

Instructivo para el llenado de la Historia Clínica Perinatal

Sección 1.- IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA.

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

DOMICILIO. Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Registrar la calle y el número cuando es posible o copiarlo del carnet de identidad si es el actual, también se puede anotar referencia del domicilio como al lado de la iglesia, frente a la gasolinera, etc.

ZONA. Donde radica la mujer embarazada de acuerdo a la zonificación municipal.

LOCALIDAD/COMUNIDAD. Se refiere al nombre de la ciudad, pueblo o lugar donde radica. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km. 5 de la carretera al norte).

MUNICIPIO. Si no refiere la mujer embarazada, anotar de acuerdo a las anteriores referencias de conocimiento general.

RED. A la que corresponde el establecimiento de salud como puerta de entrada al sistema de salud, si la mujer embarazada vive en el área de influencia de la red, caso contrario a la que corresponde donde radica la mujer embarazada..

TELEFONO. Anotar el número telefónico del domicilio o del celular de la embarazada si corresponde, si no tuviera se puede anotar un teléfono fijo o de referencia donde personal de salud pueda comunicarse con la embarazada o con la familia.

IDIOMA HABLADO. El que refiera la mujer o en el que nos estamos comunicando. (Asignada como L 9 – Variable libre No. 9 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

LENGUA MATERNA. El que refiera la mujer o indagar el que habla o hablaban sus padres o en el lugar que nació. (Asignada como L 10 – Variable libre No. 10 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

FECHA DE NACIMIENTO. Completaremos el día, mes y año del nacimiento de la embarazada, cuando refiere, caso contrario se puede ayudar o interrogar en base a días o fechas históricas que coincidan con su cumpleaños o el día que nació.

EDAD. La de la embarazada en años cumplidos a la primera consulta. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar el círculo amarillo correspondiente.

AUTOIDENTIFICACION. La que se identifique la mujer embarazada, en caso de auto identificarse como indígena, busque en el reverso de la HCPB si es una de las 36 nacionalidades que reconoce nuestra Constitución Política del Estado o marcar otra en caso de no estar en la lista; (esta variable ha sido asignada como L 11 – Variable libre No. 11 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

ALFABETA. Si lee y escribe marcar “sí”, en caso contrario marcar “no”.

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

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL. Señalar los años cursados en el mayor nivel de educación alcanzado por la embarazada.

ESTADO CIVIL. El del momento de la primera consulta. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, el concubinato, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda. También se registra si vive sola o no.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL. Anotar el código asignado por el SNIS al lugar donde se realizó o realiza el control prenatal. Si el control se lo realizó en el mismo establecimiento donde se terminó el embarazo se repite el código de la variable.

PARTO EN. El código asignado por el SNIS al establecimiento en el que finalizó el embarazo. También admite hasta ocho dígitos.

CEDULA DE IDENTIDAD. Corresponde al número de documento de identificación, es recomendable que este ítem sea llenado con un número de uso nacional, tal como la Cédula de Identidad o codificación asignada por autoridades nacionales, admite hasta 9 dígitos.

FECHA DE NACIMIENTO O NUMERO DE REGISTRO. Corresponde al número de Historia Clínica asignada en el establecimiento; es recomendable que este ítem sea llenado con un número de uso nacional en base a la fecha de nacimiento y las iniciales de los nombres y apellidos como el caso del registro de la Caja Nacional de Salud, ya que acepta nomenclatura alfanumérica; también puede ser en base a la Cédula de Identidad o codificación asignada por autoridades nacionales de acuerdo al Departamento, Red Municipal, etc. Admite hasta 9 dígitos.

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar del control prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del CARNET DE SALUD DE LA MADRE o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Sección 1: ANTECEDENTES: FAMILIARES PERSONALES Y OBSTETRICOS

Se refiere a los antecedentes familiares, personales y obstétricos obtenidos por interrogatorio a la embarazada en la primera consulta prenatal. Si la embarazada ingresa en trabajo de parto, para estudio o tratamiento y no se ha controlado en el establecimiento, estos datos podrán obtenerse del carnet de salud de la madre o por interrogatorio en el momento de su ingreso. Marcar el casillero correspondiente y se puede ampliar en otras hojas de la Historia Clínica toda vez que la respuesta corresponda a un casillero amarillo.

ANTECEDENTES FAMILIARES. Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge o pareja

ANTECEDENTES PERSONALES. Se refiere a los antecedentes propios de la mujer embarazada. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares mas otros seis antecedentes (cirugía génito urinario, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia y VIH, este último en la HCP no así en el carnet por confidencialidad del dato. Marcar el casillero correspondiente "si" o "no". En el caso de "OTROS" especificar. El termino cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas.

En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia como antecedente. Como también se indagará con detalla en gestación actual.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. Llenar los casilleros correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. El número de gestas, por corresponder a ANTECEDENTES, no incluye el embarazo actual y si es primigesta colocar 00, pero debemos indagar a mas profundidad si antes de este embarazo tuvo abortos lo que invalida los 00 y debe colocarse el numero correspondiente a los embarazos que fueron interrumpidos antes de este embarazo.

Marcar también en el recuadro de ultimo previo si NO existe previo o existe y fue normal o los casilleros amarillos en caso de que el último previo recién nacido hubiera pesado menos de 2500 g, o que hubiese pesado mas de 4000 g. y mas abajo en el otro recuadro si existe antecedente de la embarazada de gemelares anteriores.

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

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

NACIDOS VIVOS. Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido - RN 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 consideraran signos de vida el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

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

EMBARAZO ECTOPICO. Se anotara el número correspondiente como antecedente de embarazo o gesta previa, aunque en este caso es producido fuera del útero.

NACIDOS MUERTOS. Según la CIE 10 se clasificara RN 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 PRIMERA SEMANA/muertos 1ª sem.. Se refiere a los RN que nacieron vivos pero que murieron dentro el periodo correspondiente entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrara en el rectángulo correspondiente.

MUERTOS DESPUES DE PRIMERA SEMANA/después 1ª sem.. Se refiere a los RN que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o mas) No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrara en el rectángulo correspondiente.

Cada parto múltiple previo se registra como una gesta con dos o más partos y con dos o más hijos. La suma de “abortos” y “partos” debe ser igual al número de gestas, excepto en caso de antecedentes de embarazo múltiple.

FIN DE EMBARAZO ANTERIOR. Anotar el día, mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Colocar 00 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 (intervalo intergenésico entre parto previo y gestación actual es menor a un año o el intervalo entre aborto previo y gestación actual es menor a un año).

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

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO (antes del embarazo actual). Se entiende por fracaso si la mujer estaba usando algún método anticonceptivo en el momento de la concepción. No usaba ningún método (no usaba).

Barrera: condón masculino o femenino , diafragma, capuchos cervical.

Dispositivo intrauterino (DIU).

Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal) implante subdermico o inyectable.

Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.

Métodos naturales (natural): método de día fijo, MELA, abstinencia periódica , ritmo, Billings, entre otros.

Sección 2. GESTACION ACTUAL

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

PESO ANTERIOR. El peso en kilogramos de la mujer, PREVIO al embarazo actual, en caso de ser difícil su obtención o no recordar la embarazada se puede utilizar la tabla de Jelliffe, existente en la Norma Nacional que calcula en base a la talla de la mujer embarazada el peso habitual. Esta variable es muy importante para la construcción de la gráfica de ganancia de peso durante el embarazo, del reverso del carnet de salud de la madre, así como el Índice de masa corporal previo.

TALLA (cm). Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrara en centímetros.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC inicial). Este dato es muy útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo, se calcula dividiendo el peso anterior al actual embarazo en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros cuadrados (Asignada como L 0, primera variable nacional libre utilizada en el SIP nacional), cuyo resultado debe ser observada en la tabla de valores del IMC según Atalah de mujer no embarazada que se encuentra en la Norma Nacional y en el Manual del Continuo de la Atención y de acuerdo al índice se clasifica en:

E = enflaquecida.

N = normal.

S = sobrepeso.

O = obesidad

(Asignada como L 1, variable libre 1 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

FUM Fecha de ultima menstruación: El primer día, el mes y el año de la última menstruación.

FPP Fecha probable de parto. El día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo usar un gestograma o cualquier otro calendario obstétrico. Como en el ítem anterior se recomienda completar siempre este dato aunque existan dudas sobre la FUM. Nota: Los diferentes métodos para calcular la FPP no coinciden exactamente.

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL: EG CONFIABLE por FUM / ECO<20 s.

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

Ecografía, cuando la fecha de la ultima menstruación no está disponible, una posibilidad de estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana.

Registrar si la EG es considerado dato confiable a partir del dato de FUM o por ecografía realizada antes de las 20 semanas, marcando "si" o "no" según lo que corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

ESTILOS DE VIDA El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre.

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

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

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

ALCOHOL. Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, singani, pisco, whisky, etc. Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

VIOLENCIA. Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar las normas nacionales en este tema para elegir la metodología y forma de indagar, las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no se cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar un modelo de interrogatorio amigable de mucha consideración y respeto sobre el tema.

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

Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo “embarazo” si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada. Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el post aborto inmediato.

ANTITETÁNICA. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al proveedor indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis. *Si la mujer presenta documentación* revisar el número e intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.

Las mujeres que no poseen documentación o refieren que no fueron vacunadas contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto y se registra en la casilla “1^a” el mes de gestación en que se le administró la primera dosis y en “2^a” el de la segunda dosis.

La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en la norma nacional.

Registrar *Vigente = NO* en los siguientes casos:

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

Registrar *Vigente = SI* en los siguientes casos:

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

EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL). El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto con el equipo de salud.

Examen Odontológico (ODONT.) La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños. Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar NO y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar SI

Examen de Mamas (MAMAS). El examen de las mamas es sugerido 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. En la Norma Nacional se recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio. La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar NO cuando el examen de mamas sea anormal, y SI en caso contrario. La decisión de diferir o no el examen en una mujer en situación de aborto dependerá del balance entre lograr un momento más oportuno para el examen y la seguridad de que vuelva al control.

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

IVAA, Inspección visual con ácido acético. 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.

PAP. Papanicolaou. Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. En la mujer que asiste solamente para la atención de un aborto y se constata una lesión,

la toma de PAP se deberá diferir. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

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

GRUPO Rh Anotar en el recuadro el **grupo sanguíneo (Grupo)** que corresponda (A, B, AB, O). Para "**Rh**" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (SI), en caso contrario se marcará (NO).

GAMAGLOBULINA ANTI D. Esta variable está destinada para la aplicación de gamaglobulina anti D durante el embarazo que es la aplicación a mujeres embarazadas Rh negativas no inmunizadas en caso de sangrados o de procedimientos invasivos (amniocentesis). Se marcará **SI**, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará **NO**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar "no corresponde" N/C.

TOXOPLAMOSIS Esta prueba en el control prenatal, registra el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda. Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable ≥ 20 semanas

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

Debe considerarse los valores propuestos en la Norma Nacional sobre Atención a la Mujer y al Recién Nacido, donde una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (Llanos) a 2700 msnm (Valles) menor a 12,6 g/dl, a 3800 msnm (Altiplano) es menor a 14 g/dl. A 4000 msnm menor a 14,4 g/dl y 15,4 g/dl a 4500 msnm.

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de Hb, uno en la primera visita antenatal o por un aborto. Y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a los señalados según la altura, 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 caso de fortificación de los alimentos. Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado de acuerdo a la Norma Nacional.

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

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

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

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH) La iniciativa global por una generación de niños libres de VIH y sífilis congénita garantiza el acceso al tratamiento a todas las personas que viven con VIH/Sida.

Registrar Test VIH: Solicitado: **NO o SI** o No corresponde **N/C** en caso de una gestante ya diagnosticada. Anotar en el resultado de la prueba según corresponda: positivo, negativo o sin dato.

Si la prueba fue solicitada y aun no se conoce el resultado marque sin dato (**S/D**); no corresponde (**N/C**) se registrara en caso que la prueba no haya sido solicitada, de tratarse de una gestante ya diagnosticada o de una gestante que se niega a realizarse.

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

SÍFILIS (Diagnóstico y tratamiento) La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública y nuestro país es signatario de “El plan para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas”.

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

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

En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

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

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

CHAGAS Las actividades consideradas esenciales para el control de esta enfermedad son el control vectorial y el despistaje de pruebas serológicas para *Treponema Cruzi* en los bancos de sangre; la transmisión vectorial y vertical de la madre al feto son las formas de mantenimiento de la enfermedad.

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

BACTERIURIA Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal. Se marcará Bacteriuria: NORMAL, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o la tirilla reactiva es negativa; ANORMAL, si el urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación NO SE HIZO. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 20 semanas.

GLICEMIA EN AYUNAS En esta variable del control prenatal se debe registrar el valor de la glicemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Si la glicemia basal es igual o mayor a 105 mg/dL marcar además el círculo amarillo. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 30 semanas.

DETECCION DE PROTEINAS EN ORINA Esta prueba en la consulta prenatal se la realiza para detectar la presencia de proteínas en la orina de las embarazadas especialmente con hipertensión arterial, mediante ácido acético o tirillas reactivas (cintas comerciales), para mejorar la detección y diagnóstico de la pre eclampsia, debe registrarse la realización o no de la prueba. (Asignada como L 2 – Variable libre No. 2 de procesamiento nacional en el SIP).

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 RN 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.

La realización de esta prueba es parte de las variables de la HCP para registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda.

En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

PLANEANDO MI PARTO El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), desde la Resolución Ministerial - R.M. No. 496/2001 en nuestro país se utiliza un formulario que forma parte de los instrumentos de registro de salud materna, así como se encuentran en circulación otros producidos por entidades que trabajan en área comunitaria. Es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

Si la gestante tiene llenado este instrumento, se debe ratificar los conceptos e información o ha recibido alguna de estas prestaciones, se debe marcar **SI**, en caso contrario registrar **NO**. En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

ORIENTACION/Lactancia Mat. (Lactancia materna) Se entiende por orientación/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 orientación/consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (SI/NO).

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

CONSULTAS ANTENATALES La HCP contiene espacio para 5 controles prenatales, si se requiere de más espacio para nuevos controles se puede anexar otra hoja con el mismo formato de los controles de la HCP o anexar otra HCP.

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

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta.
- (edad gest.) Edad gestacional al momento de la consulta, en semanas completas.
- (peso) Peso en kilogramos.
- IMC, Índice de Masa Corporal en cada control de acuerdo a la fórmula y tablas indicadas en IMC inicial. Variable nacional que complementa el IMC inicial.
- P.A. Presión arterial, en mm de Hg.
- (altura uterina), en centímetros.
- (presentación), en la que se encuentra el feto cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
- (FCF l.p.m.) Frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto.
- (Movim fetales) 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.
- (N° Tab. S. Ferroso) Variable nacional sobre el número de tabletas de Sulfato ferroso, entregadas de acuerdo a la Norma Nacional.
- (Señales de peligro, exámenes y tratamientos) Anotar solo signos o señales positivos y relevantes, en caso de requerir hacer mayor énfasis o detalles se puede utilizar otras hojas complementarias.
- (Responsable) Anotar las iniciales o código del personal que realizó el control, con fines administrativos y de seguimiento se puede procesar mediante el SIP como evaluación de desempeño o ver formas de motivar al personal del establecimiento.
- (Próxima cita) 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 **N/C** (no corresponde).

Sección 3: ADMISIÓN POR PARTO/ABORTO

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

PARTO/ABORTO Marcar la casilla respectiva según se trate de un parto o de un aborto. En caso de aborto se deberá utilizar la HCPA – Historia Clínica Perinatal de Aborto, si es que la embarazada no tuvo controles prenatales, en caso de presentarse el cuadro de aborto en mujer embarazada que estaba realizando controles se debe transcribir los datos del carnet de salud de la madre o engrapar la HCP anterior.

FECHA DE INGRESO Es la fecha que corresponde al ingreso de la gestante a la institución. Se registrará el día, mes y año.

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

CONSULTAS PRENATALES/Total Si presenta carnet de salud de la madre, contar el número total de consultas prenatales y registrar en la HCP.

Si no presenta carnet, se pregunta si hizo algún control prenatal en el actual embarazo, si la respuesta es negativa, registrar 00, si la respuesta es afirmativa, continuar el interrogatorio sobre cuantos y registrar el dato reportado.

HOSPITALIZ. EN EMBARAZO Se refiere a hospitalizaciones ocurridas por razones diferentes al parto pero del actual embarazo. Si han existido hospitalizaciones durante este 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 dentro el actual embarazo).

CORTICOIDE ANTENATAL 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 proveedores, siendo además un indicador que permite monitorear la calidad de atención perinatal. Recordar interrogar al momento del parto a todas las gestantes.

Registrar en la HCP la siguiente información:

- *Completo*: Si la gestante recibió dos dosis de 12 mg de betametasona por vía intramuscular administradas cada 24 horas; o cuatro dosis de 6 mg de dexametasona por vía intramuscular administradas cada 12 horas.
- *Incompleto*: cualquier variación menor del esquema descrito.
- *Ninguna*: No recibió ninguna dosis de corticoides
- *N/C* = no corresponde. Cuando no está indicada su administración.

Semana de inicio: Registrar las semanas 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 (cesar. elect.) cesárea electiva.

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO Se identifica por la pérdida de líquido amniótico antes que haya empezado el trabajo de parto, independientemente de la edad

gestacional. Si se confirma rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, registrar el momento aproximado del inicio de la pérdida de líquido amniótico (día, mes, año 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 12 horas y si se acompaña de temperatura corporal (Temp > 38°C).

EDAD GEST./al parto (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 TDP = TRABAJO DE PARTO Y Parto) La HCP ha incorporado esta variable basada en el derecho que tiene toda mujer gestante a permanecer acompañada por quien ella quiera y en las evidencias científicas que indican mejores resultados clínicos en las mujeres que efectivamente tienen acompañamiento.

Registrará la presencia durante el trabajo de parto y/o parto 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.

TRABAJO DE PARTO/detalles en partograma Se registrará SI, cuando sea usado el partograma de la Norma Nacional, en caso contrario marcar NO.

Antes de empezar a utilizar el partograma (si la dilatación todavía no llegó a 4 cms.), la HCP incluye espacios 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 madre, 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, de la mujer gestante 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 posición, se refiere a la variedad de posición según definiciones obstétricas clásicas. Por ejemplo, OIIA, OIDA.
9. amnioscopia liq. amniótico, características del líquido si es que se realizó.
10. meconio, presencia o no de meconio (meconio), si hay meconio se debe hacer notar en forma llamativa el hallazgo.

11. FCF/dips, frecuencia cardiaca fetal (FCF) en latidos por minuto y presencia de dips (desaceleraciones de la FCF) que se registrarán en el área correspondiente haciendo notar también el hallazgo correspondiente.

La HCP tiene espacio para 5 evaluaciones, si se realizan más evaluaciones se recomienda utilizar una gradilla u hoja 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.

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

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

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Marcar la hora y minutos del nacimiento, así como el día, mes y año.

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

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

TERMINACIÓN Registrar si la terminación del parto fue: espont. = 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 embarazada durante el período expulsivo: sentada, acostada o en cuclillas.

EPISOTOMÍA Registrar si se realizó episiotomía (SI/NO)

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

ALUMBRAMIENTO ACTIVO Registrar si se realizó 3 de las 4 fases o etapas del alumbramiento activo.

Oxitocina: SI, si se inyectó las 10 U.I. IM una vez que se expulsó y constató la no existencia de otro producto del embarazo, en caso contrario registrar el NO.

trac. cordón: TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL, si se realiza esta maniobra, en caso contrario registrar el NO (Asignada como L 3 – Variable libre No. 3 utilizada para procesamiento en el SIP Nacional).

masaje: MASAJE UTERINO, la Norma Nacional indica realizar masajes uterinos cada 15 minutos al principio y después cada 30 minutos durante las primeras horas, marcar Si se realiza las maniobras y se indica al personal auxiliar o enseña a la mujer para que realice, caso contrario marcar NO (Asignada como L 4 – Variable libre No. 4 utilizada para procesamiento en el SIP Nacional).

OXITOCICOS/postalubr.: OXITOCICOS POST ALUMBRAMIENTO, esta variable marca el uso de oxicóticos después de la salida de la placenta, no se incluye el uso de oxicóticos para la inducción o estimulación de las contracciones uterinas. Dicho dato debe registrarse en la variable 'Medicación Recibida'.

LIGADURA PRECOZ CORDÓN La ligadura precoz del cordón es una práctica que debe ser abandonada como rutinaria para la atención del neonato. Actualmente la 4ta fase o etapa del alumbramiento activo dispone la ligadura tardía del cordón que es cuando deja de pulsar o a los 3 minutos de la expulsión.

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

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

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

- Oxitocina en trabajo de parto (oxitocina 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 oxitocina en el alumbramiento que se describió anteriormente.

Sección: ENFERMEDADES (PATOLOGÍAS MATERNAS)

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 debe ser llenada solo al egreso materno si es que no se produjo ninguna patología durante el embarazo, el parto y el puerperio) y **”1 o más”**, que debe marcarse cuando la primera complicación sea detectada, antes o luego del egreso. Se debe tener presente que en caso que una mujer reingrese se deberá marcar esta opción y registrar en la HCP la patología que la motiva.

En la parte inferior derecha de este recuadro, se presenta un espacio para registrar pruebas de sífilis y VIH realizadas a la madre cuando ingresan en trabajo de parto, sin controles prenatales previos o muy alejados del ingreso. Estas pruebas podrán ser positivas, negativas o no haberse realizado (N/R) esta última opción por ejemplo, por falta de oportunidad para realizar la prueba.

La opción no corresponde (N/C) se aplicara a aquellas madres con pruebas negativas realizadas durante el último mes de gestación o en el caso de mujer VIH positiva diagnosticada previamente. A continuación podrá registrarse si la madre VIH positiva recibe o no tratamiento antirretroviral. En caso de tratarse de una madre VIH negativa marcar no corresponde (N/C).

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

Sección 4: RECIÉN NACIDO

En caso de Muerte Fetal registrar Sexo, Malformaciones, Peso y Longitud al Nacer, Edad gestacional y marcar Nacimiento: Muerto – Anteparto o Parto (según corresponda). Registrar además puntaje de Apgar al 1er min 00 y 5to 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/cm: (PERÍMETRO CEFÁLICO EN CENTIMETROS) Registrar la medida del perímetro cefálico en centímetros con un decimal.

LONGITUD/cm: LONGITUD EN CENTRIMETROS Registrar la longitud del recién nacido en centímetros con un decimal.

EDAD GESTACIONAL POR EX. FISICO Registrar la edad gestacional en semanas completas y días.

PESO E.G. (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 5to minuto de vida.

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

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

Marcar todos los procedimientos realizados según corresponda.

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

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

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

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 agenesia del pulgar. Las malformaciones menores al no provocar la pérdida de función suelen ser especialmente estéticas (por ejemplo: papiloma preauricular).

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

La HCP incluye espacio para registrar hasta 3 códigos y al lado proporciona espacio para escribir el detalle del diagnóstico. Tomar nota que además existen dos variables de resumen: '**Ninguna**' (si no hubo patologías en el recién nacido desde el nacimiento hasta el alta) o '**1 o más**' en caso contrario.

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

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

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

La HCP incluye las siguientes pruebas de tamizaje:

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

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

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

CHAGAS De acuerdo a norma nacional, especialmente en zonas endémicas se debe realizar esta prueba y marcar “NO se hizo” cuando al alta de la maternidad se comprueba que no se realizó el examen. Cuando el examen fue realizado se marcará positivo cuando el valor exceda el rango normal para el laboratorio y negativo cuando el valor sea normal.

Hbpatia/HEMOGLOBINOPATIA Es un tamizaje selectivo de los recién nacidos sanos que desarrollan ictericia moderada a intensa después del primer día de vida. La determinación cuantitativa de la bilirrubinemia permite identificar a los recién nacidos que se encuentran en riesgo de daño neurológico e iniciar un tratamiento oportuno. Se indica “no se hizo” cuando el recién nacido presenta ictericia pero no se realizó su determinación.

El resultado de la determinación que no revela riesgo se marca como negativo y si presenta valores elevados para la edad en horas se marcará como positivo.

Toxo/IgM: TOXOPLASMOSIS NEONATAL Cuando se tiene presente el tamizaje neonatal de toxoplasmosis en sangre de cordón umbilical, se marcará “no se hizo” cuando la prueba no fue realizada. Si la prueba fue realizada se anotará negativo o positivo según el resultado de la determinación.

MECONIO 1er. Día Registrar en este recuadro si el neonato ha expulsado meconio en el primer día de vida. Marcar (SI/NO) según corresponda.

Lactancia inmediata Dentro las variables nacionales interesa mucho conjuntamente el apego precoz (L6) el inicio casi inmediato de la lactancia materna por sus beneficios tanto para el RN como para la contracción uterina de la madre. (Asignada como L 5 – Variable libre No. 5 utilizada para procesamiento en el SIP Nacional). Marcar (SI/NO) según corresponda.

Apego Precoz Las intervenciones esenciales, como mantener a la madre y al recién nacido juntos en contacto piel a piel después del nacimiento, actividad que favorece la lactancia materna inmediata, han resultado útiles, por lo que fueron incluidas como variables nacionales, asignada como L 6 – Variable libre No. 6 utilizada para procesamiento en el SIP Nacional.

Hb postparto/HEMOGLOBINA POST PARTO Por los altos índices de anemia durante el embarazo, la falta de un monitoreo efectivo de la utilización del sulfato ferroso y la pérdida

de sangre durante el parto, resulta necesario una medición de la hemoglobina post parto, además de estar indicada por norma nacional la continuación de la entrega del sulfato ferroso de cuyo resultado puede ser necesario duplicar dicha dosis, por lo que también ha sido incluida esta variable nacional asignada como L 7 – Variable libre No. 7 utilizada para procesamiento en el SIP Nacional; y debe registrarse el resultado de laboratorio con un decimal.

ATENDIÓ Se refiere a la categoría de personal que atendió a la madre y al recién nacido (PARTO/NEONATO). Marcar la casilla que corresponda a cada uno de ellos (médico, obstétrica, enfermera, auxiliar, estudiante, empírica, otro) y a continuación anotar el nombre, iniciales o códigos

Sección 5: PUERPERIO

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

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

Sección 6: EGRESO DEL RECIÉN NACIDO

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. En todos los casos en que el recién nacido es derivado a otro servicio o institución diferente a la maternidad en donde nació y se llenó la HCP, se deberán establecer los mecanismos necesarios para tener conocimiento acerca de la evolución del neonato.

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

- Si el niño *nació vivo y sigue vivo* al momento del alta, entonces esta variable debe incluir el día, el mes, la hora y minutos 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 el día, el mes, la hora y minutos de la transferencia. Además debe marcarse el círculo 'traslado' y anotar el código que identifique el establecimiento de salud donde es transferido, y en el caso nuestro como país le hemos asignado como variable libre L 8, para ser procesada mediante el SIP y conocer la evolución del neonato.
- Si el niño *nació vivo y muere*, el EGRESO RN debe incluir el día, el mes, la hora y minutos en que ocurrió el 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.

Fallece durante o en lugar de traslado: Para el caso de los **traslados o referencias**, se registra en:

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

EDAD/días completos Egreso del neonato en días completos (vivo o muerto). Si es dentro de las primeras 24 horas registrar 00 y marcar el círculo “< 1 día”.

ALIMENTO AL ALTA Indicar el tipo de alimentación que el neonato ha recibido en las últimas horas de su estadía en el establecimiento:

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

F. Nac./N° Reg.: CERTIFICADO DE RN o N° DE HISTORIA CLÍNICA DEL RN.

Este espacio es para el registro del número de certificado de nacimiento otorgado, o para el registro del número de historia clínica otorgado al RN 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 7: EGRESO MATERNO

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

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

- Si la madre está viva al momento del alta, entonces esta variable debe incluir el día , mes y año 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 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 del fallecimiento. Además debe marcarse el círculo ‘fallece’

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

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

DIAS COMPLETOS DESDE EL PARTO Registrar días completos desde el momento del parto al egreso.

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

Sección: ANTICONCEPCIÓN

ORIENTACION/Consejería Marcar (SI/NO) si la mujer recibió orientación/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 orientación/consejería.

Este listado incluye:

- DIU Post evento: (post parto o post aborto). Marcar esta opción significa que se ha colocado el DIU antes del alta.
- DIU: esta opción indica que la mujer eligió este método pero su colocación se hará en otro momento después del alta.
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, anillo vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- Ligadura tubaria: método definitivo.
- 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.

ERYL/

La Paz, Febrero del 2012