="checkbox"/>	ligadura <input type="checkbox"/>	liberías <input type="checkbox"/>
día	mes	año							
11	10	90	con patol. <input checked="" type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	referida <input checked="" type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>			
Responsable:									

La púrpura EGRESA el 11 de octubre de 1990. Se la refiere al Centro de Salud "San Pedro" para recibir información sobre métodos anticonceptivos.

# LLENADO DEL PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA

## GENERALIDADES

El partograma está destinado a graficar datos correspondientes a la evolución del trabajo de parto, tanto el de inicio espontáneo como el del inducido.

En las nulíparas en general se considera trabajo de parto, a partir de una dilatación cervical de 2 cm con 2 o más contracciones uterinas en 10 minutos. Además, con esta dinámica la dilatación deberá mostrar signos evidentes de progreso de parto en un lapso de 2 horas. El diagnóstico de comienzo de parto en las multíparas se realiza por la ini-

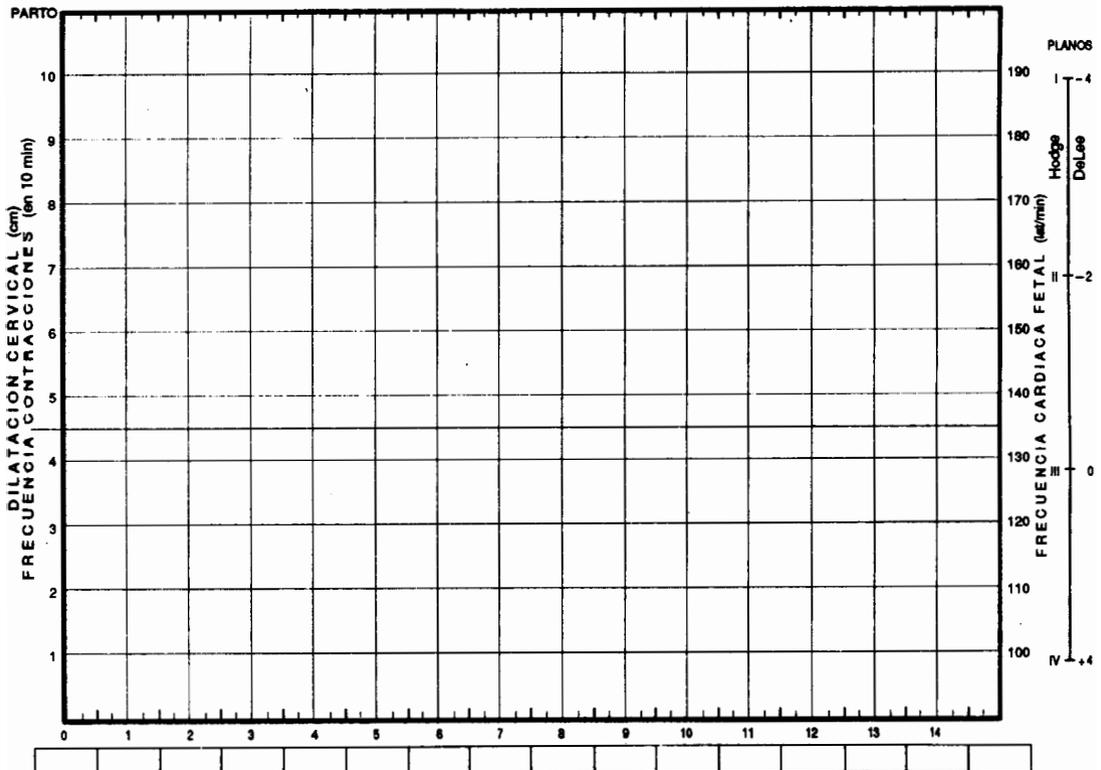
ciación de una contractilidad regular con las características arriba mencionadas, junto con la observación del incremento de la dilatación en un período de 2 horas. Como es sabido en las multíparas el grado de dilatación inicial (al comienzo del trabajo de parto) es muy variable.

## ENCABEZAMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO	Nº DE HISTORIA CLÍNICA									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anotar nombre y apellido de la embarazada y el número de historia clínica.

## SECTOR CENTRAL



El sector central está destinado al registro de:

- dilatación cervical
- frecuencia de las contracciones

- altura de la presentación
- variedad de posición
- frecuencia cardíaca fetal
- estado de las membranas ovulares

## **GRAFICACION DE LA DILATACION CERVICAL**

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra la escala de la dilatación cervical desde 0 hasta el parto, y en el eje de las abscisas una escala horaria de 0 a 14 y por debajo de ella casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación.

El valor hallado en el primer tacto se anotará con un punto (•) en la intersección de la abscisa (hora de observación) con la ordenada (dilatación cervical en cm). Así se seguirá sucesivamente con los siguientes exámenes obstétricos hasta completarse el parto. La unión de cada punto con el precedente con una línea permitirá dibujar la curva de dilatación de ese caso.

## **FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES**

En el mismo eje izquierdo de las ordenadas se utilizará la misma escala de 0-10 para

ubicar con un triángulo ( $\Delta$ ) la frecuencia de las contracciones en 10 minutos.

## **ALTURA DE LA PRESENTACION**

En el eje derecho de las ordenadas de la cuadrícula central está consignada la altura de la presentación. Esta se graficará según los planos de Hodge o de De Lee con el símbolo. Si además se pudo diagnosticar la variedad de posición, este símbolo se completará según las instrucciones que figuran más adelante.

## **VARIEDAD DE POSICION**

En la intersección del nivel del plano encontrado y la hora del examen se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientado hacia la variedad de posición. Ej.:

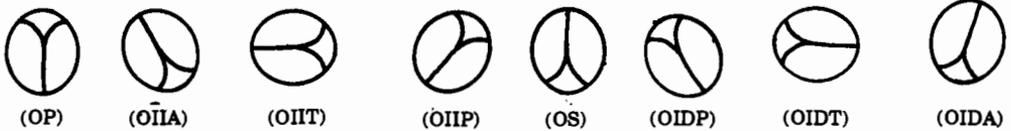


Figura 12. Símbolos para las distintas variedades de posición

## **FRECUENCIA CARDIACA FETAL**

En el mismo eje derecho de las ordenadas se encuentra una escala de 100 a 190 para indicar con el símbolo la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto.

## **ESTADO DE LAS MEMBRANAS OVULARES**

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integri-

dad se refiere. Si están rotas se anotará en observaciones del sector inferior. Si se rompen en algún momento del trabajo de parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM).



## **CURVAS DE ALERTA PARA LA DILATACION CERVICAL EN FUNCION DEL TIEMPO \***

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Marcan un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo en base a datos que incluyen al 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspassar ese límite, estén mostrando un entecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

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

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente algunas características de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Las paridades se dividieron en nulíparas (ningún parto previo) y multíparas (1 o más partos previos). La posición durante el período de dilatación fue la vertical (90% a 100% del tiempo sentada, parada o caminando) o la horizontal (100% en cama). Según el estado de las membranas ovulares a los 4-5 cm de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

---

\* Desde la página 58 a 62 el texto corresponde a: Guía para la vigilancia del parto. Partograma con curvas de alerta. R. Schwarcz, A.G. Díaz, F. Nieto. Publicación Científica CLAP No. 1153, Montevideo - Uruguay.

Del estudio del comportamiento de las curvas de dilatación cervical para distintas situaciones obstétricas (fig. 13), se reconocieron cinco patrones normales diferentes (Tabla 1).

A) Posición materna vertical con membranas íntegras para todas las paridades (por estar contraindicada esta posición materna cuando las membranas están rotas al comienzo del parto, sólo se la consideró con membranas íntegras.

B) Posición materna horizontal. En este grupo fue necesario mantener la discriminación entre nulíparas y multíparas y, a su vez, entre membranas íntegras y rotas por encontrarse patrones de dilatación diferentes entre si en el percentilo 10 de la curva de dilatación en función del tiempo (fig. 13).

Según lo arriba expresado, quedaron constituidos los siguientes grupos:

1) Posición vertical, todas las paridades y membranas ovulares íntegras (N = 230) (Fig. 13 curva 2)

2) Posición horizontal, multíparas y con membranas ovulares íntegras (N = 253) (Fig. 13 curva 3).

3) Posición horizontal, multíparas y con membranas ovulares rotas (N = 307) (Fig. 13 curva 1).

4) Posición horizontal, nulíparas y con membranas íntegras (N = 158) (Fig. 13 curva 5).

5) Posición horizontal, nulípara con membranas rotas (N = 240) (Fig. 13 curva 4).

En una población de mujeres africanas y nulíparas, se describió una curva de alerta. A diferencia de ese estudio, la conformación de las curvas de alerta provenientes de estos cinco grupos, ofrece mayores posibilidades de ubicar el caso individual dentro de un patrón normal que refleje lo más fielmente posible el comportamiento esperado.

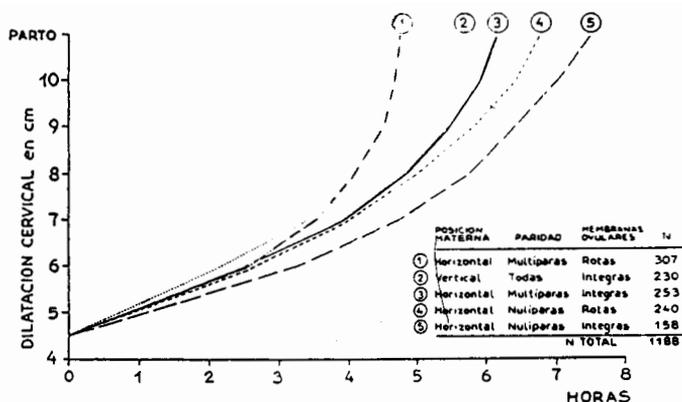


Figura 13 - Patrones de dilatación cervical en función del tiempo percentil 10.

POSICION PARIDAD M. OVUL. 4-5 cm	VERT.		HORIZONTAL		
	TODAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS		
	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS
	0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
*	0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
	0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
	1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
	1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
	2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LA LINEA DE ALERTA (en horas) p 10

Tabla 1 - Valores para la construcción de la línea de alerta (P10)

## PROCEDIMIENTO PARA GRAFICAR LA DILATACION CERVICAL EN EL PARTOGRAMA

En el ejemplo de la figura 14, a las 14:30 hora real se comienza el registro de datos de una multipara con membranas rotas y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento constata una dilatación

de 3 cm. El punto se anota en la intersección de la hora 0 (primera observación) de la obsisa con la ordenada a los 3 cm de dilatación. En un segundo tacto, realizado a las 16:45 hora real se encuentra una dilatación de 4 cm. Este segundo punto se anota en la intersección de la abscisa en la hora 2:15 (tiempo transcurrido desde el tacto anterior al actual) con la ordenada a los 4 cm de dilatación. La unión de ambos puntos en el parto-grama permite visualizar el progreso de la dilatación de este trabajo de parto.

## PROCEDIMIENTO PARA CONSTRUIR LA CURVA DE ALERTA EN EL PARTOGRAMA

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

Desde el punto en que la curva de la dilatación cervical del caso corta la línea de base (a los 4-5 cm) se comienza a trazar la curva de alerta. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida (hora "0") de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir

de la tabla adjunta al partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas arriba señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de

dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

En el siguiente examen obstétrico, realizado a las 19 (hora real), 4:30 hs. desde el inicio del partograma, alcanzó los 6 cm de dilatación (ver figura 14).

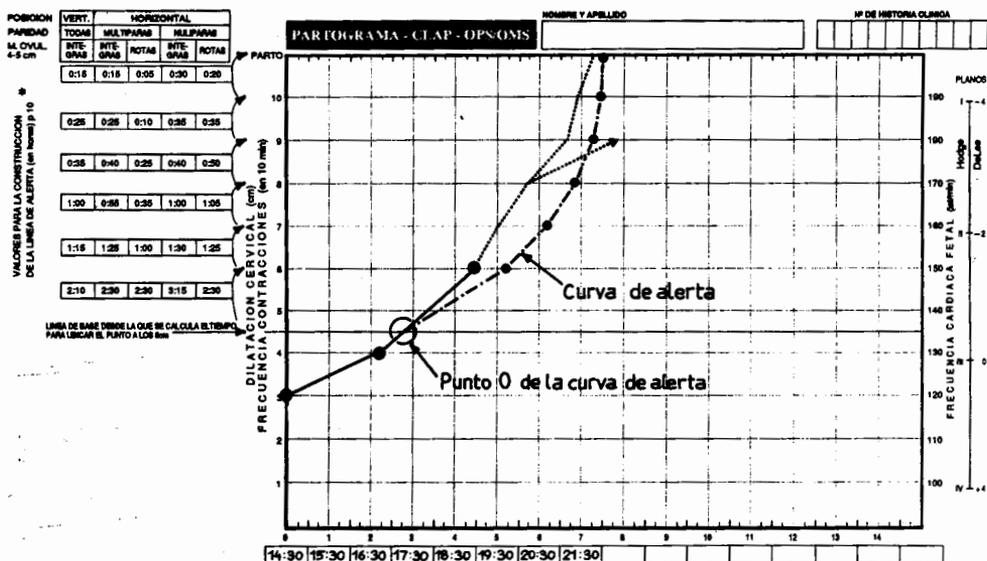


Figura 14 - Construcción de la curva de alerta desde los 4-5 cm de dilatación.

Como se ve en la figura 14, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:45 desde el inicio del partograma. Esta es la hora "0" para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4-5 cm de dilatación cervical.

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes a los percentiles 10 de los tiempos más lentos necesarios para que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados alcancen la dilatación de 4-5 cm a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto. De esta tabla se extraerán los valores correspondientes a este caso (posición horizontal, múltiparas, membranas rotas).

A las 2:30 horas del punto "0" se marcará el punto para los 6 cm de dilatación. A partir de este nuevo punto, una hora después, se marcará el punto para los 7 cm.

Desde éste, se marcará 35 minutos después el de los 8 cm y así sucesivamente hasta el final del parto, según se muestra en la Figura 14.

La línea punteada de nuestra múltipara a partir de los 6 cm supone una evolución normal. La flecha que se desplaza hacia la derecha a partir de los 8 cm refleja otra evolución, anormal, dado que el caso cruza la curva de alerta entre los 8 y 9 cm a las 6:45 horas de inicio del registro de parto.

#### Ejemplo:

A las 17:30 horas (Figura 15) ingresa una nulípara con membranas íntegras, posición vertical, con 6 cm de dilatación. Desde ese mismo punto se construye inmediatamente la curva de alerta (7 cm, 1:15 más tarde; 8 cm, 1:00 más tarde y así sucesivamente).

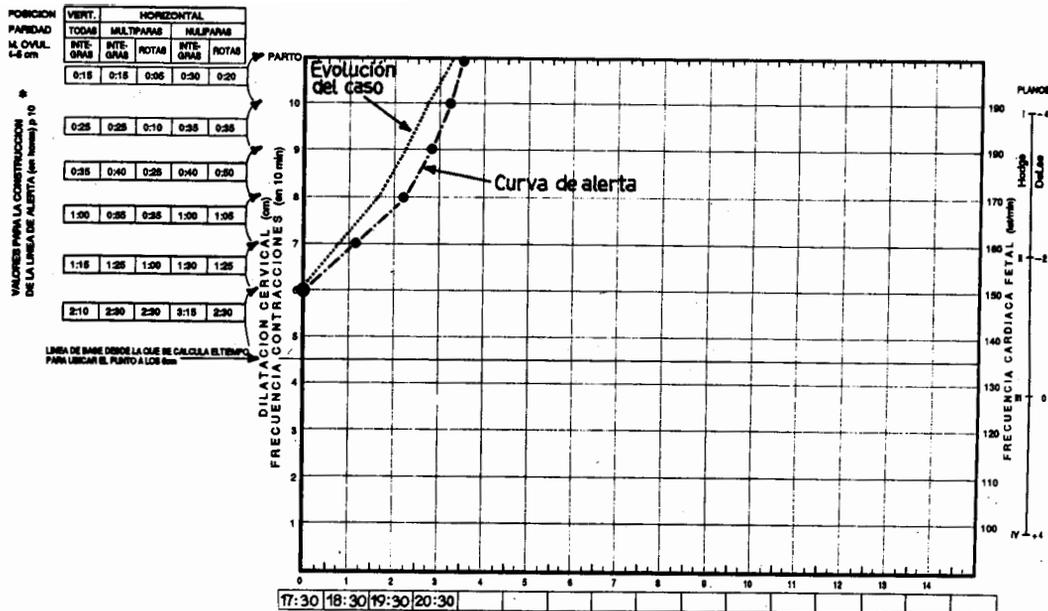


Figura 15 - Construcción de la curva de alerta desde la dilatación mayor a los 4-5 cm.

El progreso de la dilatación cervical de este caso, tal cual se muestra en línea de puntos, se desarrolló a la izquierda de la curva de alerta y, por lo tanto, dentro de los valores de normalidad.

En el caso de que, luego de haberse trazado la curva de alerta, una parturienta, en el transcurso del trabajo de parto, cambie alguna de las condiciones con las que lo inició (rotura de membranas o cambio de posición), se deberá trazar una nueva curva de alerta.

La nueva curva patrón elegida para esta situación continuará a la anterior desde la dilatación cervical alcanzada en el momento de producirse el cambio (Figura 16). De esta manera, se establece un nuevo p10 de duración que se adapta a la nueva situación.

### SITUACIONES ESPECIALES PARA LA CONSTRUCCION DE LA CURVA DE ALERTA

Ante un ingreso tardío de una parturienta al registro (a partir de los 4 ó 5 cm o

más), la hora "0" de la curva de alerta coincidirá con la hora "0" de la curva real (fig. 15).

En la fig. 16 se presenta el caso de una multipara en posición horizontal con membranas íntegras, que ingresó con 3 cm de dilatación, a las 18 horas. Un tacto realizado a las 21 horas constata una dilatación de 4 cm y 2 horas más tarde alcanza los 6 cm.

Según se muestra en el partograma, el cruce de la línea de base se produce a las 3:30 horas de registro del caso y, desde allí, se trazó la curva de alerta correspondiente. A los 7 cm de dilatación (6 horas de registro), se rompen las membranas ovulares.

Desde la intersección de la curva inicial de alerta (a) con los 7 cm de dilatación (punto de cambio), se continuará dibujando una nueva curva de alerta que refleje más fielmente la nueva situación planteada. Para la construcción de esta curva, los valores anteriores correspondientes a multipara con membranas íntegras, se reemplazan por los de multipara con membranas rotas.

En la página 95 se presenta una simulación escrita para el uso del PARTOGRAMA.

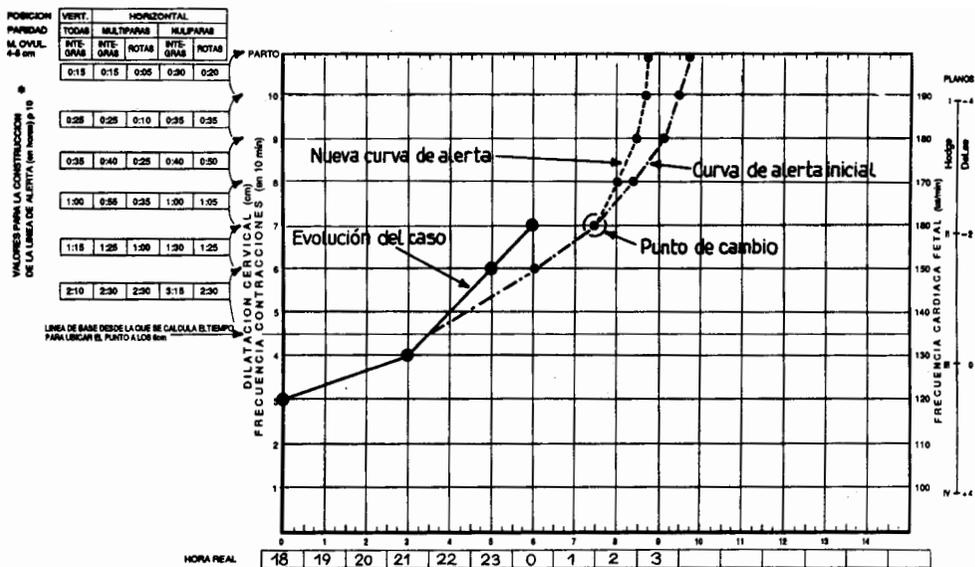


Figura 16 - Cambio de la curva de alerta

# LLENADO DEL FORMULARIO OBSTETRICO COMPLEMENTARIO

## GENERALIDADES

El FOC consiste en una hoja, que se encuentra dividida en sectores para:

IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA  
 INGRESO  
 EVOLUCION DEL EMBARAZO  
 EVOLUCION DEL PUERPERIO  
 OBSERVACIONES  
 EGRESO

## IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA

CLAF OPS OMS	HCP - FORMULARIO OBSTETRICO COMPLEMENTARIO	HISTORIA CLINICA N°.													
APELLIDOS Y NOMBRES															

## No. DE HISTORIA CLINICA

El asignado por el establecimiento a la embarazada.

## APELLIDOS Y NOMBRES

El paterno y materno de la embarazada y sus nombres completos.

## INGRESO

INGRESO						PROCEDENCIA	MOTIVO DE INGRESO																														
Hora	Min.	Día	Mes	Año			hipertensión	hemorragia 1° trim.	metropatía	incomp. ist. cervicai	hemorragia 2° trim.	cardiopatía	amenaza P.P.	anemia	embarazo prolongado	rotura membrana	incompatibilidad Rh	desp. óstato pélvica	embarazo múltiple	desnutrición	pelquiétrico	R.C.I.U.	obesidad	problemas sociales	infección urinaria	diabetes	domicilio alejado	infección ovular	hipertensión	infección puerperal	polihidramnios	pre eclampsia	hemorragia puerperal	defecto cong. fetal	eclampsia	otros	
CONDICIONES																																					
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO																																					
RESPONSABLE																																					

La hora, minutos, día, mes y año; en que se inicia el llenado de este formulario.

## PROCEDENCIA

Lugar, región, paraje, hospital o servicio de donde provenga la embarazada.

## CONDICIONES

En forma resumida especificar las condiciones clínicas de la embarazada al ingreso.

## DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Se anotará el diagnóstico al ingreso.

## RESPONSABLE

Nombre, apellido o código de quién registre los datos del ingreso.

## MOTIVO PRINCIPAL DEL INGRESO

Anotar con una cruz el o los motivos de ingreso a la atención diferenciada.

# EVOLUCION DEL EMBARAZO

## EVOLUCION DEL EMBARAZO

FECHA

Los datos de este sector se registrarán en columnas correspondientes a la fecha en la cual se realizan las acciones. Para los casos de hospitalización se ha previsto que a cada columna le correspondan 2 (dos) espacios destinados a controles vitales.

### FECHA

Registrar el día, mes y año en el que se efectúan los controles y los exámenes de la embarazada.

## CONTROLES VITALES

EXAMEN PUERPERAL	HORA				
	RETRACCION UTERINA				
	MAMAS				
	LOQUIOS				
	HERIDA PERINEAL / CESAREA				
	RESPONSABLE				

### HORA

Se anotará la hora y minutos correspondientes al control.

### TENSION ARTERIAL

La máxima y la mínima de la embarazada en milímetros de mercurio fuera de la contracción.

### PULSO

La frecuencia en latidos por minuto, fuera de la contracción.

### TEMPERATURA

Axilar en grados centígrados. En caso de ser necesaria la toma de temperatura en otra región corporal, deberá especificarse.

### PESO

El de la embarazada descalza, en ropa interior, en quilogramos con un decimal. Ej.: 68,3 Kg.

### DIURESIS

"NORMAL" si no hay alteraciones en cantidad y características. Si existen anomalías se señalarán. Ej.: Diarrea.

En caso de no existir deposiciones se lo señalará con la palabra NO.

### ESPACIO LIBRE

Para anotar aquellos datos que se considere de interés y que no estén impresos en el formulario.

### RESPONSABLE

Nombre y apellido o código del responsable de los controles vitales efectuados.

# EXAMEN OBSTETRICO

EXAMEN OBSTETRICO	HORA					
	EDAD GESTACIONAL					
	SITUACION Y PRESENTACION FETAL					
	ALTURA UTERINA					
	CONTRACTILIDAD UTERINA					
	FRECUENCIA CARDIACA FETAL					
	MOVIMIENTOS FETALES					
	METRORRAGIA					
	TIEMPO ROTURA MEMBRANAS					
	EDEMA					
	TACTO					
	RESPONSABLE					

La hora y minutos en que se efectúa el examen.

### **EDAD GESTACIONAL**

En semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha del examen.

### **SITUACION y PRESENTACION**

Se anotará si es situación longitudinal, oblicua o transversa y si se trata de una presentación cefálica o podálica. Ej.: long/cef

### **ALTURA UTERINA**

En centímetros, medida desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino, con cinta métrica inextensible.

### **CONTRACTILIDAD UTERINA**

Anotar **NORMAL** o **AUMENTADA** cuando el patrón contráctil sea el adecuado o exceda lo esperado para la edad gestacional como se indica en el **GESTOGRAMA** del CLAP.

### **METRORRAGIA**

Cuando exista se anotará con una + si la intensidad es mínima, ++ moderada o +++ intensa. En caso de no haber metrorragia se consignará con la palabra **NO**.

### **TIEMPO DE ROTURA DE MEMBRANAS**

En horas y minutos desde el comienzo de la hidrorrea hasta el momento del examen. En caso de no existir rotura de membranas se anotará **INTEGRAS**.

### **EDEMA**

Cuando esté presente se anotará con un signo positivo + si la intensidad es leve, ++ moderado, +++ severo. Consignar la localización del edema. Ej.: Paciente con edema moderado de miembros inferiores. ++ / MMII. En caso de no haber edema anotar **NO**.

### **TACTO**

Se registrará posición (posterior, intermedia o centro vaginal). Borramiento (de existir se expresará en porcentaje). Dilatación cuando haya se expresará en centímetros. Ej.: c. vag / 50% / 2 cm.

### **ESPACIO LIBRE**

Anotar otros datos que se consideren de interés no especificados en el formulario.

### **RESPONSABLE**

Nombre, apellido o código de quien realizó el examen obstétrico.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

COBEN/STK/MS/03/03

EXAMENES									

Anotar tipo, fecha y resultado de los exámenes realizados.

**MEDICACION**

MEDICACION									

Anotar el medicamento a administrar, dosis y vía.

**EVOLUCION DEL PUERPERIO**

EVOLUCION DEL PUERPERIO									
FECHA									

Al igual que en EVOLUCION DEL EMBARAZO los datos de este sector se registrarán en columnas correspondientes a la fecha en la cual se realizan las acciones. A cada columna corresponden 2 (dos) espacios para CONTROLES VITALES.

**FECHA**

Registrar el día, mes y año en el que se efectúan los controles y los exámenes de la puerpera.

**CONTROLES VITALES**

CONTROLES VITALES	HORA													
	TENSION ARTERIAL													
	PULSO													
	TEMPERATURA													
	PESO													
	DIURESIS													
	CATARSIS													
	RESPONSABLE													

Se registrarán según instrucción de la página 64

**EXAMEN PUERPERAL**

<b>EXAMEN PUERPERAL</b>	HORA				
	RETRACCION UTERINA				
	MAMAS				
	LOQUIOS				
	HERIDA PERINEAL / CESAREA				
	RESPONSABLE				

**HORA**

Indicar la hora y minutos en que se efectúan los controles vitales.

**RETRACCION UTERINA**

Anotar "BUENA" cuando la consistencia es leñosa y la altura uterina está a nivel del ombligo o por debajo; anotar "MALA" cuando el útero está blando y/o el fondo uterino está por encima del ombligo.

**MAMAS**

Anotar "NORMALES" cuando sean escasos y no fétidos. En caso contrario especificar.

**OBSERVACIONES**

<b>OBSERVACIONES</b>

Anotar todas aquellas observaciones de elementos clínicos, paraclínicos, evolutivos o terapéuticos que se consideren de importancia, tanto en la evolución del embarazo como del puerperio.

**LOQUIOS**

Anotar "NORMALES" cuando sean escasos y no fétidos. En caso contrario especificar.

**HERIDA PERINEAL / CESAREA**

Anotar "NORMAL" cuando no presente infección, hematoma ni dehiscencia de la herida, en caso contrario especificar.

**ESPACIOS LIBRES**

Anotar otros datos de interés no especificados en el formulario.

**RESPONSABLE**

Nombre y apellido o código del responsable del control puerperal.



# LLENADO DEL FORMULARIO DE ENFERMERIA NEONATAL\*

## GENERALIDADES

El formulario de ENFERMERIA NEONATAL debe iniciarse en el momento en que el niño es hospitalizado en la sala de recién nacidos. Se excluyen solamente a los recién nacidos sanos hospitalizados junto a sus madres para quienes es suficiente con la HCPB.

Se utilizará una hoja para cada día de hospitalización, la que se renovará siempre a una hora determinada.

Una vez completada la hoja, se incorporará a la historia clínica engrampándola a continuación de los formularios de enfermería neonatal anteriores. Esto permite un fácil acceso a la información del paciente.

## MODULO INICIAL

CLASIFICACION: HCP - ENFERMERIA NEONATAL		dia	mes	año	CAMA Nº	H. C. Nº			
CUIDADOS NIVEL	APELLIDOS Y NOMBRES					SEXO	DIAS de vida	EDAD completa semanas	DIAS hospitalizados
	Patologías - complicaciones - procedimientos					1		diar	
						m			
						PESO actual	VARACION data	PER. GEF	
							g	g	cm

Los ítems se responden con una cruz en las casillas cuadradas, o con números en las rectangulares. En este último caso se anota un dígito por casilla, siguiendo el orden de las unidades a partir de la primera casilla de la derecha.

## FECHA

Anotar el día, mes y año correspondientes al llenado del formulario.

## H.C.No.

El número de historia clínica asignado al recién nacido por la unidad donde está hospitalizado.

## CUIDADOS-NIVEL

Marcar una cruz en la casilla que corresponda al área de hospitalización y el nivel de cuidados requerido por el recién nacido y si está en cuna o en incubadora (abierta o cerrada).

## APELLIDOS Y NOMBRES

Anotar el (o los) apellidos de los padres y los nombres del recién nacido. En caso que en el momento de su ingreso, el niño no haya sido inscripto en el Registro Civil anotar provisoriamente "hijo de" seguido del apellido y nombres de la madre.

## PATOLOGIAS, COMPLICACIONES Y PROCEDIMIENTOS

Registrar las patologías, las complicaciones y los procedimientos realizados en el día. Ej: Enfermedad de membrana hialina; neumotorax; drenaje de neumotorax. Deberá ser actualizado diariamente.

De esta forma la enfermera que realiza los cuidados del paciente dispone de esta información básica en la carátula del formulario.

## CAMA No.

El número de cama o espacio de la sala en la que se encuentra hospitalizado.

\* Realizado con la colaboración de la Enfermera Universitaria Soledad Núñez.

**SEXO**

El que corresponda.

**DIAS de vida**

Se calcula desde el nacimiento hasta la fecha actual.

**EDAD corregida, en semanas**

Anotar la edad postmenstrual, o sea la suma de la edad gestacional al nacer según fecha de la última menstruación, más los días de vida.

**DIAS DE HOSPITALIZACION**

Los días transcurridos desde el momento de su hospitalización hasta la fecha actual.

**PESO actual**

El peso en gramos, desnudo, correspondiente a ese día. Si requiere más de una pesada diaria se anotará en OBSERVACIONES.

**VARIACION diaria**

Anotar la variación en gramos, con relación al peso del día anterior. Si la variación corresponde a un aumento con relación al peso del día anterior, se indicará con signo positivo (+); si la variación corresponde a un descenso, indicar con un signo negativo (-).

**PER. CEF.**

Se anotará el perímetro fronto-occipital máximo en centímetros.

MCP - ENFERMERIA NEONATAL		día 25 mes 05 año 90	CAMA Nº 02	H. O. Nº	93105
SEXO	DIAS de vida	EDAD corregida	DIAS hospitalizados		
<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 35	<input checked="" type="checkbox"/> 22		
NIVEL		APELLIDOS Y NOMBRES		B. M. J.	
<input type="checkbox"/> Intensivo		Patologías / complicaciones / procedimientos		Preténico, enfermedad de membrana hialina, ventilación	
<input type="checkbox"/> Intermedio		PESO actual		VARIACION diaria	
<input type="checkbox"/> No asistido		3720 g		+20 g	
<input type="checkbox"/> Incurable		PER. CEF.		31.5 cm	
<input type="checkbox"/> Observación		Prolongada atelectasia del lóbulo superior derecho			

Ejemplo de llenado del módulo de iniciación:

El recién nacido J.B.M., número de historia clínica 93105, nacido con 32 semanas el 3 de mayo de 1990 se encuentra en nivel de cuidado intensivo, en incubadora (cama 2).

El 25 de mayo de 1990 tendrá una edad corregida de 32 semanas más 22 días (3 semanas y un día) lo que corresponde a 35 semanas y un día.

Desde el 24 de mayo al 25 de mayo tuvo un incremento ponderal de 20 gramos. El perímetro cefálico es de 31.5 centímetros.

Durante su internación se diagnostica enfermedad de membrana hialina, atelectasia del lóbulo superior derecho. Permanece en ventilación desde el nacimiento.

# MODULO DE CONTROLES

HORA DE CONTROL		7 22	9 22	11 22	13 22	15 22								
Responsable		G...	G...	G...	S...	S...								
Médico participante		Visita <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	Visita <input type="checkbox"/> con el P.P. <input checked="" type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no								
REACTIVIDAD		normal	normal	deprimido	deprimido	deprimido								
TEMPERAT. AXILAR / TEMPERAT. INCUBADORA		36.5/33	36.4/33	36.5/33	36.4/33	35.8/32								
FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILVERMAN		46/0	54/2	58/2	64/2	64/3								
RESPIRACION PERIODICA / APNEA		5/-	5/-	No/-	No/-	No/+								
FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO		132/-	148/-	152/-	162/-	162/-								
COLOR / ICTERIA		Rosado	Rosado	Rosado	Rosado	Cianótico								
DUREZA (mm) / DENSIDAD														
DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO														
SANGRE EXTRAIDA (ml) / MOTIVO														
RES. GASTRO VOLUMEN (ml) / VOMITOS TIPO														
VOLUMEN (ml)														
TIPO / ADMINISTRACION														

APORTE PARENTERAL		A INFLUIDOR	TIPO											
VOLUMEN														
INFLUIDO			VIA											
KINESIO POSICION		SECCIONES CANTIDAD Y TIPO												
P.M. / P.P.C. / F.R. (V.M.I.)														
P.C. - INO. / F.O.														

Este módulo se subdivide en tres sectores:

El primer sector se destina al registro de la hora, el nombre del responsable del control de enfermería y la actividad de participación materna o de otros familiares.

El segundo sector es de valoración e incluye: controles vitales, control de pérdidas y aportes.

En el tercer sector se registrarán los cuidados respiratorios.

El espacio destinado a la anotación de los controles se divide en columnas, donde se

registrarán los datos correspondientes a cada control.

## HORA DE CONTROL

Anotar la hora en que se realiza el control. La frecuencia de anotación dependerá de la estabilidad de las constantes vitales y del plan de cuidados de enfermería para este paciente. En caso de realizarse más de 12 controles se abrirá otra planilla.

## RESPONSABLE

Nombre y apellido de la persona a cargo de este control.

## MADRE PARTICIPANTE

Registrar la participación de la madre durante el período previo a este control y el tipo de actividad que ella realizó (visita sola, vista con el padre, higiene, amamanta, etc.). Si no concurrió, se marca una cruz sobre el casillero amarillo y se anota el motivo (hospitalizada, cesárea reciente, etc.)

## CONTROLES VITALES

Registrar los controles de enfermería según criterios uniformes. En cada casillero existe un área pequeña amarilla (ángulo inferior derecho) en la que se marca en caso de sospecha o franca anormalidad.

### REACTIVIDAD

Se evalúa mediante la observación y la respuesta a estímulos. Es la valoración general del estado de vigilia del recién nacido. Anotar: vigilia/sueño normal. Importa el valor evolutivo de esta condición. Cuando la reactividad está deprimida o presenta hiperexcitabilidad, se marca con una cruz sobre el casillero amarillo y se escribe lo que corresponda.

### TEMPERATURA AXILAR / TEMPERATURA DE LA INCUBADORA

Anotar la temperatura axilar del recién nacido y la temperatura de la incubadora.

Si el valor de la temperatura axilar es inferior a 36 grados o superior a 37,5 grados se marca una cruz en el casillero amarillo. Si el valor de la temperatura de la incubadora es inferior o superior al indicado en los cuidados de enfermería, se anota una cruz en el casillero amarillo.

### FRECUENCIA RESPIRATORIA/ SILVERMAN

Anotar el número de respiraciones por minuto del recién nacido. Si es superior a 60 respiraciones por minuto, marcar una cruz en el casillero amarillo. A continuación anotar el valor total del puntaje de Silverman.

Para establecer el puntaje de Silverman, considerar los siguientes ítems:

- 1) balanceo tóraco abdominal en inspiración
- 2) tiraje intercostal
- 3) retracción xifoidea
- 4) aleteo nasal
- 5) quejido espiratorio

Se puntea por separado cada ítem (0, 1, 2) de acuerdo a la severidad de la manifestación, y luego se suman los puntajes para obtener el valor total (entre 0 y 10).

### RESPIRACION PERIODICA/APNEAS

Anotar "sí" o "no" según presente o no respiración periódica.

Registrar número de APNEAS (con bradicardia, cianosis o de duración mayor a 20 segundos). Si presenta respiración periódica y/o apnea, se marca una cruz en el casillero amarillo.

### FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO

Anotar en "frecuencia cardiaca" el número de latidos por minuto por auscultación. Anotar un signo positivo (+) en caso de presencia de soplo cardíaco y un signo negativo (-) en caso de ausencia. Se marca una cruz sobre el casillero amarillo para minutos, o en cambios mayores de 20 latidos por minuto respecto a los controles anteriores.

### COLOR / ICTERICIA

Describir el color del recién nacido: normal (rosado) o anormal (rubicundo, pálido, cianótico, terroso, etc.). Marcar el casillero amarillo en caso de anormalidad.

En ictericia anotar si corresponde a; cara (C), tronco (T) y miembros (M).

### ESPACIO EN BLANCO

Para registrar otro control vital no especificado en los espacios anteriores. Ej: presión arterial, presión venosa central, etc.

Ejemplo de llenado del sector responsable, actividades y controles vitales:

HORA DE CONTROL		7:22	9:00	11:05	13:20	15:00											
RESPIRACION		4...	6...	6...	5...	5...											
MEDIAS PARENTERALES		3378 10	41 10	3 10	3 10	3 10											
CONTROLES VITALES	REACTIVIDAD	normal	normal	deprimido	deprimido	deprimido											
	TEMPERAT. AXILAR / TEMPERAT. RECTAL	36.5/33	36.4/33	36.5/33	36.4/33	35.8/32											
	FRECUENCIA RESPIRATORIA / SILBOS / MAN	46 / 0	54 / 2	58 / 2	64 / 2	64 / 3											
	RESPIRACION PERIODICA / APNEA	Si / -	Si / -	No / -	No / -	No / +											
	FRECUENCIA CARDIACA / SOPLO	132 / -	143 / -	152 / -	162 / -	162 / -											
COLOR / ICTERICA	Rosado	Rosado	Rosado	Rosado	Cianótico												

## PERDIDAS

Registrar las pérdidas o egresos del recién nacido y sus características.

### DIURESIS / DENSIDAD

Registrar la cantidad de orina en mililitros entre el control previo y el actual. Anotar "OP" si hubo pérdida de orina del colector.

Anotar el valor de la densidad urinaria correspondiente a ese control. Se considera anormal y se marca en el casillero amarillo, cuando se observa una diuresis escasa inferior, a dos milímetros/Kg/hora o una densidad baja < 1005, o alta > 1015.

### DEPOSICIONES

**CANTIDAD:** anotar el número de deposiciones del recién nacido.

**TIPO:** describir las características: normal (I), meconio (M), grumosa (G), líquida (-), semilíquida (N) y con sangre (escribir el símbolo en rojo).

En caso de anomalía, marcar el casillero amarillo.

### SANGRE EXTRAIDA

Anotar los centímetros de sangre extraída y el motivo de dicha extracción.

### RESIDUAL GASTRICO-VOLUMEN / VOMITOS-TIPO

En caso que hubiera residual gástrico anotar el volumen en mililitros y describir sus características: claro, bilioso, con sangre, alimento, etc. Si no existiera, anotar "no". Registrar en forma similar existencia de vómitos y características. Marcar el casillero amarillo si existe anomalía.

PERDIDAS	DIURESIS (ml) / DENSIDAD																
	DEPOSICIONES CANTIDAD / TIPO																
	SANGRE EXTRAIDA (ml) / MOTIVO																
	RES. GASTRICO VOLUMEN (ml) / VOMITOS TIPO																



## CUIDADOS RESPIRATORIOS

### KINESIO

Anotar "si" cuando se realiza kinesioterapia respiratoria y "no" en caso contrario.

### POSICION

Anotar la posición en la que se deja al recién nacido: decúbito lateral derecho (DLR) o izquierdo (DLI), decúbito dorsal (DD), decúbito ventral (DV), etc.

### SECRECIONES

Registrar la cantidad y describir el tipo de secreciones aspiradas.

**CANTIDAD:** escasas (+), moderadas (++) y abundantes (+++)

**TIPO:** blancas, amarillas, con sangre, etc.

### PIM / PPC - FR (VMI)

Anotar los parámetros del ventilador utilizados. En caso de ventilación espontánea anotar solo PPC, si se utiliza.

PIM: presión inspiratoria máxima

PPC: presión positiva continua o de distensión

FR-VMI: frecuencia respiratoria de la ventilación mandatoria intermitente. La FR espontánea se registra en controles vitales.

Cuando se realice algún cambio en la indicación de los parámetros, recuadrar el cambio con lápiz rojo.

PaO<sub>2</sub> - SaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub>

PaO<sub>2</sub>: anotar la presión parcial de oxígeno

SaO<sub>2</sub>: anotar la saturación de oxígeno.

FiO<sub>2</sub>: anotar la fracción inspirada de oxígeno

Cuando no requiera asistencia respiratoria mecánica, especificar si el recién nacido está respirando espontáneamente, si está en tienda de oxígeno, etc.

Si se realiza un cambio en FiO<sub>2</sub>, recuadrar el cambio con lápiz rojo.

CATEGORÍA	NOMBRE	POSICION	SECRECIONES		S <sub>i</sub>									
			CANTIDAD	TPO	DLR	DLI								
RESPIRATORIOS	PIM / PPC	FR (VMI)	20.2	36	20.2	36	20.2	48	20.2	48	22.1	48		
	PaO <sub>2</sub> - SaO <sub>2</sub>	FiO <sub>2</sub>	90-94	90%	90-96	90%	96-98	90%	98-99	90%	98-99	90%	98-99	90%

### ANOTACIONES ESPECIALES

EXÁMENES RECIBIDOS	ANOTAR RESULTADOS
MEDICACION CUMPLIDA	ANOTAR FARMACO DORS Y VA
Exámenes parciales en curso	Observaciones de enfermería
Inyección	Medicación indicada
Sol. Gluc. %	
Cl. Na %	
Cl. K %	
Gluc. Ca %	
Situación a	OK / NO

## EXAMENES RECIBIDOS

Anotar los resultados de los exámenes de laboratorio recibidos desde el control previo, en la columna correspondiente a la hora en que se recibe. El original de laboratorio se archivará en un lugar de la historia destinado a ese propósito.

Esta anotación, al colocar este dato junto a los demás controles clínicos, simplifica el uso del informe de laboratorio para la valoración del paciente,

Ejemplo de llenado del sector exámenes recibidos:

EXAMENES RECIBIDOS	ANOTAR RESULTADOS	glucosa 0,80	gasometría															
		urea 4,5	pH 7,38	pO <sub>2</sub> 79	pCO <sub>2</sub> 36	B.E. -3,2												

## MEDICACION CUMPLIDA

Registrar los fármacos, dosis y vía en la columna correspondiente a la hora de administración del mismo y cuya indicación figura al pie de esta hoja de registro.

Ejemplo de llenado del sector medicación cumplida:

MEDICACION CUMPLIDA	ANOTAR FARMACO DOSIS Y VIA	Aspirina																
		100mg / 4																

## EXAMENES PARACLINICOS EN CURSO

Consignar en el recuadro los exámenes, estudios o consultas solicitados durante el día y registrar la solicitud o pedido (P) y si se recibió el informe (R).

Ejemplo de llenado para el sector exámenes en curso:

Exámenes pendientes en curso	
glucemia	P - R
calcemia	P - R
grupo y Rh	P -
gasometría	P - R
E.C.G.	P -

## OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

Al finalizar el turno, la enfermera trazará una línea vertical en el sector destinado a

“observaciones” a la altura del último control que realizó.

Ejemplo:

Observaciones de enfermería

En el espacio que recuadró, escribir las observaciones adicionales a las valoraciones o acciones ya registradas en cada control. No es necesario que se repitan las anotaciones.

Se escribe brevemente y con letra clara, aquellos eventos, juicios o recordatorios que agreguen información a la ya registrada en las columnas.

## INFUSION

El médico debe registrar el tipo y volumen de la infusión parenteral básica a realizar en el día. Las modificaciones a esta se anotarán en el sector de "medicación indicada".

## MEDICACION INDICADA - CUIDADOS DE ENFERMERIA

El médico debe anotar órdenes y la enfermera enumerar los cuidados de enferme-

Infusión	
Sol. Gluc.	10 % 70 ml
Cl. Na	molar % 2 ml
Cl. K	molar % 1 ml
Gluc. Ca	10 % 4 ml
_____	
Infusión a	05 ml / hora

ría más relevantes a realizar, incluyendo la monitorización, temperatura de la incubadora, kinesioterapia, etc.

Medicación indicada	Cuidados de enfermería

# LLENADO DEL FORMULARIO DE HOSPITALIZACION NEONATAL

## GENERALIDADES

El formulario de HOSPITALIZACION NEONATAL contiene en una sola hoja los módulos de INGRESO y EGRESO para per-

mitir la valoración conjunta de la información de ambos momentos. Aunque la internación dure más de cinco días y se haya usado más de un formulario, se debe llenar el módulo de EGRESO en el mismo formulario en el que se llenó el módulo de INGRESO.

## IDENTIFICACION / MOTIVO DE INGRESO

CLAP- GFS-OMS HCP- HOSPITALIZACION NEONATAL		Nº. HIST. CLINICA RN							
NOMBRE		Nº. HIST. CLINICA materna							
MADRE NOMBRE									
DOMICILIO									
LOCALIDAD		TEL.							

### NOMBRE

El del recién nacido

### NOMBRE - MADRE

El de la madre

### DOMICILIO

Escribirlo de forma que permita su fácil localización o envío de correspondencia.

### LOCALIDAD

La que corresponda.

### TELEFONO

El de la familia, u otro que permita ubicarla. El del trabajo de los padres, vecinos, etc. Es de extrema importancia en pacientes que viven muy lejos del área del hospital.

### No HIST CLINICA RN

El que le asigna el hospital al recién nacido.

### No HIST CLINICA MATERNA

El que figura en la HCPB

## NACIMIENTO

NACIMIENTO					ESTAB. DONDE NACIO	ORDEN GEMELAR	SEXO	PESO AL NACER	TALLA
Hora	Min.	Día	Mes	Año					
						<input type="checkbox"/>	f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		
PERL. CEF.	EDAD GESTACIONAL	APGAR		RESUCITACION	TRANSPORTE		no <input type="checkbox"/>	VDRL	
		1°	5°	no <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> oxígeno <input type="checkbox"/> intub. <input type="checkbox"/>	caletac. <input type="checkbox"/> vía IV <input type="checkbox"/>	oxig. <input type="checkbox"/> intub. <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		

Registrar la información básica del nacimiento y condiciones de transporte.

### ESTABLECIMIENTO

El de la Institución donde nació.

### MOMENTO

Anotar fecha con precisión de hora y minutos de nacimiento.

### ORDEN GEMELAR

Registrar el orden de nacimiento en gestaciones múltiples. Esto permite identificar y

separar la información correspondiente a cada uno de los hermanos.

## SEXO

El que corresponde.

## PESO AL NACER / TALLA / PER. CEF.

Los que figuran en la HCPB.

## EDAD GESTACIONAL

La que figura en la HCPB, según FUM.

## APGAR

Anotar los puntajes al 1ro y 5to minutos.

## RESUCITACION

Anotar **No**, cuando no se realizó ninguna maniobra a excepción de estimulación externa y secado. Anotar, oxígeno cuando se le administró en sala de partos, independientemente que se hayan utilizado otras maniobras. **mascara**; se refiere a la ventilación con máscara facial y presión positiva intermitente con bolsa. **intubación**; se refiere a

los recién nacidos que requirieron intubación endotraqueal independientemente de que se hayan utilizado previamente otras medidas.

## TRANSPORTE

Identifica las características generales del transporte del recién nacido. **No**; significa que el recién nacido nació en la misma institución y no fue transportado, excepto internamente.

**calefacción**: cuando se utilizaron medios para proporcionar calor, además de protegerlo de las pérdidas.

**oxígeno**: cuando se administró durante el transporte.

**vía intra vascular (I/V)**: cuando al ingreso tiene una vía i/v permeable.

**intubación**; cuando al ingreso respira a través de un tubo endotraqueal.

## VDRL

Corresponde al resultado del examen realizado en sangre del recién nacido.

## INGRESO

INGRESO						EDAD		TEMP. AXILAR	PESO INGRESO	SILVERMAN
Hora	Min.	Día	Mes	Año		días	horas	°C	g	

Registrar con precisión de horas y minutos del ingreso.

## EDAD

Anotar el número de horas en los menores de 24 horas y de días en los mayores. Marcar también el casillero de las unidades correspondientes.

## TEMP. AXILAR

Corresponde a la temperatura registrada al ingreso.

## PESO INGRESO

Corresponde al peso en el momento del ingreso.

## SILVERMAN

Corresponde a la cuantificación del esfuerzo respiratorio, medida en el momento del ingreso.

## MOTIVO DE INGRESO

Marcar en el listado uno o más problemas o patologías que hayan justificado el ingreso. Se incluyen tres grupos de casilleros donde codificar el motivo de ingreso.

Para la codificación podrá utilizarse la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a Revisión, la lista de Patologías Neonatales que figura en el reverso de la HCPB o cualquier otra que el usuario considere apropiada.

MOTIVO DE INGRESO	
pretérmino <input type="checkbox"/>	enfermedad hemolítica <input type="checkbox"/>
P.E.G. <input type="checkbox"/>	cardiopatía <input type="checkbox"/>
macrosomía <input type="checkbox"/>	malformación <input type="checkbox"/>
distocia <input type="checkbox"/>	convulsión <input type="checkbox"/>
cesarea <input type="checkbox"/>	hemorragia <input type="checkbox"/>
apgar bajo <input type="checkbox"/>	enfriamiento <input type="checkbox"/>
sospecha infección <input type="checkbox"/>	vómitos <input type="checkbox"/>
Infección confirmada <input type="checkbox"/>	preoperatorio <input type="checkbox"/>
apneas <input type="checkbox"/>	postoperatorio <input type="checkbox"/>
S.D.R. <input type="checkbox"/>	depresión sensorial <input type="checkbox"/>
cianosis <input type="checkbox"/>	período transicional <input type="checkbox"/>
ictericia <input type="checkbox"/>	otros <input type="checkbox"/>
códigos	<input type="text"/>

## ANOTACIONES

ANOTACIONES

El módulo de ingreso tiene 3 líneas donde escribir mayor información sobre el ingreso además de la existente en la HCPB.

Ejemplo para el llenado de los sectores anteriores.

CLAP OPS OMS HCP - HOSPITALIZACION NEONATAL						Nº. HIST. CLINICA RN	
NOMBRE <b>C. G. A.</b>						35480	
MADRE NOMBRE <b>L. A.</b>						Nº. HIST. CLINICA materna 18630	
DOMICILIO <b>Simón Bolívar 630</b>						MOTIVO DE INGRESO	
LOCALIDAD <b>San Juan</b> TEL <b>700640 (vecino)</b>						pretérmino <input checked="" type="checkbox"/> enfermedad hemolítica <input type="checkbox"/>	
NACIMIENTO		ESTAB. DONDE NACIO	ORDEN GEMELAR	SEXO	PESO AL NACER	TALLA	P.E.G. <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/>
Hora	Mín.	Día	Mes	Año	Hosp. Regional N°8		macrosmía <input type="checkbox"/> malformación <input type="checkbox"/>
15	00	02	01	90			distocia <input type="checkbox"/> convulsión <input type="checkbox"/>
PER. CEF.	EDAD GESTACIONAL	APGAR 1° minuto	5°	RESUCITACION	TRANSPORTE	VDRL	cesarea <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/>
31.0 cm	33 sem.	07	09	no <input checked="" type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> calefac. <input type="checkbox"/> oxig. <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		apgar bajo <input type="checkbox"/> enfriamiento <input type="checkbox"/>
INGRESO		EDAD	TEMP. AXILAR	PESO INGRESO	SILVERMAN	sospecha infección <input checked="" type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/>	
Hora	Mín.	Día	Mes	Año	04	días <input type="checkbox"/>	Infección confirmada <input type="checkbox"/> preoperatorio <input type="checkbox"/>
19	00	02	01	90	04	horas <input checked="" type="checkbox"/>	apneas <input type="checkbox"/> postoperatorio <input type="checkbox"/>
ANOTACIONES		rotura prolongada de membranas, parto inducido, membrana biclinal					
		códigos 03					

En el Hospital Regional No 8 de la localidad de San Marcos nació el día 2 de enero de 1990 el niño C.G.A. (No H.C. 35480), hijo de L.A. (No H.C. 18630), domiciliada en la calle Simón Bolívar No 630. El recién nacido instala 4 horas después de su nacimiento un síndrome de dificultad respiratoria por lo que es asistido en la unidad neonatal del establecimiento.

Los datos del parto son los siguientes, comienzo inducido por sospecha de infección ovular luego de rotura prolongada de membranas, el niño peso 2000g al nacer midió 43 cm de talla y 31 cm de perímetro cefálico, la edad gestacional fue de 33 semanas el Apgar 7 al 1er minuto y 9 al 5o minuto. El puntaje de Silverman fue 5.

## EVOLUCION

### IDENTIFICACION DIARIA

En este módulo se registra un resumen de la evolución diaria en cada columna. El registro en un misma hoja de los datos básicos de cada día, simplifica la visión conjunta de la evolución clínica de 5 días.

#### FECHA / EDAD

Anotar el día, mes y la edad en el acápite de cada columna. La edad se anota en días.

EVOLUCION		Día	Mes	EDAD	Día	Mes	EDAD	Día	Mes	EDAD	Día	Mes	EDAD	Día	Mes	EDAD
FECHA	EDAD	02	04	00	03	04	01									
PESO g		2000			1950											
CONDICION CLINICA		inestable grave			igual											

### DIAGNOSTICOS Y PROBLEMAS

En cinco líneas se anotan los principales diagnósticos y problemas que presenta el re-

cién nacido. Ej. Prematurez, SDRI, Neumotorax, Ductus persistente.

DIAGNOSTICOS Y PROBLEMAS	Pretermino	Igual más			
	Adecuado	ictericia sin			
	S.D.R.	conflicto			
	Neumonitis				
	Homb. hialina				

### EXAMEN FISICO

Anotar en las cuatro líneas los elementos positivos más destacados del examen físi-

co. Ej. Mala entrada de aire, Estertores en base izquierda, Distensión abdominal, Hipotonía global.

EXAMEN FISICO	Buena entrada	Igual más			
	de aire bilateral	ictericia			
	bien adaptado				
	ventilador				

### APORTES

Registrar diariamente el aporte oral y parenteral.

#### ORAL

##### TIPO

Anotar el tipo de fluido aportado, Ej. Leche maternizada (LM), Pecho ordeñado (PO), Solución Glucosada (SG).

#### VIA

Anotar si se administró por succión o por SOG, SNG.

#### VOL / FREC

Anotar el volumen administrado en cada ingesta y la frecuencia de las ingestas. Cuando se alimenta por gastroclisis anotar, SOG clisis.

## PESO

El peso en gramos medido en el primer turno de la mañana.

## CONDICION CLINICA

En una o dos palabras se resume la gravedad y evolutividad de la situación clínica. Ej. Grave, Mejoría, Estable. etc.

**CALORIA / Kg**

Anotar el cálculo de calorías diarias ingeridas por Kg de peso del recién nacido.

**I / V  
VOLUMEN / Kg DE PESO**

El cálculo de aporte de calorías por Kg de peso por la misma vía.

**TOTAL DE APORTES**

Anotar la suma de los aportes de volumen y calorías por ambas vías, oral y parenteral.

APORTES	VIA	TIPO - VIA		VOL. / FREQ.	CALD. / KG	VOL. / FREQ.	CALD. / KG	TOTAL
		ORAL	IV					
				9.4 40%	85 cc/K	20 cal/d	9.4 40%	83 cc/K
								26 cal/K

**PROCEDIMIENTOS**

Registrar los procedimientos realizados, de acuerdo al listado ubicado en el reverso.

PROCEDIMIENTOS					

**MEDICACION**

Registrar la que recibe.

MEDICACION					
Amoxicilina 100mg/K 9/dia	igual				
Salbutamol 5mg/K 9/dia	igual				

**MADRE PARTICIPANTE**

Anotar diariamente si la madre concurre y la actividad que realiza. Ej. Visita, alimentación por biberón, pecho directo, etc.

**RESPONSABLE**

Firma del responsable del llenado de la información correspondiente a ese día.

Madre participante	si <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>
Responsable	Dr. P....		Dra. S.....					

**ANOTACIONES****ESPACIO BLANCO**

Escribir diariamente la información sobre la evolución que complementa las columnas del anverso.


# EGRESO

EGRESO		DIAGNOSTICO	IMAGENES	OTROS PROCEDIMIENTOS		MEDICACION
Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		codificar según reverso HCPB	N° de RX <input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> droga si <input type="checkbox"/>		asist. resp. <input type="text"/> de mecánica
alta <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> mixta <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/> artif. <input type="checkbox"/>				códigos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	códigos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
EDAD días <input type="text"/>		1. Rx tórax - abdomen 2. Otras Rx simples 3. Ecódiagnósticoduodeno 4. Ecografía encefálica 5. Ecocardiografía 6. Ecografía abdominal 7. Centellografía renal 8. Otras centellografías 9. Tomografía axial compu- talizada	01. Catéter arterial umbilical 02. Cateterismo cardíaco 03. Catéter venoso central 04. Catéter venoso umbilical 05. Deriv. ventrículo peritoneal 06. Drenaje de neumotórax 07. Electrocardiograma 08. Electroencefalograma 09. Exsangineotransfusión 10. Fotorgrafía		alimentación <input type="text"/> de por sonda OG.	01. Penicilina 02. Ampicilina 03. Carbenicilina 04. Otras penicilinas 05. Gentamicina 06. Amicacina 07. Otros aminoglicósidos 08. Colistazina 09. Micolactam 10. Otras celosporinas 11. Eritromicina 12. Otros macrólidos 13. Otros antibióticos 14. Antimicrobicos parent. 15. Gaspargobulinas 16. Bicarbonato de sodio 17. Resuscitación por paro CR 18. Transfusión de plaquetas 19. Transfusión de plasma 20. Transfusión de sangre
PESO g <input type="text"/>			11. Gastroclisis 12. Ligadura de ductus 13. Origeno en carpa 14. P.P.C. nasal / traqueal 15. Reservorio ventricular 16. Punción lumbar 17. Resucitación por paro CR 18. Transfusión de plaquetas 19. Transfusión de plasma 20. Transfusión de sangre			
TALLA cm <input type="text"/>		01. Catéter arterial umbilical 02. Cateterismo cardíaco 03. Catéter venoso central 04. Catéter venoso umbilical 05. Deriv. ventrículo peritoneal 06. Drenaje de neumotórax 07. Electrocardiograma 08. Electroencefalograma 09. Exsangineotransfusión 10. Fotorgrafía		01. Penicilina 02. Ampicilina 03. Carbenicilina 04. Otras penicilinas 05. Gentamicina 06. Amicacina 07. Otros aminoglicósidos 08. Colistazina 09. Micolactam 10. Otras celosporinas 11. Eritromicina 12. Otros macrólidos 13. Otros antibióticos 14. Antimicrobicos parent. 15. Gaspargobulinas 16. Bicarbonato de sodio 17. Resucitación por paro CR 18. Transfusión de plaquetas 19. Transfusión de plasma 20. Transfusión de sangre	21. Indometacina 22. Furosemida 23. Tolazolina 24. Prostaglandina E 25. Antihipertensivos 26. Fenobarbital 27. Corintoína 28. Valium 29. Otros anticonvulsivos 30. Corticoides 31. Morfina 32. Otros analgésicos 33. Anestesia general 34. Curarizantes 35. Otros medicamentos (anotar)	
PER. CEF. cm <input type="text"/>		01. Catéter arterial umbilical 02. Cateterismo cardíaco 03. Catéter venoso central 04. Catéter venoso umbilical 05. Deriv. ventrículo peritoneal 06. Drenaje de neumotórax 07. Electrocardiograma 08. Electroencefalograma 09. Exsangineotransfusión 10. Fotorgrafía				01. Penicilina 02. Ampicilina 03. Carbenicilina 04. Otras penicilinas 05. Gentamicina 06. Amicacina 07. Otros aminoglicósidos 08. Colistazina 09. Micolactam 10. Otras celosporinas 11. Eritromicina 12. Otros macrólidos 13. Otros antibióticos 14. Antimicrobicos parent. 15. Gaspargobulinas 16. Bicarbonato de sodio 17. Resucitación por paro CR 18. Transfusión de plaquetas 19. Transfusión de plasma 20. Transfusión de sangre

Registrar día, mes, año del egreso y marcar la condición (alta, traslado, fallece).

Marcar si la alimentación al alta es pecho, mixta (pecho y biberón) o artificial (solo biberón).

## EDAD

La correspondiente en días de vida.

## PESO / TALLA / PER. CEF.

Los valores medidos el día del egreso, en centímetros.

## DIAGNOSTICOS

Anotar en los casilleros los códigos correspondientes a los diagnósticos (hasta ocho) que se confirmaron durante la hospitalización neonatal.

Para la codificación podrá utilizarse la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a Revisión, la lista de Patologías Neonatales que figura en el reverso de la HCPB o cualquier otra que el usuario considere apropiada.

## IMAGENES

Registrar la cantidad de exposiciones a rayos X que se realizaron para el estudio del recién nacido.

## CODIGOS

Se dispone de 6 casilleros para anotar los códigos de los diferentes estudios de imagenología que se realizaron.

## OTROS PROCEDIMIENTOS

Marcar si hubo o no cirugía y la duración en días de los procedimientos más comunes.

## CODIGOS

Anotar los códigos correspondientes a los procedimientos más frecuentes empleados en este recién nacido.

## MEDICACION

Anotar en los casilleros los códigos de hasta 6 medicaciones recibidas durante la hospitalización. Si recibió más de seis puede anotarse a continuación, en el sector de anotaciones.

# ANOTACIONES

ANOTACIONES

En este espacio el médico que otorga el alta hará un breve resumen escrito que sintetice la información y complemente la desarrollada en el módulo de EGRESO.

## RESPONSABLE DEL EGRESO

Nombre y apellido del responsable.

Responsable					
-------------	--	--	--	--	--

# LLENADO DEL CARNE PERINATAL

## CARA INTERNA

Todos los items de esta cara se responden volcando los datos que se registran en la HCPB por lo cual las instrucciones para su llenado son las de la HCPB.

En esta cara, en lugar de la sección PUERPERIO de la HCPB se ha dejado un espacio en blanco para anotaciones de interés.

## CARA EXTERNA

### IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD

### NOMBRE

Los apellidos paterno y materno de la embarazada y sus nombres completos. Copiarlos del documento de identidad cuando lo presente.

### DOMICILIO / LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Registrar 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 localización (Ej. Km 5 de la ruta 3).

### TEL.

El teléfono del domicilio. Si no tiene anotar el mas cercano disponible.

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMENES COMPLEMENTARIOS			
Día	Mes		

Anotar fecha, tipo y resultado de los exámenes realizados.

### HOSPITALIZACION

HOSPITALIZACION				
ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

En el caso de haber existido hospitalizaciones durante el embarazo, anotar lugar y fecha de ingreso y egreso.

### OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

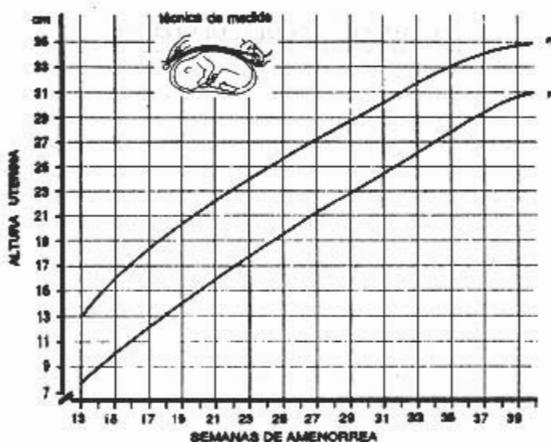
---

---

Anotar todas aquellas observaciones de elementos clínicos, paraclínicos, evolutivos o terapéuticos que se consideren de importan-

cia, tanto en la evolución del embarazo como del puerperio.

## CURVAS DE ALTURA UTERINA

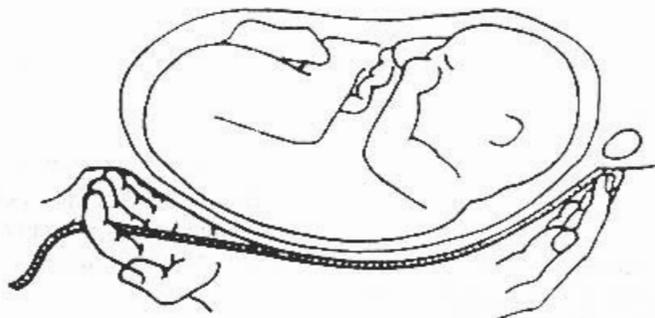


La medición se realiza con la madre en decúbito dorsal. Se mide en centímetros con una cinta métrica flexible e inextensible,

desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación.

Existen distintos métodos de medida, por lo cual es imprescindible normatizar la técnica y utilizar patrones de referencia que hayan sido elaborados con el mismo procedimiento.

Los valores patrón con los que se realizó la curva del CARNE PERINATAL se obtuvieron con la siguiente técnica de medición: el extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con una mano, mientras entre los dedos índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de la misma alcanza el fondo uterino.



### INTERPRETACION

Valor normal: el comprendido entre los percentiles 10 y 90 de la curva patrón de altura uterina para la edad gestacional.

Valor anormal: el que excede el percentil 90 o es inferior al P10 de la curva de referencia para una edad gestacional dada.

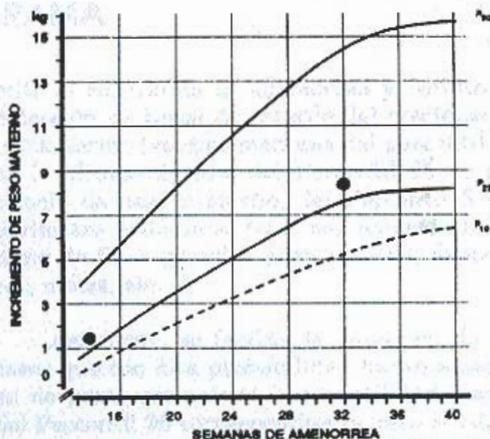
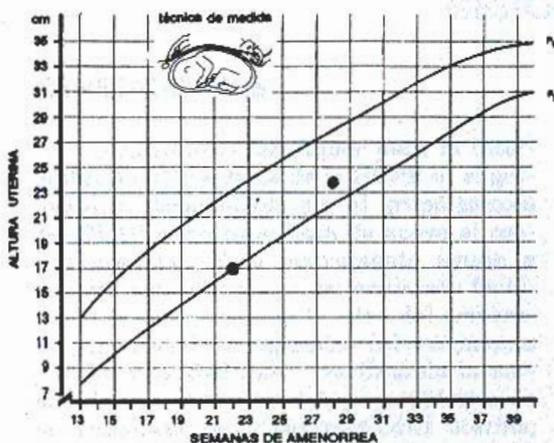
### EJEMPLO

La embarazada tiene a las 22 semanas de gestación, una altura uterina de 17 cm.

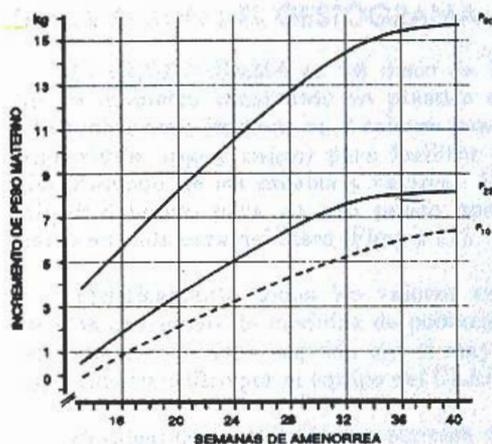
### TRASPASO DEL VALOR OBSERVADO A LA GRAFICA

Desde el punto que corresponde a las 22 semanas en el eje horizontal (abscisas) se traza una línea vertical hasta alcanzar la línea horizontal que corresponde al valor 17 cm, valor que se lo ubica en el eje vertical (ordenadas). En la intersección de ambas líneas se marca el punto correspondiente que se encuentra un poco por encima del percentil 10.

En una segunda observación a las 28 semanas la altura uterina es de 24 cm. Se



## CURVAS DE INCREMENTO DE PESO



Tanto el escaso como el exagerado incremento de peso durante el embarazo han sido asociados con malos resultados perinatales. Una vez fijada la semana de gestación se resta el peso actual al peso pregravídico obteniendo de esa manera el incremento de peso para esa E.G., dicho valor es trasladado a la gráfica correspondiente.

### INTERPRETACION PARA UNA DETERMINADA EDAD GESTACIONAL

Valor normal: el incremento obtenido se encuentra entre los percentiles 25 y 90.

Valor anormal: los incrementos son mayores del percentil 90 o menores del percentil 25.

### Ejemplo

La embarazada refiere un peso pregravídico de 52 Kg y a las 14 semanas de gestación se constató un peso de 53.5 Kg.

La ganancia de peso para la semana 14 se calcula restando 53.5 Kg - 52.0 Kg = 1.5 Kg.

### TRASLADO DEL VALOR OBSERVADO A LA GRAFICA

Desde las 14 semanas, valor que se lo ubica en el eje horizontal (abscisas), se traza una línea vertical hasta alcanzar la línea horizontal correspondiente al valor 1.5 Kg del eje vertical (ordenadas). En la intersección de ambas líneas se marca el punto correspondiente que en este caso se encuentra entre los percentiles 50 y 25.

A las 32 semanas el peso es de 60.2 Kg por lo que el incremento es de 60.2 - 52 = 8.2 Kg. Se repite el traslado del resultado de la observación a la gráfica y en este caso el punto se mantiene entre los percentiles 50 y 25.

El diagnóstico de retardo de crecimiento intra uterino (RCIU) es mas confiable si se toman en consideración los casos con valores de altura uterina (AU) inferiores del percentilo 10 y de incremento del peso materno durante la gestación inferior al percentil 25. La sensibilidad del método combinado alcanza el 75%. Se aconseja referir al servicio de Alto Riesgo para comprobar o descartar una alteración del crecimiento fetal a toda gestante con valores anormales en alguno de estos 2 métodos.

# GESTOGRAMA

## GENERALIDADES

Otro recurso facilitador para la interpretación de los datos de la HCPB es el gestograma, desarrollado por el grupo técnico del CLAP como tecnología de apoyo al control prenatal. Este instrumento ayuda a una correcta vigilancia del embarazo facilitando la estimación de la edad del embarazo, permitiendo la vigilancia del crecimiento y de la vitalidad fetal, verificando la normalidad del incremento de peso materno, de la frecuencia de la contractilidad uterina, de la presión arterial materna, de las medidas antropométricas feto- neonatales, etc.

## DESCRIPCION DEL GESTOGRAMA

El GESTOGRAMA es un disco de 12 cm de diámetro construido en plástico de alta resistencia, impreso en 4 colores (amarillo, verde, rojo y negro) para facilitar la identificación de las escalas y valores. Un mini-instructivo para su uso puede apreciarse en cada cara del disco (Figura 17).

Practicamente todos los valores empleados provienen de medidas de población latinoamericana sana seguida con el mayor rigorismo científico por el equipo del CLAP.

Empleando como base los simples calendarios obstétricos, se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por ser los más confiables y precisos, evitando la superposición de tecnologías. Así, en forma de un disco que gira sobre otro, conociendo la Fecha de Última Menstruación (FUM) de características normales, se presentan los valores de altura uterina (Percentiles 90 y 10), de ganancia de peso materno (Percentiles 90 y 25) y del Perímetro Abdominal Fetal por ecografía (Percentiles 90 y 5) correspondientes a cada semana de amenorrea. Además, en el mismo lado se muestra a partir de la semana 25 el Percentil 90 del número de contracciones uterinas por hora. También se recuerda el número de movimientos fetales percibidos por la madre (Percentil 10) en 4 períodos de 30 minutos cada uno. Esta cara del disco per-

mite el cálculo de la amenorrea y facilita la detección de casos de retardo del crecimiento intrauterino (valores menores del percentil 10 de la altura uterina, del Percentil 25 de ganancia de peso materno, del Percentil 5 del perímetro abdominal fetal por ecografía) así como de fetos grandes para la edad, gemelares, molas, etc.

Asímismo, se facilita la detección de los casos que con alta probabilidad harán amenaza de parto prematuro (contractilidad mayor del Percentil 90 correspondiente para la edad) o bien que presentan actividad neuromotora deprimida (menor del P10 del número de movimientos fetales percibidos por la madre).

A partir de la semana 20 se presentan los valores (Percentil 90 y 10) del peso fetal y el P50 de la talla correspondiente a la amenorrea.

Si se desconoce la FUM y no existen medidas fetales, se pueden utilizar los valores de peso, talla y diámetro biparietal del recién nacido medido con compás para obtener una aproximación rápida y sencilla de la duración del embarazo.

Las medidas ecográficas se obtuvieron con un equipo de tiempo real con su escala calibrada a 1540 m/seg.

La longitud céfalo caudal se midió en mm desde la tabla externa del parietal proximal a la tabla externa del parietal distal.

El perímetro abdominal se obtuvo del equipo de ecografía recorriendo el perímetro externo del abdomen fetal a nivel del ductus venoso de Arancio o determinando el diámetro mayor (D) y el diámetro menor (d) perpendicular al anterior, ambos medidos de borde externo a borde externo aplicando la fórmula de la elipse  $\frac{D+d}{2} \cdot 3,14$

Si se desconoce la FUM, el reverso del disco permite estimar la amenorrea en semanas cumplidas, con un error conocido empleando medidas ecográficas (embrio-fetales) tales como la longitud céfalo-caudal y el diámetro biparietal fetal.

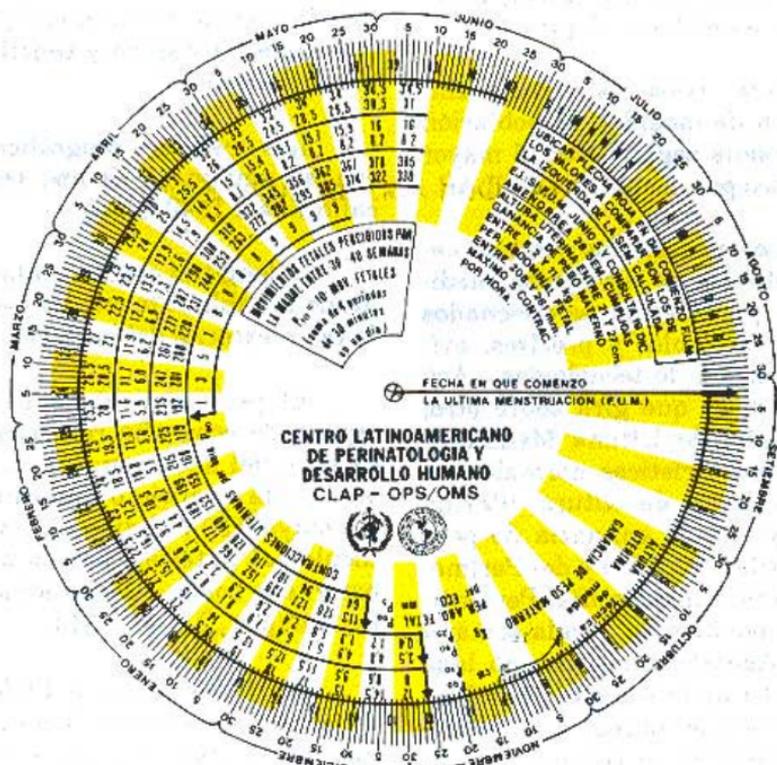
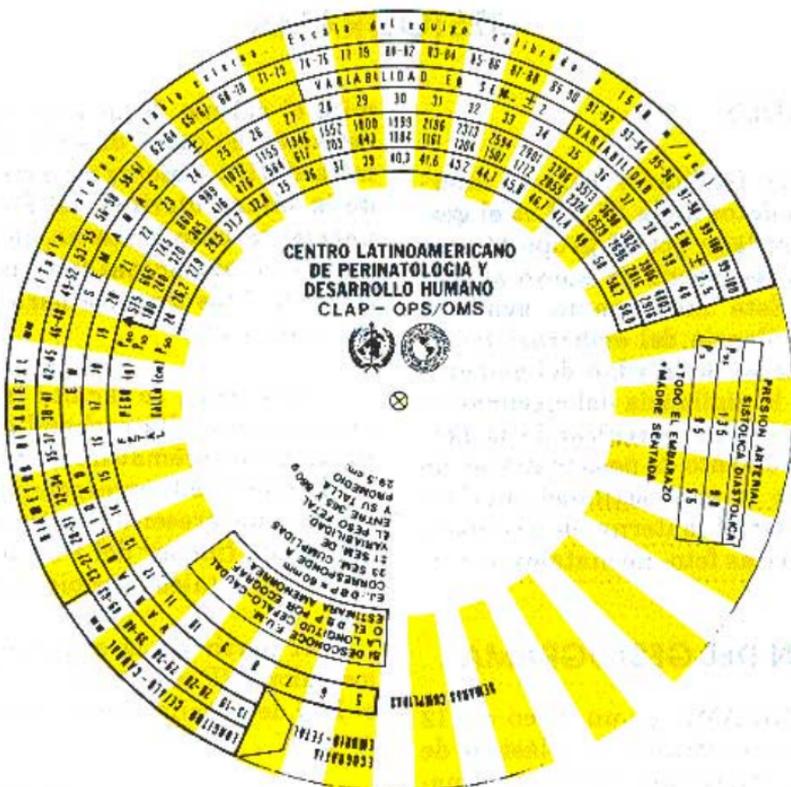


Figura 17- Anverso y reverso del gestograma

## EJEMPLOS PARA ADIESTRAMIENTO

### EJERCICIO PARA EL ADIESTRAMIENTO EN EL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE Y EL USO DEL GESTOGRAMA

#### NORMAS GENERALES DE TRABAJO GRUPAL

En el ejemplo que se presenta a continuación, los datos se registrarán en la Historia Clínica Perinatal Base y el Carné Perinatal y las preguntas que se listan se responden consultando el gestograma.

El grupo elegirá un coordinador que deberá ordenar la discusión haciendo participar en la misma a todos sus integrantes. Se elegirá también a un relator, quien será el encargado de presentar en la reunión plenaria las conclusiones a las que el grupo llegó sobre: 1) la Historia presentada, las eventuales dificultades de su llenado y del Carné Perinatal y, 2) la utilidad del gestograma.

#### EJERCICIO

J.M. de 29 años, con un nivel secundario completo, soltera, que fuma 5 cigarrillos diarios, con antecedentes familiares de gemelares, secundigesta primípara, con un parto anterior vaginal, en julio de 1985, de un RN de 33 semanas de gestación, de 1400 g de peso y que murió a los 4 días de nacer.

Era ese RN un pretérmino de peso adecuado para su edad gestacional?

Si |  | No |  |

Cuáles son los valores normales de peso fetal y la talla mediana para esa edad gestacional?

peso fetal \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_

J.M. concurre el 22 de agosto de 1988 a su primera consulta y refiere ser bien reglada y que su última menstruación comenzó el 13 de mayo de 1988.

Cuál es la fecha probable de parto?

---

Cuál es la fecha gestacional en esta consulta?

---

J.M. mide 155 cm y refiere un peso habitual de 52 kilos. Ha sido vacunada contra el tétano en su anterior embarazo. Es de grupo sanguíneo A Rh positivo. Los exámenes clínicos, de mamas, de pelvis y de cervix son normales. El examen dental se deriva por norma al odontólogo. Se toma muestra para Papanicolau.

En la primera consulta del 22 de agosto se constata un peso de 53,500 Kg, presión arterial 110/70 y altura uterina 10.5 cm. Se solicita rutina de laboratorio.

Considera los hallazgos normales para esa edad gestacional?

Si |  | No |  |

Si tuviese dudas sobre el día de inicio de la U.M., qué medidas y valores ecográficos debería tener en cuenta para confirmar las 14 semanas de gestación y qué error en semanas tienen esas medidas?

---

En el examen del 10 de octubre el peso es de 57 Kg, la presión arterial 110/75 y la altura uterina 17 cm. Los resultados de laboratorio del 1 de Octubre e informan Pap II, VDRL negativo y Hb 10 g.

Considera los hallazgos normales para esa edad gestacional?

Si |  | No |  |

El 28 de noviembre el peso es de 58, 2 Kg, la presión arterial 120/80, la altura uterina de 25 cm, la FCF 155 latidos por minuto. La madre refiere 2 contracciones en 1 hora.

Considera los hallazgos normales para esa edad gestacional?

Si |\_\_| No |\_\_|

Cuáles con los valores ecográficos normales del Diámetro Biparietal y su variabilidad en semanas y cuáles del Perímetro Abdominal Fetal y cuál el número máximo de contracciones esperado?

El 27 de diciembre el peso es de 60,2 Kg, la presión arterial 140/95, la Altura Uterina 26 cm, la FCF 150 latidos por minuto. La madre refiere 3 contracciones en 1 hora y 20 movimientos fetales por hora. El Perímetro Abdominal Fetal es de 260 mm. Se indica reposo en domicilio y se solicita proteinuria.

Qué piensa de la evolución de este embarazo?

El 10 de enero el peso es de 60 Kg, la presión arterial de 135/90, la Altura Uterina es de 26 cm, presentación pelviana, la FCF 150 latidos por minuto y el Perímetro Abdominal Fetal 270 mm. La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora. La proteinuria es +.

Qué piensa de la evolución de ese embarazo?

Qué peso Ud. estima que tendría el niño si naciese ese día?

El 25 de enero el peso es de 59,5 Kg, la presión arterial 140/90, la Altura Uterina 26,5 cm, presentación cefálica, la FCF 140 latidos por minuto. La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora. El perímetro fetal es 280 mm.

Qué piensa de la evolución de ese embarazo?

El 3 de febrero de 1989 la gravida ingresa al Hospital a las 2:30 hs. con 6 cm de dilatación, membranas íntegras, OIIT en II plano, 3 contracciones en 10' de 40" de duración, FCF 140 latidos por minuto. La FC materna era 80 latidos por minuto y la presión arterial 140/90. A las 4:43 horas la gravida tiene un parto espontáneo, en cefálica, con episiotomía con anestesia local, luego de un período expulsivo de 15 minutos, en sala de partos. El alumbramiento espontáneo se produce a las 5:00 horas del mismo día. La placenta estaba completa al examen efectuado por la obstétrica Isabel González que atendió el parto, no comprobándose ningún desgarro.

El RN de sexo masculino es recibido por la enfermera de guardia, Raquel Tolosa, quien evalúa Puntaje de Apgar de 6 al 1er. minuto y 8 a los 5 minutos.

El recién nacido Jorge Manuel, HC No. 479636, pesa 2.150 g observándose a los 7 minutos de vida un niño rosado que respira sin dificultad, con buen tono muscular que llora vigorosamente y que impresiona por examen físico de 37 semanas. VDRL en sangre de cordón negativo.

El examen de abdomen y cardiovascular es normal, durante el examen emite orina, con chorro miccional normal. Se pasa sonda rectal que sale sucia con meconio. La talla del niño es de 47 cm y su perímetro cefálico de 33 cm.

El RN es entregado inmediatamente a la madre con indicación de amamantamiento precoz.

En el control a los 15' del postparto, el pulso era 90 por minuto, la presión arterial 140/90, buena retracción uterina, pérdida sanguínea normal.

A la hora se mantenían los mismos parámetros. A las 24 horas, la temperatura era 36.8°C, el pulso 70 latidos por minuto, la presión arterial 130/85, buena retracción uterina y loquios normales.

2 días después del parto, madre e hijo son dados de alta con citación para consulta externa.

Previo al alta, la madre es aconsejada sobre métodos contraceptivos y decide continuar con el método del condón.

## EJERCICIO PARA EL ADIESTRAMIENTO EN EL LLENADO DE LA HCPB

En caso de no contar con el gestograma se puede efectuar el siguiente ejercicio.

### NORMAS GENERALES DE TRABAJO GRUPAL

En el ejemplo que se presenta a continuación, los datos se registrarán en la Historia Clínica Perinatal Base y el Carné Perinatal.

El grupo elegirá un coordinador que deberá ordenar la discusión haciendo participar en la misma a todos sus integrantes. Se elegirá también a un relator, quien será el encargado de presentar en la reunión plenaria las conclusiones a las que el grupo llegó sobre: la Historia presentada, las eventuales dificultades de su llenado y del Carné Perinatal.

### Ejercicio

J.M. de 29 años, con un nivel secundario completo, soltera, que fuma 5 cigarrillos diarios, con antecedentes familiares de gemelares, secundigesta primípara, con un parto

anterior vaginal, en julio de 1985, de un RN de 33 semanas de gestación, de 1400 g de peso y que murió a los 4 días de nacer.

J.M. concurre el 22 de agosto de 1988 a su primera consulta y refiere ser bien reglada y que su última menstruación comenzó el 13 de mayo de 1988.

J.M. mide 155 cm y refiere un peso habitual de 52 kilos. Ha sido vacunada contra el tétano en su anterior embarazo. Es de grupo sanguíneo A Rh positivo. Los exámenes clínicos, de mamas, de pelvis y de cervix son normales. El examen dental se deriva por norma al odontólogo. Se toma muestra para Papanicolau.

En la primera consulta del 22 de agosto se constata un peso de 53,500 Kg, presión arterial 110/70 y altura uterina 10.5 cm. Se solicita rutina de laboratorio.

En el examen del 10 de octubre el peso es de 57 Kg, la presión arterial 110/75 y la altura uterina 17 cm. Los resultados de laboratorio del 1 de Octubre e informan Pap II, VDRL negativo y Hb 10 g.

El 28 de noviembre el peso es de 58, 2 Kg, la presión arterial 120/80, la altura uterina de 25 cm, la FCF 155 latidos por minuto. La madre refiere 2 contracciones en 1 hora.

El 27 de diciembre el peso es de 60,2 Kg, la presión arterial 140/95, la Altura Uterina 26 cm, la FCF 150 latidos por minuto. La madre refiere 3 contracciones en 1 hora y 20 movimientos fetales por hora. El Perímetro Abdominal Fetal es de 260 mm. Se indica reposo en domicilio y se solicita proteinuria.

El 10 de enero el peso es de 60 Kg, la presión arterial de 135/90, la Altura Uterina es de 26 cm, presentación pelviana, la FCF 150 latidos por minuto y el Perímetro Abdominal Fetal 270 mm. La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora. La proteinuria es +.

El 25 de enero el peso es de 59,5 Kg, la presión arterial 140/90, la Altura Uterina 26,5 cm, presentación cefálica, la FCF 140 latidos por minuto. La madre refiere 6 contracciones y 15 movimientos por hora.

El 3 de febrero de 1989 la grávida ingresa al Hospital a las 2:30 hs. con 6 cm de dilatación, membranas íntegras, OIIT en II plano, 3 contracciones en 10' de 40" de duración, FCF 140 latidos por minuto. La FC materna era 80 latidos por minuto y la presión arterial 140/90. A las 4:43 horas la grávida tiene un parto espontáneo, en cefálica, con episiotomía con anestesia local, luego de un período expulsivo de 15 minutos, en sala de partos. El alumbramiento espontáneo se produce a las 5:00 horas del mismo día. La placenta estaba completa al examen efectuado por la obstétrica Isabel González que atendió el parto, no comprobándose ningún desgarro.

El RN de sexo masculino es recibido por la enfermera de guardia, Raquel Tolosa, quien evalúa Puntaje de Apgar de 6 al 1er. minuto y 8 a los 5 minutos.

El recién nacido Jorge Manuel, HC No. 479636, pesa 2.150 g observándose a los 7 minutos de vida un niño rosado que respira sin dificultad, con buen tono muscular que llora vigorosamente y que impresiona por examen físico de 37 semanas. VDRL en sangre de cordón negativo.

El examen de abdomen y cardiovascular es normal, durante el examen emite orina, con chorro miccional normal. Se pasa sonda rectal que sale sucia con meconio. La talla del niño es de 47 cm y su perímetro cefálico de 33 cm.

El RN es entregado inmediatamente a la madre con indicación de amamantamiento precoz.

En el control a los 15' del postparto, el pulso era 90 por minuto, la presión arterial 140/90, buena retracción uterina, pérdida sanguínea normal.

A la hora se mantenían los mismos parámetros. A las 24 horas, la temperatura era 36.8° C, el pulso 70 latidos por minuto, la presión arterial 130/85, buena retracción uterina y loquios normales.

2 días después del parto, madre e hijo son dados de alta con citación para consulta externa.

Previo al alta, la madre es aconsejada sobre métodos contraceptivos y decide continuar con el método del condón.

## EJERCICIO PARA EL USO DEL PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA

A medida de Ud. va leyendo la descripción del caso que figura a continuación deberá graficar los datos correspondientes a dilatación cervical en el PARTOGRAMA adjunto, construyendo la curva de alerta correspondiente.

A) 20 de enero, 18:00 horas, J.M., 26 años, múltipara en posición horizontal con membranas íntegras, con 3 cm de dilatación.

B) 21 horas (3 horas del inicio del partograma) un nuevo examen verifica 4 cm.

C) 2 horas mas tarde 6 cm (note que la línea que une el punto correspondiente a este tacto con el anterior, corta la línea de base). En ese punto, punto 0 (cero), Ud. deberá comenzar la construcción de la Curva de Alerta correspondiente al caso asistido. Para ello Ud. deberá elegir los valores de duración de la dilatación cervical que mas se adecúen a este caso de la tabla que figura a la izquierda del Partograma.

D) A las 0:00 horas del día siguiente (hora 6 del Partograma) la parturienta llama a la enfermera por notar una abundante pérdida de líquido claro. Con el examen por vía vaginal se constata rotura de membranas y 7 cm de dilatación (note que una de las características del caso que Ud. utilizó para elaborar la Curva de Alerta -membranas íntegras- ha cambiado por membranas rotas, por lo tanto deberá Ud. desde ese punto rehacer la

Curva de Alerta con otro modelo que se adecúe mejor al caso).

E) A la 1:30 hs (7:30 horas después del inicio del Partograma) la parturienta estaba con 8 cm.

F) A las 2:15 hs (8:15 horas del inicio del Partograma) alcanza los 9 cm de dilatación.

Una vez terminado el ejercicio, comente que medidas le sugiere la evaluación de este caso.

## BIBLIOGRAFIA

- Belizan, J. M., Díaz, A.G., Giacomini, H., Horcher, R., Martell, M., Otero, M., Quaranta, P., Swarcz, R., *Historia Clínica Perinatal Propuesta de un Modelo*. Ministerio Bienestar Social, Rep. Arg. OPS/OMS, Buenos Aires, Nov. 1976.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS/OMS). *Definiciones y terminologías aplicables al período perinatal*. Salud Perinatal, Boletín CLAP, 2(4):31-34, 1985.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano Modelo de Gestograma. *Salud Perinatal Vol.3 (9)*, Montevideo, CLAP, pp. 118-119, 1989.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS/OMS) *Tecnologías Perinatales*, Montevideo, CLAP 1990. *Publicación Científica N° 1202*
- Díaz, A.G. Swarcz, R., Fescina, R., Caldeyro-Barcia, R. *Vertical Position During The First Stage Of The Course of Labor, and neonatal Outcome*. *Europ. J. Obstet, Gynec. Reprod. Biol.*, 11: 1-7, 1980.
- Díaz, A.G., Swarcz, R., Fescina, R.H., Stmini, F., López, R. *Sistema Informático Perinatal*, Salud Perinatal Vol. 2 (8), Montevideo, CLAP, 1987, pp. 82-92.
- Díaz, A.G., Swarcz, R., Stmini, F., López, R. *The Perinatal Information System IV: Experience in its use in 12 countries*. *J. Perinat. Med.*, 15 (Suppl. 1):231, 1987.
- Díaz, A.G., Swarcz, R., Tenzer, M., Gaona de Godoy, O., Rodó, N. *Evaluación de un sistema simplificado de registros perinatales para centro de baja complejidad*. En: *Conferencia Interregional sobre Tecnología apropiada en la atención prenatal*. Washington, 26-30 Nov., 1984.
- Díaz Rosello, J., L., Martell, M., Díaz, A., G., Giacomini, H., Martínez, G., Simini, F., López, R., Swarcz, R. *Sistema Informático del Niño*. Montevideo, CLAP 1990. *Publicación Científica CLAP N° 1204*.
- Friedman, E.A. *Primigravid labour. A graphicostatistical analysis*. *Obstet. Gynec.*, 6, (6): 567-589 (1955).
- Hendricks, C.H., Brenner, W.E., Kraus, G. *Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 106: 1065-1082 (1970)
- Martell, M., Estol, P., Martínez, G., Díaz Rosello, J., L., Swarcz, R. *Atención Inmediata del Recién Nacido*. Montevideo, CLAP 1990. *Publicación Científica CLAP N° 1206*.
- Philpott, R.H. *Graphic records in labour*. *Brit. Med. J.*, 4: 163-165 (1972).
- Philpott, R.H., and Castle, W. M. *Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour*. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Cwlt.*, 79: 599-602 (1972).
- Philpott, R.H., and Castle, W. M. *Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II The action line and treatment of abnormal labour*. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Cwlt.*, 79: 599-602 (1972).
- Swarcz, R. y col. *Publ. Cient. CLAP (OPS/OMS) 595, 1985 y Cap. Amniotomy on Labor*. En: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford Univ. Press., 1988.
- Swarcz, R., Díaz, A.G., Nieto, F. *Partograma con curvas de alerta. Guía para la vigilancia del parto*. Salud Perinatal, Vol. 2 (8), Montevideo, CLAP, pp.93-96, 1987.
- Swarcz, R., Díaz, A.G., Fescina, R.H., Díaz Rosello, J.L., Martell, M., Stmini, F., López, R., Tenzer, S.M. *The Perinatal Information System I: The Simplified Perinatal Clinical Record (SPCR)*. *J. Perinat. Med.*, 15 (Suppl. 1):9, 1987.

Schwarcz, R., Díaz, A.G., Fescina, R.H., Díaz Rossello, J.L., Martell, M., Tenzer, S.M. *Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un modelo para la atención primaria de baja complejidad.* Bol. Of. Sanit. Panam. 95:163-172, 1983.

Schwarcz, R., Díaz, A.G., Fescina, R.H., De Mucio, B., Belitzky R., Delgado, L.R., *Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo.* Montevideo, CLAP 1990. Publicación Científica CLAP N° 1205.

Stmini, F., Díaz, A.G., López, R., Schwarcz, R. *The Perinatal Information System III: An instrument for epidemiologic control.* J. Perinat. Med., 15 (Suppl.1):139, 1987.

Stmini, F., Díaz, A.G., López, R., Schwarcz, R. *Sistema informático perinatal.* Desarrollo

de un instrumento de apoyo a la asistencia perinatal. Rev. Bras. Engenharia. Cadernos de Engenharia Biomédica(en prensa).

Stmini, F., López, R., Schwarcz, R., Díaz, A.G. *The Perinatal Information System II: Development of a software package for perinatal care.* J. Perinat. Med., 15 (Suppl.1):222, 1987.

Stmini, F., López R., Díaz A.G., Schwarcz R. *Sistema Informático Perinatal. Base de datos,* Montevideo, CLAP, 1990. Publicación Científica CLAP 1201.

Stmini, F., Schwarcz, R., Díaz, A.G., López, R., Belitzky, R., Tenzer, S.M., Fescina, R. *Sistema informático perinatal. Manual de uso.* 2a. ed. Montevideo, CLAP, 1984. (Publ. Cient. CLAP 1084).

