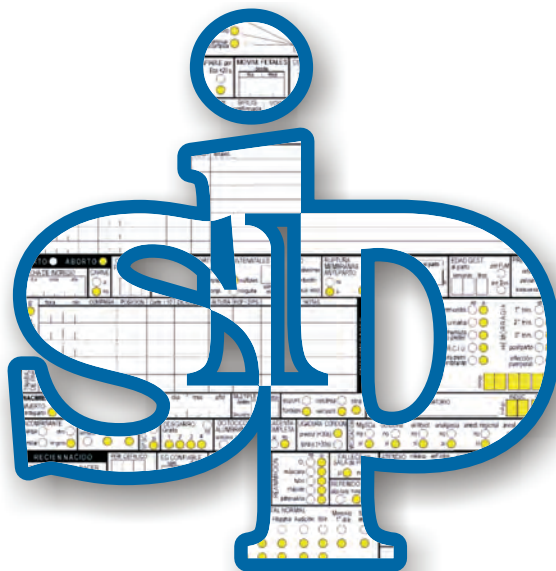


SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

Historia Clínica Perinatal

Instrucciones de llenado y definición de términos



Fescina RH
Butrón B
De Mucio B
Martínez G
Díaz Rossello JL
Camacho V
Simini F
Mainero L



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



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

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

HISTORIA CLINICA PERINATAL

Instrucciones de llenado y definición de términos

*Fescina RH
Butrón B
De Mucio B
Martínez G
Díaz Rossello JL
Camacho V
Simini F
Mainero L*

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

Salud de la Familia y de la Comunidad

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

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

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

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

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

Publicación Científica CLAP/SMR 1563
Junio 2007

ISBN 978-9974-622-32-6

Diseño gráfico: Juan Carlos Iglesias

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

La Historia Clínica deberá facilitar la atención, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las normas, de tal manera que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones.

La riqueza de datos contenidos en la Historia Clínica Perinatal permite constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios, monitorizar indicadores claves y realizar investigaciones operacionales y epidemiológicas.

El Sistema Informático Perinatal (SIP) ideado por el CLAP/SMR en 1983, incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP) el partograma, el Carné Perinatal (CP) y los programas para computadores personales.

Los objetivos del SIP son:

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

En este manual se describe en detalle la forma de llenado y la definición e interpretación de cada una de las variables que presenta la Historia Clínica Perinatal

Í N D I C E

	Pag
Introducción	3
Contenido del presente manual	5
Secciones de la Historia Clínica Perinatal	10
• IDENTIFICACIÓN	10
• ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS	13
• GESTACIÓN ACTUAL	17
• PARTO / ABORTO	31
• PATOLOGÍAS MATERNAS (ENFERMEDADES)	37
• RECIÉN NACIDO	38
• PUERPERIO	41
• EGRESO DEL RECIÉN NACIDO	42
• EGRESO MATERNO	44
• ANTICONCEPCIÓN	45
Referencias bibliográficas.	46

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Introducción

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

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) y desde entonces muchos han sido los establecimientos de salud que lo han utilizado tanto en Latinoamérica como en el Caribe. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de obstetricia y neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el programa de captura y procesamiento local de datos y el partograma, entre otros.

La HCP fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación de los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.
- Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

El SIP permite que en la misma maternidad, los datos de la HCP puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos de varias maternidades pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas

geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.

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

En este documento el CLAP/SMR presenta la última versión de la HCP que ha sido desarrollada como un instrumento que busca atender las actuales prioridades de la región. Para facilitar la capacitación y utilización de la HCP, este manual busca informar a los usuarios del SIP acerca de los términos, definiciones y formas de obtener datos clínicos válidos.

Contenido del presente manual

Como se explicó en la sección anterior, la HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer (durante el control prenatal, parto y puerperio) y del neonato (desde el nacimiento hasta el momento del alta). Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales.

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

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

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

Las secciones de la HCP cuentan con diferentes formas para la recolección de datos	
En algunos sectores hay espacios libres que admiten la escritura de letras y números, como se ve en el ejemplo	DOMICILIO <u>Av. América 6937</u>
Otros sectores son de forma rectangular y sólo admiten números	años en el mayor nivel 6
Finalmente algunos datos serán registrados marcando un círculo	no ☐ sí ☒

Las formas correctas de marcar los círculos son las siguientes:	 
Toda otra forma de llenado debe ser evitada, por ejemplo:	

En las paginas siguientes se presenta la Historia Clínica Perinatal (regional) anverso y reverso.

('no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

ICPESAVP (Regional)	03/07	Descripción de códigos en el reverso
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

Historia Clínica Perinatal Regional (reverso)

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

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
05 Preeclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preeclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Teguquias transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z06.7	07 HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P29
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	08 HIPERBILIRRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por inmunización Rb	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por inmunización ABO	P55.1
08 Sacteriuria asintomática del embarazo	O23.5	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
61 OTRAS INFECCIONES	O98, B06, B50-B54, A60	08 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O58.1	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	O58.2	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonorrea complicando EPP	B50-B54	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	O58.4	13 Otras afecciones hematológicas	(resto de P60-P61)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	O58.4	INFECCIONES	
63 Hepatitis viral	O58.4	14 Diarrea	G00
64 TBC complicando EPP	O58.0	15 Meningitis	P38
08 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B08.9	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O58.8	17 Conjuntivitis	P39.4, L00
77 Chagas	O58.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
78 Toxoplasmosis	O58.6	18 Enterocolitis necrotizante (ECN)	(resto de P35-P39)
66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	O60	49 Tétanos neonatal	A33
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O34.3	60 Sífilis congénita	A50
13 Incompetencia cervical	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O65	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P31.1
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	O20	39 HIV positivo	R75
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O01	13 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
17 Mola hidatiforme	O02.1, O03	NEUROLOGÍA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O03	33 Hidrocefalia aguda	G91
19 Embarazo ectópico	O06, O04	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
20 Aborto inducido y terapéutico	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
21 Amenaza de aborto	O44.1	36 Hemorragia intracraniana no traumática	P52
70 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE	O45	37 Convulsiones	P90
22 Placenta previa con hemorragia	O46.0	71 Encefalopatía hipóxica isquémica	P21
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O71.0, O71.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
24 Hemorragia ante parto con defecto de la coagulación	O71.3	METABOLICA/NUTRICIONAL	
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.3	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O98.0	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E53
71 ANEMIA	D50	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
27 Anemia por deficiencia de hierro	D57.0-D57.2 y D57.8	66 OTRAS PATOLOGIAS RN	
79 Anemia falciforme	O42	40 Retinopatía de la prematuraz	H35
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O41.1	41 Hernia inguinal	K40
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86		
29 Sepsis puerperal	O85		
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91		
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72		
31 Placenta retenida	O72.0, O72.2		
32 Útero atónico	O72.1		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.0, O70.1		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3		
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hipertensión gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufrimiento fetal	O68		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Embolismo obstétrico	O88		
45 Falsa de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falsa de cierre de la episiotomía	O90.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	R75		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		ANOMALIAS CONGENITAS	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa	120 Anencefalia	Q00.0
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
03 Desproporción cefalo-pelvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)	122 Hidranencefalia	Q04.3
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta previa	123 Hidrocefalia	Q03
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentae	124 Microcefalia	Q02
06 Frecuencia de la inducción	19 Ruptura uterina	125 Holoprosencefalia	Q04.2
07 Desceso de detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia	126 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital	128 Tronco arterioso	Q20.0
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital	129 Transposición grandes vasos	Q20.3
10 Parto de pretérmino	23 Condilomatosis maternas	130 Tetralogía de Fallot	Q21.3
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal	131 Ventriculo único	Q20.4
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta	132 Doble tracto de salida de vena, derecho	Q20.1
13 Posición posterior	26 Otras	133 Canal atrio-ventr, completo	Q21.2
		134 Atresia pulmonar	Q22.0
		135 Atresia tricuspide	Q22.4
		136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
		137 Coartación de aorta	Q25.1
		138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
		139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24, 26, 34
		140 Paladar hendido	Q35
		141 Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
		142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1
		143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Ano imperforado	Q42.3
		145 Onfalocelo	Q79.2
		146 Gastroquisis	Q79.3
		147 Atresia duodenal	Q41.0
		148 Atresia yeyunal	Q41.1
		149 Atresia ileal	Q41.2
		150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43.45
		151 Genitales malformados	Q50-56
		152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1
		153 Riñones polo o multiquísticos o displásicos	Q61.1, 461.9
		154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
		155 Extrofia de la vejiga	Q64
		156 Otras anomalías nefroureterias	Q63.64
		157 Trisomía 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6
		158 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
		159 Síndrome de Down	Q90
		160 Otras anomalías cromosómicas	Q92, 93, 99
		162 Labio hendido	Q36
		161 Paladar hendido	Q69
		163 Sindactilia	Q70
		164 Displasia esquelética	Q77-79
		165 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
		166 Hernia Diafragmática	Q79.0
		167 Hidrops fetal	P96, P92
		168 Oligoamnios severo	P01.2
		169 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68, 74, 75, 79
		169 Anomalías tegumentarias	Q82, 94

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Anestésicos simpatomiméticos	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorane-dx. nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Diazepodidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidina	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos
12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina
13 Eritromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina
15 Betamiméticos	30 Otros
	31 Antiretrovirales
	32 Sulfadiazina-Primetamina
	33 Cloroquinas

HIPERSRIP-2016

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

CPEESAVP (Regional) 10/06

Secciones de la Historia Clínica Perinatal

Sección: IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal	Lugar del parto	N° Identidad
NOMBRE	Julia			18/03/70		☐ blanca	☒ ALFA	☒ ninguno	☒ casado	☒ unión estable		10622
APELLIDO	Teret					☐ indígena	☐ BETA	☐ primaria	☐ soltero	☐ otro		27536
DOMICILIO	Av. América 6937			EDAD (años)		☐ mestiza	☐ secund.	☐ univers.	☐ vive sola	☐ no		16622897
LOCALIDAD	Libertadores			37		☐ negra	☐ años en el mayor nivel	☐ 6	☐ si	☐ no		

NOMBRE – APELLIDO

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

DOMICILIO – LOCALIDAD

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada.

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

TELEFONO (TELEF)

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

FECHA DE NACIMIENTO

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

EDAD (años)

Al momento de la primera consulta preguntar:

¿Cuántos años cumplidos tiene?

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

ETNIA

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

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

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

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

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

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

ALFABETA

Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?*

Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda

ESTUDIOS

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

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

Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL:

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

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

ESTADO CIVIL

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

También se registrará si vive sola o no.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL

Anotar el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.

LUGAR DEL PARTO

Anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se asistió el parto.

Si el control prenatal y el parto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

NÚMERO DE IDENTIDAD (Nº Identidad)

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

ANTECEDENTES		FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR	
no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si
☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		TBC		diabetes		genito-urinario				3 espont. consecutivos				nacidos muertos		muertos 1° sem.		0 6 0 8 9 9	
		hipertensión		infertilidad		cardiop.				parios				nacidos vivos		muertos 2° sem.		menos de 1 año	
		preeclampsia		nefropatía		violencia				cesáreas				muertos 3° sem.		muertos 4° sem.			
		eclampsia		sífilis										muertos 5° sem.		muertos 6° sem.			
		dys. circ.		medica grave										muertos 7° sem.		muertos 8° sem.			
														muertos 9° sem.		muertos 10° sem.			
														muertos 11° sem.		muertos 12° sem.			
														muertos 13° sem.		muertos 14° sem.			
														muertos 15° sem.		muertos 16° sem.			
														muertos 17° sem.		muertos 18° sem.			
														muertos 19° sem.		muertos 20° sem.			
														muertos 21° sem.		muertos 22° sem.			
														muertos 23° sem.		muertos 24° sem.			
														muertos 25° sem.		muertos 26° sem.			
														muertos 27° sem.		muertos 28° sem.			
														muertos 29° sem.		muertos 30° sem.			
														muertos 31° sem.		muertos 32° sem.			
														muertos 33° sem.		muertos 34° sem.			
														muertos 35° sem.		muertos 36° sem.			
														muertos 37° sem.		muertos 38° sem.			
														muertos 39° sem.		muertos 40° sem.			
														muertos 41° sem.		muertos 42° sem.			
														muertos 43° sem.		muertos 44° sem.			
														muertos 45° sem.		muertos 46° sem.			
														muertos 47° sem.		muertos 48° sem.			
														muertos 49° sem.		muertos 50° sem.			
														muertos 51° sem.		muertos 52° sem.			
														muertos 53° sem.		muertos 54° sem.			
														muertos 55° sem.		muertos 56° sem.			
														muertos 57° sem.		muertos 58° sem.			
														muertos 59° sem.		muertos 60° sem.			
														muertos 61° sem.		muertos 62° sem.			
														muertos 63° sem.		muertos 64° sem.			
														muertos 65° sem.		muertos 66° sem.			

Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva

PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS

Se refiere al número de partos.

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

Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000 g fue normal o n/c (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de gemelar (SI/NO) según corresponda.

ABORTOS

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

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

NACIDOS VIVOS

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

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

NACIDOS MUERTOS

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

VIVEN

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

MUERTOS 1^{ra} SEMANA

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

MUERTOS DESPUES DE 1^{ra} SEMANA

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

FIN EMBARAZO ANTERIOR

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

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

Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos:

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

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

EMBARAZO PLANEADO

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

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

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

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

Las respuestas posibles están clasificadas como:

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

Sección: GESTACION ACTUAL

GESTACION ACTUAL		FUM		EG CONFIABLE por		FUM ACT		FUM PAS		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL						
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)	día	mes	año	FUM	Eco <20 s.	1º trim	2º trim	3º trim	no	si	no	si	no	si	previa	no sabe	vigente	no	si	EX. NORMAL					
60	165	27	06	06	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no					
		día <td>mes <td>año</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	mes <td>año</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	año																						
		03	04	07																						
CERVIX	normal	anormal	no se hizo	GRUPO	Rh	TOXOPLASMOSIS	-	+	VIH	<20 sem	>20 sem	Hb <20 sem	Fe/FOLATOS	Hb >20 sem	VDR/RPR	SIFILIS	VDR/RPR	CHACAS	PALUDISMO/MALARIA	BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS	ESTREPTOCOCCO B	PREPARACION PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	TTO. SIFILIS	
insp. visual	+	+	+	0	+	<20sem IgG	+	+	solici	reali	no	si	no	si	<20 sem	no	si	no	+	+	+	<20 sem	+	+	+	+
PAP	+	+	+	+	+	>20sem IgG	+	+	zado	no	si	no	si	no	>20 sem	no	si	no	+	+	+	>20 sem	+	+	+	+
COLP	+	+	+	+	+	1ª consulta IgM	+	+											+	+	+					

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

PESO ANTERIOR

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

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

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

TALLA (cm)

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

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

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)

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

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

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

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

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

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

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

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

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

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

FUMADORA ACTIVA (Fuma Act.)

Se refiere a si la gestante está fumando al momento de la consulta. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI)

FUMADORA PASIVA (Fuma Pas.)

Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo.

También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI)

DROGAS.

Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras.

ALCOHOL

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Mencione sobre todo aquellas bebidas que son tradicionales localmente.

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

Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI).

El consumo de alcohol puede cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón, la HCP sugiere indagar este dato al menos una vez en cada trimestre preguntando: *Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?*

VIOLENCIA

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

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

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

1. En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud le interesan?

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

2. *En el último año, ¿ha sido Ud golpeada, o lastimada físicamente por alguien?*
Si la respuesta es positiva, continuar:
(2ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?
3. *En el último año, ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?*
Si la respuesta es positiva, continuar:
(3ª) Desde que está embarazada ¿ha sido Ud forzada a tener actividades sexuales?
4. *En el último año, ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?*
Si la respuesta es positiva, continuar:
(4ª) Desde que está embarazada ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?
5. *En el último año ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?*
Si la respuesta es positiva, continuar:
(5ª) Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?"

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

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

ANTIRUBEOLA

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

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

Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier

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

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

ANTITETÁNICA

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

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

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

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

Preguntar: ¿*Ha recibido alguna vez la vacuna contra el Tétanos?* Si la respuesta es afirmativa, solicitar documentación y revisar el número e intervalo entre dosis. De lo contrario, indicar una dosis en la actual consulta.

Registrar Vigente=SI en los siguientes casos:

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

Registrar Vigente=NO en los siguientes casos

- Ninguna dosis recibida. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.
- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. *Acción:* colocar únicamente una dosis (la tercera).
- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. *Acción:* Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

EXAMEN ODONTOLOGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL)

Para muchas mujeres, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general, además del relacionado con la gestación actual. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto.

Examen Odontológico (Odont.)

El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, pre eclampsia y muerte fetal y la transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño y su efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

La enfermedad periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.).

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal referir al odontólogo.

Examen de Mamas

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

El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La OMS recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio.

La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar 'SI' cuando el examen de mamas sea normal, y NO en caso contrario.

CERVIX

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

INSPECCIÓN VISUAL (Insp. visual):

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

PAPANICOLAU (PAP):

Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la gestante pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

COLPOSCOPIA (COLP):

Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda.

GRUPO Rh

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

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

TOXOPLAMOSIS

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

Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita, para lo cual se remite a la Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

La Región de las Américas se encuentra inmersa en las estrategias globales de una generación de niños libre de VIH y sífilis congénita y en garantizar el acceso universal al tratamiento a todas las personas que viven con VIH/SIDA. Ambas estrategias intentan cumplir con parte de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y para ello es necesario ofrecer el tamizaje para VIH a todas las gestantes y asegurar el tratamiento profiláctico para evitar la transmisión vertical del VIH.

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

Además anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 sem o a las 20 sem o más.

Para mantener la confidencialidad de un resultado VIH positivo y evitar la estigmatización de esas mujeres, el CLAP/SMR no tiene en su HCP un casillero que diga VIH positivo o negativo, pero habilita a que los profesionales que asisten a una mujer VIH positivo tengan la información necesaria a fin de brindar los mejores cuidados a ella, su hijo y a los miembros del equipo de salud. Por esa razón se recomienda registrar en el lugar reservado para códigos de enfermedades, el código correspondiente al VIH (R75 de la CIE 10 o 76 de CLAP/SMR).

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb)

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

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

Se recomienda en la primera visita realizar la prueba de hemoglobina y buscar signos clínicos de anemia severa (palidez en conjuntiva, palmas, y mucosa oral).

Se sugiere revisar las normas del país en el manejo de anemia en la gestación y por ampliación consultar la Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

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

Fe/FOLATOS Indicados

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

Las estrategias de prevención de la anemia por deficiencia de hierro se basan en:

- Modificar la dieta para aumentar el consumo de hierro y de los facilitadores de su absorción, al tiempo que se intenta disminuir el consumo de inhibidores.
- Fortificación de alimentos de consumo habitual con hierro.
- Suplementar con medicación rica en hierro.
- Tratar aquellas infecciones que pueden alterar la absorción de hierro y otros nutrientes (por ejemplo parasitosis).

Los suplementos de hierro han sido sugeridos como una estrategia para mejorar el estado de hierro materno y así mejorar la sobrevivencia y salud de la madre, el tamaño fetal, incluyendo el estado de hierro y desarrollo del niño durante el período neonatal y post-neonatal.

Si las normas nacionales no indican lo contrario, se recomienda suplementar a todas las embarazadas con 60 mg de hierro elemental por día, desde el momento en que se sospeche el embarazo y hasta el periodo post parto. El tiempo total de suplementación no debiera ser menor a 6 meses y en lugares donde la prevalencia de anemia durante la gestación es mayor al 40% es recomendable mantener la suplementación con hierro hasta 3 meses después del parto.

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

El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural (anencefalia, espina bífida, mielomeningo y encéfalocele), labio leporino, paladar hendido y otros defectos.

Para la prevención de la anemia y los defectos del tubo neural las mujeres deberían recibir 0,4 mg/día de ácido fólico desde unos tres meses antes de embarazarse (mínimo 4 semanas antes).

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

VDRL/RPR SÍFILIS CONFIRMADA POR FTA

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

La detección y tratamiento de la sífilis en el embarazo ha sido definida como una de las estrategias claves para la eliminación de la sífilis congénita. Esta estrategia incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de un temprano control prenatal y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Se recomienda realizar la prueba de detección de sífilis a todas las mujeres en trabajo de parto que no han tenido control prenatal (para

el diagnóstico y tratamiento de ella y su recién nacido) y a las mujeres que tuvieron aborto o mortinato.

Las pruebas de detección más utilizadas son VDRL o RPR, las que se sugiere realizar en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.

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

Registrar el resultado del VDRL así como el momento en que la prueba fue realizada (antes o después de las 20 semanas de gestación). Igualmente, la HCP incluye el dato de la prueba FTA y si se realizó o no el tratamiento.

CHAGAS

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

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

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

PALUDISMO / MALARIA

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

Si en su país la Malaria es endémica se recomienda revisar la norma nacional en cuanto a las medidas de detección, tratamiento y prevención, así como el grado de endemicidad de la transmisión de su área. La HCP incluye el término Malaria o Paludismo. Si se hacen exámenes para Paludismo en su país, se registrará el resultado de la prueba diagnóstica realizada (independientemente de la técnica empleada): como negativa si no se detectó paludismo, positiva (círculo

amarillo) si se confirma la enfermedad y no se hizo, en caso de no realizar la prueba.

BACTERIURIA

Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

En lugares donde el urocultivo no es una opción la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo sea negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o el la tirilla reactiva es negativa; Anormal, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación no se hizo.

GLUCEMIA EN AYUNAS

Registrar el valor de la glucemia obtenida, de acuerdo a la semana de gestación cursada en gramos por decilitro en el rectángulo correspondiente. Si la glucemia basal es igual o mayor a 10,5 g/dl marcar además el círculo amarillo. Debido a que hay controversia en el uso de la glucemia y su sustitución por la PTOG en la rutina obstétrica, se recomienda consultar la Publicación Científica CLAP/SMR 1562.

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas

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

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

Si la realización de esta prueba es parte de las normas de su país la HCP ha incluido un espacio para registrar el resultado de la prueba (Negativo/Positivo/No se hizo), según corresponda.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados como: informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; preparar un plan de parto; entrenar en psicoprofilaxis

(técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

Este es un momento oportuno para recordar a la gestante los derechos que le asisten según la legislación nacional y los acuerdos internacionales firmados por el país.

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

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Se sugiere proporcionar consejería sobre lactancia materna, entendiéndose por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

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

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

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

CONSULTAS ANTENATALES

	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen- tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita
CONSULTAS ANTENATALES	1,8,0,9,0,6			12	6,3,3	100/60	-	-	-	-	-		AC	3,0,1,0
	1,2,1,1,0,6			20	6,6,4	100/60	19	-	140	+	-		AC	0,6,0,1
	2,3,1,2,0,6			26	6,8,9	110/70	25	-	142	+	+	dolor lumbar - contracciones	FG	3,0,1,2
	3,0,1,2,0,6			27	6,8,2	120/70	25	-	140	+	-	asintomática	FG	3,0,0,1
	3,0,0,1,0,7			31	7,0,5	130/80	28	-	144	+	-		AC	2,6,0,2
	2,6,0,2,0,7			35	7,3,0	130/80	32	cef	142	+	-		AC	1,2,0,3

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

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.), en semanas completas.
- Peso, en Kilogramos y gramos.
- Presión arterial (PA), en mm de Hg.
- Altura uterina, en centímetros.
- Presentación, cefálica (a), pelviana (p), incluye la situación transversa (t).
- Frecuencia fetal cardíaca en latidos por minuto (FCF lpm)

- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como (no se hizo).
- Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
- Iniciales del técnico.
- Fecha de próxima cita, día y mes.

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

Sección: PARTO / ABORTO

PARTO ☒ ABORTO ☐		CONSULTAS PRE-NATALES TOTAL		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO ESPONTÁNEO		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE															
FECHA DE INGRESO día mes año		PRE-NATALES total		no ☒ si ☐		completo ☒ incompleto ☐ ninguna ☐ n/c ☐		no ☒ si ☐		no ☒ si ☐		semanas días		cefálica ☒ pélvica ☐ transversa ☐		no ☒ si ☐		pareja ☒ familiar ☐ otro ☐ ninguno ☐															
1,0,03,07		06								1,0,03,07		37 0																					
CARNÉ ☐ no ☒ si										hora min		temp. ≥ 38°C																					
										1,0,1,0		36 8																					
hora min		posición de la madre		PA		pulso		contr. 10		dilatación		altura present.		variedad posic.		meconio		FCF/dips															
0,4,2,0		D.D.		110/70		80		3		2		I		-		-		136															
0,6,1,0		D.L.V.		120/80		84		3		3		I		-		-		142															
0,7,4,0		D.L.V.		120/80		82		3		4		I		-		-		142															
0,9,2,0		D.L.V.		130/80		90		3		5		I		-		-		148															
0,9,5,5		D.D.		130/80		90		3		9		I		-		-		152															
NACIMIENTO MUERTO ☐ parto ☒ ignora momento ☐		hora min		día mes año		MULTIPLE ☒ orden		TERMINACION espont. ☒ cesárea ☐ fuerza ☐		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC ☐ OPER ☐																					
1,0,07		24 03 07																															
POSICION PARTO sentada ☐ acostada ☒		DESGARROS Grado (1 a 4)		OCITOCICOS prealumb. ☐ postalumb. ☐		PLACENTA completa ☒ retenida ☐		LIGADURA CORDON precoz ☒		MEDICACION RECIBIDA		ocitocicos en TDP ☒		antibiot. ☒		analgésia ☒		anest. local ☒		anest. región. ☒		anest. oral ☒		transfusión ☒		otros ☐		especificar ☐		código ☐		código ☐	
1																																	

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

PARTO - ABORTO

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

En caso de aborto deberán llenarse las siguientes variables, fecha de Ingreso, edad gestacional al momento del aborto, enfermedades maternas, nacimiento (como fecha del aborto), y peso fetal (si corresponde)

FECHA DE INGRESO

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

CARNÉ

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

CONSULTAS PRENATALES TOTAL

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

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

Si la respuesta es negativa, registrar 00

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

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO

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

CORTICOIDES ANTENATALES

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

Registrar en la HCP la siguiente información:

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

INICIO

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

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

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO

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

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

EDAD GESTACIONAL AL PARTO

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

PRESENTACIÓN / SITUACIÓN

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

TAMAÑO FETAL ACORDE

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

ACOMPañANTE**(APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO)**

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

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

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

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

TRABAJO DE PARTO**DETALLES EN PARTOGRAMA:**

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

PARTOGRAMA

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

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

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

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

NACIMIENTO

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

Registrar según corresponda:

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

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

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

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

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO

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

MÚLTIPLE (NACIMIENTO MÚLTIPLE)

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

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

TERMINACIÓN

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

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO

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

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

POSICIÓN PARTO

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

EPISOTOMÍA

Registrar si se realizó episiotomía (SI/NO)

DESGARROS (Grado 1 a 4)

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

OCITÓCICOS

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

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

PLACENTA

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

LIGADURA DEL CORDÓN PRECOZ

Registrar 'SI' cuando la ligadura ha ocurrido mientras el cordón está turgente y pulsando del lado placentario. Marcar 'NO' si la ligadura no fue precoz.

MEDICACIÓN RECIBIDA

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

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

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

ATENDIÓ

Se refiere al tipo de personal que atendió a la madre (PARTO) y al recién nacido (NEONATO). Marcar la casilla que corresponda y a continuación anotar el nombre.

Sección: ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS)

ENFERMEDADES		no si		no si		no si		código
ninguna ☐	1 ó más	HTA previa	☒	☐	infec. ovular	☒	☐	HEMORRAGIA 1 ^{er} trim. ☒ 2 ^{da} trim. ☒ 3 ^{er} trim. ☒ postparto ☒ infección puerperal ☒
		HTA inducida embarazo	☒	☐	infec. urinaria	☐	☒	
		preeclampsia	☒	☐	amenaza parto preter.	☐	☒	
		eclampsia	☒	☐	R.C.I.U.	☒	☐	
		cardiopatía	☒	☐	rotura prem. de membranas	☒	☐	
		nefropatía	☒	☐	anemia	☒	☐	
		diabetes	☒	☐	otra cond. grave	☒	☐	
notas								

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

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

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

Sección: RECIÉN NACIDO

RECIÉN NACIDO		P. CEFÁLICO cm	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR (min)	REANIMACIÓN	FALLECE en LUGAR de PARTO	ATENCIÓN	Nombre
SEXO	PESO AL NACER	490	370	adec. ☒	1 ^{er} 09	estimulac. ☒	no ☒	médico ☒	A.C.
☒ m	3230 g	LONGITUD cm	sem. días	peq. ☒	5 ^{to} 10	aspiración ☒	si ☒	obst. ☒	
definido ☒	<2500 g ☐	365	FUM ☒	gde. ☒	oxígeno ☒	máscara ☒	no ☒	enf. ☒	A.U.
☐ no	≥4000 g ☐	ESTIMADA ☒	ECO ☒		masaje ☒	tubo ☒	auxil. ☒	estud. ☒	
DEFECTOS CONGENITOS				TAMIZAJE NEONATAL		REFERIDO			
☒ no				VDRL ☒		alco. ☒			
☐ menor				TSH ☒		con. ☒			
☐ mayor				Hipatía ☒		neon. ☒			
código				Bilirrub ☒		tubo ☒			
ENFERMEDADES				Toxo ☒		Meconio 1 ^{er} día			
ingenua ☒				no se hizo ☒		no ☒			
código						si ☐			

En caso de ABORTO registrar únicamente el Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer. Algunos abortos serán a muy temprana edad y no permitirán el registro de estos datos. En este caso, dejar los datos en blanco; pero asegurarse de marcar Nacimiento: Muerto – Ignora el Momento y la Edad Gestacional a la expulsión. Registrar además Apgar 1^{er} min 00 5^{to} min 00.

En caso de Muerte Fetal registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad y asegurarse de marcar Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda) y la Edad Gestacional al parto. Registrar además Apgar 1^{er} min 00 5^{to} min 00.

SEXO

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

PESO AL NACER

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

P CEFÁLICO (PERÍMETRO CEFÁLICO)

Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros.

LONGITUD

Registrar la longitud del recién nacido en centímetros.

EDAD GESTACIONAL

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

PESO EG (PESO PARA EDAD GESTACIONAL)

Se refiere al peso del recién nacido en relación a su edad gestacional,

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

APGAR (min)

Registrar el puntaje de Apgar al 1er y 5º minuto de vida.

REANIMACIÓN

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

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

Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.

FALLECE EN LUGAR DE PARTO

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

REFERIDO

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

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

Marcar según corresponda

DEFECTOS CONGÉNITOS

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

Se entiende por malformación mayor aquella capaz de producir la

pérdida de la función del órgano sobre el cual asienta, por ejemplo agenesis del pulgar. Las malformaciones menores, al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (por ejemplo: papiloma preauricular).

ENFERMEDADES

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

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

TAMIZAJE NEONATAL

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

La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:

- Sífilis (VDRL):
- Hipotiroidismo (TSH)
- Hemoglobinopatías (hbpatia), especialmente anemia falciforme en etnias afrodescendientes.
- Ictericia al alta (Bilirrub).
- Toxoplasmosis (Toxo IgM)

Si la norma de su país incluye la realización de alguna de estas pruebas, registrar el resultado (negativo/positivo o no se hizo).

MECONIO

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

Sección: PUERPERIO

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

ANTIRUBEOLA RUTINARIA

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

- Día, hora: al momento del examen puerperal.
- Temperatura (T°C): temperatura al momento del examen.
- Pulso. Número de latidos por minuto
- Presión arterial (PA): en mm de Hg.
- Involución uterina (invol. uter): Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinnard y el grado de involución del útero.
- Loquios: Sus principales características (fetidez (F), cantidad (coag), coágulos, sanguinolentos (S), etc.).

ANTIRUBEOLA POSTPARTO

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

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

Sección: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

EGRESO RN		vivo ☒ fallece ☐ traslado ☐	fallece durante o en lugar de traslado no ☒ si ☐		EDAD días completos [] [] <1 día ☐	ALIMENTO AL ALTA lact. excl. ☒ parcial ☐ artificial ☐	Boca arriba no ☐ si ☒
día 1 0	mes 0 3	hora 1 0	min 1 5	lugar [] []	PESO AL EGRESO 3 1 1 0 g		
Certificado Recién Nacido		6 2 4 8 7 1		Nº Hist. Clínica R. Nacido	9 6 7 8 4 3		
Nombre Recién Nacido <i>Diego</i>				Responsable <i>Armando Tenje</i>			

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

EGRESO RN debe llenarse en todos los casos donde el nacimiento fue un niño vivo. No debe llenarse en caso de aborto o nacido muerto.

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

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

Para el caso de los **traslados o referencias**, la HCP incluye los siguientes datos:

- Fallece durante o en lugar de traslado: Marcar según corresponda (SI/NO)
- Edad en días completos en que ocurrió el fallecimiento. Si la muerte se produce dentro de las primeras 24 horas marcar el círculo "< 1 día".

Para los neonatos que no fueron transferidos, este cuadro debe quedar en blanco.

ALIMENTO AL ALTA

Indicar el tipo de alimentación que el niño ha recibido durante su estadía en la institución:

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

BOCA ARRIBA

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

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

BCG

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

PESO AL EGRESO

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

CERTIFICADO RECIEN NACIDO

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

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO

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

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO

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

RESPONSABLE

Anotar el nombre del médico responsable del alta del RN.

Sección: EGRESO MATERNO

EGRESO MATERNO			
día	mes	año	
10	03	07	
viva ☒ fallece ☐ durante o en lugar de traslado ☒ no ☐ si ☐			traslado ☒ lugar ☐
Responsable			días completos desde el parto
Ana Civic			

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

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

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

Para el caso de los **traslados o referencias**, la HCP incluye los siguientes datos:

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

Para las madres que no fueron referidas, este cuadro debe quedar en blanco.

EGRESO MATERNO			
día	mes	año	
traslado ☐ lugar ☐			

Debido a que el carné perinatal deberá ser presentado por la mujer en el control puerperal no se admiten en él las opciones vinculadas a un fallecimiento

Sección: ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCION	
CONSEJERIA	no ☐ si ☒
METODO ELEGIDO	
DIU postevento ☒	ligadura tubaria ☐
DIU ☐	natural ☐
barrera ☐	otro ☐
hormonal ☐	ninguno ☐

CONSEJERÍA

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

MÉTODO ELEGIDO

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

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

RESPONSABLE

Completar con apellido y nombre del médico responsable del alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

McDonald SJ, Abbott JM. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.

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

Organización Panamericana de la Salud. Consulta sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo (OPS/DPC/CD/301/04). Unidad de Enfermedades Transmisibles Área de Prevención y Control de Enfermedades (OPS/AD/DPC/CD) y CLAP. Montevideo: OPS, 2004

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

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

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

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

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

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

Simini F, Díaz Rossello JL, Matijasevich A, et al. Sistema Informático Perinatal. Manual resumido. Montevideo 2003. Publicación científica CLAP 1524.

Schkolink S, Del Popolo F (2005). Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una mitología Regional. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afro-descendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL, Santiago de Chile, 27 al 29 de abril de 2005

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

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

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

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

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

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

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